

PANORAMA DELLA SANITÀ

MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE | Anno XXXII | Numero 10 | OTTOBRE 2019

**IN UN ANNO 371MILA
NUOVI CASI DI TUMORE**

**MIGRAZIONE SANITARIA
CONTO DA 4,6 MILIARDI**

**IL DIABETE PUÒ ACCORCIARE
LA VITA FINO A 6-7 ANNI**

**I VANTAGGI DEL MODELLO
A BASSO RISCHIO OSTETRICO**

**RACCOMANDAZIONI EUROPEE
PER LE TERAPIE AVANZATE**

**LE "RESOLVINE" CONTRO
IL MORBO DI PARKINSON**

HTA E CURE PRIMARIE VITTORIA IN DUE MOSSE



SOLVING TEAM

SOFTWARE PER LE ISTITUZIONI

Creiamo soluzioni software per la Pubblica Amministrazione, utilizzando tecnologie di ultima generazione e metodologie innovative.

Utilizziamo metodologie di sviluppo Agile, quali Test Driven Development e Refactoring, e i più moderni strumenti di mercato quali: Spring, Grails, Groovy, Maven, Sonar, Jmeter e Hyperic.

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Tel. + 39 0651607174 - Fax +39 065137499 - jobs@solvingteam.it

www.solvingteam.it



GILOGICA



CONSULENZA PER AZIENDE

CONSULENZA E SUPPORTO
ALLE AZIENDE DEL MERCATO IT
CHE OPERANO
PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E LA SANITÀ DIGITALE

www.gilogica.it



di Marco Magheri

Direttore Responsabile
Panorama della Sanità

Vittoria in doppia mossa per salvare il Ssn

Abbiamo un nuovo Governo, un nuovo ministro della Salute, e questioni vecchie rimaste irrisolte sul piano dell'organizzazione del sistema sanitario che impongono un intervento.

Con ogni probabilità non sarà il taglio di deputati e senatori – ricalendarizzato nei lavori parlamentari dopo la crisi di Governo estiva - la panacea per strutturali e stratificate questioni amministrative, scontri di competenze, lentezze pachidermiche nell'adeguare i servizi ai trend sociodemografici, economici ed epidemiologici del Paese. Lo potrà essere nell'immediato una rimodulazione basata sui principi costituzionali di solidarietà e uguaglianza delle spinte verso una spiccata vocazione all'autonomia gestionale esclusiva da parte di alcuni pezzi dello Stivale, almeno come cura palliativa.

Lo sarà senz'altro, almeno dal punto di vista simbolico, l'auspicata abolizione del superticket lungo tutta la Penisola, riportando equità tra erogazione delle prestazioni sanitarie e delle prescrizioni da una regione all'altra. Ineludibile però al di là delle scelte di impostazione culturale che il nuovo Governo e la nuova maggioranza imprimeranno alla gestione della cosa pubblica, sono due trend verso cui, a livello globale, si sta muovendo il mondo della sanità.

Mentre assistiamo al – si spera definitivo, stando ai dati italiani recentemente diffusi - passaggio di status dei tumori da patologia incurabile a malattia cronica, i successi dei progressi medici e scientifici hanno di fatto ridisegnato la mappa del fabbisogno di salute dei cittadini. Cambia il profilo degli italiani che – come nei Paesi più sviluppati – invecchiano sempre più e per lunghi anni convivono con una o più patologie croniche, e cambiano le tecnologie e i modelli assistenziali efficaci, efficienti, economici e, aggiunga-

mo, etici per donare loro salute.

In questo processo di modernizzazione i due filoni necessari al benessere del servizio sanitario sono: il posizionamento delle cure primarie come elemento cardine dell'assistenza e il ricorso massiccio al sistema dell'health technology assessment per la validazione delle migliori soluzioni diagnostico terapeutiche a favore della salute dei cittadini, della sicurezza delle cure e del miglior rapporto tra investimento e ritorni in termini di salute pubblica. Nella partita a scacchi contro le inefficienze, le obsolescenze e le disuguaglianze che popolano il sistema dell'assistenza italiano, muovere hta e cure primarie significa dare scacco matto a quanti vogliono il Servizio sanitario nazionale retaggio del passato, insostenibile finanziariamente e incapace di rispondere alle reali esigenze dei cittadini.

Purtuttavia, l'Italia al momento annaspa sul fronte dell'assistenza primaria tra esperienze di eccellenza sviluppate su territori circoscritti e additati a livello internazionale come veri e propri modelli da un lato e organizzazioni dell'assistenza cristallizzate nella rigida logica dei vasi non comunicanti tra strutture per acuti e il pressoché deserto, dall'altro. Le cose vanno un po' meglio sul fronte dell'Hta, sul quale l'Italia riveste un ruolo di apripista e che ha visto riconosciuto giorno dopo giorno il valore del proprio contributo in termini di oggettività e di analisi rigorosa degli scenari e delle ricadute in termini di costi/benefici anche proiettati nel tempo. Eppure, ancora tante sono le risposte che l'Hta può dare a un sistema dell'assistenza in cerca di una direttrice, di una traiettoria, di una prospettiva. La partita è contro un avversario agguerrito e motivato dagli alti interessi in gioco. Allo scacco matto si arriva con due mosse e un po' di coraggio.

Caro Ministro Speranza, buon lavoro per tutti noi



di Mariapia Garavaglia
Presidente Istituto
Superiore di Studi Sanitari
"G. Cannarella"

Il nuovo Ministro della Salute si trova dossier vecchi da gestire, perché scontano un antico vezzo per il quale ad ogni inizio di legislatura o nuovo governo non si dà continuità istituzionale alle materie in lavorazione ma si ricomincia da capo quando non si trascura del tutto il pregresso e ci si avventura in proposte che, dati i tempi della politica non saranno completati a loro volta.

Al ministro Speranza auguriamo innanzitutto di guidare il Ssn per tutta la legislatura. Le radici culturali della sua esperienza politica lo collocano "amico" del nostro sistema sanitario che sta vivendo uno snodo cruciale per la sua continuità secondo i principi della legge 833/1978.

Il primo ostacolo sarà la compilazione della legge di bilancio. Si eviterà l'aumento dell'Iva, importante per non deperire il mercato interno dei consumi, ma si dovranno trovare risorse per non indebolire il sistema della protezione sanitaria, indispensabile perché il Paese non debba spendere in assistenza e previdenza a causa della minor produttività da parte di cittadini che non si possono curare.

La responsabilità primaria delle Regioni in materia normativa e gestionale non esime il Governo di garantire la continuità dei servizi.

Ci sono ambiti di priorità e comparti di spesa che vanno chiariti: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza primaria particolarmente esigita dall'aumento della cronicità, la digitalizzazione del sistema.

Con maggior successo e sicurezza si potranno organizzare le diverse procedure con un occhio alla possibile armonizzazione con l'Europa e con una corretta, fiduciosa e trasparente utilizzazione dei big data.

La finalità irrinunciabile delle diverse azioni è l'interesse del cittadino, e la modalità degli interventi universalità e equità.

La sanità è oggi uno dei settori più costo-

si e difficili da gestire, una realtà purtroppo spesso affrontata in modo inadeguato. E questo determina situazioni paradossali.

Fra le molte criticità ne segnalo due perché riguardano esplicite diseguaglianze: la disponibilità dei farmaci e l'assistenza primaria.

I farmaci hanno allungato la vita, hanno sconfitto malattie endemiche e sono i più "democratici" strumenti di cura, perché se ben prescritti e utilizzati sono uguali a Udine come a Lampedusa. Ma, c'è un ma: il Prontuario è nazionale e l'Aifa, l'Agenzia del Farmaco, è centrale, tuttavia non sono disponibili tutti ugualmente nelle diverse Regioni. È un limite della competenza esclusiva in materia sanitaria affidata alle Regioni. Per motivi di bilancio si registrano prontuari regionali, aziendali. Bisogna affrontare con decisione il comparto, perché si affacciano metodi complessi di produzione di farmaci costosi e sofisticati e non si possono privare i cittadini di cure essenziali. Forse occorre ispirarsi ai criteri sanitari e non economici della riforma del 1993.

L'assistenza primaria non ha solo il ruolo di primo contatto in risposta alla acuzie o di gatekeeping a livelli specialistici ulteriori, ma diventa anche il livello della presa in carico e cioè della assunzione di responsabilità del sistema sanitario nella attivazione, realizzazione, monitoraggio e revisione di un processo che garantisca accesso e continuità assistenziale alle persone in condizioni di cronicità.

Il mese di settembre ricorda, con la Giornata Mondiale, l'Alzheimer malattia cronica, che non ha terapia ma che può essere presa in carico. Dal 2014 al Ministero giace il Piano Nazionale Demenze, mai finanziato né attuato. Ci sono alcuni interventi che non esigono fondi ma organizzazione, informazione della popolazione e formazione degli operatori.

Caro Ministro Speranza, buon lavoro per tutti noi.



MENSILE DI INFORMAZIONE
& ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE
Anno XXXII | N. 10 | OTTOBRE 2019

Direttore editoriale - **Bruno Chiavazzo**
Direttore responsabile - **Marco Magheri**

Comitato Scientifico

Simona Amato, Nicola Corbo,
Gianfranco Damiani, Carlo Favaretti,
Rosa Giuseppa Frazzica, Rosario Mete,
Giovanni Monchiero, Fulvio Moirano,
Armando Muzzi, Augusto Panà,
Walter Ricciardi, Marco Trabucchi.

Editore

SCE SC Editrice Società Cooperativa
Via Vitaliano Brancati, 44
00144 Roma
segreteria@sceditrice.it

Redazione:

Tel. 0631052392
redazione@panoramasanita.it
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti:

Tel. 0659290256 - Fax 0687813133
segreteria@sceditrice.it

Stampa

Rubbettino Srl - Soveria Mannelli (Cz)

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 0687813133.

Registrazione del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB - Roma - ISSN 1827-8140

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione.

S O M M A R I O

S O M M A R I O

Editoriali

Vittoria in doppia mossa
per salvare il Ssn
di *Marco Magheri*.....4

Caro Ministro Speranza,
buon lavoro per tutti noi
di *Mariapia Garavaglia*.....5

Notiziario 8

Dossier

Il XII Congresso Nazionale della Società
Italiana di Health Technology

Assessment14

Horizon scanning: le nuove frontiere
della terapia genica in medicina16

L'innovazione per una sanità
di valore.....18

Horizon scanning: le nuove frontiere
dell'intelligenza artificiale
in medicina.....20

Le strategie industriali e istituzionali
per una sanità di valore22

La "missione" incompiuta
dell'assistenza primaria26

L'assistenza primaria
pronta a "connessioni intrecciate".....30

Uscire dagli schemi
per salvare il sistema.....32

Tumori: In un anno 371 mila
nuovi casi stimati38

Il tumor board è la nuova
frontiera nella lotta al cancro.....42

Una Carta per la qualità dei day hospital.....	45
Le disuguaglianze spostano 4,6 miliardi di euro l'anno.....	46
L'esperienza delle persone conta sempre di più.....	48
Terapie avanzate: Raccomandazioni europee per un accesso più rapido.....	50
Il diabete può accorciare la vita fino a 6-7 anni	52
L'Italia attivi le reti reumatologiche regionali	54
I primi 50 anni di grandi traguardi della gastroenterologia	56

Professione

Ancora troppo elevato il ricorso al parto cesareo	58
Tutti i vantaggi del modello a basso rischio ostetrico	60
Anche l'Aifi boccia le nuove linee guida.....	62
Nuovi strumenti e risorse per la tutela degli assistiti	65
Direttiva Euratom: siglata collaborazione tra Aifm e Simg	66

Congressi

Sinergie per sicurezza e qualità delle cure	68
---	-----------

Innovazione

Una strategia innovativa per la valutazione	70
Parkinson Le "resolve" contro lo sviluppo della malattia	73
Italia, Giappone e Austria	

insieme per la ricerca	74
Gene comune tra le cause di epilessia e autismo	75
Maggiore controllo per i microrobot.....	76
Invecchiamento precoce: Scoperto un meccanismo alla base della malattia	77

Empowerment

Sma: Criticità e iniziative avviate contro il ladro di vita.....	78
--	-----------

Europa in salute

Nel territorio

Emilia-Romagna: Percorsi protetti tra territorio e ospedale.....	82
Friuli Venezia Giulia: Con odontoiatria pubblica più servizi ai cittadini.....	83
Lombardia: Rivoluzione multimediale della rete diagnostica.....	84
Puglia: Screening colon retto, la Asl Bt azienda pilota	85
Sicilia: Capofila nel Piano di prevenzione in edilizia.	86
Toscana: Acquisti in sanità, cittadini protagonisti.....	87
Trento: Anziani: una tribù che balla in salute e tra la natura	88
Veneto: Ampliata la prevenzione contro il papilloma virus.	89

In Libreria

Aziende & persone

Agenda

- *Horizon Europe*

RICCIARDI NEL BOARD EUROPEO CHE FINANZIERÀ I PROGETTI DI RICERCA SUL CANCRO

Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università Cattolica, è stato nominato membro dell'esclusivo "Mission Board for Cancer", istituito nel quadro di Horizon Europe, il prossimo programma di ricerca e innovazione dell'Ue (2021-2027). Ricciardi - proprio in quanto membro del "Mission Board for Cancer" - si occuperà di valutare e approvare i finanziamenti per progetti di

ricerca in ambito oncologico.

La Commissione Europea ha analizzato più di 2.100 candidature provenienti da tutta il continente e la selezione ha portato alla creazione di cinque "Mission Board" composti ognuno da 15 esperti provenienti da mondo accademico, industria e finanza. I Mission Board hanno l'obiettivo di fare fronte a importanti sfide su cinque tematiche cruciali: cancro, cambiamento climatico, Oceani sani, mari, acque costiere e interne, salute del suolo e alimentazione. Walter Ricciardi è direttore della Dipartimento Scienze della salute della donna, del bambino e di sanità pubblica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli



Walter Ricciardi

Irccs. Già commissario e poi presidente dell'Istituto Superiore di Sanità da settembre 2015 a dicembre 2018, rappresenta l'Italia nell'Executive Board dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il triennio 2017-2020 ed è alla guida della World Federation of Public Health Associations. Recentemente ha anche ricevuto la laurea honoris causa in "Dottore della scienza" dalla Thomas Jefferson University di Philadelphia "per i risultati raggiunti e il contributo dato al mondo della sanità pubblica".

- *Emofilia*

LAZIO: UNA RETE PER LA GESTIONE E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI

Approvato un Decreto per la gestione delle persone affette da malattie emorragiche congenite (Mec). Un protocollo operativo per la definizione del percorso assistenziale in emergenza-urgenza per i pazienti affetti da emofilia che nasce dall'esigenza condivisa con le associazioni dei pazienti e l'Associazione Emofilici Lazio (Ael). "L'obiettivo del protocollo – spiega la Regione Lazio – è rispondere a criteri di equità nell'accessibilità alle cure su tutto il territorio regionale e determinare la realizzazione di un percorso di continuità nelle cure stesse in un'ottica di rete che coinvolge i Centri Emofilia, i servizi di emergenza territoriale ed i Pronto soccorso della rete dell'emergenza". «Ogni anno giungono nei pronto soccorso tra gli 80 e i 100 pazienti con emofilia. Serve un'attenzione specifica sul problema per questo l'obiettivo è quello di mettere a sistema una Rete con procedure e indicazioni per la presa in carico del paziente a partire dall'Ares 118 fino ad arrivare al triage ospedaliero presso il pronto soccorso. I punti caratterizzanti dell'intesa sono in linea con le indicazioni contenute nella Carta dei diritti della persona con emofilia» così Alessio D'Amato, assessore alla Sanità e l'Integrazione Sociosanitaria.

- *Donazione organi*

FIRMATO IL REGOLAMENTO SUL SISTEMA INFORMATIVO TRAPIANTI

Firmato il decreto ministeriale che contiene le norme del regolamento sul Sistema Informativo Trapianti (Sit), previsto dalla legge n. 91 del 1° aprile 1999, che regola il principio del silenzio-assenso sulla donazione di organi. "Il Sit – precisa il Ministero della Salute – regola la tracciabilità e la trasparenza dell'intero processo di donazione-prelievo-trapianto di organi. Il decreto ministeriale contiene anche disposizioni relative al Registro nazionale dei donatori di cellule per la procreazione medicalmente assistita eterologa, prevista dalla legge 190 del 2014. Nei prossimi mesi inoltre saranno attuate le altre prescrizioni della legge 91/1999, cioè l'adeguamento dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (Ana) in tutte le aziende sanitarie".



• *Napoli e Brescia*

INTESA PER SERVIZI DI ECCELLENZA

Un'intesa sull'asse Napoli - Brescia favorirà la condivisione di esperienze e la nascita di nuovi protocolli clinico-assistenziali e socio-sanitari per una sanità pubblica sempre più votata all'eccellenza. A porre le basi di questo progetto sono stati **Ciro Verdoliva**, direttore generale dell'Asl Napoli 1 Centro, e **Marco Trivelli**, direttore generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia. La prima intesa tra i due direttori generali, già protagonisti del "protocollo Cardarelli-Nigurda", porterà in breve tempo alla nascita di attività e programmi congiunti con lo scopo di facilitare lo scambio culturale e la cooperazione nel campo della formazione e della ricerca in ambito sanitario. Tra i

campi d'interesse ai quali si darà priorità: le reti tempo-dipendenti nell'organizzazione dell'emergenza, i Dipartimenti della salute mentale e di contrasto delle dipendenze. E ancora, attività territoriali con approfondimento dei Servizi territoriali e dei Servizi di continuità assistenziale, l'organizzazione degli screening oncologici, lo sviluppo delle professioni sanitarie, il bed management e il controllo di gestione per la conoscenza è l'elaborazione dei dati aziendali. «Reduci dall'esperienza di collaborazione realizzata tra Niguarda e Cardarelli – dice **Ciro Verdoliva** – puntiamo ora a realizzare un progetto ancor più incisivo grazie ad un intenso scambio tra i professionisti dell'Asl Napoli 1 Centro e dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia. Il nostro obiettivo, mio e del collega **Marco Trivelli**, è quello di esportare le tante



Da sinistra **Ciro Verdoliva**, direttore generale dell'Asl Napoli 1 Centro; **Vincenzo De Luca**, presidente della Regione Campania; **Marco Trivelli**, direttore generale dell'Asst Spedali Civili di Brescia.

eccellenze che caratterizzano le rispettive aziende sanitarie, fare tesoro dei punti di forza e individuare i punti di debolezza per colmare eventuali lacune. Nasce insomma un nuovo percorso di condivisione che punta sempre più ad una sanità pubblica d'eccellenza».

• *Unione Europea*

IN SPAGNA E IN ITALIA LE MAMME PIÙ ANZIANE

Nell'Unione europea (Ue) nel 2017, la maggior parte delle prime nascite (92%) ha riguardato donne di età compresa tra 20 e 39 anni. Un ulteriore 4% delle prime nascite ha riguardato donne di età inferiore ai 20 anni, mentre un altro 4%, donne di età pari o superiore a 40 anni. Sono alcuni dei dati diffusi recentemente da Eurostat sull'età delle neo mamme in Europa nel 2017. Le quote più alte di nascite di primi figli di madri di età inferiore ai 20 anni sono state registrate in Bulgaria (12,5% delle nascite totali dei primi figli nel 2017) e in Romania (12,1%). Seguono Ungheria (8,5%) e Slovacchia



(8,1%). Al contrario, le giovani madri hanno rappresentato meno del 2% delle prime nascite in Danimarca (1,0%), Italia e Slovenia (entrambi 1,1%), Paesi Bassi (1,2%), Lussemburgo e Svezia (entrambi 1,4%). Per quanto riguarda le madri più anziane, le percentuali più elevate di nascite di primi figli nati da donne di età pari o superiore a 40 anni sono

state registrate in Spagna (8,8% delle nascite totali dei primi figli nel 2017) e in Italia (8,6%), seguite dalla Grecia (6,6%), Lussemburgo e Irlanda (entrambi 5,9%). All'altra estremità della scala, meno del 2% delle nascite di primi figli di donne di età pari o superiore a 40 anni sono state registrate in Lituania (1,3%), Polonia (1,4%), Slovacchia (1,5%) e Lettonia (1,8%).



- *Medicina Narrativa*

PROGETTO ISS PER VALUTARE DIFFUSIONE ED EFFICACIA DELLE LINEE DI INDIRIZZO

Verificare l'effettiva diffusione e il corretto utilizzo delle Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronic-

degenerative. È questo l'obiettivo del nuovo progetto targato Iss, a distanza di cinque anni dalla pubblicazione delle Linee Guida, promosso e coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare. «Il progetto – spiega l'Iss – nasce per dare continuità alla ricerca sulla Medicina Narrativa considerando anche la trasformazione digitale degli strumenti a disposizione per utilizzare e applicare le Linee di indirizzo, prevedendo la partecipazione di molteplici soggetti. Tra gli obiettivi innanzitutto analizzare la diffusione e i risultati dell'applicazione in ambito clinico-assistenziale e associativo, valutando i possibili aggiornamenti. Infine promuovere la conoscenza delle Linee di indirizzo, di esperienze e di pratiche nell'ambito delle Reti di Riferimento Europee (European Reference Networks – Ern) per le malattie rare».

- *Aou Sassari*

DALLA LILT UNA DONAZIONE PER L'UROLOGIA

Due poltrone post operatorie per l'unità operativa complessa di Urologia dell'Aou di Sassari, che saranno utilizzate per i trattamenti ambulatoriali di riabilitazione successivi agli interventi di chirurgia.

Sono state donate dalla Lega italiana lotta ai tumori sezione di Sassari che recentemente, con il presidente Marco Bisail, ha incontrato il direttore della struttura di viale San Pietro Massimo Madonia. «Il nostro ringraziamento va alla Lilt – ha detto Madonia – che ha acquistato e donato questi arredi sanitari che potranno dare maggior comfort ai nostri pazienti durante la riabilitazione. La sinergia tra pubblico e privato

è utile e ben venga l'apporto di associazioni e cittadini quando si presentano delle necessità nelle attività di tutti i giorni». «Come Lilt – ha spiegato il presidente Marco Bisail – ci proponiamo di supportare il Servizio sanitario, da una parte attraverso la promozione di iniziative di prevenzione, dall'altra proprio con interventi volti a migliorare l'assistenza e la qualità di vita dei pazienti oncologici in diversi reparti».

- *Asl To 3*

OSPEDALE DI RIVOLI: ATTIVO L'AMBULATORIO PARKINSON

È attivo presso l'Ospedale di Rivoli il nuovo Ambulatorio di II livello per la malattia di Parkinson e i disturbi del movimento, un'iniziativa necessaria per dare risposta ad un bisogno in forte crescita. La malattia di Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa più comune dopo la malattia di Alzheimer. In Italia colpisce circa lo 0,3% della popolazione generale e l'1% dei soggetti con età superiore ai 60 anni. Si stima che le persone affette siano circa 250.000 in Italia e 15-20.000 in Piemonte, e che questo numero sia destinato ad aumentare nei prossimi anni a causa del prolungamento dell'aspettativa di vita. «Un ambulatorio determinante per gli utenti della nostra Asl» evidenzia il Direttore Generale Asl To3 Flavio Boraso.



«Il Parkinson rappresenta oggi una delle patologie con una prevalenza sempre più significativa. Oggi questo nuovo ambulatorio avrà la possibilità di seguire tutti quei casi dai più semplici a quelli più complessi sin dall'inizio dell'esordio della malattia, con grande beneficio dei pazienti che troveranno pertanto dei percorsi specifici coordinati e continuativi garantiti sempre da parte della stessa équipe medica. Inoltre la possibilità di effettuare trattamenti mirati anche in collaborazione con altre branche sarà motivo di ulteriore qualità di questo nostro nuovo servizio».

• *Emilia Romagna*

AGGRESSIONI IN OSPEDALE, SINERGIE PER RIDURRE I RISCHI

Un Protocollo per ridurre il rischio di aggressioni sul luogo di lavoro per i medici, infermieri e operatori sanitari e un confronto con i sindacati sulle azioni da mettere in campo e sul tema sensibile della videosorveglianza.

L'assessore regionale alle Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, Sergio Venturi, il 24 luglio scorso ha partecipato al Comitato provinciale per l'ordine pubblico e la sicurezza che si è svolto a Bologna. All'ordine del giorno: l'esame della presenza delle forze di Polizia nei Pronto soccorso regionali. «Le aziende sanitarie hanno già un



tavolo, avviato un anno fa, con la psichiatria e le forze di polizia con cui stanno facendo un ottimo lavoro all'interno delle Rems», spiega Venturi. «Stiamo sviluppando insieme un ragionamento che oggi abbiamo deciso di ampliare anche al pronto soccorso, dove assistiamo a un incremento significativo di infortuni sul lavoro causati da atti di terzi. Il tema centrale è incentivare gli operatori a presentare le querele in caso di aggressioni verbali o

fisiche, perché hanno un importante effetto di dissuasione; valutare la possibilità di aumentare la presenza di telecamere all'interno degli ospedali; finanziare interventi di formazione diretta sul personale, che noi ci siamo impegnati a finanziare». Infine, «saranno messi a punto-conclude Venturi- protocolli che possano essere attivati nei particolari momenti in cui arrivano in ospedale persone in particolari condizioni psico-fisiche garantendo, ad esempio, la presenza della pattuglia nella zona dell'ospedale». hanno carattere ormai globale, è dovere di noi regolatori lavorare insieme a livello internazionale per prepararci ai nuovi farmaci e alle nuove tecnologie e migliorare la supervisione globale della loro sicurezza e qualità. Lo dobbiamo ai pazienti di tutto il mondo».

• *Trapianti cross-over*

CNT: ESTESO A TUTTA ITALIA IL PROGRAMMA DECK

Una nuova opportunità terapeutica per gli oltre 6.700 pazienti in attesa di un rene nuovo. Da questa settimana è attivo su tutto il territorio nazionale il programma di trapianto da vivente in modalità Deck (DECeased Kidney). È quanto fa sapere il Centro Nazionale Trapianti che spiega «Si tratta di una particolare tipologia di trapianto cross-over: nel caso del Deck la catena di scambio di donatori viventi tra coppie incompatibili viene innescata da un donatore deceduto. Questo aumenta le possibilità di incrocio tra i candidati al trapianto, riduce i tempi della lista d'attesa e permette di curare un numero maggiore di pazienti. La catena, inoltre, si conclude con la "restituzione" dell'organo da parte dell'ultimo donatore vivente a un paziente in lista d'attesa da cadavere. Il programma Deck è un'innovazione a livello mondiale: la fase sperimentale è partita nel marzo 2018 grazie al lavoro del Centro trapianti di rene e pancreas dell'Azienda ospedaliera dell'Università di Padova, diretto dal professor Paolo Rigotti, del Centro regionale trapianti della Regione Veneto e del Nord Italia Transplant. Ad oggi sono state realizzate 5

catene di questo tipo: complessivamente le coppie coinvolte sono state 9 mentre i trapianti sono stati 14, realizzati, oltre che a Padova, nei centri di Bari, Parma e Bologna». «L'opzione del trapianto da vivente in Italia è sempre più utilizzata dai pazienti con insufficienza renale cronica, grazie anche agli ottimi risultati e alla totale sicurezza della procedura per il donatore», spiega il direttore del Centro nazionale trapianti, Massimo Cardillo. «Tuttavia spesso la donazione diretta tra persone legate affettivamente non è possibile a causa di un'incompatibilità immunologica. Il programma Deck è una grande occasione per aumentare il numero dei trapianti da vivente, che è uno degli obiettivi principali della nostra rete trapiantologica nazionale». Nel 2018 in Italia sono stati effettuati 2.117 trapianti di rene: in 287 casi l'intervento è stato possibile grazie a un donatore vivente.



- *Fnomceo e Telefono Azzurro*

INSIEME CONTRO I MALTRATTAMENTI SUI BAMBINI

Conoscere, riconoscere, intervenire e proteggere i bambini da abusi e maltrattamenti: sono questi gli obiettivi del Protocollo d'intesa siglato recentemente a Roma tra Telefono Azzurro, l'associazione che da trent'anni

tutela l'infanzia e l'adolescenza da ogni forma di sfruttamento e violenza, e Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Tali obiettivi saranno perseguiti con una strategia multidirezionale, che prevede l'organizzazione, tra l'altro, di corsi di aggiornamento, perfezionamento, alta formazione, seminari, workshop, un'attività di divulgazione e informazione, e l'individuazione di linee guida e best practice per prevenire e contrastare la violenza su bambini e adolescenti. «L'intesa con Telefono Azzurro nasce da una comunanza di intenti e di sentire – spiega il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli. Proteggere e tutelare i soggetti fragili, tra i quali i minori, è dovere morale di ogni medico, tanto che abbiamo voluto scriverlo, nero su bianco, nel nostro Codice di Deontologia, che all'articolo 32 così dispone: “Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi

abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita”». «Telefono Azzurro, che da sempre persegue una politica d'intervento di rete attraverso la stipula di accordi e protocolli d'intesa con soggetti istituzionali, enti e associazioni interessati a progettare congiuntamente la realizzazione di interventi integrati per la protezione e la tutela dei minori coinvolti in situazioni di disagio – afferma il Presidente dell'Associazione, Ernesto Caffo – si impegna a realizzare una raccolta sistematica dei dati che emergeranno dalle azioni congiunte, e alla diffusione delle buone prassi emerse». L'intesa avrà durata triennale e sarà attuata tramite l'istituzione di un Gruppo di lavoro che vedrà rappresentanti di entrambe le parti.



- *Ulss 3 Serenissima*

L'OSPEDALE DI CHIOGGIA HA LA NUOVA ONCOLOGIA

Inaugurato il nuovo reparto di Oncologia dell'Ospedale di Chioggia. “La nuova opera – spiega la Ulss 3 - si inserisce all'interno di un piano progettuale più ampio di restauro sanitario, che sta interessando questo presidio ospedaliero dal 2012, grazie ad un importante investimento regionale pari a 27.104.811,44 euro (di cui 19.049.262,92 euro già investiti e altri 8.055.548,52 euro in via di investimento)”. A tagliare il nastro, insieme al Direttore Generale della Ulss 3 Giuseppe Dal Ben, era presente l'Assessore alla Sanità della Regione Veneto Manuela Lanzarin che ha detto: «Questo ulteriore e nuovo tassello è la testimonianza che la sanità veneta, non solo è una eccellenza, ma è una sanità che guarda sempre avanti, senza lasciare indietro alcun ospedale, continuando ad investire per soddisfare i bisogni del territorio». La nuova

Oncologia comprende un'area di 427 metri quadrati (per un totale, per l'intero quarto piano ristrutturato, di 647 metri quadrati) che si sviluppa in un triplo corpo di fabbrica: ci sono due serie di locali che sono prospicienti verso un corridoio centrale, dove si articola l'attività. Il reparto è suddiviso in spazi accoglienti e confortevoli – grazie anche ai nuovi arredi - sia per i pazienti che vi recano per i propri trattamenti, che per i familiari che li accompagnano.



L'assessore alla Sanità del Veneto Manuela Lanzarin con i sanitari.



- *Piemonte e Valle d'Aosta*

NUOVA COLLABORAZIONE IN SANITÀ

Gli assessori alla Sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi, e della Valle d'Aosta, Mauro Baccega, si sono incontrati recentemente a Torino. Dall'incontro è emersa la necessità di una stretta collaborazione tra le 2 Regioni, nel reciproco interesse. Gli assessorati continueranno a lavorare insieme su alcuni temi, come il piano della cronicità, con la possibilità per la Valle d'Aosta di adottare il modello di stratificazione della popolazione- delineato dal Piemonte- per allineare le 2 regioni nella fase attuativa. Il Piemonte concederà all'Ausl Valle d'Aosta la possibilità di partecipare al sistema assicurativo e di autoassicurazione regionale. Le 2 Regioni collaborano anche per la Rete oncologica e, nell'ambito della programmazione interregionale dei servizi sanitari, per la gestione condivisa dei percorsi assistenziali.

- *Sicurezza alimentare*

SISTEMA DI ALLERTA: NEL 2018 PERVENUTE 3622 NOTIFICHE

Nel 2018 sono pervenute 3622 notifiche di rischi diretti e indiretti per la salute pubblica di cui 3171 hanno riguardato l'alimentazione umana (3401 lo scorso anno), 313 l'alimentazione animale (239 lo scorso anno), 138 la migrazione da materiali e oggetti destinati a venire a contatto con gli alimenti (Moca) rispetto a 119 nello scorso anno. È quanto rileva la Relazione 2018 Rasff- Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi, relazione annuale 2018 del ministero della Salute. Il sistema consente di notificare, in tempo reale, i rischi diretti e indiretti per la salute pubblica connessi ad alimenti, mangimi e materiali a contatto con gli alimenti e quindi di adottare tempestivamente le opportune misure di salvaguardia. Tra le notifiche ricevute, 1087 (925 anno 2017) sono state notifiche di Allerta (Alert notification); 1385 (1567 anno 2017) si riferiscono ai Respingimenti ai confini (Border Rejection) mentre le restanti riguardano Information notification. Tra le Information notification 665 riguardano Information for attention (682 anno 2017) mentre 485 sono state Information for follow up (585 anno 2017).

- *Lombardia*

AL VIA LE ATTIVITÀ DI ARIA PER L'INNOVAZIONE E GLI ACQUISTI DELLA REGIONE

È operativa dal 1° luglio scorso la nuova Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti (Aria) nata dalla fusione di Arca, la Centrale Acquisti regionale e di Lombardia Informatica, la digital company di Regione. A queste si aggiungerà, a breve, anche Ilspa (Infrastrutture Lombarde). “Si configura così – spiega la Regione – una centrale di committenza unica in Italia per volumi e perimetro delle competenze che, a pieno regime, integrerà l'intero ciclo degli acquisti, dalla programmazione all'esecuzione di tutti i contratti di appalto pubblici

di forniture, servizi e lavori, anche infrastrutturali, supportando le politiche regionali tramite attività di governance by data. Con questa operazione di fusione, che porterà economie immediate grazie ad una riduzione dei costi operativi e di gestione pari a circa 3,7 milioni di euro all'anno, Regione Lombardia ha inteso mettere a fattore comune i punti di forza delle singole società, esaltandone le competenze in tema di project management e valorizzandone le possibili sinergie. Il risultato – conclude la Regione – è un centro di competenza unificato a supporto del Sistema regionale e degli Enti locali dell'intera regione in grado di guidare la trasformazione integrata 'dalla razionalizzazione della spesa alla trasformazione digitale' del



territorio lombardo. Grazie alla programmazione della domanda e alla centralizzazione degli acquisti, Aria spa assicurerà l'innalzamento qualitativo della spesa pubblica e la riduzione dei costi, stimolando la competitività del mercato”.



XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Health Technology Assessment

La filiera dell'innovazione tecnologica in sanità

Il Congresso si articolerà attorno a quattro sessioni plenarie in cui i temi dell'innovazione tecnologica dirompente e dei processi che portano la ricerca scientifica ad innovazione e l'innovazione a valore per la salute e per il sistema Paese saranno analizzati con il contributo di un nutrito e competente panel di relatori.

di Giandomenico Nollo* e Pietro Derrico**

Cosa significa parlare di valutazione delle Tecnologie Sanitarie (Hta-Health Technology Assessment) oggi? È questa la domanda che ci si pone ogni anno nell'intento di organizzare un evento capace di interpretare i cambiamenti in atto, valutandoli su una scala temporale che superi la contingenza, ma sappia identificare i trend, le opportunità, e le minacce che arrivano dai profondi mutamenti sociali, demografici, scientifici.

In questi anni abbiamo sviluppato strumenti e metodi che oggi possiamo considerare solidi e utili per supportare le decisioni regolatorie in fase di introduzione di nuove tecnologie, siamo tuttavia ancora carenti nella gestione dei processi di disinvestimen-

to, così come molto resta da fare nell'allineare propositi e operatività: modelli regolatori, tempestività delle decisioni, risorse allocate, etc. Come società scientifica però abbiamo il dovere di guardare avanti e pensare già ai prossimi obiettivi che noi identifichiamo nella costruzione di una cornice concettuale e metodologica per una nuova Hta che sia a supporto di processi

decisionali centrati sui pazienti, tempestivi, ad elevato orientamento sociale e sinergica con lo sviluppo tecnologico del modo sanitario e del paese in generale. Una Hta a sostegno quindi della salute del cittadino e del Sistema Sanitario Nazionale e al contempo motore di innovazione.

Sono molti e ripetuti in questi giorni le grida di allarme sulla tenuta del nostro Sistema Sanitario; mancanza di professionisti, restrizioni economiche, domanda crescente sono forse le minacce maggiori, ma non certo le uniche. Sarebbe quindi facile chiedersi se e quale ruolo possa avere una metodologia complessa, che coinvolge una molteplicità di attori, spesso in affanno di fronte alle pressanti innovazioni scientifiche, nella continua lotta di sopravvivenza del Sistema Sanitario Nazionale.

La risposta in questo caso è molto semplice: L'Hta rappresenta un valore nullo se la pieghiamo al mero ruolo di strumento regolatore della spesa, mentre rappresenta una risorsa importante, se non insostituibile, se

L'Hta rappresenta un valore nullo se la pieghiamo al mero ruolo di strumento regolatore della spesa, mentre rappresenta una risorsa importante, se non insostituibile, se la riconosciamo come ingranaggio cardine nel processo di crescita e innovazione tecnologica e di sistema.



Pietro Derrico

la riconosciamo come ingranaggio cardine nel processo di crescita e innovazione tecnologica e di sistema.

Tra gli esperti di governo clinico vi è accordo nel riconoscere Prevenzione, Appropriatezza, Ricerca scientifica e Innovazione quali mattoni su cui fondare la sostenibilità del sistema sanitario. Ma come identificare l'appropriatezza delle tecnologie della prevenzione? Come identificare appropriatezza e valore di una determinata tecnologia?

Come può il sistema sanitario universalistico affrontare la sfida delle tecnologie emergenti (genetica, Intelligenza artificiale)? Come indirizzare la ricerca pubblica e industriale verso la produzione di innovazione ad alto valore? Quale definizione di valore assumiamo per rispondere alla complessità delle domande a cui un sistema sanitario è chiamato?

Sono queste alcune degli interrogativi a cui il XII Congresso nazionale di Sihta proverà a dare risposta con più di 100 relatori invitati, 84 comunicazioni libere, 18 sessioni organizzate nella cornice di Palazzo Lombardia, ovvero nella sede istituzionale di una Regione italiana ad alta trazione industriale con un servizio sanitario riconosciuto di riferimento non solo a livello nazionale anche nel delicato meccanismo di integrazione pubblico-privato e di continuità tra ricerca,

innovazione e pratica clinica.

Nel concreto il congresso si articolerà attorno a quattro sessioni plenarie in cui i temi dell'innovazione tecnologica dirompente

(cfr. I sessione Plenaria: Horizon scanning: le nuove frontiere della terapia genica in medicina; III sessione Plenaria: Horizon scanning: le nuove frontiere dell'intelligenza artificiale in medicina) e dei processi che portano la ricerca scientifica ad innovazione e l'innovazione a valore per la salute e per il sistema paese (cfr.: II Sessione Plenaria: L'innovazione per una sanità di valore; IV sessione plenari: Le strategie industriali per una filiera di valore) saranno analizzati con il contributo di un nutrito e competente panel di relatori.



Giandomenico Nollo

* *Membro del Direttivo SIHTA e Presidente Consiglio Scientifico Convegno Nazionale, BIOTech-Dip. Ingegneria Industriale - Università degli Studi di Trento*

** *Presidente SIHTA, Responsabile Tecnologie e Unità di Ricerca HTA & Safety IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma*



I sessione plenaria

Horizon scanning: le nuove frontiere della terapia genica in medicina

La I sessione plenaria, partendo innanzitutto da una fotografia dello stato dell'arte, vuole indagare quali terapie sono oggi disponibili, qual è il grado di conoscenza raggiunto, quali terapie sono "in rampa di lancio" e quali possono essere gli orizzonti ancora da esplorare.

di **Pietro Derrico***, **Francesca Sabusco****

Per anni la terapia genica è stata identificata come simbolo stesso della medicina del futuro e quindi vista come una chimera, un oggetto al di là dell'orizzonte. In questo ultimo quinquennio si è invece concretizzata e materializzata l'idea di curare le malattie usando pezzi di Dna come se fossero medicine.

Sono infatti sempre più numerosi gli studi che testimoniano che la tecnica funziona in modo efficace e sicuro e alcune linee terapeutiche, sebbene fortemente orientate a ristretti gruppi di pazienti, sono divenute realtà cliniche oggi riconosciute anche dagli enti regolatori nazionali. Come sappiamo, la terapia genica rappresenta una forma innovativa della medicina molecolare che ha l'obiettivo di curare una malattia partendo dalle sue basi genetiche, sostituendo, riparando o controbilanciando un gene malfunzionante nelle cellule colpite dalla malattia. Il concetto che sta alla base di questa innovazione terapeutica, è quello di introdurre nella cellula materiale genetico per compensare o correggere geni anomali o più precisamente nell'inserire la copia corretta di un gene difettoso, il cui malfunzionamento è riconosciuto essere la causa di quella determinata malattia. Dal primo trial del 1990 ad oggi sono stati sviluppati oltre 2500 studi clinici su un ampio spettro di potenziali applicazioni terapeutiche. Originariamente concepito come un trattamento finalizzato esclusivamente a correggere i disturbi ereditari monogenici, la terapia genica viene oggi sperimentata ed applicata a condizioni acquisite come il cancro (ad esempio, attraverso l'ingegneria dei linfociti che possono essere utilizzati nell'uccisione mirata di cellule tumorali) o le malattie infettive, oppure a disordini neurodegenerativi complessi. Dunque, le po-

tenzialità della terapia genica spaziano dalle malattie genetiche ereditarie fino al cancro, con applicazione anche nelle malattie autoimmuni e infettive. Nella lotta ai tumori ematologici è ad esempio davvero recente la approvazione da parte di Aifa della rimborsabilità della prima terapia a base di cellule Car-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) che è quindi ora disponibile in Italia, anche se su popolazione selezionata.

La crescente visibilità determinata dai promettenti risultati ottenuti nei trial e dalle prime autorizzazioni al commercio in USA ed Europa ha richiamato anche attenzione e finanziamenti importanti, con essi interessi economici e in prospettiva etico-giuridici molto importanti. Sull'altro fronte, i ricercatori e i clinici esprimono giusto e cauto ottimismo nel commentare le odierne prospettive in merito alla capacità di realizzare cure che garantiscano benefici ai pazienti in maniera efficace, sicura e stabile nel tempo. Nonostante i numerosi studi che testimoniano l'efficacia di questa tecnica, se da un lato assistiamo a sempre più numerosi esempi di terapie che hanno determinato esiti clinici di assoluta rilevanza (curando patologie come i tumori del sangue, l'emofilia, l'anemia falciforme, la cecità, diverse malattie neurodegenerative e cardiovascolari) e che, conseguentemente, hanno superato con successo l'intero iter regolatorio, dall'altro occorre riflettere sulla modalità con cui, istituzioni ed aziende, possono realmente rendere tali tecnologie una opzione terapeutica per tutti. Per trasformare infatti tali tecnologie da promessa a reale opportunità di cura, sarà necessario non solo verificarne esiti e sicurezza a lungo termine, ma anche intervenire sugli attuali elevatissimi costi, che, di fatto, limitano l'accesso dei

potenziali beneficiari e mettono in forte discussione l'applicabilità di questi approcci su ampie popolazioni dentro i confini del sistema sanitario universalistico. Da questo deriva un'altra domanda fondamentale, ovvero come regolare e incentivare le azioni di ricerca in questo settore, come riuscire a creare un sistema collaborativo pubblico privato che a fronte di una condivisione dei costi e dei rischi di investimento porti a soluzioni terapeutiche a costi davvero sostenibili?

Struttura della Sessione

La I sessione plenaria ("Horizon scanning: le nuove frontiere della terapia genica in medicina"), che sarà moderata dal Presidente Onorario di Sihta a Carlo Favaretti e dall'attuale Presidente, Pietro Derrico, vuole esplorare tali concetti partendo innanzitutto da una fotografia dello stato dell'arte, quali terapie sono oggi disponibili, qual è il grado di conoscenza raggiunto, quali terapie sono "in rampa di lancio" e quali possono essere gli orizzonti ancora da esplorare. D'altro canto si vuole anche evidenziare gli aspetti che determinano la possibilità di accedere a tali trattamenti da parte dei cittadini/pazienti. Verrà perciò fornita una visione d'insieme sui principali nodi legati ai costi di tali terapie e alle modalità organizzative più coerenti per l'ottimizzazione dei processi di ricerca ingegnerizzazione e erogazione di tali prestazioni.

L'introduzione della sessione è affidata all'intervento di Franco Locatelli, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità nonché Direttore del Dipartimento Onco Ematologia e Terapia Cellulare e Genetica dell'Irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Data la sua esperienza autorevole nel campo delle terapie geniche, il Professore affronterà il tema della manipolazione genetica delle cellule somatiche approfondendo sia la cura delle malattie ereditarie sia il trattamento del cancro.

A seguire, l'intervento di Iain Mattaj, biologo scozzese già Direttore generale dello European Molecular Biology Laboratory (Embl) di Heidelberg, oggi Direttore di Human Technopole, che illustrerà l'esperienza dell'istituto di ricerca multidisciplinare, costituito da vari centri specializzati nella ricerca di nuove terapie per tumori e malattie neurodegenerative. La sua relazione affronterà quindi, nella logica dello sguardo di orizzonte, il tema specifico della ricerca nell'affascinante mondo delle scienze biomolecolari e delle prospettive di sviluppo verso nuove terapie che si apriranno nei prossimi anni.

Ad Americo Cicchetti, Past President Sihta e Direttore Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, abbiamo affidato il compito di ricondurre al tema della Hta argomentando i neces-

sari adeguamenti delle metodologie per la valutazione delle terapie geniche e portando alcune riflessioni sugli aspetti propriamente economici ed organizzativi che queste sollevano oggi e potranno maggiormente sollevare domani. Infine la sessione si concluderà con il punto di vista istituzionale con l'intervento di rappresentanti delle Istituzioni centrali e di Centri di Ricerca per comprendere i criteri con cui affrontare le ricadute organizzative ed economiche delle nuove terapie sul territorio nazionale.

Riflessioni finali

Le terapie geniche rappresentano sicuramente un'enorme speranza per combattere le malattie rare ma il loro costo sembrerebbe ancora molto alto. Il singolo trattamento con le Car-T costa ad oggi diverse centinaia di migliaia di euro e sarà accessibile solo a quei pazienti con caratteristiche cliniche tali da poter entrare a far parte di un protocollo di sperimentazione nei centri autorizzati. Questi nuovi approcci terapeutici richiedono infatti una contemporanea crescita professionale e realizzativa da parte dei centri clinici. Come in tutti i processi di salute, il farmaco, il dispositivo sono solo un pezzo di una grande catena in cui il professionista e le sue competenze, il modello organizzativo con la sua capacità di adattarsi all'innovazione, il paziente stesso con il suo coinvolgimento costituiscono altrettanti elementi di snodo. Così nella valutazione dei costi di una terapia dovremmo tener conto oltre agli effettivi esiti, ad esempio la eradicazione della stessa a fronte di una cronicità, delle giuste aspettative di ritorno economico delle aziende produttrici, della riorganizzazione e adeguamento dei centri clinici, oltre alle aspettative dei pazienti.

L'auspicio è che si operi per una concertazione internazionale e che a partire dalla ricerca di base costruisca la strada per lo sviluppo di questa tecnologia che sulla base dell'avanzamento scientifico porti all'innovazione terapeutica, in primis sicura ed efficace ma con una attenzione specifica al prezzo di accesso, al rapporto costi risultati, in sintesi per garantire che anche la terapia genica sia una innovazione di valore. A tale proposito è fondamentale avere un quadro normativo che possa incentivare e agevolare tali terapie anche a livello europeo, puntare sulle nostre strutture pubbliche rendendole centri di eccellenza qualificati per la produzione del prodotto terapeutico mettendolo a disposizione dei pazienti.

* **Presidente SIHTA, Responsabile Tecnologie e Unità di Ricerca HTA & Safety IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma*

** *Segreteria Scientifica SIHTA*



Il sessione plenaria

L'innovazione per una sanità di valore

La vera sfida sarà la costruzione di una cornice concettuale e metodologica per una nuova Hta che sia a supporto di processi decisionali centrati sui pazienti, tempestivi e ad elevato orientamento sociale, per perseguire in Italia e in Europa un'assistenza sanitaria integrata di valore.

di Carlo Favaretti*

Innovazione e valore sono due parole ricorrenti e, anche, molto abusate nel dibattito sul Servizio sanitario nazionale italiano. Abbiamo ritenuto che una sessione plenaria del XII° Congresso Nazionale della Società Italiana di Health Technology Assessment (Sihta), dedicata a come ciò impatti sull'evoluzione dell'Hta, possa essere utile per quanti continuano a lavorare per sostenere elementi di razionalità nei processi decisionali, indipendentemente dal livello a cui le decisioni sono prese.

Così, la Hta può e deve dare risposta ai temi di indirizzo regolatorio, nazionale e regionale (livello macro), a quelli di indirizzo prevalente organizzativo e manageriale (livello meso), nonché all'operatività quotidiana dei professionisti a supporto delle decisioni cliniche (livello micro).

Secondo Keeley, l'innovazione è la traduzione di una nuova idea o tecnologia in una nuova offerta che funzioni. In tal senso va chiarito che:

- a) l'innovazione non è un'invenzione;
- b) l'innovazione deve avere un ritorno economico;
- c) poche cose sono veramente innovative;
- d) l'innovazione va al di là del nuovo prodotto.

Innovare significa identificare i problemi rilevanti, che contano, e affrontarli in modo sistematico per fornire soluzioni efficaci. Ciò significa che:

- a) sapere dove innovare è altrettanto importante che sapere come farlo;
- b) bisogna affrontare il problema più importante per primo;
- c) si devono rifiutare le soluzioni incomplete;

d) l'innovazione che non arriva al mercato non conta niente;

e) bisogna tradurre la complessità in semplicità.

Per quanto riguarda il concetto di valore, va ricordato che la sua prima messa punto da parte dello statunitense Michael Porter risale a oltre un decennio.

Secondo Keeley, l'innovazione è la traduzione di una nuova idea o tecnologia in una nuova offerta che funzioni.

Porter costruisce il concetto di valore sugli esiti di salute, determinati dal complesso delle cure e dei processi assistenziali, per dollaro speso. Nel suo lavoro seminale, egli precisa che il valore deve sempre riguardare il vantaggio per il paziente; puntualizza che la riduzione dei costi (come misura di efficienza) senza considerare gli esiti per la salute è pericolosa perché porta a falsi "risparmi" e a limitare potenzialmente l'efficacia delle cure; innova l'analisi economica portando gli esiti di salute al numeratore e i costi al denominatore.

In Europa, Muir Gray allarga il concetto di valore introducendo la definizione di assistenza sanitaria basata sul triplo valore:

• il valore allocativo (allocare risorse in modo equo ai diversi sottogruppi di popolazione massimizza il valore per l'intera popolazione);

• il valore tecnico (migliorare qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria aumenta il valore derivato dall'allocazione delle risorse a particolari servizi); il valore personale (decidere sulla base delle migliori prove di efficacia e determinare al meglio le condizioni e i valori individuali).

Più recentemente, *l'Expert Panel on effective ways of investing in Health* (Exph), di cui Walter Ricciardi ha fatto parte, ha prodotto, per conto del-

la Commissione Europea, un rapporto dal titolo: *Defining Value in "value-based healthcare"*.

Nel rapporto viene proposto di considerare, oltre al valore personale, tecnico e allocativo, il valore sociale per sottolineare l'importanza dell'assistenza sanitaria nel determinare la partecipazione e la coesione sociale.

Struttura della Sessione

È a partire dalle considerazioni sovraespresse che la seconda sessione plenaria del Convegno Sihta 2019 è stata costruita.

La sessione, che sarà moderata dal Direttore del Centro Nazionale Health Technology Assessment, dell'Iss, Marco Marchetti e da Francesca Patarnello (Consiglio Direttivo Sihta, Vp Market Access e Government Affairs, AstraZeneca), inizia quindi con un intervento di Walter Ricciardi che affronterà il tema delle innovazioni dirompenti e del loro impatto sulla salute e sulla sanità. Walter Ricciardi, già Presidente dell'Iss e riferimento internazionale nelle politiche di salute pubblica, prenderà spunto dalla sua partecipazione *all'Expert Panel on effective ways of investing in Health* (Exph) per inquadrare le potenzialità e i limiti dell'innovazione tecnologica, organizzativa, di prodotti e servizi, e risorse umane in Italia, con lo sguardo rivolto anche agli altri paesi dell'Unione Europea, che hanno ovviamente problemi simili ai nostri.

Bruno Dallapiccola, Direttore scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e componente, tra l'altro del Tavolo di Lavoro per il Piano Nazionale delle Malattie Rare illustrerà come la genomica e la medicina di precisione rappresentino dei veri e propri laboratori per nuove politiche per la salute. La medicina di precisione è infatti figlia della rivoluzione seguita al progetto di sequenziamento del genoma umano. La rivoluzione è stata ed è certamente guidata dalla tecnologia e ci pone di fronte a un imperativo etico e di giustizia sociale a fronte degli enormi costi della ricerca e sviluppo di test e farmaci.

Luca Pani, esperto di farmacologia, psichiatria clinica e scienze regolatorie. Già Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), approfondirà la discussione affrontando il tema delle nuove sfide che riguardano l'innovazione e le problematiche regolatorie che si pongono nel trasferimento dalla ricerca alla pratica, sia in generale che, in particolare, per gli *Advanced Therapy Medicinal products* (Atmp) che includono la terapia genica. Infine, analizzerà i modelli e i concetti di *payment by results, value for money, budget impact analysis, conditional reimbursement schemes*.

Infine, Iñaki Gutierrez Ibarluzea, Presidente di Health Technology Assessment International, ci porterà al tema centrale della conferenza riflettendo sulla sfida che la valutazione dell'innovazione lancia all'Health Technology Assessment.

Sfida per l'Health Technology Assessment

Negli ultimi decenni l'Health Technology Assessment ha avuto un enorme sviluppo e ha definito con sempre maggiore precisione strumenti e metodi per applicarlo a livello macro, meso e micro dei sistemi sanitari, con riguardo sia all'introduzione di nuova tecnologia (intesa nel suo senso più ampio) che ai necessari disinvestimenti per eliminare l'obsolescenza e l'assistenza di scarso valore, con l'obiettivo di rendere più sostenibili i sistemi stessi. In questo processo la collaborazione internazionale ha avuto un ruolo centrale attraverso le diverse istituzioni e progettualità quali l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Inahta); l'European Network for Health Technology Assessment (EUNetHTA); il Progetto Adopting Hospital-based Health Technology Assessment (AdHopHTA).

Mentre sono via via fiorite e si sono diffuse le esperienze nazionali, regionali, ospedaliere di applicazione dei modelli e metodi sviluppati a livello internazionale.

Anche grazie a questo lavoro, abbiamo oggi strumenti e metodi abbastanza solidi per supportare le decisioni regolatorie in fase di introduzione di nuove tecnologie.

Restano tuttavia coni d'ombra importanti su cui dover concentrare azioni e impegno nei prossimi anni.

Sicuramente più debole rispetto alla valutazione dei processi di innovazione è il rapporto tra Hta e disinvestimento, e ancor di più necessari di manutenzione e aggiornamento sono gli strumenti e i modelli di allineamento temporale tra assessment e decisioni, e organizzativo tra istituzioni (enti regolatori, stato centrale, regioni...), per arrivare a decisioni, tempestive, efficaci e sostenibili.

La vera sfida, probabilmente, sarà la costruzione di una cornice concettuale e metodologica per una nuova Hta che sia a supporto di processi decisionali centrati sui pazienti, tempestivi e ad elevato orientamento sociale, per perseguire in Italia e in Europa un'assistenza sanitaria integrata di valore.

* Presidente onorario, Società Italiana di Health Technology Assessment



III sessione plenaria

Horizon scanning: le nuove frontiere dell'intelligenza artificiale in medicina

Strumento pensato, sviluppato e utilizzato a supporto del professionista e della sua attività in tutti i processi e non in sua completa e totale sostituzione: metaforicamente considerando l'la come un'ortesi e non una protesi.

di Giandomenico Nollo* , Ottavio Davini**

Fu nel 1956, in occasione di un Congresso dedicato allo sviluppo di sistemi intelligenti tenuto al Dartmouth College nel New Hampshire, che McCarthy introdusse l'espressione intelligenza artificiale (Ia), segnando in maniera indelebile la nascita di una nuova disciplina. Ma dobbiamo aspettare gli anni Ottanta per vedere le prime applicazioni industriali (gestione ordini, robotica di produzione, ecc.) e poi lo sviluppo delle reti neurali con le prime applicazioni seminali, anche in medicina, di sistemi esperti. Tuttavia, come in molti casi dello sviluppo scientifico, per alcuni anni le grandi aspettative riposte in questa nuova disciplina non hanno trovato immediato riscontro lasciando che la ricerca in questo settore corresse sottotraccia.

È solo con l'impetuoso sviluppo delle tecnologie della comunicazione e dei sistemi di calcolo, avvenuto in particolare in questo decennio, che l'Ia ha ripreso la scena divenendo uno strumento pervasivo e versatile non solo in applicazioni ad alta tecnologia, ma anche nella vita quotidiana.

Così oggi, al pari di altri settori ad alto tasso tecnologico, l'Ia in campo medico sta

emergendo in maniera sempre più evidente, permettendo di trattare in modo avanzato i pazienti mediante le tecnologie robotiche, proponendo sistemi di analisi di grandi moli di dati per lo sviluppo di modelli predittivi (migrazione delle epidemie, previsioni di spesa), offrendo strumenti di elaborazione automatica e approfondita delle immagini diagnostiche

(Deep learning) o sistemi esperti in grado di dare risposte a quesiti complessi sulla base di analisi di sterminati *database*.

In linea di principio siamo quindi di fronte a una tecnologia positiva, con potenziali e importanti ricadute in termini di salute dei cittadini.

Ma, come per ogni innovazione tecnologica, dobbiamo porre la nostra attenzione sulla sua reale efficacia, sui costi che questa introduce, sulla ri-

chiesta di cambiamento organizzativo, professionale, sulle possibilità di accesso, e via dicendo.

In altri termini anche l'Ia deve essere misurata secondo le logiche della Hta per determinare il valore di salute che la specifica applicazione può determinare, su quale segmento di popolazione può essere applicata con successo, quali risorse aggiuntive

Anche l'Intelligenza artificiale deve essere misurata secondo le logiche della Hta per determinare il valore di salute che la specifica applicazione può determinare, su quale segmento di popolazione può essere applicata con successo, quali risorse aggiuntive o in eccesso essa determina e non ultimo quali aspetti etici e giuridici devono essere affrontati per il suo reale dispiegamento.

o in eccesso essa determina e non ultimo quali aspetti etici e giuridici devono essere affrontati per il suo reale dispiegamento. Un esempio su tutti: se in ambulatorio introduciamo un sistema esperto in grado di fare diagnosi accurate, sulla base delle più aggiornate conoscenze, quali saranno i risvolti professionali? come si modifica la deontologia professionale? Avremo perdita di competenza del clinico? una sua deresponsabilizzazione? L'industria che offre il sistema diagnostico assumerà le responsabilità mediche relative? La tecnologia di fatto andrà a modificare il rapporto fiduciale medico-paziente?

Domande queste di non facile risposta, soprattutto in una condizione di non conoscenza della tecnologia in divenire e delle sue reali potenzialità.

Ecco, quindi, come sia fondamentale l'applicazione dei principi dell'Hta per garantire l'accesso dei cittadini anche a questa innovazione tecnologica, sulla base di prove certe di appropriatezza ed efficacia. Nel frattempo, è importante sottolineare come tale strumento debba essere pensato, sviluppato e utilizzato a supporto del professionista e della sua attività in tutti i processi e non in sua completa e totale sostituzione: metaforicamente considerando l'la come un'ortesi e non una protesi.

Struttura della Sessione

La III sessione plenaria ("Horizon scanning: Le nuove frontiere dell'Intelligenza Artificiale in medicina"), che sarà condotta da Giandomenico Nollo e Ottavio Davini, membri del Direttivo SIHTA e esperti in tecnologie biomediche, esplorerà i concetti sopra sintetizzati, partendo innanzitutto da una fotografia dello stato dell'arte affidata ad Alberto Eugenio Tozzi, Responsabile Unità di Funzione Medicina Digitale e Telemedicina e dell'Area di Ricerca Malattie Multifattoriali e Malattie Complesse dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Il dottor Tozzi, partendo dalla propria esperienza di pediatra ed epidemiologa farà un quadro sulle tecnologie di la oggi disponibili nella pratica clinica, sulla loro affidabilità e su quali orizzonti possono essere ancora da esplorare in questo settore.

A Padre Alessandro Carrara, Membro della Pontificia Accademia per la Vita, e Membro dell'Unesco Chair in Bioethics and Human Rights, sarà affidato il compito di mettere in luce gli aspetti etici che lo sviluppo e applicazione di queste tecnologie possono comportare in relazione ai diritti fondamentali dell'uomo.

A Stefano Quintarelli, già Presidente del Comitato di Indirizzo di Agenzia per l'Italia digitale, e membro dell'*High-Level Expert Group on Artificial Intelligence of the European Commission*, sarà dato il compito di offrire una visione di lungo respiro sui cambiamenti in corso, e prevedibili nel prossimo futuro, sulla penetrazione delle tecnologie di la nel mondo sanitario e su come la pubblica amministrazione saprà reagire a questa domanda di avanzamento tecnologico.

A Matteo Ritrovato, segretario del Comitato scientifico di SIHTA, abbiamo affidato il compito di affrontare il tema nella prospettiva dell'Hta, illustrando gli adeguamenti metodologici necessari per la valutazione delle tecnologie di la, caratterizzate da rapidità di espansione, ampi settori di applicazione e necessità di rilevanti aggiornamenti organizzativi, professionali e tecnologici.

Riflessioni finali

Come e ancor più delle più tradizionali tecnologie elettroniche e informatiche l'la mostra una velocità di sviluppo e penetrazione molto elevata con uno spettro di applicazioni vastissime, una conseguente mancanza di dati, studi, valutazioni sull'impatto che queste possono portare, in termini di salute dei cittadini, capacità professionali, modelli organizzativi, costi e, forse più di ogni altra cosa, aspetti etici e giuridici assolutamente non trascurabili.

Considerando l'importanza del tema abbiamo dedicato un approfondimento in una sessione parallela, dove saranno discussi esempi pratici di applicazione dell'la nella diagnostica per immagini.

* Consiglio Direttivo SIHTA, BIOTech labs- Dipartimento Ingegneria Industriale, Università di Trento

** Consiglio Direttivo SIHTA, Direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



IV sessione plenaria

Le strategie industriali e istituzionali per una filiera di valore

Non è coincidente con il prezzo, che rappresenta solo la quantificazione iniziale dell'offerta da parte del venditore, il valore è bensì il frutto della composizione della curva della domanda con quella dell'offerta; ovvero, l'utilità marginale che l'acquirente può ottenere, e può poi verificare di aver ottenuto in concreto, dall'acquisizione del bene.

di Michele Tringali*, Francesco Saverio Mennini**

Nel contesto sanitario spesso si tende ad associare alla parola *Innovazione* la parola *Costi*, così trascurando i costi derivanti dalla mancata innovazione sia a livello di salute pubblica sia di crescita economica.

È necessario, invece, identificare, tra le tecnologie innovative ed efficaci, quelle di verificabile maggior valore per la salute e poi valutare i maggiori costi, tanto diretti quanto indiretti, che il sistema sanitario e quello economico si troverebbero a sostenere qualora tali tecnologie non venissero implementate in modo appropriato. Questa è la principale sfida che attende il Ssn: programmare il futuro della sanità coniugando l'innovazione verificata con l'impatto sociale, ovvero con i benefici in termini di miglioramento delle cure per i pazienti, nonché di tutela generale della salute.

Un approccio virtuoso al concetto di innovazione, quale uno dei principali fattori che consentono di aumentare la capacità delle organizzazioni di creare *Valore*, va opportunamente collegato al concetto di filiera della salute che include e mobilita

l'attività di tutti quei settori che producono, fanno ricerca, commercializzano e offrono beni e servizi di natura sanitaria. Il valore, infatti, non è coincidente con il prezzo, che rappresenta solo la quantificazione iniziale dell'offerta da parte del venditore, bensì è il frutto della composizione della curva della domanda con quella dell'offerta; ovvero,

l'utilità marginale che l'acquirente può ottenere, e può poi verificare di aver ottenuto in concreto, dall'acquisizione del bene. Occorre, quindi, saper coniugare il valore "per la salute" delle tecnologie (e delle innovazioni in senso lato) con il loro valore economico e sociale, un esercizio cui sono chiamati i medici, gli operatori sanitari, ma anche i pazienti, e tutti i decisori coinvolti (Ministero Economia, Ministero Sviluppo Economico, Inps, Inail, etc.).

Una filiera della salute in grado di coniugare l'innovazione verificata con l'impatto sociale valorizza gli investimenti in ricerca e sviluppo e produce effetti positivi per i cittadini sia in termini di miglioramento delle cure, con accrescimento della qualità della vita, che in termini di impatto positivo sulla produttività.

Senza dimenticare la caratteristica "an-

Occorre saper coniugare il valore "per la salute" delle tecnologie (e delle innovazioni in senso lato) con il loro valore economico e sociale, un esercizio cui sono chiamati i medici, gli operatori sanitari, ma anche i pazienti, e tutti i decisori coinvolti (Ministero Economia, Ministero Sviluppo Economico, Inps, Inail, etc.).

ticiclica” della filiera della salute che, in controtendenza con la maggior parte dei settori economici del nostro Paese, è stata caratterizzata, negli ultimi anni, da aumenti di varia entità dei valori riferiti a indicatori quali l’occupazione, l’export, il fatturato e il valore aggiunto sanitario (cfr. Filiera della Salute – Rapporto Annuale, Confindustria - 2018).

Introdurre ed utilizzare metodi e modelli che sappiano catturare le diverse implicazioni dell’innovazione verificata e restituire ai decisori misure credibili a sostegno di scelte di innovazione sostenibile diviene una scelta imprescindibile. Laddove, in un sistema universalistico come il Sistema Sanitario Nazionale, con innovazione sostenibile si intende l’assicurazione del massimo valore di salute sia per le persone che per la popolazione nel suo complesso con costi “accettabili” per la società e “sostenibili” per l’erario, per le organizzazioni e, in ultima analisi, per le famiglie.

Struttura della sessione

La IV sessione plenaria (“Le strategie industriali e istituzionali per una filiera di valore”), che sarà moderata da Francesco Saverio Mennini e Michele Tringali, vuole esplorare tali concetti approfondendo la promozione e la valutazione degli investimenti pubblici e privati nella ricerca scientifica nonché la sostenibilità ed equità dei nuovi modelli di organizzazione della sanità nell’alveo dell’autonomia regionale con lo scopo di generare vera innovazione a beneficio dei cittadini e la politica industriale nazionale del settore come elemento di crescita del sistema paese.

L’introduzione della sessione è affidata all’intervento di Emanuele Monti, Presidente III Commissione permanente - Sanità e politiche sociali Regione Lombardia.

A seguire, l’intervento del Presidente Confindustria Dispositivi Medici, Massimiliano Boggetti, il quale illustrerà l’importanza di riconoscere il valore delle tecnologie mediche, con lo scopo di delineare e rafforzare il loro sistema di valutazione, per garantire la conoscenza e la pianificazione delle innovazioni in arrivo sul mercato. Sarà, naturalmente, approfondito lo stato dell’arte del comparto dei dispositivi medici

e di conseguenza il ruolo e le azioni di Confindustria Dispositivi Medici.

Il punto di vista di un altro importante attore della filiera salute come il produttore del farmaco sarà quindi riportato dalla relazione di Francesco De Santis, Vice Presidente Farmindustria.

La sessione si concluderà con il punto di vista istituzionale con l’intervento dei rappresentanti delle Istituzioni centrali che regionali con l’intervento, in quest’ultimo caso, di Luigi Cajazzo Direttore Generale Welfare Regione Lombardia il quale descriverà la politica sanitaria del sistema welfare lombardo (strategie attuate per garantire ai cittadini l’erogazione efficace delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e dei servizi per la salute).

Riflessioni finali

La complessità che caratterizza il raggiungimento di obiettivi di sviluppo sostenibile è tale da richiedere una sempre più stretta tra collaborazione tra strutture pubbliche e imprese private e la costituzione di un ambiente favorevole e incoraggiante dove attori diversi, pur perseguendo fini differenti, possano trovare un momento di dialogo, confronto e coordinamento a favore dell’intera collettività. In questo contesto appare ottimale migliorare i processi di comunicazione esterna, scambiare esperienze paragonandosi con attori del settore privato e del settore non profit, creando alleanze stabili e durature con altri soggetti istituzionali.



* Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia

** Vice Presidente vicario – SIHTA, direttore EEHTA-Ceis Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”

10-11
OTTOBRE
2019



MILANO
PALAZZO
LOMBARDIA

CREDITI FORMATIVI

ECM: 7,7 crediti

(intero congresso)

Evento N. 5146 - 273078

CFP: 2 crediti I, II e III sessione;

3 crediti per la IV sessione

(9 intero congresso)



SOCIETÀ ITALIANA DI HEALTH

**LA FILIERA
DELL'INNOVAZIONE
TECNOLOGICA
IN SANITÀ.**

IL DIFFICILE
EQUILIBRIO TRA
RAPIDITÀ DI
ACCESSO
AL MERCATO
DEI PRODOTTI,
SICUREZZA
DEI PAZIENTI
E SOSTENIBILITÀ
DEI SISTEMI
SANITARI

PROGRAMMA

Giovedì 10 ottobre 2019

PRIMA SESSIONE PLENARIA

**HORIZON SCANNING: LE NUOVE
FRONTIERE DELLA TERAPIA
GENICA IN MEDICINA**

La fotografia dello stato dell'arte:
terapie disponibili, grado di
conoscenza raggiunto, terapie
“in rampa di lancio”, orizzonti
da esplorare.

SESSIONI PARALLELE

**DATI DI CONTESTO A SUPPORTO
DEL DECISION MAKING IN ASSENZA
DI EVIDENZA ADEGUATA**

**LA GOVERNANCE DEI DISPOSITIVI
MEDICI: PROSPETTIVE E
STRUMENTI PER UNA CRESCITA
SOSTENIBILE**

**ALLA RICERCA DELLA TECNOLOGIA
SANITARIA DI VALORE: HTA DELLA
RICERCA**

**IL COINVOLGIMENTO DEI
CITTADINI NELLE VALUTAZIONI
DI HTA**

**LA VALUTAZIONE DELLE
TECNOLOGIE SANITARIE:
LA PROSPETTIVA**

2 GIORNI DI LAVORI
4 SESSIONI PLENARIE
24 SESSIONI PARALLELE
350 PARTECIPANTI

132 RELATORI
38 PATROCINI CONCESSI
23 SPONSOR
90 LAVORI PERVENUTI

hta

TECHNOLOGY ASSESSMENT

**E IL CONTRIBUTO
DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

SECONDA SESSIONE PLENARIA

L'INNOVAZIONE PER UNA SANITÀ DI VALORE

Una nuova Hta a supporto di processi decisionali tempestivi e ad elevato orientamento sociale, per un'assistenza sanitaria integrata di valore.

Venerdì 11 ottobre 2019

SESSIONI PARALLELE

**INNOVAZIONE TECNOLOGICA
E HTA: FORMAZIONE NELLE SCUOLE
DI SPECIALIZZAZIONE E NEI CORSI
DI LAUREA DI AREA MEDICA**

**HTA, LINEE GUIDA
E COMUNICAZIONE: STRUMENTI
FONDAMENTALI PER SUPPORTARE
L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN
SANITÀ PUBBLICA**

**LONGEVITÀ DEI DISPOSITIVI
ELETTRONICI CARDIACI
IMPIANTABILI: TRA TECNOLOGIA,
CLINICA E COSTO-EFFICACIA
EFFICACIA E SOSTENIBILITÀ**

**DELLE CURE ONCOLOGICHE:
L'APPROCCIO MULTISTAKEHOLDER
DEL PROGETTO SYN.THESIS**

**ANTI TNF-ALFA MINIMIZATION
COSTS: FROM AN ITALIAN
TO A EUROPEAN MODEL**

TERZA SESSIONE PLENARIA

HORIZON SCANNING: LE NUOVE FRONTIERE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA

Uno strumento a supporto del professionista e della sua attività in tutti i processi e non in sua sostituzione: un'ortesi e non una protesi.

SESSIONI PARALLELE

**DALL'OUTCOME BASED AL VALUE
BASED: LE SFIDE A SOSTEGNO
DELL'INNOVAZIONE
FARMACOLOGICA**

**LE NUOVE FRONTIERE DELLA
TERAPIA GENICA IN MEDICINA**

DOVE L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

**STA DIVENTANDO
REALTÀ: LA
DIAGNOSTICA
PER IMMAGINI**

HTA DEGLI SCREENING

**DISPOSITIVI MEDICI
E RISONANZA MAGNETICA: STATO
DELL'ARTE AD UN ANNO DALLA
PUBBLICAZIONE DEGLI STANDARD
DI SICUREZZA EMANATI DAL
MINISTERO DELLA SALUTE**

**NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE
CRONICO: CARDIOVASCOLARE ED
OSTEOPOROSI**

QUARTA SESSIONE PLENARIA

LE STRATEGIE INDUSTRIALI E ISTITUZIONALI PER UNA FILIERA DI VALORE

Il valore come frutto della composizione della curva della domanda con quella dell'offerta: l'utilità ottenibile dall'acquisizione del bene.

Il programma in dettaglio su www.sihta.it

Diritti e salute

La “missione” incompiuta dell’assistenza primaria

Prevista dalla rivoluzione della legge n.833/78, ci troviamo ancora, in modo diversificato sul piano nazionale, ben lontani dall’aver realizzato un efficiente modello di assistenza primaria.

di Mariapia Garavaglia*

Dalla assistenza ospedalocentrica al territorio, per portare vicino ai cittadini una “cintura” di strutture e servizi sanitari, razionalizzati e integrati. Era la “missione” della rivoluzione della legge n.833/78.

Eppure ci troviamo ancora, in modo diversificato sul piano nazionale, ben lontani dall’aver realizzato un efficiente modello di assistenza primaria, nonostante l’evoluzione di tutti i sistemi sanitari, ed in particolare di quelli pubblici, esiga oggi la necessità di una garanzia di sostenibilità economica, sociale ed ambientale.

Prima dello sviluppo della cronicità, legata alla transizione epidemiologica e all’invecchiamento della

popolazione, l’offerta di servizi sanitari si poteva realizzare in un contesto sostanzialmente ambulatoriale, o di ricovero ospedaliero, che rispondeva ad un bisogno individuale “qui ed ora”. Parallelamente un approccio bioriduzionistico alla medicina e la concentrazione di tecnologia, prevalentemente nelle sedi degli interventi ospedalieri, hanno portato alla crescita di un modello di offerta di servizi sanitari in cui l’assistenza primaria ha vissuto un ruolo di mero filtro nei confronti degli interventi specialistici, in risposta alla acuzie.

Ai giorni nostri, un tale sistema di offerta non presenta prospettive sostenibili a fronte di trattamenti sanitari di lungo periodo, che prevedono mediamente la durata di 20 anni e che non possono essere affrontati senza una integrazione di professionisti e setting di offerta e di una compartecipazione dell’assistito alle scelte di salute nel lungo periodo.

Ecco quindi che l’assistenza primaria non ha più solo il ruolo di primo contatto in risposta alla acuzie semplice o di gatekeeping a

L’obiettivo principale è fare in modo che, a casa di ogni paziente e nella comunità di appartenenza, siano realizzati interventi pianificati a seguito di idonee valutazioni multidimensionali e della convergenza delle azioni di un team di cura che interagisce costantemente con un assistito o caregiver informato e responsabile.



livelli specialistici ulteriori, ma diventa anche il livello della presa in carico e cioè della assunzione di responsabilità del sistema sanitario nella attivazione, realizzazione, monitoraggio e revisione di un processo che garantisca accesso e continuità assistenziale alle persone in condizioni di cronicità.

L'obiettivo principale non è quindi moltiplicare i punti di offerta prestazionale frammentaria di tipo ambulatoriale sul territorio, ma piuttosto di fare in modo che, a casa di ogni paziente e nella comunità di appartenenza, siano realizzati interventi pianificati a seguito di idonee valutazioni multidimensionali e della convergenza delle azioni di un team di cura che interagisce costantemente con un assistito o caregiver informato e responsabile. Un tale sviluppo dell'assistenza primaria risponde alla complessità oggi rappresentata nei sistemi socio sanitari in cui il concetto di salute non richiede attenzione esclusivamente ai segni e sintomi ma anche ai determinati di salute di tipo socio economico ed ambientali a cui sono esposti individui e popolazioni.

Questa complessità si affronta attraverso risposte necessariamente complesse e personalizzate, che sono fornite da team di

professionisti e in cui assistito, caregiver e comunità diventano sempre più coinvolte nei processi decisionali di sistema e nella coproduzione di salute.

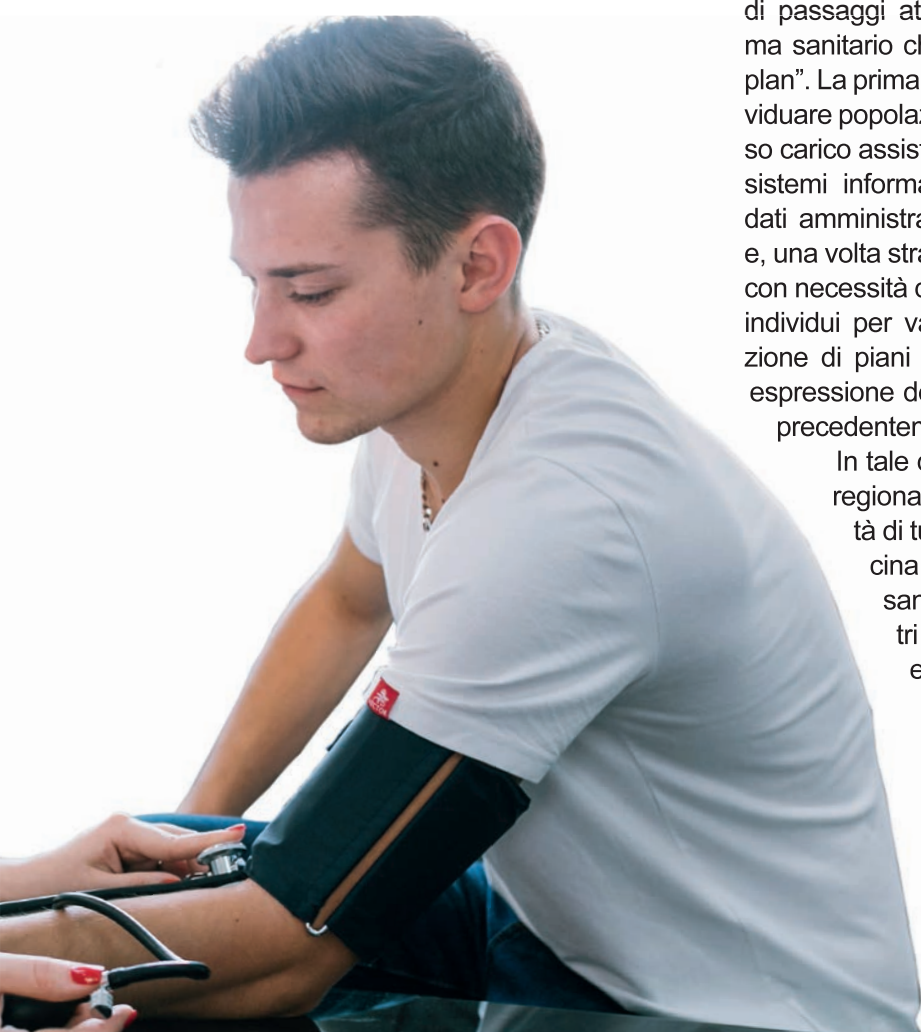
L'assistito diventa risorsa e si riduce il gap tra offerta e domanda nel momento in cui i cittadini partecipano responsabilmente alle scelte di salute che li riguardano, grazie ad una adeguata azione di advocacy sulle popolazioni ed educazione al trattamento preventivo di situazioni a rischio e di complicanze o a quello terapeutico delle situazioni di cronicità sui singoli.

L'attenzione della assistenza primaria sul focus del primo contatto prevede la riorganizzazione integrata dell'offerta "on demand" su richiesta dei pazienti e le strutture che si stanno sviluppando nel nostro Paese: Case della Salute o Unità Complesse di Cure Primarie rispondono a questa istanza. La maggior parte delle attività dell'assistenza primaria riguarda però la presa in carico di individui sani o apparentemente sani, di pazienti cronici semplici (autosufficienti) o con cronicità complessa o avanzata.

Per queste attività è fondamentale un approccio di iniziativa che consista in una serie di passaggi attivamente proposti dal sistema sanitario che permettano un'offerta "on plan". La prima fase è rappresentata dall'individuare popolazioni che necessitano di diverso carico assistenziale, attraverso l'utilizzo di sistemi informativi che sappiano collegare dati amministrativi, prodotti da diverse fonti e, una volta stratificati i gruppi di popolazione con necessità di intervento, reclutare i singoli individui per valutazione iniziale e formulazione di piani assistenziali che siano reale espressione del processo di presa in carico precedentemente descritto.

In tale dinamica concorrono le policy regionali, l'azione dei distretti e l'attività di tutte le componenti della medicina territoriale e delle professioni sanitarie in collegamento con altri setting di assistenza sanitaria e con diversi ambiti comunitari.

La programmazione e la valutazione di tali attività, condotte rispettivamente su gruppi di popolazione e singoli individui, è necessariamente da realizzare con



standard e metriche appropriate, supportate da competenze di staff di analisi di dati e adeguate tecnologie della informazione, per mantenere livelli di qualità di trattamento o sostenere azioni correttive di miglioramento.

In tale prospettiva, l'integrazione con i servizi ospedalieri e quelli di sanità pubblica è pertanto fondamentale vista la necessità di concentrare al massimo i tempi della risposta intensiva nelle fasi di acuzie complesse che comunque caratterizzano la storia naturale di malattie di lungo periodo e la necessità di rendere interdipendenti i programmi di prevenzione, rivolti ai principali determinanti sociali e ambientali rappresentati nella popolazione, con i trattamenti della cronicità forniti nei medesimi contesti.

Alla riuscita di tale sistema concorrono politiche nazionali regionali e locali coerenti nei messaggi e negli investimenti culturali e tecnologici. Inoltre è importante lo sviluppo di una accountability (rendere conto delle proprie azioni) convergente sul "Value" (valore) in Sanità da parte di tutti. Tale "valore" è rappresentato non dal rapporto volumi di prestazioni/costo ma da esiti di salute, esperienza dell'assistito e benessere dei professionisti/costo. Sono necessari anche sistemi di finanziamento che incentivino l'integrazione dell'offerta dei servizi e la sua continuità nel tempo. Infine, l'utilizzo della evidenza scientifica e la conoscenza dei fattori facilitanti ed ostativi, per la sua applicazione in contesti locali diversi, devono diventare importanti elementi a supporto delle decisioni, sia a livello di politiche che di interventi sanitari.

La tecnologia assume un ruolo rilevante perché facilitante. La digitalizzazione dei documenti, la teleassistenza e la telemedicina riducono la burocrazia e rendono più eguali i cittadini, perché non saranno condizionati da una grande differenza di strutture e di servizi territoriali. La 3^a Conferenza Nazionale sull'Assistenza Primaria dedicata a "La telemedicina e la salute a domicilio" proporrà modelli organizzativi già presenti in diverse Regioni, per verificare la possibilità di definire finalmente una armonizzazione sull'intero territorio nazionale.

* **Presidente Istituto Superiore di Studi Sanitari
"Giuseppe Cannarella"*

Verso la III Conferenza nazionale
sull'Assistenza Primaria

Dalle tecnologie un'opportunità di sostenibilità

A Roma il 15 novembre si svolgerà la III Conferenza nazionale sull'Assistenza Primaria organizzata dall'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella".

"La telemedicina e la salute a domicilio" è il titolo della III Conferenza nazionale sull'Assistenza Primaria organizzata a Roma il prossimo 15 novembre dall'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella". "Il contributo delle tecnologie nell'ambito dell'assistenza primaria – sottolinea l'Istituto - è chiaramente affermato in "Health2020", documento di politiche europee sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In particolare la telemedicina, intesa come il ricorso alle Information and Communication Technologies capaci di trasmettere a distanza informazioni di carattere sanitario, offre diversi ambiti di applicazione per connettere la persona nel network di assistenza anche mentre si trova presso la propria abitazione. È possibile ad esempio eseguire alcuni esami a domicilio, potendo trasmettere dati e relativi referti al medico di famiglia o al medico specialista; è possibile una maggiore integrazione delle cure con un cloud di informazioni sul paziente che è di facile accesso ad ogni figura professionale che in quel momento è attore principale nel percorso di cura. Grazie allo sviluppo della tecnologia cosiddetta m-health (mobile health), inoltre, si estende a tutti coloro che abbiano accesso a dispositivi mobili come smartphone o tablet la possibilità di fruire di servizi sanitari che aiutino sia nella prevenzione sia nel monitoraggio delle patologie per gestirne il trattamento, soprattutto nell'ambito delle malattie croniche". Per questo "il collegamento tra domicilio e utilizzo di tecnologie di telemedicina – conclude l'Istituto - rappresenta una interessante prospettiva di sviluppo ed opportunità di investimento per le istituzioni gli altri stakeholder che intervengono nella realizzazione della assistenza primaria".

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI SANITARI

Giuseppe Cannarella

3° CONFERENZA NAZIONALE SULL'ASSISTENZA PRIMARIA

Roma 15 novembre 2019

Centro Congressi Auditorium Aurelia
Largo Tommaso Perassi angolo Via dei Fagella 796



LA TELEMEDICINA E LA SALUTE A DOMICILIO

PROSPETTIVA DI SVILUPPO EFFICIENTE E SOSTENIBILE

Segreteria organizzativa



KOS Comunicazione e Servizi s.r.l. Tel. 0631052392 - Fax 0687813133
segreteria@koscomunicazione.it www.koscomunicazione.it

Casi editoriali

L'assistenza primaria pronta a "connessioni intrecciate"

Appena pubblicata l'attesa edizione italiana del volume di Jan De Maeseneer "Medicina di famiglia e assistenza primaria. Al crocevia del cambiamento della società". L'autore, punto di riferimento del tema, racconta in prima persona le dinamiche organizzative, culturali e di ingaggio dei protagonisti della cura dei cittadini, con molti spunti di riflessione per l'Italia.

L'assistenza primaria è uno dei nodi centrali del cambiamento culturale, socio-demografico e professionale dei servizi sanitari nel mondo. Protagonista della II conferenza nazionale delle cure primarie a Roma nel 2017, il belga Jan De Maeseneer ha trascorso la sua vita professionale nell'esercizio di questa disciplina, non in modo passivo limitandosi a svolgere i compiti del medico di famiglia, ma perseverando per

trovare innovative soluzioni organizzative sia in patria e sia all'estero. Ha quindi raggiunto traguardi prestigiosi fino a diventare Capo del Dipartimento di Medicina di Famiglia e Assistenza Sanitaria Primaria dell'Università di Ghent e Direttore del Centro Internazionale di Assistenza Sanitaria Primaria della Organizzazione Mondiale della Sanità.

"Il libro di De Maeseneer – riflette nella presentazione Walter Ricciardi, Professore di Igiene e Medicina Preventiva Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, già presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma - ci dice che occorre cambiare in modo strutturale la sanità contemporanea, cercando di introdurre politiche efficaci per prevenire le malattie, rafforzare l'accesso ad un'assistenza primaria di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche. I vantaggi di una tale operazione sarebbero però elevatissimi e consentirebbero di traghettare anche il nostro Paese verso porti più sicuri".

"Investire in questa direzione – evidenzia Ricciardi - significa studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, sarà necessario effettuare interventi che: i) promuovano e consentano ai cittadini di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età, ii) contribuiscano alla sostenibilità ed efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare, e iii) contribuiscano all'ideazione di prodotti e servizi connessi al benessere, alla longevità



**Medicina
di Famiglia
e Assistenza
Primaria
Al crocevia
del cambiamento
della società**

**Jan De Maeseneer
Kos editrice**

e all'invecchiamento attivo in salute (active and healthy ageing)".

"Questo volume – scrivono i curatori dell'edizione italiana edita da Kos* - si può considerare la più aggiornata sintesi dell'immenso serbatoio conoscitivo che riguarda la Medicina di Famiglia e l'Assistenza Sanitaria Primaria, e anche un tentativo di fornire una risposta a due fondamentali interrogativi: Come si può affrontare e risolvere l'aumento della disuguaglianza di salute e di assistenza sanitaria, compresa la minaccia rappresentata dalla multimorbidità pandemica? Come è possibile mantenere l'assistenza sanitaria accessibile e sostenibile? Poiché questi quesiti impegneranno nel prossimo futuro tutti gli operatori di Sanità Pubblica risulta meritoria e tempestiva la pubblicazione del volume".

Raccontare del proprio vissuto è per De Maeseneer raccontare "la storia della Medicina di Famiglia e dell'Assistenza Primaria così come io l'ho sperimentata, esplorata, imparata, praticata, insegnata, cambiata e – in qualche modo – anche vissuta".

Una esplorazione degli ultimi 65 anni di progresso della medicina e di interpretazione a livello globale della professione del medico di famiglia, toccando argomenti che variano dai determinanti sociali della salute, l'Assistenza Orientata agli Obiettivi (Goal Oriented Care), il fare una diagnosi, la responsabilità sociale dell'industria farmaceutica, l'attenzione alla qualità, l'organizzazione dell'Assistenza Primaria, i sistemi di pagamento dei medici e l'Assistenza Primaria globale.

Un viaggio nelle storie personali di uomini e donne che diventano modelli, da imitare o da rifuggire, sicuramente su cui riflettere, per disegnare la sanità di oggi e di domani.

"Questo libro – evidenzia De Maeseneer - vuole contribuire alla riflessione su come creare delle società basate sulla coesione sociale, puntualizzando ciò che è davvero importante: la pace, la connessione sociale, la compassione, la solidarietà, la giustizia sociale, la verità e la speranza per un futuro sostenibile per l'umanità intera".

"Al giorno d'oggi – scrive l'autore a conclusione del suo viaggio nell'assistenza primaria - nel mondo incontriamo individui radicati che, da soli o ispirati da una rete

di odio, non partecipano abbastanza al progresso sociale. Sono frustrati, o sensibili alla propaganda terroristica, a messaggi religiosi sterminatori e a falsi leader populistici. Distinguere "loro" e "noi" sta convincendo estesi gruppi, portando ad una società frammentata e malsana. La nostra risposta dalla Medicina di Famiglia e dall'Assistenza Primaria dovrà basarsi sulla solidarietà, sul rispetto per la diversità, sulla costruzione di ponti invece che muri, sullo stabilire connessioni".

Un testo di ispirazione per medici giovani e meno giovani, per decisori istituzionali e per chi ha la responsabilità di programmare azioni per avvicinare cittadini, professionisti e istituzioni, uniti in un'alleanza per la salute della comunità che non può non passare per la cura dei singoli, in un delicato equilibrio tra dimensione degli interventi e investimenti di salute.

"Il settore dell'Assistenza Primaria – conclude De Maeseneer - è responsabile della salute di una definita popolazione. La dimensione tipica di una "zona di Assistenza Primaria" potrebbe essere 100.000 abitanti, ma può variare a seconda delle condizioni locali. A questo livello dovrebbero essere raggiunti gli "obiettivi sanitari e sociali" della comunità, e "zone di Assistenza Primaria" ben funzionanti potrebbero essere ricompensate, ad esempio, mediante un finanziamento per l'innovazione. Le strategie che possono essere importanti a questo livello riguardano: accessibilità alle cure e gestione dei determinanti sociali, regolare la continuità assistenziale, organizzare la crescita professionale continua dei professionisti, interessarsi dei fornitori di assistenza professionali e informali, monitorare gli indicatori sanitari e la qualità della vita, ... Un'azione intersettoriale può contribuire a rafforzare la coesione sociale e ad aumentare le "connessioni intrecciate".

* *Professor Armando Muzzi, Docente di sanità pubblica, Università di Roma Tor Vergata Dottoressa Giulia Silvestrini, Medico Igiene Pubblica, AUSL Romagna Dottoressa Maria Benedetta Michelazzo, Medico Specialista in Igiene e Sanità Pubblica Professor Gianfranco Damiani, Professore di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma e dirigente medico Unità Operativa Complessa Igiene Ospedaliera della Fondazione Policlinico "A. Gemelli" IRCCS, Roma*

Ssn

Uscire dagli schemi per salvare il sistema

Nuovi modelli di organizzazione per una tutela efficace della salute, prendersi cura dei cittadini e ridurre gli sprechi in sanità.

di Giuseppe Imbalzano*

Una proposta di cambiamento organizzativo, non nei comportamenti operativi dei medici e neanche nella macrostruttura, ma nella organizzazione del sistema e nella revisione del modello operativo.

A 40 anni dalla approvazione della Riforma non poche sono le voci di scarsa soddisfazione per il nostro Servizio Sanitario, per diversi e vari motivi. Questo contributo non vuole entrare nelle motivazioni di tale scontento, che appare noto e non sempre giustificato, ma vuole porre una proposta di cambiamento organizzativo, non nei comportamenti operativi dei

medici e neanche nella macrostruttura, ma nella organizzazione del sistema e nella revisione del modello operativo.

La proposta semplifica l'attuale sistema sanitario e rivede ruolo e organizzazione dei diversi sottosistemi, territoriale ed ospedaliero, eliminando le ridondanze e le attività non utili a garantire la qualità e l'offerta di servizi ai cittadini. I vantaggi non sempre sono descritti e si ritengono evi-

identi (riduzione delle procedure amministrative, organico più funzionale alle attività sanitarie specifiche, migliore integrazione clinica, etc.). È necessario rivedere i processi e le integrazioni operative e gestionali per garantire il risultato di efficacia e di salute, che sono gli obiettivi delle attività dei servizi sanitari, e non la mera efficienza che viene determinata dal sistema budgettario che oggi è lo strumento di governo delle Aziende. Il sistema di budgeting deve essere sostituito con strumenti più moderni e consoni alle esigenze di gestione di servizi al pubblico (Beyond Budgeting, Hoshin Kanri, Knowledge Management, Pay Per Result, Kaizen, Intangible Assets, Toyota System etc.).

Con questo obiettivo viene proposto di riformare l'assistenza sanitaria primaria, la continuità assistenziale, la rete ospedaliera, i servizi di emergenza, il rapporto territorio-ospedale, qualificare il finanziamento, l'assistenza e la spesa sanitaria con la ricerca di preservare e migliorare la salute della popolazione, raggiungere un livello accettabile di equità, rispondere alle aspettative e alle esigenze della popolazione e dei singoli cittadini e garantire i relativi servizi nei limiti economici disponibili.

Le proposte di revisione che prevalgono attualmente sono per interventi settoriali, in particolare nella gestione clinica del Paziente, e hanno un impatto relativo sui costi generali e, se non ci sono errori particolarmente gravi, sui risultati clinici.

Questo modello su cosa si propone di intervenire?

Su vision, mission, le modalità di remunerazione, i modelli di valutazione, i modelli di management, l'organizzazione generale, il modello etico professionale ed etico sociale, la struttura e le attività di servizio nei confronti dei cittadini, la struttura organizzativa, la forma pubblicistica delle aziende, la selezione dell'alta dirigenza, la burocrazia e i controlli, il finanziamento del sistema. In sintesi, una revisione dell'intero sistema. Qui diamo una sintesi incompleta ma speriamo che dia chiarezza di quanto si intenda ridefinire per garantire un servizio sanitario di alto livello medico e sociale e senza sprechi.

La struttura odierna è la somma di tutti gli interventi avvenuti nel corso del tempo e solo di rado sono stati rivisti i fabbisogni effettivi e

la riorganizzazione delle attività.

In modo molto semplificato possiamo considerare che il sistema sanitario ha 3 aree di riferimento con sottosistemi specifici per l'assistenza domiciliare e ambulatoriale, per il ricovero con diverse e numerose tipologie ospedaliere e per l'assistenza ai cronici e ai lungo assistiti.

Nella proposta che segue le attività sono regolarmente distinte tra sottosettori specifici nelle diverse aree. Il territorio ha numerosi e significativi operatori e settori di intervento, con autonomie operative e senza un vero coordinamento, a volte con interessi contrastanti. Gli ospedali sono di differenti e significative dimensioni e si distinguono anche come offerta di servizi per tipologia e qualità. Altrettanto per i servizi assistenziali di lungodegenza che hanno anche il problema di una disomogeneità distributiva.

Perché questo modello

Per comporre un sistema che sia molto efficiente e che migliori l'efficacia attuale, con livelli di assistenza ben definiti per garantire l'apporto degli specialisti necessari, ridurre la burocrazia, ridurre gli sprechi, garantire un organico sempre adeguato, eliminare le prestazioni non necessarie, eliminare i servizi ridondanti non utili, con servizi coordinati sulle effettive esigenze territoriali e la valutazione ed adeguamento alle effettive esigenze assistenziali, sia territoriali che ospedaliere.

I tre livelli che si propongono sono correlati alla attuale organizzazione, semplificando e coordinando i settori secondo i bisogni assistenziali dei malati. Il modello ospedaliero, semplificato e per livelli di assistenza, ha l'esigenza di essere filtrato da una organizzazione territoriale ben strutturata e organica che garantisca la migliore assistenza clinica ai cittadini.

Una organizzazione senza coerenza organizzativa generale crea linee di funzionalità e servizi del tutto inadeguati e inefficienti con costi elevati e risultati modesti.

Tutti i servizi territoriali confluiscono in una unica entità organizzativa che coordina e gestisce tutte le attività cliniche, preventive e assistenziali con una organizzazione multidisciplinare, compreso il ricovero a domicilio per una popolazione di circa 20 mila abitanti.



Light hospital e rete dei servizi sociosanitari



Heavy hospital



È l'area che ha avuto minore attenzione e sviluppo nel corso di questo ultimo secolo.

Il primo livello di ricovero ospedaliero (ospedale light o di prossimità) è una rete di servizi che segue pazienti di basso e medio bisogno assistenziale di area medica, con day hospital chirurgico oltre all'integrazione dei servizi offerti oggi dalle Rsa per una assistenza che dia risposta ai pazienti cronici o con patologie acute non gravi, in continuità (in entrata ed in uscita) con i servizi di assistenza domiciliare, senza esigenze burocratiche per la gestione della assistenza dei pazienti..

Il secondo livello ospedaliero è dedicato alla assistenza in urgenza e alle patologie chirurgiche che necessitano il ricovero ospedaliero, e comprende quanto utile per i massimi livelli di specializzazione e di criticità. Questo ospedale è integrato con gli attuali ospedali specialistici di settore. I ricoveri sono filtrati dai livelli territoriale e di primo livello. Questo livello ospedaliero è sede anche dell'ospedale di primo livello.

Caratteristica essenziale di questo sistema è la programmazione e la responsabilità economica a tutti i livelli di servizio, oltre ad una modifica sostanziale delle modalità di retribuzione, del sistema premiante e dei modelli di valutazione delle attività e dei risultati effettivi.

La Società di Servizi Sanitari Integrati (che gestisce tutte le attività di servizio degli attuali servizi pubblici e privati territoriali per le attività preventive, cliniche, specialistiche, infermieri-

stiche, riabilitative, sia ambulatoriali che domiciliari) garantisce un servizio H24 per i propri assistiti (circa 15 – 20.000) con una presenza di servizi ambulatoriali e domiciliari adeguati e coerenti con i bisogni dei cittadini. Ha responsabilità di spesa con un budget (oltre 30 milioni di euro annui) e una programmazione che garantisca il migliore servizio per le attività specifiche che deve offrire ai propri assistiti. La valutazione del risultato è coerente con i risultati ottenuti sia come efficacia che come costi e soddisfazione degli assistiti. La aggregazione di tutte le attività consente di garantire una attività H24 con almeno 20 medici per SSSI oltre agli specialisti e ai servizi di supporto.

Tutto il sistema sanitario programma le proprie attività sia a breve che a media e lunga scadenza su condizioni cliniche e di benessere a cui poi verrà riconosciuta la relativa valutazione economica. Questi interventi andranno declinati per la gestione dei differenti settori operativi e i loro specifici obiettivi. Un piano per la riduzione dei fattori di rischio, delle patologie croniche e della loro gravità, per la gestione dei pazienti e l'organizzazione della assistenza domiciliare integrativa dei ricoveri ospedalieri e delle Rsa, la riduzione degli accessi ai PS ospedalieri, i servizi integrativi, i piani di sviluppo ed intervento, la formazione dei professionisti e della popolazione oltre ad un utilizzo corretto delle risorse umane e delle diverse attività sanitarie, eliminando le procedure burocratiche non indispensabili e rivedendo il sistema dei controlli che ha assunto una dimensione sproporzionata rispetto alle attività, oltre ad essere inefficiente poiché puramente formale e non sostanziale.

Con questo modello l'educazione alla salute dei cittadini è complessiva e su tutti i fattori di rischio, prevalendo l'obiettivo di mantenere in salute le persone e prevenire i danni, acuti e cronici, a cui possono andare incontro, oltre a ridurre i danni per chi già soffre di patologie. I medici modificano il proprio modello operativo da *Gatekeeper* a *Manager of Health*, con l'obiettivo di garantire un più elevato livello di

Una organizzazione senza coerenza organizzativa generale crea linee di funzionalità e servizi del tutto inadeguati e inefficienti con costi elevati e risultati modesti.

Organizzazione generale



benessere e anticipare le soluzioni o gli interventi per quanto sia prevenibile. Oggi è molto sottovalutato il ruolo educativo del servizio sanitario e le funzioni che possono essere svolte dalle diverse figure professionali.

Un risultato su una analisi dei benefici di 4 fattori protettivi è esposto con le figure accanto.

Gli ospedali riducono i costi con la gestione corretta del personale e concentrando le risorse nei settori essenziali, evitando inutili presenze nelle strutture a bassa intensità operativa e garantendo un organico pieno per una operatività 7/7 giorni, con ampia apertura ed attività dei servizi che offrono risposte dalle 7 alle 22, poiché appare irrealistico pensare che la malattia si interrompa nel corso della settimana o di notte. Le tecnologie possono essere utilizzate con maggiore intensità garantendo tempi di attesa minimali. La mortalità di alcune patologie aumenta in modo significativo nei fine settimana e di notte per l'insufficiente presenza di personale disponibile.

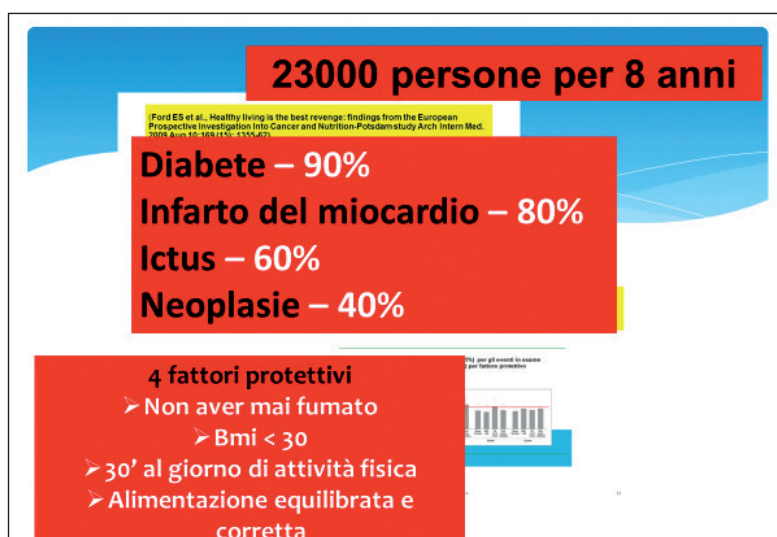
Il sistema di emergenza territoriale integra la propria attività extraospedaliera con il fabbisogno in urgenza delle strutture ospedaliere sia light che heavy per garantire le esigenze di emergenza che si manifestano anche nelle strutture di ricovero. Organizza la gestione delle situazioni di emergenza intraospedaliera per pazienti acuti nel corso del ricovero. Governa il sistema di emergenza generale e predispone le linee di indirizzo e gestione delle attività di emergenza intraospedaliera.

Il primo livello di ricovero ospedaliero

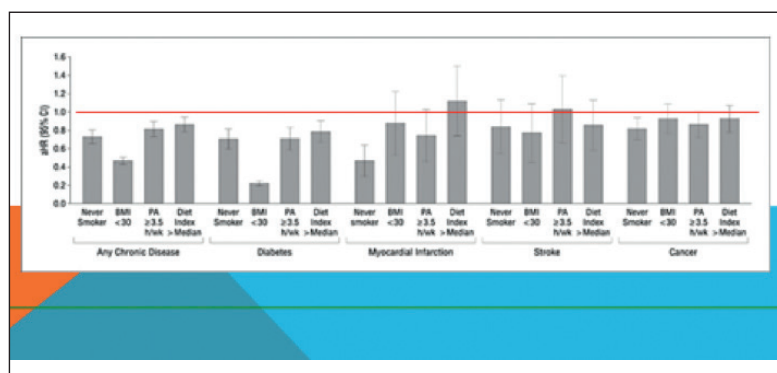
L'ospedale è organizzato con un'area medica con basso e medio livello assistenziale, con DH medico, chirurgico, riabilitativo. Poliambulatorio ampio con tecnologie importanti (Tac- Rm etc.). Apertura dei servizi ambulatoriali almeno su 6 giorni per 10 ore giornaliere. Circa 2- 2,5 p. l. per 1000 abitanti. Una struttura ogni 100 000 abitanti circa con 250 letti, in base alla densità della popolazione. Strutture di assistenza sociosanitaria con servizi di lungodegenza, riabilitativi, hospice etc. sono integrate nel sistema di degenza territoriale.

Il secondo livello ospedaliero

Circa 1 posto letto per mille abitanti per



Rischi relativi corretti (e relativi IC95% per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) per fattore protettivo.



circa 300 mila abitanti. La struttura, predisposta per acuti e ad alto livello assistenziale medico e chirurgico, ha circa 300 letti con attività continuativa 7gg/ 7 H24 con organico pieno e con utilizzo degli impianti in modo intensivo (sale operatorie, tecnologie, servizi etc. 12- 14 ore/ die). Possono essere associate a presidi di alta specializzazione per organo, apparati, settori, didattica o per trapianti. È integrato con la rete assistenziale di 1° livello per il territorio di riferimento e attrezzato con tecnologie ad alto costo. L'accesso è filtrato con utenza già selezionata.

La rete nazionale, completa, verrebbe composta da circa 650- 700 stabilimenti ospedalieri per garantire i territori a bassa densità abitativa rispetto ai circa 1100 stabilimenti attuali. Tenuto conto che 6 ospedali su 10 hanno più di 70 anni di vita alle spalle e nemmeno ben portati. La revisione della rete porterà ad un ringiovanimento significativo delle strutture di offerta. La

Oggi è molto sottovalutato il ruolo educativo del servizio sanitario e le funzioni che possono essere svolte dalle diverse figure professionali.

Protezione civile segnala che di manutenzione se ne fa ben poca e così il 60% delle strutture attuali rischia di venire giù con un terremoto nemmeno troppo violento.

Il personale viene concentrato nelle strutture secondo le diverse esigenze con un risparmio sui servizi di base (guardie 24 h, attività di reparto etc.), che libera un elevato numero di risorse per svolgere le attività di assistenza per i malati (visite, interventi chirurgici, diagnostica strumentale, ricerca etc.). Le strutture vengono orientate alle attività necessarie e gli ospedali, pubblici e privati, dovranno dare risposte alle esigenze dei cittadini in modo omogeneo e adeguato secondo una programmazione orientata ai servizi effettivi. Gli ospedali eccedenti vengono riorganizzati secondo attività e funzioni integrative garantendo i servizi indispensabili ai cittadini del relativo territorio.

Modalità di remunerazione fattori di comportamento e scelte opportunistiche

La modalità di remunerazione e di finanziamento delle strutture e delle attività crea una forte distorsione operativa. Le scelte sono favorite da vantaggi economici e orientate ad interessi del produttore. Le strutture erogatrici tendono a ridurre i costi di produzione eliminando quanto ritengono non indispensabile.

L'organizzazione è orientata ad evitare prestazioni non remunerative e non strettamente afferenti alla soluzione tecnica della prestazione stessa. La gestione del budget e il riconoscimento economico sono l'unico fattore di valutazione amministrativo.

Con questo modello si individua il pagamento a risultato come riferimento corretto per i bisogni dei cittadini e della comunità, con un vantaggio sulla loro assistenza e sui risultati ottenuti, che premia i risultati migliori e più efficienti con una valorizzazione della professionalità e della qualità della assistenza che è orientata al "prendersi cura" dei cittadini, malati o meno.

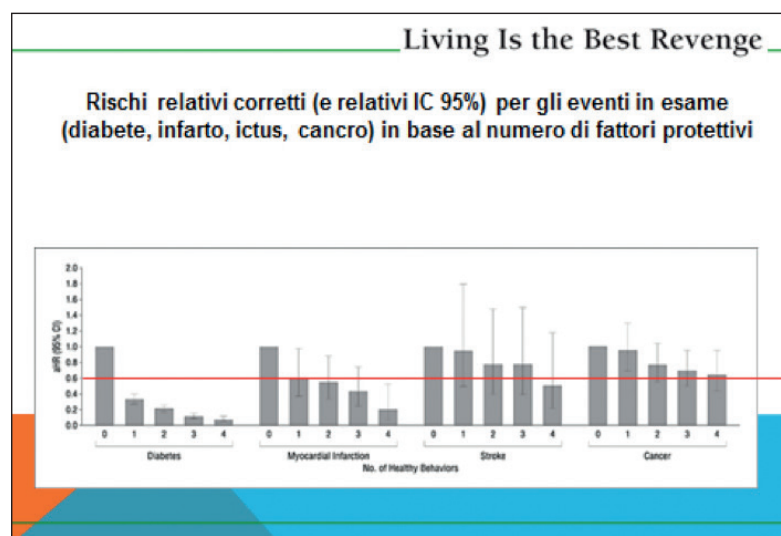
Remunerazione per risultato vs remunerazione a prestazione

Il pagamento a *prestazione* genera un incremento delle prestazioni, e quindi dei costi, senza certezza (e limite definito) di spesa (e di risultato) e determina un incremento di controlli burocratici. Il pagamento a *risultato* tende ad affinare la ricerca delle prestazioni utili, necessarie ed essenziali, che riducano i costi e massimizzino il risultato, creando un circolo virtuoso nel modello organizzativo e gestionale. Il valore della prestazione a risultato è più elevato rispetto al valore della mera prestazione e crea un sistema di autocontrollo professionale.

Remunerazione delle prestazioni

Questo modello tende a garantire il riconoscimento dei costi connesso con i risultati ottenuti e la tipologia di assistiti curati. Indicatori di specificità per attività ad altissima specializzazione. Indicatori quantitativi e qualitativi per strutture a vocazione pauci o monospecialistica. Indicatori di complessità per attività complesse (mix, età, complessità dell'offerta, attrattività, etc.) con incremento/decremento della remunerazione con punti percentuali premiali o decrementali. Naturalmente determinate con una struttura organica e ben definita delle condizioni di servizio necessarie, con l'esclusione di situazioni eccezionali che vengono valutate a parte. La nuova modalità di remunerazione prevede 3 quote sulle quali vengono definiti parametri di servizio adeguati e consoni a quanto svolto, pagamento per quota capitaria o per servizio e pagamento per pre-

Rischi relativi corretti (e relativi IC95% per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) per fattore protettivo.





stazione (rispettivamente 50 e 20 %), pagamento per risultato (30%), sulla base di un sistema di parametri oggettivi e di valutazione della soddisfazione del paziente e della comunità.

Remunerazione per servizio (50%)

Le strutture devono essere in condizioni quali quantitative adeguate per operare e fornire i servizi necessari. La programmazione consente di ridurre numero e tipologia di servizi o strutture non utili o indispensabili. Organico, tecnologia ed ambienti devono essere consoni e sufficienti per gestire l'attività di riferimento. Questa quota corrisponde al costo di base per la gestione delle attività.

Indicatori individuali e comunitari per la valutazione dei risultati

Gli indicatori saranno generali e specifici e, in modo molto semplificato, ne citiamo alcuni, speranza di vita, risultato clinico, riduzione delle complicanze, soddisfazione del cliente, costi sostenuti a parità di risultato clinico, benessere della persona, riduzione dei fattori di rischio etc. Il sistema di valutazione è individuabile nell'ottimo impianto della Banca Dati Assistito (Bda) della Lombardia, che andrà integrata con altri elementi locali e generali.

Le strutture amministrative e tecniche vengono riviste, servizi come la scelta e revoca del medico (come mero esempio) spariscono e vengono gestite direttamente dai comuni al momento dell'iscrizione per la residenza, mentre molte attività verranno trasferite alle Sssi e le Aziende Sanitarie si occuperanno solo delle verifiche sulle attività stesse.

I costi finali di un sistema con queste caratteristiche si riducono di numerosi pun-

ti percentuali (oltre 10) in confronto con la spesa attuale a parità di risultati, con una maggiore stabilità e con un incremento più regolato rispetto alle attuali tendenze, con una prospettiva di vita e di salute migliore per i cittadini.

Non entriamo nel merito della gestione organizzativa ed economica specifica delle diverse realtà e della organizzazione dei distretti e delle Aziende Sanitarie poiché questa è una presentazione molto sintetica della proposta di revisione operativa delle attività cliniche.

In sintesi i risultati attesi sono:

- Nuovo modello di valutazione della attività svolta (da output a outcome).
- Semplificazione della gestione generale e delle procedure con responsabilità di risultato e di servizio nei confronti del paziente.
- Tre livelli operativi con obiettivi ben determinati e distinti tra loro, coordinati sui bisogni della persona con attività di filtro per i livelli superiori.
- Modifica sostanziale e semplificazione delle normative esistenti.
- Costituzione di nuovi aggregati operativi e gestionali.
- Pagamento misto per quota capitolaria, per prestazione e per risultato clinico e di salute della popolazione assistita.
- Diverso e più stringente modello etico esteso a tutto il sistema sanitario.
- Sistema di valori prevalenti unico e condiviso da tutto il sistema sanitario, dalla cura del malato a preservare e migliorare la salute del cittadino.

* Medico

(Questo contributo è tratto dal libro *Proposte per la Sanità del futuro*, dell'autore).

Tumori in Italia nel 2019

In un anno 371mila nuovi casi stimati

Presentato al Ministero della Salute il volume sui numeri del cancro, frutto della collaborazione tra Aiom, Airtum, Fondazione Aiom, Passi, Passi d'Argento e Siapec-lap.

I nuovi casi di tumore in Italia tendono a diminuire. Nel 2019 sono stimate 371mila diagnosi (196.000 uomini e 175.000 donne), erano 373mila nel 2018: 2.000 in meno in 12 mesi.

Le cinque più frequenti sono quelle della mammella (53.500 casi nel 2019), colon-retto (49.000), polmone (42.500), prostata (37.000) e vescica (29.700). In calo, in particolare, le neoplasie del colon-retto, dello stomaco, del fegato e della prostata e, solo negli uomini, i carcinomi del polmone. Che continuano, invece, ad aumentare fra le donne (+2,2% annuo), per la preoccupante diffusione dell'abitudine al fumo di sigaretta fra le italiane. In crescita anche il tumore della mammella e, in entrambi i generi, quelli del pancreas, della tiroide e i melanomi (soprattutto al Sud). L'incidenza più alta si registra in Friuli Venezia Giulia (716 casi per 100.000 abitanti), la più bassa in Calabria (559 casi per 100.000 abitanti). Quasi 3 milioni e mezzo di italiani (3.460.025, il 5,3% dell'intera popolazione) vivono dopo la diagnosi di cancro, cifra in costante crescita (erano 2 milioni e 244 mila nel 2006, 2 milioni e 587mila nel

2010, circa 3 milioni nel 2015), grazie ad armi sempre più efficaci e alla maggiore adesione ai programmi di screening. In aumento anche la sopravvivenza: il 63% delle donne e il 54% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi. Almeno un paziente su quattro, pari a quasi un milione di persone, è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito. È questo il censimento ufficiale, giunto alla nona edizione, che descrive l'universo cancro in tempo reale grazie al lavoro dell'Associazione Italia-

na di Oncologia Medica (Aiom), dell'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum), di Fondazione Aiom, Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), Passi d'Argento e della Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (Siapec-lap), raccolto nel volume "I numeri del cancro in Italia 2019", presentato il 24 settembre scorso all'Auditorium del Ministero della Salute in un convegno nazionale. «I dati (calcolati al netto dell'invecchiamento della popolazione: dati standardizzati), relativi ai trend temporali nel periodo 2003-2014, indicano che l'incidenza delle neoplasie è in riduzione in entrambi i generi – afferma Stefania Gori, Presidente Nazionale Aiom e Direttore dipartimento oncologico, Irccs Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar -. Il tumore della mammella si conferma il più frequente nella popolazione, in crescita soprattutto nelle aree del Centro-Nord per l'estensione dei programmi di screening e della popolazione target (da 50-69 anni a 45-74): quest'ultimo però non costituisce un fenomeno negativo, perché vengono individuati in fase iniziale e con alte probabilità di guarigione molti tumori che, senza lo screening, sarebbero stati scoperti in stadio avanzato».

L'incidenza dei tumori maligni

«L'incidenza dei tumori maligni conserva differenze geografiche significative: decresce progressivamente dall'Italia del Nord a quella meridionale-insulare - spiega Massimo Rugge, Presidente Airtum -. Nel maschio, il tasso di incidenza standardizzato per tutte le neoplasie è più basso al Centro (meno 4%, rispetto al Nord) e ancor più basso al Sud (meno 14%); lo stesso andamento si conferma nel genere femminile (meno 5% nell'Italia

I nuovi casi di tumore in Italia tendono a diminuire. Tende a diminuire anche la mortalità, grazie ai programmi di prevenzione e al miglioramento delle terapie.

Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Stime per l'Italia 2019

* Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (13%)
3°	Colon-retto (14%)	Polmone (12%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (12%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (8%)

Fonte: "I numeri del cancro in Italia 2019"

Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2010-2015

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (27%)	Mammella (17%)	Polmone (12%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (7%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (4%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (8%)	Pancreas (4%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Fegato (4%)

Fonte: "I numeri del cancro in Italia 2019"

centrale e meno 17% nell'Italia del Sud-insulare, rispetto al Nord). È verosimile attribuire tale situazione a fattori che agiscono in senso 'protettivo' (abitudini alimentari, vita riproduttiva, minore esposizione a fattori di rischio ambientale). Nel Meridione, tuttavia, la minore adesione agli screening oncologici non ha fatto rilevare quei benefici effetti della diagnosi precoce, che si registrano nel Settentrione. Nell'Italia meridionale-insulare, infatti, non si è osservata quella riduzione di incidenza e mortalità che, nel Nord, è stata documentata per i carcinomi

per i quali sono attivi programmi di diagnosi precoce (mammella, colon-retto e cervice uterina)». «Nel maschio – continua Rugge - le migliori sopravvivenze si registrano per i tumori del testicolo, della prostata e della tiroide;

nelle donne per le neoplasie della tiroide, della mammella e per il melanoma.

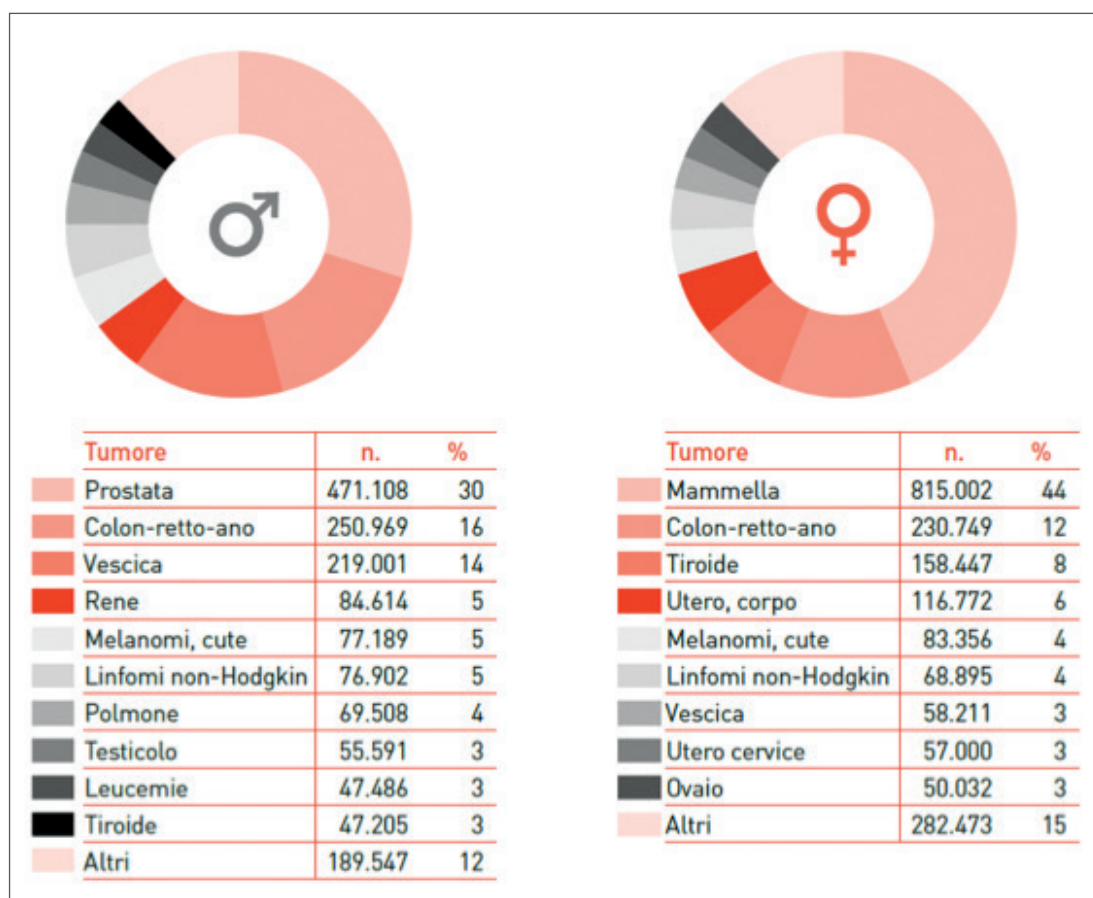
Nel genere femminile, la sopravvivenza per tutti i tumori è più alta di quella della popolazione maschile: questo vantaggio di genere si mantiene anche nelle singole sedi e può essere associato alla diversa diffusione di screening specifici (mammella e utero) e alla maggior propensione del genere femminile a aderire ai programmi di prevenzione/screening». La sopravvivenza a 5 anni più alta si registra, per gli uomini, in Valle D'Aosta (61%), Emilia-Romagna e Toscana (56%) e, per le donne, in Emilia-Romagna e Toscana (65%).

La prevenzione primaria, la migliore strategia

Nel 2016 (ultimo anno disponibile), nel nostro Paese, sono stati 179.502 i decessi attribuibili al cancro (100.003 uomini e 79.499 donne). «I trend temporali – continua Stefania Gori - indicano che, nel periodo 2003-2014, anche la mortalità continua a diminuire in ma-

Tre milioni e mezzo vivono dopo la scoperta della malattia. Il carcinoma della mammella è il più frequente, in aumento pancreas e melanoma, in calo il colon-retto.

Proporzione di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in Italia nel 2019, per i tipi di tumore più frequenti e sesso.



Fonte: "I numeri del cancro in Italia 2019"

niera significativa in entrambi i sessi, come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria, in particolare la lotta al tabagismo, la diffusione degli screening su base nazionale, i miglioramenti diagnostici, i progressi terapeutici (chirurgici, farmacologici, radioterapici) e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici. Proprio la prevenzione primaria, cioè l'adozione di uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e attività fisica costante), è la migliore strategia per ridurre sia l'incidenza che la mortalità». Uno studio ha stimato i rischi attribuibili di morte per tumore legati allo stile di vita (fumo, alcol, eccesso ponderale, dieta e inattività fisica) specifici per la popolazione italiana, evidenziando un rischio complessivo dal 37,9% al 43,8%, con una percentuale più alta negli uomini (46,7%) che nelle donne (26,8%). «Il volume contiene anche un'analisi degli stili di vita degli ultra 65enni che hanno ricevuto una diagnosi di tumore – sottolinea Maria Masocco, Responsabile dei sistemi di

sorveglianza Passi e Passi d'Argento, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità -. I risultati sono preoccupanti. Le persone anziane che hanno avuto una diagnosi di tumore mantengono abitudini, quali fumo, abuso di alcol, sedentarietà o scarso consumo di frutta e verdura che rappresentano fattori di rischio per recidive tumorali o aggravanti della patologia stessa. Fra gli ultra 65enni che hanno avuto una diagnosi di tumore resta non trascurabile la quota di persone che si mantengono fumatori abituali (11%). Il 18% fa ancora un consumo di alcol rischioso per la salute (superando il limite indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli ultra 65enni di una unità alcolica al giorno) e il 40% dichiara di essere sedentario».

Carcinoma del polmone prima causa di morte oncologica in Italia

La prima causa di morte oncologica in Italia è costituita dal carcinoma del polmone (33.838 decessi nel 2016), seguito da co-

Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target nel 2017) e partecipazione (% di donne che si sottopongono al test in seguito alla lettera di invito).

	Estensione degli inviti	Partecipazione all'invito
Nord	98%	68%
Centro	96%	56%
Sud-Isole	59%	46%
Italia (totale)	84%	60%

Fonte: survey ONS

Estensione effettiva dello screening colonrettale per area geografica (% di persone di età 50-69 che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target nel 2017) e partecipazione (% di persone che si sottopongono al test in seguito alla lettera di invito).

	Estensione degli inviti	Partecipazione all'invito
Nord	90%	50%
Centro	96%	36%
Sud-Isole	44%	30%
Italia (totale)	75%	42%

Fonte: survey ONS

lon-retto (19.575), mammella (12.760), pancreas (12.049) e fegato (9.702).

Il tumore del polmone (nel periodo 2003-2014) si conferma il primo big killer e mostra una tendenza in calo negli uomini (-1,6%) e in aumento nella popolazione femminile (+2,2%). «In particolare nell'ultimo decennio per tutti i big killer oncologici (polmone, colon-retto, mammella), ma non solo, alla diagnosi morfologica vengono associati i profili molecolari - afferma Mauro Truini, Presidente Siapec-lap -. Ciò ha consentito agli Anatomici Patologi di identificare e perfezionare le classificazioni delle singole neoplasie. Un esempio è il cancro della mammella, che è oggi riconosciuto come una malattia eterogenea che comprende almeno 21 (isto)tipi invasivi diversi e che presenta sottotipi molecolari distinti. Sulla base di tali precise diagnosi morfologiche e molecolari, l'oncologo è in grado di adottare e modulare specifiche terapie più adatte per il singolo paziente. Inoltre, la collaborazione tra Airtum e Siapec-lap, coniugando i dati di diagnosi istologica tradizionale e di cosiddetta 'immunofenotipizzazione' con

i dati clinici dei registri tumori, ha permesso di derivare la classificazione molecolare del singolo tumore. Ciò ha consentito di avere un panorama dei tipi di cancro della mammella in Italia e quali sono gli organi bersaglio di metastasi a seconda delle caratteristiche del tumore stesso». «Il costante incremento delle persone che vivono dopo la diagnosi (nel 2019 circa 3 milioni e mezzo) richiede un'attenta valutazione dell'impatto sanitario e sociale in termini di programmazione del follow-up e della riabilitazione - conclude Fabrizio Nicolis, Presidente Fondazione Aiom-. I numeri e gli andamenti della patologia neoplastica, riportati in questo volume, possono diventare un riferimento in sanità pubblica per programmazioni future, che dovranno tener conto della necessità di investimenti importanti in termini di prevenzione primaria, per poter ridurre il rischio di ammalarsi di tumore. Il cancro è, infatti, la patologia cronica potenzialmente più prevenibile e, oggi, anche più curabile».

Il tumore della mammella si conferma il più frequente nella popolazione, in crescita soprattutto nelle aree del Centro-Nord per l'estensione dei programmi di screening e della popolazione target.



Oncologia

Il tumor board è la nuova frontiera nella lotta al cancro

Squadre multidisciplinari di specialisti che accompagnano il paziente per tutto il percorso diagnostico terapeutico e massimizzano le chance di guarigione, ciascuno con la propria expertise. Già istituzionalizzate in alcuni Paesi, la proposta Altems è di farle divenire una realtà diffusa in tutti i centri oncologici d'Italia.

Il documento

Iniziativa per la diffusione del tumor board

Call For Action

- *La caratterizzazione bio-molecolare dei tumori, i farmaci a bersaglio molecolare, l'immunoterapia, le terapie geniche, i dispositivi medici, la chirurgia robotica e le nuove tecnologie per i trattamenti radioterapici, unitamente alla digitalizzazione e allo sviluppo dell'intelligenza artificiale, stanno cambiando lo scenario nel sistema delle cure in oncologia;*
- *Nell'ultimo decennio, per le persone affette da patologie oncologiche, miglioramenti nella prognosi e nella sopravvivenza insieme all'incremento delle "guarigioni" sono stati ottenuti grazie all'avanzamento nelle scienze mediche e all'innovazione tecnologica;*
- *La cura del cancro impone la disponibilità di competenze approfondite di diverse discipline mediche e un coordinamento tempestivo ed efficace che implica la collaborazione di molteplici professionalità sia in ambito prettamente clinico che in ambito farmaceutico e farmacologico, psicologico e delle professioni sanitarie;*
- *I "tumor board" e i "multidisciplinary team" (Mdt) sono approcci oramai consolidati per la gestione integrata del percorso di cura;*
- *Il Decreto Ministeriale 70 del 2015 ha indirizzato le Regioni verso la costruzione di reti cliniche e la gestione attraverso i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta) che rappresentano elementi necessari ma non sufficienti per ottenere un appropriato coordinamento in una visione assistenziale globale del paziente;*

«**D**iverse evidenze scientifiche hanno comprovato l'efficacia di un 'tumor board', una squadra di specialisti, "al servizio" dei pazienti con tumore, in grado di attuare un programma diagnostico/terapeutico specifico per ciascun paziente e massimizzarne le chance di guarigione.

In Italia il lavoro in "team", soprattutto in oncologia, si sta diffondendo rapidamente anche se, purtroppo, a macchia di leopardo e con modalità diverse tra centro e centro».

È quanto spiegato da Americo Cicchetti, direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, promotrice, in occasione del Decennale della sua istituzione, dell'iniziativa di diffusione di uno "statement" sull'argomento, volto a portare all'attenzione delle istituzioni del Ssn e a quelle politiche, l'esigenza di diffondere a tutto il territorio italiano il team board, fino ad arrivare ad

identificare un adeguato percorso normativo, istituzionale e scientifico per "istituzionalizzarlo" a livello nazionale. L'iniziativa, presentata il 12 settembre scorso, nasce in collaborazio-

ne con Favo – in rappresentanza di oltre 500 Associazioni di pazienti oncologici operanti in tutta Italia, Cittadinanzattiva, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs e

ricercatori di Alleanza contro il cancro, Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale, Humanitas University, Asl di Reggio Emilia, Irccs Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia.

"In Francia dal 2003, grazie al Plan Can-

In Italia il lavoro in "team", soprattutto in oncologia, si sta diffondendo rapidamente anche se, purtroppo, a macchia di leopardo e con modalità diverse tra centro e centro.

- *In Italia il lavoro in "team", soprattutto in oncologia, si sta diffondendo rapidamente anche se, purtroppo, a macchia di leopardo e con modalità diverse tra centro e centro;*
- *I benefici dei tumor board e dei MDTs per l'efficacia delle cure, sono oramai testimoniati dalla letteratura scientifica internazionale (per una sintesi di veda BMJ n. 365/2019) in quanto strumenti in grado di garantire la creazione di una vera e propria "comunità di pratiche" (community of practice);*
- *In Francia dal 2003, grazie al Plan Cancer 2003-2007, è reso obbligatorio il parere del tumor board a garanzia della gestione multidisciplinare del caso clinico (<https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>);*
- *L'Nhs britannico oltre ad istituzionalizzare un simile obbligo, ha investito nella definizione di linee di indirizzo chiare per la strutturazione e il funzionamento dei MDTs (www.ncin.org.uk/view?rid=136);*
- *Il Ssn Italiano ha l'esigenza di adottare tutte quelle politiche in grado di concilia-*

re l'accessibilità alle cure delle persone affette da cancro e la sostenibilità economica del sistema stesso: ciò impone da una parte un'analisi e una valutazione dei volumi di patologia e delle risorse richieste e dall'altra un'organizzazione in grado di facilitare la presa in carico multidisciplinare della persona malata e la gestione integrata di terapie volta a una sempre maggiore personalizzazione.

Tutto ciò premesso

- *Si ritiene che ogni persona affetta da tumore debba avere accesso alle migliori professionalità e tecnologie disponibili, selezionate in modo appropriato e nell'ambito di un sistema organizzativo in grado di contribuire al miglioramento degli esiti e al buon uso delle risorse;*
- *Il modello organizzativo che corrisponde a queste caratteristiche è quello del "tumor board";*
- *Si ritiene, quindi, che ogni persona affetta da tumore, ed in particolare da patologie neoplastiche che richiedono processi assistenziali complessi, debba essere valutata per il suo programma*

cer 2003-2007, è reso obbligatorio – sottolinea Altems – il parere del tumor board a garanzia della gestione multidisciplinare del caso clinico; il Sistema Sanitario Nazionale britannico oltre ad istituzionalizzare un simile obbligo, ha investito nella definizione di linee di indirizzo chiare per la strutturazione e il funzionamento dei team multidisciplinari”.

«Il Ssn Italiano – sottolinea Cicchetti – ha l’esigenza di adottare tutte quelle politi-

che in grado di conciliare l’accessibilità alle cure delle persone affette da cancro e la sostenibilità economica del sistema stesso: ciò impone da una parte un’analisi e una valutazione dei volumi di patologia e delle risorse richieste e dall’altra un’organizzazione in grado di facilitare la presa in carico multidisciplinare della persona malata e la gestione integrata di terapie volta a una sempre maggiore personalizzazione delle cure».

diagnostico/terapeutico nell’ambito di un “tumor board”;

- *L’attività del tumor board deve comprendere, ove opportuno, la valutazione multidisciplinare del profilo genetico-molecolare del tumore, che appare sempre più indispensabile per la diagnosi, la definizione della prognosi e la scelta della migliore strategia terapeutica;*
- *È considerato indispensabile definire puntualmente le caratteristiche infrastrutturali, tecnologiche, organizzative e professionali richieste ai centri clinici che istituiscono il tumor board;*
- *Più in particolare è indispensabile identificare le competenze professionali necessarie per l’istituzione di un tumor board che possa definirsi tale, le procedure operative e il loro livello di formalizzazione e informatizzazione, un valore*

soglia nei volumi dei casi trattati, un sistema di indicatori per valutarne efficacia ed efficienza e le rispettive risorse richieste;

- *Il tumor board dovrebbe operare prendendo in considerazione la prospettiva dei pazienti grazie alla partecipazione di loro rappresentanti;*
- *Il tumor board, rappresentando l’elemento basilare per la gestione del Pdta di ogni singola patologia neoplastica, richiede di essere definito attraverso precise caratteristiche da dettagliare in linee di indirizzo nazionali, e potrebbe, soprattutto per le neoplasie più complesse, divenire un Lea – Livello Essenziale di Assistenza, a testimonianza del fatto che il diritto alla tutela della salute passa anche per una buona organizzazione del lavoro.*

I firmatari di questo “statement” si impegnano a portare all’attenzione delle istituzioni del Ssn e a quelle politiche, in particolare, queste esigenze affinché si possa identificare un adeguato percorso normativo, istituzionale e scientifico per il conseguimento dei punti di cui sopra. Iniziativa promossa dall’Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari in occasione del Decennale della sua istituzione, Roma 12 Settembre 2019.

Americo Cicchetti (Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore – Altems), **Francesco De Lorenzo** (Presidente Favo), **Ruggero De Maria** (Patologia Generale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs) **Antonio Gasbarrini** (Gastroenterologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs) **Antonio Gaudio** (Citadinanzattiva), **Marco Montorsi** (Chirurgia, Istituto Clinico Humanitas), **Alessandro Morabito** (Oncologia, Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale), **Nicola Normanno** (Oncologia e biologia cellulare, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale), **Francesco Perrone** (Oncologia, Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale), **Teresa Petrangolini**, (Patient Advocacy Lab, Altems), **Carmine Pinto** (Oncologia, Asl di Reggio Emilia, Irccs Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia), **Giovanni Scambia** (Ginecologia Oncologica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs), **Giampaolo Tortora** (Oncologia medica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs), **Vincenzo Valentini** (Radioterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs)

Una Carta per la qualità dei day hospital

Promossa da Cittadinanzattiva, Ail (Associazione italiana contro le leucemie, i linfomi e il mieloma) e i professionisti per strutture che mettano davvero al centro i bisogni dei cittadini.

Una carta per la qualità dei day hospital oncoematologici, frutto di programma di attività pluriennale realizzato da Cittadinanzattiva con la collaborazione di Ail – Associazione italiana contro le leucemie, i linfomi e il mieloma, volto a fotografare lo stato dei Day Hospital onco-ematologici e, conseguentemente, a proporre azioni migliorative da mettere in atto per venire incontro ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari. “L’area oncologica – sottolinea Cittadinanzattiva – risulta essere quella che raccoglie il maggior numero di segnalazioni pervenute ogni anno a Cittadinanzattiva. Di queste, le principali relative ai Day Hospital riguardano il percorso e i tempi delle terapie, e in particolare l’organizzazione dei servizi sanitari non razionali o disfunzionali e molto diffusi sul territorio, la difficoltà ad accedere tempestivamente alle terapie farmacologiche, la discontinuità assistenziale tra ospedale e territorio e nella mobilità interregionale, e la mancanza di umanizzazione delle cure”.

Il programma avviato da Cittadinanzattiva e Ail si è articolato in due fasi: una prima fase dedicata alla messa a punto e realizzazione di un monitoraggio civico dei Dh onco-ematologici, e una seconda fase riservata alla realizzazione di una Carta della qualità dei Dh onco-ematologici. “Il monitoraggio – prosegue Cittadinanzattiva – realizzato in 46 Day Hospital su tutto il territorio nazionale, ha analizzato in particolare: il rispetto del tempo del paziente, poiché siamo convinti che la qualità dell’offerta passi anche attraverso la capacità di organizzare servizi efficienti in grado di salvaguardare il tempo dei

pazienti, riconoscerne il valore e consentire una vita fatta anche di famiglia e tempo libero. Il monitoraggio ha indagato inoltre la capacità di presa in carico del paziente, il grado di semplificazione dei percorsi, la capacità di soddisfare i bisogni di continuità assistenziale e molti altri aspetti legati alla qualità di vita dei pazienti.

A conclusione del monitoraggio e dell’analisi dei dati relativi, sono stati quindi individuati quegli aspetti del percorso che necessitano prioritariamente di interventi organizzativi e strutturali per rispondere in modo ottimale alle esigenze dei pazienti, su cui si è successivamente lavorato grazie alla creazione di un tavolo multi-stakeholder.

L’obiettivo del tavolo è stato individuare gli standard di qualità che possono contribuire a migliorare l’organizzazione dei Day Hospital onco-ematologici, condividendo idee, buone pratiche già in essere, esperienze e bisogni di tutti gli attori coinvolti. Da tutto ciò è poi nata la Carta della qualità dei day hospital onco-ematologici, con l’auspicio che venga adottata dal maggior numero di strutture.

A tal fine saranno realizzati nei prossimi mesi eventi regionali nel Lazio, in Campania, Sicilia e Lombardia”.

«L’implementazione della carta rappresenta, dal nostro punto di vista, un processo indispensabile di crescita con un duplice risvolto positivo», ha dichiarato Antonio Gaudio, segretario generale di Cittadinanzattiva. «Da una parte favorisce un processo di autovalutazione delle strutture e dall’altra mostra un modello a cui le strutture dovrebbero tendere per rispondere ai bisogni dei pazienti».

Le disuguaglianze spostano 4,6 miliardi di euro l'anno

Il Report dell'Osservatorio Gimbe analizza crediti, debiti e saldi delle Regioni sulla mobilità sanitaria 2017 documentando un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche che coinvolge ogni anno quasi un milione di pazienti, oltre ai familiari.

Il fiume di denaro scorre prevalentemente da sud a nord: le tre Regioni capofila dell'autonomia differenziata (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto) incassano l'88% del saldo attivo.

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di Regioni differenti da quella di residenza, concretizzando il fenomeno della mobilità sanitaria inter-regionale che include la mobilità attiva (voce di credito che identifica l'indice di attrazione di una Regione) e quella passiva (voce di debito che rappresenta l'indice di fuga da una Regione). Le compensazioni finanziarie

tra Regioni vengono effettuate secondo regole e tempistiche definite da un Intesa Stato-Regioni per rendicontare 7 flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e day hospital (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. «Le nostre analisi – afferma Nino Cartabellotta, Presidente della

Fondazione Gimbe – sono state effettuate esclusivamente sui dati economici della mobilità sanitaria aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, ma per studiare al meglio questo fenomeno abbiamo già inoltrato formale richiesta dei flussi integrali trasmessi dalle Regioni al Ministero che permetterebbero di analizzare, per ciascuna Regione, la distribuzione delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità, la differente capacità di attrazione di strutture pubbliche e private accreditate e la Regione di residenza dei cittadini che scelgono di curarsi lontano da casa, identificando le dinamiche della mobilità, alcune “fisiolo-

giche” ed altre francamente “patologiche”». “Nel 2017 – afferma la Fondazione – il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.578,5 milioni, importo approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome lo scorso 13 febbraio, previa compensazione dei saldi.

Mobilità attiva.

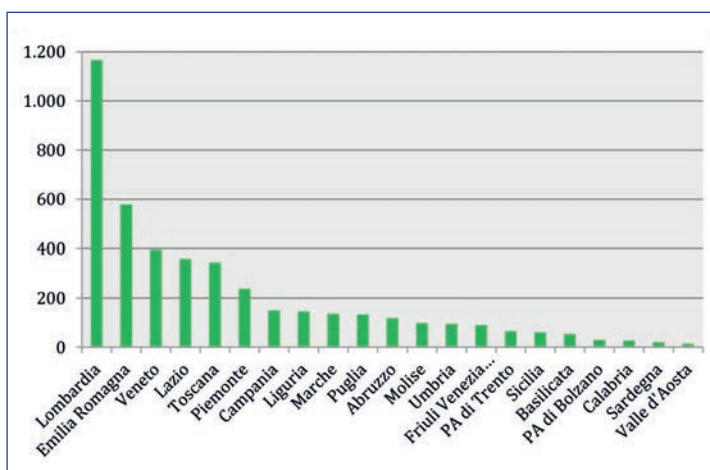
6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a 200 milioni di euro: in testa Lombardia (25,5%) ed Emilia Romagna (12,6%) che insieme contribuiscono ad oltre 1/3 della mobilità attiva. Un ulteriore 29,2% viene attratto da Veneto (8,6%), Lazio (7,8%), Toscana (7,5%) e Piemonte (5,2%). Il rimanente 32,7% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 15 Regioni, oltre che all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (217,4 milioni di euro) e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (39,7 di euro). In generale emerge una forte attrazione delle grandi Regioni del Nord, a cui fa da contraltare quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

Mobilità passiva.

Le 6 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13,2%) e Campania (10,3%) che insieme contribuiscono a circa 1/4 della mobilità passiva; un ulteriore 28,5% riguarda Lombardia (7,9%), Puglia (7,4%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%). Il restante 48% si distribuisce nelle altre 15 Regioni. Più sfumate le differenze Nord-Sud nella mobilità passiva. In

Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2017

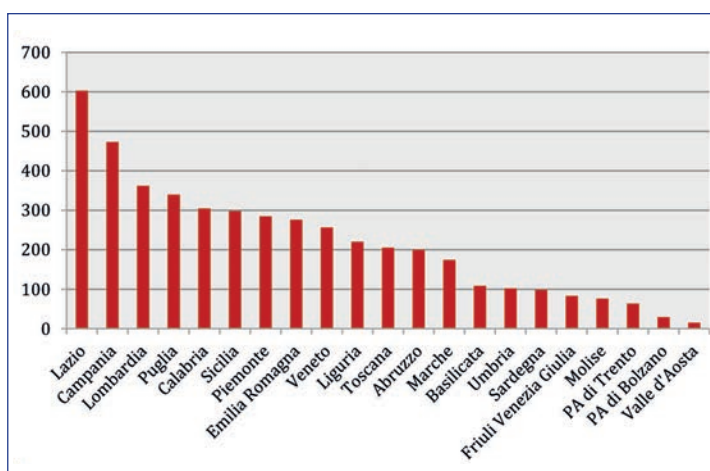
(dati in milioni di euro)



Fonte: Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017

Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2017

(dati in milioni di euro)



Fonte: Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017

particolare, se quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in tutte le grandi Regioni del Nord con elevata mobilità attiva, testimoniando specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con elevata qualità dei servizi sanitari: Lombardia (-362,3 milioni di euro), Piemonte (-284,9 milioni di euro), Emilia Romagna (-276 milioni di euro), Veneto (-256,6 milioni di euro) e Toscana (-205,3 milioni di euro).

Saldi

Le Regioni con saldo positivo superiore a 100 milioni di euro sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di 100 milioni di euro tutte del Centro-Sud. In particolare:

- Saldo positivo rilevante: Lombardia (784,1 milioni di euro), Emilia Romagna (307,5 milioni di euro), Veneto (143,1 milioni di euro) e Toscana (139,3 milioni di euro);
- Saldo positivo minimo: Molise (20,2 milioni di euro), Friuli Venezia Giulia (6,1 milioni di euro, Provincia Autonoma di Bolzano (1,1 milioni di euro);
- Saldo negativo minimo: Provincia Autonoma di Trento (-0,1 milioni di euro), Valle d'Aosta (-1,8 milioni di euro), Umbria (-4,17 milioni di euro);
- Saldo negativo moderato: Marche (-43 milioni di euro), Piemonte (-51 milioni di euro), Basilicata (-53,3 milioni di euro), Liguria (-71,2 milioni di euro), Sardegna (-77,2 milioni di euro), Abruzzo (-80 milioni di euro);
- Saldo negativo rilevante: Puglia (-201,3 milioni di euro), Sicilia (-236,9 milioni di euro), Lazio (-239,4 milioni di euro), Calabria (-281,1 milioni di euro), Campania (-318 milioni di euro)".

Saldo pro-capite di mobilità sanitaria.

«Con questo nuovo indicatore elaborato dalla Fondazione Gimbe – precisa Cartabellotta – la classifica dei saldi si ricompone dimostrando che, al di là del valore economico, gli importi relativi alla mobilità sanitaria devono sempre essere interpretati in relazione alla popolazione residente». In particolare: il Molise conquista il podio nella classifica per saldo pro-capite; si riducono le differenze delle prime tre Regioni nel saldo pro-capite: Lombardia (78 euro), Emilia Romagna (69 euro), Molise

(65 euro); la Calabria precipita in ultima posizione con un saldo pro-capite negativo di 144 euro, pari circa a tre volte quello della Campania (55 euro) e di poco inferiore alla somma del saldo pro-capite positivo di Lombardia ed Emilia Romagna (147 euro).

«In tempi di regionalismo differenziato – conclude Cartabellotta – il report Gimbe non solo dimostra che il denaro scorre prevalentemente da Sud a Nord, ma che l'88% del saldo in attivo alimenta proprio le casse di Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, mentre il 77% del saldo passivo grava sulle spalle di Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria e Campania.

Anche se la bozza del Patto per la Salute 2019-2021 prevede numerose misure per analizzare la mobilità sanitaria e migliorarne la governance, difficilmente la "fuga" in avanti delle tre Regioni potrà ridurre l'impatto di un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche».

Sclerosi Multipla

L'esperienza delle persone conta sempre di più

Presentata al congresso europeo dedicato alla sclerosi multipla l'iniziativa globale Proms, per portare la prospettiva di chi è colpito da Sm sempre più al centro della ricerca, dello sviluppo di nuove terapie e nella progettazione dei sistemi sanitari.

La European Charcot Foundation insieme alla Federazione Internazionale Sm (Msif) e all'Associazione Italiana Sclerosi Multipla, Aism, hanno presentato ad Ectrims – il congresso europeo dedicato alla sclerosi multipla svoltosi recentemente – una nuova iniziativa globale per dare sempre più valore alla prospettiva delle persone nella ricerca e nell'assistenza sanitaria per la Sm.

Il progetto si chiama Proms – acronimo di “Patient Reported Outcomes for Ms” – e Aism avrà il ruolo di “Lead Agency”, con il compito di promuovere e coordinare questa iniziativa globale per conto della Msif. “L'iniziativa globale – spiega Aism – metterà insieme la comunità internazionale della Sm, le persone con sclerosi multipla, operatori sanitari e ricercatori, l'industria e molti altri attori coinvolti, con l'obiettivo di promuovere una scienza che dia sempre più concretezza alla prospettiva del paziente, portando le

esperienze delle persone con Sm nella ricerca scientifica, nelle sperimentazioni per lo sviluppo di nuove terapie, e nello sviluppo dei sistemi sanitari”.

Cosa sono i Patient Reported Outcomes

“I Patient reported outcome (Pro) sono strumenti scientifici – afferma Aism – che riflettono la prospettiva e l'esperienza delle persone con Sm in relazione al loro trattamento o condizione di malattia, dando valore e qualità all'informazione che viene dalle persone stesse.

Le persone con Sm sono i principali esperti della “loro” malattia: sanno cosa significhi convivere, misurano l'impatto che i trattamenti hanno sulla loro vita, hanno ben chiaro quali dovrebbero essere gli effetti principali dei farmaci o delle tecniche di riabilitazione sulla loro qualità di vita. Affinché la loro voce su questi temi assuma un peso nei processi scientifici e di politica sanitaria, e che possa essere condivisa da tutti gli attori nei diversi settori, deve essere scientificamente qualificata (Science of patients input).

L'iniziativa Proms garantirà una partecipazione informata e di qualità delle persone con Sm ai processi decisionali di ricerca e assistenza sanitaria in merito ai loro trattamenti e prestazioni, concentrandosi sugli argomenti che più interessano alle persone stesse, come la gestione dei sintomi e altri aspetti della vita quotidiana con la sclerosi multipla.

Un'agenda strategica di ricerca e una ‘road map’ condivisa tra tutte le parti interessate sono dunque la strada giusta per



sviluppare appieno le potenzialità dei Pro, per consentire la loro adozione nella pratica clinica e nei processi decisionali degli enti regolatori. L'iniziativa Proms, lanciata ieri, adotterà un approccio globale per affrontare questa sfida. Promuoverà una serie di Pro standardizzati da utilizzare nello sviluppo di terapie e nell'assistenza sanitaria, e promuoverà la ricerca per sviluppare nuovi Pro per soddisfare le esigenze di tutte le parti interessate. Coinvolgere le persone con sclerosi multipla nella governance è cruciale per raggiungere la missione dell'iniziativa,

I Patient reported outcome (Pro) sono strumenti scientifici che riflettono la prospettiva e l'esperienza delle persone con Sm in relazione al loro trattamento o condizione di malattia, dando valore e qualità all'informazione che viene dalle persone stesse.

così come misurare l'impatto dell'iniziativa stessa rispetto a ciò che conta di più per le persone con Sm". Giancarlo Comi, presidente dell'European Charcot Foundation, ha dichiarato: «Questa iniziativa globale mira a dare valore alla "voce del paziente" con un approccio multistakeholder. Abbiamo

bisogno di Pro condivisi e validati da utilizzare sia nella medicina sperimentale che nelle cure cliniche». «Questa entusiasmante iniziativa – ha aggiunto Peer Baneke, Ceo della Msif – trasformerà il futuro della ricerca e della clinica. Offre al movimento globale Msif un'opportunità unica per garantire che la voce delle persone che vivono con la Sm in tutto il mondo siano in prima linea nella ricerca, negli studi e nella progettazione sanitaria della Sm».

Mario Alberto Battaglia, Presidente Fism (Fondazione Italiana Sclerosi Multipla) ha dichiarato: «Il movimento globale Sm svolgerà un ruolo fondamentale per implementare un modello per il coinvolgimento sistematico delle persone con Sm nella ricerca e nell'assistenza sanitaria.

L'esperienza internazionale nell'applicazione di modelli di iniziative multi-stakeholder, sui Pro, nella ricerca e nell'assistenza sanitaria per la Sm, ha portato Aism e la sua Fondazione ad essere agenzia leader dell'iniziativa Proms».

Per 122 mila italiani colpiti, allarme per l'assenza di uniformità nelle cure

In Italia le persone con Sm sono 122 mila: donne e uomini – le prime colpite in misura doppia rispetto ai secondi – che ricevono una diagnosi nella maggior parte dei casi tra i 20 e i 40 anni di età. Persone che non possono contare su un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale: a seconda della regione. Con loro almeno 500 mila persone direttamente coinvolte quotidianamente con la malattia, a supporto delle persone con Sm. Secondo i dati del Barometro della Sm 2019 dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla la presa in carico delle persone con Sm è ancora troppo disomogenea sul territorio: solo 13 Regioni hanno finora approvato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (Pdta), cioè un percorso che dalla diagnosi alla gestione della malattia garantisca la miglior assistenza ai pazienti, mentre 2 Regioni lo stanno finalizzando. In più, anche quando c'è, i Centri Sm denunciano che in oltre 1 caso su 3 il Pdta non risulta pienamente applicato. «Iniquità – afferma l'Associazione – si registrano anche sul fronte dell'accesso ai farmaci: il 17% delle persone con Sm segnala di non ricevere gratuitamente tutti i farmaci specifici necessari, e il 58% afferma di aver ottenuto prescrizione per i farmaci sintomatici, ma in oltre 1 caso su 3 di doversene fare carico economicamente anche con un grave impatto sul budget familiare, arrivando a spendere sino a 6.500 euro l'anno. Ritardi anche nell'accesso ai nuovi farmaci: il tempo che trascorre fra la pubblicazione dell'approvazione del medicinale in Gazzetta Ufficiale e la disponibilità reale varia da Regione a Regione, con oscillazioni tra i 5 e i 17 mesi. Inoltre – aggiunge Aism – continuano a rimanere gravi le difficoltà di accesso alla riabilitazione che viene assicurata in misura non sufficiente: soltanto il 37% della popolazione con Sm che ne ha bisogno ha avuto accesso alle prestazioni riabilitative garantite dal Ssn ma il 66% si dichiara insoddisfatto delle prestazioni ricevute».

Terapie avanzate

Raccomandazioni europee per un accesso più rapido

Nuovi sistemi di valutazione delle terapie geniche e cellulari, e delle forme di pagamento. I punti principali del documento dell'Alliance for Regenerative Medicine (Arm).

Le raccomandazioni si sviluppano su quattro azioni principali: adattare l'approccio di valutazione Hta alle Terapie avanzate (Atpm); favorire una più ampia applicazione del sistema di rimborso condizionale; sviluppare iniziative transnazionali per condividere dati e modelli; incentivare un accesso innovativo e nuovi modelli di pagamento dei farmaci.

Pubblicate le Raccomandazioni dell'Alliance for Regenerative Medicine (Arm), la prima alleanza multidisciplinare sulla medicina rigenerativa che riunisce associazioni di pazienti, centri clinici di ricerca e aziende, gruppi for-profit e non-for-profit. Il primo obiettivo delle raccomandazioni – redatte da oltre 300 esperti, tra ricercatori, esponenti governativi, rappresentanti

dell'industria e specialisti del settore regolatorio, e raccolte in quattro macroaree – è di garantire ai pazienti europei l'accesso a nuove forme di terapia, al fine di favorire l'iter legislativo e normativo necessario perché questi nuovi prodotti trovino uno sbocco.

Le raccomandazioni si sviluppano su quattro azioni principali: adattare l'approccio di valutazione Hta alle Terapie avanzate (Atpm); favorire una più ampia applicazione del sistema di rimborso condizionale; sviluppare iniziative

transnazionali per condividere dati e modelli; incentivare un accesso innovativo e nuovi modelli di pagamento dei farmaci. «Arm è un'alleanza globale, multistakeholder, e con il focus delle terapie geniche e cellulari e della medicina rigenerativa», spiega Paolo Morgese, Eu Director Market Access & Member Rela-

tions presso Arm. All'interno di Arm interagiscono tra di loro figure diverse che comprendono chi ha sviluppato il farmaco, chi l'ha portato sul mercato e chi fa sì che sul mercato possa rimanere.

“Le Raccomandazioni – spiega l'Osservatorio Terapie Avanzate – sono il prodotto di un workshop che ha coinvolto i rappresentanti di Paesi quali Francia, Italia, Germania, Inghilterra, Spagna e Svezia in cui non esiste un percorso di valutazione farmaco-economica specifico per questa nuova tipologia di farmaci ma in cui sono, invece, attivi percorsi per farmaci orfani o innovativi. Da qui, un'analisi approfondita ha messo in luce due grossi nuclei di lavoro, uno centrato sulle modalità di valutazione delle terapie avanzate e uno su quelli di pagamento. Anche Fondazione Telethon ha deciso di iniziare a collaborare con Arm proprio per avere, a livello



europeo, un interlocutore che conoscesse a fondo i problemi delle terapie avanzate, che da dieci anni a questa parte hanno completato lo sviluppo e stanno arrivando sul nostro mercato”.

«Volevamo presentare la nostra esperienza in modo che potesse essere di ispirazione per altri – spiega Michela Gabaldo, Responsabile Alleanze Industriali e Affari Regolatori di Telethon – e metterla a confronto con quella di altri che stanno affrontando le stesse problematiche». «La terapia genica e quella cellulare, nonché i protocolli di medicina rigenerativa – prosegue l'Osservatorio Terapie Avanzate – hanno costi elevati rispetto ai farmaci tradizionali, giustificati non solo dal lungo e difficoltoso processo di sviluppo e produzione ma anche dai fallimenti che ne hanno tempestato il percorso, rallentandolo e sollevando barriere. In questo senso esse rappresentano un cambio di paradigma e il loro prezzo è in funzione di diversi elementi tra cui quello che, in alcuni casi, con una singola somministrazione si possano bilanciare i costi di una malattia cronica che impone anni di trattamento e ospedalizzazione. Nel costo delle terapie avanzate è compreso anche il prezzo sociale e personale della patologia, pertanto sul piatto della bilancia le modalità con cui i sistemi sanitari le rendono disponibili devono fare da contraltare allo sforzo di chi queste terapie le ha create”.

«In questo l'Italia è stata un'antesignana – afferma Gabaldo di Telethon – dal momento che sotto la direzione di Luca Pani l'Aifa, di concerto con il governo e in accordo

con lo sviluppatore, ha introdotto dei sistemi di pagamento fruibili per farmaci che possono curare condizioni rare e ultrarare con un impatto forte sulla salute

ma che, al contempo, pongono dei grossi problemi per la sostenibilità del sistema sanitario nazionale». Una delle Raccomandazioni contenuta nel testo stilato da Arm suggerisce una estesa applicazione del pagamento in regime di rimborso condizionale.

I sistemi di rimborso condizionale rappresentano un valido modo per sfumare l'incertezza derivante dalla mancanza di dati di efficacia a lungo termine. «Criteri di pagamento come il rimborso condizionale sostenuti dai nuovi sistemi di valutazione delle terapie geniche e cellulari servono a condividere il rischio – precisa Gabaldo – In tal modo il Paese rende disponibile un farmaco costoso andando incontro alle esigenze di salute pubblica del cittadino. Se la terapia funziona bene ed è veramente curativa si effettua il pagamento ma se, per qualche ragione essa fallisce, il sistema sanitario viene rimborsato delle spese. Poi esiste la possibilità di accedere a un modello di pagamento rateizzato, che è già ampiamente accettato in ogni Paese per beni di uso comune come il televisore o l'auto ma non ancora per i farmaci». Tutti i Paesi dell'Unione Europea interessati stanno iniziando a muoversi: l'Italia ha implementato il rimborso condizionale mentre la Germania sta valutando sia questo sistema che quello dei pagamenti rateizzati.

«È salito a 14 il conto delle terapie avanzate approvate dall'Ema e 10 di queste sono sul mercato. Nei prossimi anni ne sono attese circa una ventina, in una proporzione sempre crescente rispetto ai farmaci tradizionali – prosegue Morgese – Guardiamo a ciò che può essere fatto in ogni Paese e collaboriamo con le autorità locali per adattare ciò che dicono le Raccomandazioni alle possibilità dei singoli.

Così facendo, se tutti i protagonisti del processo troveranno il modo di accordarsi a monte, a partire dal modo di raccogliere i dati, questi saranno davvero utili per incentivare l'adozione dei criteri di pagamento che favoriranno il mantenimento delle terapie sul mercato» conclude Morgese.

È salito a 14 il numero delle terapie avanzate approvate dall'Ema e 10 di queste sono sul mercato.

Nei prossimi anni ne sono attese circa una ventina, in una proporzione sempre crescente rispetto ai farmaci tradizionali.



Cronicità

Il diabete può accorciare la vita fino a 6-7 anni

Nel 12° Rapporto dell'Italian Diabetes Barometer i dati sul peso clinico, sociale ed economico del diabete e delle sue complicanze, in particolare delle malattie cardiovascolari ad esso collegate.

Si stima che in media una diagnosi di diabete all'età di 40 anni riduca l'aspettativa di vita di circa 6 anni negli uomini e di circa 7 anni nelle donne e che la metà di questa riduzione sia imputabile alle malattie cardiovascolari.

Questi sono alcuni dei dati presentati nel Rapporto del 12th Italian Diabetes Barometer Forum svoltosi recentemente a Roma,

organizzato da Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation, Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Health City Institute, I-Com Istituto per la competitività, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane e Intergruppo Parlamentare "Qualità di vita nelle città". Nel mondo, secondo i dati dell'iniziativa "Global Burden of Disease" della World Health Organization (Who), nel 2017, l'iperglicemia è stata responsabile di 6,53 milioni di decessi, passando, tra le cause di morte, dal sesto posto di dieci anni fa al terzo posto

fra gli uomini e al secondo fra le donne, con un aumento di circa il 27 per cento dei casi. Questa tendenza negativa è evidente anche per quanto riguarda gli anni di vita persi ponderati per disabilità, che sono aumentati del 25,5 per cento rispetto al 2007, superando così i 170 milioni. Inoltre, la prima causa di morte a livello mondiale, per entrambi i sessi, è l'ipertensione arteriosa e la quarta fra gli uomini e terza fra le donne l'eccesso ponderale, due condizioni spesso presenti nella maggioranza delle persone con diabete. Il 53 per cento dei decessi associati a iperglicemia è dovuto a cause cardio-cerebrovascolari, in particolare 2,27 milioni di morti per malattie cardiache ischemiche e 1,19 milioni per ictus; si stima che ogni minuto nel mondo muoiano 6-7 persone per malattie cardiovascolari legate al diabete. In Italia, secondo i dati Istat del 2017, a fronte di una prevalenza media di malattie cardiologiche tra gli over 45 del 7,5 per cento, quella tra persone con diabete è pari a circa il 17,1 per cento, ben oltre il doppio di quella rilevata per i non diabetici: 6,4 per cento. «Si tratta di un problema che interessa soprattutto gli anziani, quindi destinato a cre-

Il 53 per cento dei decessi associati a iperglicemia è dovuto a cause cardio-cerebrovascolari, in particolare 2,27 milioni di morti per malattie cardiache ischemiche e 1,19 milioni per ictus.



I 10 anni del “Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete”

La parità di accesso all'informazione, alla prevenzione e all'educazione terapeutica, insieme al trattamento del diabete e alla diagnosi e cura delle complicanze, sono alcuni dei temi al centro de “Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete” che ha compiuto quest'anno dieci anni, anniversario celebrato nel corso del 12th Italian Diabetes Barometer Forum di Roma. Il documento, promosso da Diabete Italia, Comitato per i diritti della persona con diabete e Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation e firmato dalle associazioni di persone con diabete, realizzato nel 2009 e quindi aggiornato nel 2015, nella convinzione che solo il dialogo fra le Istituzioni, le Società scientifiche, le Associazioni dei pazienti e la Cittadinanza possa contribuire a “cambiare il diabete”. «I diritti di coloro che hanno il diabete sono gli stessi diritti umani e sociali delle persone senza diabete. Il sistema sanitario deve garantire alla persona con diabete l'accesso a metodi diagnostici e terapeutici appropriati, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e il diritto delle persone con diabete a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa al pari delle persone senza diabete deve essere considerato un obiettivo delle azioni di governo» afferma Paola Pisanti, Presidente Commissione Nazionale Diabete e Coordinatrice Commissione sul Piano delle cronicità presso il Ministero della Salute.

scere in termini assoluti con l'invecchiamento della popolazione. Ad esempio, tra le persone con diabete di 45-64 anni la prevalenza di malattie cardiache è pari al 10,6 per cento contro una prevalenza del 19,4 per cento tra i 65-74enni con diabete, che arriva fino al 27,1 per cento se si prende in considerazione solo la categoria dei maschi con diabete di questa fascia di età», sottolinea Roberta Crialesi, Dirigente del Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia di Istat. «Anche altri aspetti legati alle diverse realtà territoriali, al grado di istruzione e più in generale alla connotazione sociale della popolazione, influenzano la prevalenza di diabete e malattie cardiache. Le regioni del Mezzogiorno sono quelle più svantaggiate, come Calabria, Molise e Umbria e il problema è maggiormente diffuso tra le persone con basso livello di istruzione rispetto ai più istruiti. Queste analisi restituiscono un'immagine nitida dei legami tra invecchiamento della popolazione, condizioni sociali e condizioni di salute e ribadiscono la necessità di interventi urgenti e diffusi», aggiunge. Da una recente indagine promossa dall'International Diabetes Federation, che ha coinvolto oltre 12.000 persone con diabete di tipo 2 in 130 Paesi, è emerso che, per quanto riguarda la conoscenza dei fattori di rischio, un paziente su quattro non era consapevole del ruolo

svolto dall'ipertensione e dal sovrappeso, uno su tre ignorava che iperglicemia, ipercolesterolemia, fumo ed inattività fisica aumentano il rischio cardiovascolare e circa uno su due non conosceva l'importanza, quali fattori di rischio, di elevati livelli di stress, del diabete di lunga durata e di un'età oltre i 65 anni. Nel nostro Paese, la conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare sembra essere migliore rispetto al dato internazionale; tra i partecipanti, il 90 per cento riconosce il ruolo del sovrappeso/obesità, l'89 per cento dell'ipertensione, l'88 per cento dell'ipercolesterolemia e dell'iperglicemia. Tuttavia, percentuali importanti di pazienti ignorano il rischio associato all'inattività fisica, al fumo, a una dieta ricca in grassi e alla familiarità e circa la metà dei partecipanti non ha identificato come fattori di rischio cardiovascolare avere il diabete da più di 5 anni o avere oltre 65 anni di età. «La percezione da parte delle persone con diabete del proprio rischio cardiovascolare sembra essere migliore in Italia rispetto al campione complessivo, dove il 46 per cento dei partecipanti si considera a rischio moderato/alto, contro il 36 per cento a livello globale. Tuttavia, la percezione del proprio rischio non sembra essere commisurata alla effettiva presenza di fattori di rischio, che è risultata estremamente più elevata», spiega Antonio Nicolucci, Direttore Coresearch.

L'Italia attivi subito le reti reumatologiche regionali

Malattie gravi come l'artrite reumatoide sono individuate anche dopo due anni dall'esordio. Il Presidente Luigi Sinigaglia: «Il nostro Paese all'avanguardia per la ricerca ma fanalino di coda per uso di nuove terapie. L'assistenza ai pazienti è ancora insufficiente e non uniforme su tutto il territorio nazionale».

In Italia si registrano ancora troppi ritardi nella diagnosi delle malattie reumatologiche, soprattutto riguardo alle artropatie infiammatorie che sono le più gravi ed invalidanti. L'artrite reumatoide viene individuata con ritardo, a volte anche uno o due anni dopo l'esordio dei primi sintomi. Per la spondilite anchilosante il paziente può aspettare anche fino a cinque anni. Si tratta di un gruppo di patologie potenzialmente invalidanti che colpiscono in totale il 3% degli italiani.

Quando non vengono riconosciute in tempo possono determinare danni irreversibili all'apparato locomotore. Inoltre in alcune Regioni l'assistenza reumatologica ambulatoriale e ospedaliera è insufficiente. Le liste di attesa risultano lunghe e i ritardi, sia nella diagnosi che negli interventi terapeutici, rischiano di prolungarsi ulteriormente con conseguenze serie per i malati. È questo l'allarme lanciato dalla Società Italiana di Reumatologia (Sir) in occasione del Congresso Eular (European League Against Rheumatism) che si è svolto recentemente a Madrid. «Per garantire una migliore assistenza a tutti i pazienti chiediamo l'attivazione, su tutto il territorio nazionale, delle reti reumatologiche regionali – afferma Luigi Sinigaglia, Presidente Nazionale della Sir -. In Paesi come Germania, Francia o Spagna que-

In Paesi come Germania, Francia o Spagna questi network territoriali sono attivi da diversi anni e hanno ottenuto risultati straordinari in termini di facilitazione dell'accesso alle cure e di razionalizzazione delle spese. In Italia esistono strutture sanitarie di assoluta eccellenza tuttavia manca un'uniformità nell'assistenza.

sti network territoriali sono attivi da diversi anni e hanno ottenuto risultati straordinari in termini di facilitazione dell'accesso alle cure e di razionalizzazione delle spese. In Italia esistono strutture sanitarie di assoluta eccellenza tuttavia manca un'uniformità nell'assistenza. Auspichiamo quindi che le

Istituzioni nazionali adottino un modello vincente anche perché la nostra Penisola presenta un rapporto tra abitanti e presenza di reumatologi tra i più bassi a livello continentale». «Anche per questo siamo al penultimo posto in Europa per utilizzo di nuovi farmaci biologici contro le malattie reumatologiche – sottolinea Mauro Galeazzi, Past President Sir -. Oggi abbiamo a disposizione cure efficaci che possono ottenere la remissione completa della malattia. Sono farmaci estremamente

complessi che devono essere prescritti e somministrati solo in strutture sanitarie adeguate e da personale specializzato ed è fondamentale che la strategia terapeutica venga istituita con estrema tempestività.

Così è possibile garantire ad un numero sempre crescente di persone una buona qualità di vita nonché ridurre le sempre crescenti spese sanitarie e sociali che un intervento terapeutico precoce è in grado di contenere». «Va infine creata una nuova e più forte alleanza con i medici di medicina generale – aggiunge Roberto Caporali,

Segretario del Presidente Sir -. Di solito è lui il professionista che svolge il delicato compito di diagnosticare all'esordio la malattia. Il suo ruolo può essere fondamentale per identificare i primissimi sintomi delle patologie, segnalare una ricomparsa della patologia oppure identificare effetti avversi legati alle terapie.

Come Società Scientifica chiediamo quindi che oltre alle reti siano attivati anche in tutte le Regioni i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) così come previsti dalle attuali leggi nazionali». Le malattie reumatologiche colpiscono oltre 5 milioni di cittadini italiani per un totale di 120 milioni persone in tutta Europa. Rappresentano la prima causa di disabilità del Vecchio Continente e i costi totali ammontano a 240 miliardi di euro l'anno. «Le più esposte risultano le donne in età lavorativa e riproduttiva e questo spiega il grande impatto socio-economico che determinano

– sostiene Carlomaurizio Montecucco, Presidente di Fira Onlus -. Una delle chiavi per sconfiggere le patologie reumatologiche è riuscire ad incrementare la ricerca clinica e di base per trovare nuove opzioni di trattamento e nuovi marcatori diagnostici. In questo settore la reumatologia italiana risulta all'avanguardia in Europa, nonostante alcune carenze strutturali e organizzative nella rete assistenziale. Al Congresso Eular di Madrid il nostro Paese si colloca ai primissimi posti per numero di studi e lavori scientifici presentati. Per salvaguardare questo importante patrimonio servono però maggiori risorse e investimenti nonché maggiore coordinamento tra i vari centri. La sfida del futuro è riuscire ad approfondire le nostre attuali conoscenze sui meccanismi patogenetici che sono alla base di quasi tutte queste patologie». La reumatologia italiana rappresenta un esempio virtuoso in Europa per le attività educazionali rivolte alla popolazione. La Sir è per la prima volta presen-



Malattie reumatologiche ancora sottostimate

“Le malattie reumatologiche rappresentano in Italia – sottolinea la Società Italiana di Reumatologia (Sir) - la prima causa di invalidità temporanea e la seconda di invalidità permanente. Ben il 27% delle pensioni di invalidità è attribuibile a queste patologie. Un trend, purtroppo, in continua crescita. Entro 20 anni, infatti, raddoppierà il numero di italiani over 65 con criticità muscolo-scheletriche. E risultano già in forte aumento i costi socio-sanitari. Nel 2017, rispetto all'anno precedente, nelle strutture sanitarie pubbliche si è registrato un aumento di spesa per l'acquisto di farmaci per il sistema muscolo-scheletrico di oltre 35%. E i consumi di questi medicinali negli ospedali e Usl sono incrementati dell'8%. La spesa farmacologica deve essere considerata alla luce dei risultati che queste terapie possono offrire a patto che vengano iniziate tempestivamente: riduzione della inabilità al lavoro, contenimento della disabilità, miglioramento della qualità di vita e riduzione della mortalità correlata alle malattie reumatologiche. Eppure le malattie reumatologiche sono ancora sottostimate e si registrano poche diagnosi precoci”.

te al congresso Eular con un proprio stand nel quale esporrà ai congressisti le due campagne educazionali del 2019

Malattie Reumatologiche? No Grazie! e #Reumadays 2019.

La prima ha visto gli specialisti della Sir andare in 25 centri anziani a illustrare agli over 65 la natura e le modalità di presentazione delle malattie reumatologiche. Per la seconda invece sono stati allestiti nelle piazze di 11 città degli speciali info-point dove medici specializzati e associazioni di pazienti hanno svolto attività informative. «L'obiettivo è stato mettere in guardia i cittadini di ogni fascia d'età sui rischi determinati da malattie molto serie – conclude Sinigaglia -. Siamo soddisfatti dei risultati ottenuti e siamo pronti a ripartire con altre iniziative simili volte a favorire l'informazione e la prevenzione».

I primi 50 anni di grandi traguardi della gastroenterologia

Dal virus Hcv allo screening del cancro colon-rettale

Tra i risultati raggiunti: ridotta del 20% la mortalità per tumori al colon retto, fino a qualche anno fa considerato uno dei big killer.

di Giuseppe Milazzo*

Negli ultimi 50 anni la gastroenterologia, nella diagnosi e terapia, nella gestione clinica e nella prevenzione, ha fatto passi da gigante: dalla scoperta del virus Hcv allo screening del cancro colo-rettale, diverse sono state le novità che vengono “celebrate” oggi in occasione del cinquantesimo anniversario di attività di Aigo, l'associazione che conta oltre 1.500 gastroenterologi, epatologi, endoscopisti, per lo più ospedalieri, distribuiti omogeneamente sul territorio nazionale e presenti in ognuna delle province italiane con organi direttivi regionali ad elezione periodica.

Traguardi e prospettive

Chi ha qualche primavera sulle spalle ricorderà l'impatto epocale dell'omeprazolo e della scoperta dell'*Helicobacter Pylori* nella storia naturale della malattia ulcerosa; i più giovani hanno invece vissuto personalmente

le sfide dell'ultimo ventennio: i farmaci biologici per le malattie croniche intestinali, il vaccino e i nuovi farmaci antivirali che hanno debellato le epatiti B e C; le metodiche mini-invasive, l'eco-endoscopia e l'endoscopia operativa avanzata che hanno ridotto il ricorso alla chirurgia per molte patologie; lo screening del tumore del colon, che ha garantito, in pochi anni dalla sua diffusione, la riduzione di oltre il 20% della mortalità per questa neoplasia.

Aigo è stato protagonista di questo percorso virtuoso: per ribadire l'orgoglio della disciplina e riaffermare in modo provocatorio il ruolo primario nel processo di cura, ha realizzato il logo “Gastropride” in occasione di questa significativa ricorrenza. I traguardi e le prospettive future della gastroenterologia sono stati in particolare i temi dell'udienza privata con il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, al Quirinale, che ha rappresentato il momento più signifi-



Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella con il Presidente dell'Aigo Giuseppe Milazzo in occasione dell'udienza privata al Quirinale.

cativo per Aigo in questo anno speciale; sono state presentate al Capo dello Stato le attività principali dell'associazione, e ribadito con forza l'adesione ed il sostegno di Aigo al Ssn.

Il contributo della gastroenterologia alla sostenibilità del Ssn

A confermare il ruolo primario della gastroenterologia nel sistema sanitario sono i dati dello stesso Ministero della Salute. Due protocolli d'intesa Aigo con il Ministero della Salute hanno tra l'altro prodotto risultati ineludibili: qualunque italiano affetto da patologia dell'apparato digerente, ovunque abiti, se assistito in un reparto di gastroenterologia, riceve un'assistenza più appropriata ed efficace con guadagno sia in termini economici (riduzione di oltre 120mila giorni di ricovero), sia in termini più nobili di vite umane. La ricerca (oltre 4.800.000 casi di pazienti ricoverati) ha evidenziato infatti come la mortalità per malattie digestive raddoppi al di fuori dei reparti di gastroenterologia (anche nelle urgenze), passando dal 2.2% ad una media del 4.1%. Sono numeri enormi, dal momento che le malattie digestive causano quasi 800 mila ricoveri ogni anno (10% di tutte le ospedalizzazioni). Da non dimenticare poi le risorse impiegate nella rete delle urgenze H24 (l'emorragia digestiva ha incidenza simile a quella dell'infarto miocardico) e nel programma di screening del tumore del colon, dove ancora molto è da fare per migliorare l'adesione e colmare il gap esistente fra le singole regioni.

Criticità della professione

Secondo un recente censimento condotto proprio da Aigo sono operativi negli ospedali italiani solo 1.425 gastroenterologi per 2.026 posti letto specialistici (media: 3.4/100.000 abitanti) con ampie disomogeneità e criticità sul territorio nazionale. Sempre più spesso l'associazione riceve allarmi di reparti a rischio "declassamento" e riduzione di posti letto: in alcuni casi (come nel caso dell'Ospedale di Vasto in Abruzzo) l'intervento di Aigo è stato decisivo per scongiurare tale pericolo.

Purtroppo però, ancora oggi, solo il 10% dei pazienti ricoverati per malattie dell'apparato digerente è assistito in un reparto di gastroenterologia, nonostante le evidenze sopra ricordate. Il grido di allarme circa la grave carenza dei medici specialisti è rimasto

per anni inascoltato, anche se Aigo plaude al recente aumento dei posti nelle scuole di specializzazione: un primo passo significativo, ma ovviamente non sufficiente. Il numero di specialisti nei prossimi anni è comunque destinato a ridursi, con gravi conseguenze.

L'appropriatezza dell'assistenza

Un altro tema centrale è quello dell'era "della rincorsa" che stiamo vivendo, degli straordinari traguardi tecnologici, dello sviluppo di farmaci miracolosi ad altissimo costo, di metodiche sempre più sofisticate per giungere alla diagnosi e sempre meno invasive per intervenire a risolvere i problemi. Tutto ciò in un momento di crisi epocale di risorse, umane ed economiche: abbiamo dunque aumentato la capacità di curare penalizzando però la possibilità di prendersi cura. Fare di più non significa necessariamente fare meglio: per questo Aigo ha aderito al progetto internazionale "Choosing Wisely", promosso in Italia da Slow Medicine con lo scopo di favorire la complicità fra medico e paziente su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di essere inappropriate. Ecco infine le cinque raccomandazioni di Aigo: non eseguire la ricerca del sangue occulto nelle feci al di fuori della campagna di screening; seguire le raccomandazioni del gastroenterologo per i controlli successivi a una colonscopia di prevenzione (non è necessario eseguirli più frequentemente, sono definiti da linee guida e lo specialista è la persona più preparata per consigliare il controllo più adeguato); non eseguire gastroscopie di controllo in casi di malattia da reflusso gastroesofageo non particolarmente gravi o a rischio di evoluzione neoplastica; non ripetere ecografie inutili negli angiomi epatici di piccole dimensioni, che sono lesioni benigne e senza rischi di evoluzione; non assumere gastroprotettori (farmaci inibitori della pompa protonica) quando si effettua una terapia con farmaci a base di cortisone e neppure per lungo periodo in presenza di disturbi digestivi modesti.

Secondo un recente censimento condotto da Aigo sono operativi negli ospedali italiani solo 1.425 gastroenterologi per 2.026 posti letto specialistici (media: 3.4/100.000 abitanti) con ampie disomogeneità e criticità sul territorio nazionale.

* *Presidente Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti digestivi Ospedalieri (Aigo)*

Nascite

Ancora troppo elevato il ricorso al parto cesareo

Prosegue il calo delle nascite in tutte le aree del Paese.

Anche la fecondità mantiene l'andamento decrescente degli anni precedenti.

L'89,2% dei parti avviene in strutture pubbliche o equiparate.

Nel corso del 2016 prosegue il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese: sono nati 474.925 bambini (nel 2015 erano 486.451). In calo ovviamente anche il numero di parti (466.707 contro i 478 mila dell'anno precedente). È quanto emerge dal Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia - Cedap 2016, che illustra le analisi dei dati rilevati per l'anno 2016 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (Cedap). "Il fenomeno – spiega il Ministero – è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere".

Evento nascita, i numeri

La rilevazione 2016, con un totale di 467 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti in ospedale pari al 100,1% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera

(Sdo) ed un numero di nati vivi pari al 99,8% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

L'89,2% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, il 10,5% nelle case di cura e solo lo 0,1% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc). Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 63,9% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 173 rappresentano il 37% dei punti nascita totali. Il 5,8% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Nel 2016, il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera, ovvero al Centro-Nord, dove più del 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 32% delle nascite è riferito a madri straniere.

L'età media della madre è di 32,8 anni per le italiane mentre scende a 30,2 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 30 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,3 anni.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 55,3% delle madri ha un'oc-



Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			
	<i>Pubblica</i>	<i>Privata accreditata</i>	<i>Privata non accreditata</i>	Totale
0 - 499	34,80	47,04	80,57	36,72
500 - 799	32,82	51,31		34,86
800 - 999	31,66	59,04		35,50
1000 - 2499	31,13	54,92		33,57
2500 +	31,02	21,32		30,27
Totale	31,67	50,92	80,57	33,74

Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2016

cupazione lavorativa, il 29,3% sono casalinghe ed il 13,3% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione.

La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2016 è per il 51,7% quella di casalinga a fronte del 62,2% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Nell'85,3% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 74,6% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 2,5% mentre tale percentuale sale al 11,2% per le donne straniere. Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 11,7% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 2,6%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,3%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 13,8% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive sono state effettuate in media 7,1 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 22,52% dei casi.

Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, nel 2016 il 33,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione

all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 50,9% dei parti contro il 31,7% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,8% dei parti di madri straniere e nel 35,4% dei parti di madri italiane.

Sono stati rilevati 1.320 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,78 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 4.835 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della diagnosi è presente rispettivamente solo nel 32,3% dei casi di natimortalità e nel 87% di nati con malformazioni.

Le parti classificabili secondo Robson sono complessivamente pari a livello nazionale a 450.400, corrispondenti al 97% del totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 54,2% dei parti classificati che si sono verificati a livello nazionale nell'anno 2016. Si evidenzia inoltre che i parti nella classe 5, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 12,6% dei parti totali classificati a livello nazionale. L'analisi del ricorso al taglio cesareo nelle classi di Robson evidenzia un'ampia variabilità regionale nelle classi a minor rischio, che includono in tutte le Regioni una percentuale molto elevata delle nascite, confermando la possibilità di significativi miglioramenti delle prassi organizzative e cliniche adottate nelle diverse realtà.

Assistenza ostetrica

Tutti i vantaggi del modello a basso rischio ostetrico

Cambiare la tendenza fotografata dal rapporto Cedap 2016 deve essere un impegno collettivo, poiché nessuno degli attori interessati (politica, istituzioni, ministeri competenti, professionisti sanitari) è in grado da solo di apportare e produrre cambiamenti significativi e duraturi nel lungo periodo.

di Maria Vicario*

Dal 2001, come previsto dal decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni", il nostro Paese ha un prezioso strumento che consente di scattare una fotografia nazionale estremamente attendibile sull'evento nascita: il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap).

I dati forniti dal Cedap sono, infatti, elaborati a cura dell'Ufficio Statistica il quale redige il cosiddetto Rapporto Cedap. Si tratta, evidentemente, di un documento di considerevole importanza poiché fornendo a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche inerenti l'evento nascita, costituisce uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale del Paese. Grazie a un totale di 467 punti nascita rilevati, il Rapporto Cedap 2016 presenta un rilevante livello di completezza. Innanzitutto, è possibile osservare il numero dei parti in ospedale (un totale di 433 strutture ospedaliere) pari al 100,1% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) e un numero di nati vivi pari al 99,8% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

Il primo dato su cui si reputa necessario

porre l'attenzione è di certo quello del numero delle nascite. Con non poca preoccupazione, infatti, consta prendere atto che anche il 2016 è stato caratterizzato da un loro calo, un fenomeno per, in misura ancora più allarmante, risulta accomunare tutte le aree del Paese: sono nati 474.925 bambini (nel 2015 erano 486.451).

Il secondo elemento, non meno rilevante per importanza, riguarda le modalità del parto, ovvero il ricorso al taglio cesareo. Anche per il 2016, il Rapporto evidenzia un ricorso eccessivo alla via chirurgica. In media, nel 2016, il 33,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo. Certo, esistono delle differenze regionali, pur tuttavia l'Italia continua a distinguersi per un ricorso eccessivo a tale pratica, che trova suo luogo di maggior propensione nelle case di cura accreditate. Qui, il ricorso a tale procedura risulta circa il 50,9% dei parti contro il 31,7% negli ospedali pubblici, con una frequenza maggiore nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere: vi ricorre infatti il 27,8% delle straniere versus il 35,4% delle italiane.



Il fenomeno denatalità, in particolare è in larga misura la risultante da una parte dalla modificazione della struttura per età della popolazione femminile e dall'altra parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. A bene vedere gli ultimi rilevamenti statistici, le cittadine straniere che fino a qualche anno fa hanno compensato questo squilibrio strutturale, negli ultimi anni si sono uniformate al trend delle italiane. Il risultato è una diminuzione della fecondità anche tra le donne straniere.

Questi due aspetti sono cruciali per le dinamiche del Paese e interessano direttamente la Categoria ostetrica che, come notorio, è la specialista della fisiologia della donna, in particolare della presa in carico della gravidanza a basso rischio ostetrico. Non è pensabile e sostenibile continuare su questa via, se non si vuol correre il rischio di ritrovarsi in un Paese demograficamente vecchio e con la gestione della gravidanza e del parto come se fossero, per loro stessa natura, delle patologie. I dati, infatti, parlano chiaro: la propensione alla maternità è in calo netto, anche nelle donne straniere, mentre aumenta l'età media delle primipare. Cambiare la tendenza fotografata dal rapporto Cedap 2016 deve essere un impegno collettivo, poiché nessuno degli attori interessati (politica, istituzioni, Ministeri competenti: Salute, Famiglia, Welfare, professionisti sanitari) è in grado da solo di apportare e produrre cambiamenti significativi e duraturi nel lungo periodo. È indispensabile pertanto un lavoro sinergico, affinché ciascuno faccia la propria parte attraverso anche un indispensabile confronto reciproco.

Per quanto attiene alla competenza ostetrica, questo impegno si traduce nella possibilità concreta di tornare a essere in prima linea nella presa in carico delle gravidanze a basso rischio. Un obiettivo che si può raggiungere attraverso l'adozione e l'implementazione su scala nazionale del modello organizzativo di centri nascita a conduzione ostetrica per le gravidanze a basso rischio e al quale la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica ha riservato un posto importante nella propria agenda politica. Il modello organizzativo a conduzione ostetrica è un percorso che consente alle donne di riappropriarsi delle proprie competenze per l'espletamento di una gravidanza serena, senza

il ricorso a esami inutili (lì dove i professionisti riconoscono che non ce n'è bisogno) e costosi, affidandosi al parto naturale, sempre seguite da personale qualificato e specializzato nella salute della donna. Tale modello comporta considerevoli benefici alle donne, alla loro salute, consapevolezza di sé, alle loro esperienze positive di maternità, tanto da predisporle favorevolmente a una successiva gravidanza. Inoltre, il rispetto alla fisiologia della gravidanza e dell'evento nascita ridurrebbe anche drasticamente il ricorso a interventi di taglio cesareo, che non sono adeguati se non per specifici casi. L'assistenza ostetrica ha un ruolo cruciale anche nella programmazione di un progetto di maternità della donna e dunque della coppia. Attraverso il progetto di Ostetrica di famiglia e di comunità, promosso dalla Federazione Nazionale, è possibile intercettare e raggiungere le donne in maniera più capillare sul territorio, in particolare coloro che appartengono a fasce della popolazione più fragili, e fornire loro le corrette informazioni e gli opportuni orientamenti per una assistenza addizionale in caso di presenza di segni e sintomi di patologie in e per la gravidanza. Tutto questo deve andare di pari passo ed essere a supporto di indispensabili campagne di comunicazione promosse dal Ministero della Salute, che avvalendosi di professionisti, informino sulla salute e il ciclo biologico e riproduttivo della donna. È fondamentale che le donne conoscano il proprio corpo e il suo funzionamento, sapere che, se non vi sono patologie in atto, la gravidanza è un periodo da vivere con molta serenità. Questo consentirebbe loro di poter scegliere in piena consapevolezza, anche nella comprensione che affrontare una maternità in età più avanzata, sebbene possibile, non è sempre facile e auspicabile per se stesse e per il nascituro.

Necessaria l'adozione e l'implementazione su scala nazionale del modello organizzativo di centri nascita a conduzione ostetrica per le gravidanze a basso rischio. Un percorso che consente alle donne di riappropriarsi delle proprie competenze per l'espletamento di una gravidanza serena, senza il ricorso a esami inutili e costosi, affidandosi al parto naturale, sempre seguite da personale qualificato e specializzato nella salute della donna.

* *Presidente FNOPO, Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica*



Riabilitazione territoriale e ospedaliera

Anche l'Aifi boccia le nuove linee guida

Negativo il parere dell'Associazione Italiana Fisioterapisti sulle "Linee di indirizzo percorsi appropriati nella riabilitazione". Le osservazioni in un documento inviato alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il testo delle "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione", inviato dal ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni, per l'Associazione Italiana Fisioterapisti "non soddisfa le esigenze del sistema". Per questo ha ritenuto doveroso portare un contributo allo schema di accordo.

L'Associazione ritiene che questa "opportunità di aggiornamento in tema di percorsi, appropriatezza e rete dei servizi di riabilitazione debba essere occasione per rendere coerenti gli indirizzi e le disposizioni di legge, tenendo conto degli attuali mutamenti epidemiologici e organizzativi di riferimento". Il documento ministeriale, ad avviso di Aifi "non soddisfa infatti appieno le complessive esigenze di un sistema chiamato a cogliere davvero i cambiamenti intervenuti, tendendo piuttosto a riformulare quanto già

previsto nel Pindria (Piano di indirizzo della Riabilitazione) del 2011, già fortemente criticato dalla nostra associazione insieme ad altre realtà tra cui la Fish (Federazione Italiana Superamento Handicap). La riproposizione di soluzioni organizzative e modelli di responsabilità professionali, cristallizzate a quasi 10 anni fa, duplica e sovrappone titolarità delle specifiche professioni che, invece, anche sul piano normativo sono ormai sufficientemente distinte. Quanto esposto, invece di consentire fluidi percorsi di cura e assistenza, pone – evidenzia l'Aifi – diagrammi di flusso di particolare complessità, inserendo tortuosità e 'colli di bottiglia' impropri, che certamente non riescono a superare le criticità storiche della Riabilitazione. Tale impostazione inquina anche alcune importanti definizioni e condiziona di fatto un approccio del piano non solo medico-centri-

co, ma anche medico-specialistico". Il testo sottoposto all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, sempre secondo l'Associazione, "non risolve minimamente (perché non le affronta) le ragioni che hanno di fatto reso inapplicato il Pindria in buona parte del territorio nazionale. Per Aifi con l'imputare la mancata applicazione di quanto previsto dal Piano unicamente alla 'negligenza organizzativa' delle Regioni, senza offrire un'analisi convincente dell'insuccesso della proposta, si corre il rischio di avere il medesimo esito. Invece, nel decennio trascorso, le Regioni hanno investito, sia sotto il profilo formativo sia organizzativo, ingenti risorse e competenze. Il legislatore, con una scelta normativa di riforma del sistema, ha infatti creato un sistema pluridisciplinare orizzontale che affida alle diverse competenze percorsi riabilitativi e preventivi che in diverse Regioni ha già permesso la realizzazione di modelli organizzativi innovativi e soprattutto maggiormente rispondenti all'evolversi dei bisogni della cittadinanza". Alla luce di questa analisi, l'Aifi ha elaborato un documento contenente nove punti, la cui stesura è stata curata dal gruppo di lavoro coordinato da Fabio Bracciantini, Delegato allo Sviluppo nel Sistema Pubblico e Privato Accreditato. "L'auspicio – afferma la Aifi – è che vengano presi in considerazione dalle istituzioni di riferimento e recepiti dalla Conferenza Stato-Regioni, nella certezza che le proposte e i suggerimenti, se assunti, migliorerebbero senz'altro il documento del ministero, verso il raggiungimento degli obiettivi dichiarati".

Le proposte e i suggerimenti dell'Aifi in nove punti

Ecco i "nodi" per cui, secondo Aifi, si rende necessaria una revisione delle indicazioni contenute nel testo elaborato dal ministero:

- L'impianto di questo documento non sarà in grado di guidare la Riabilitazione italiana nel prossimo decennio a fronte del trend epidemiologico, della riduzione delle risorse disponibili e della riduzione del numero dei medici all'interno del corpo professionale sanitario. In altre parole, la risposta data dal ministero intende rafforzare le centralità delle strutture organizzative ospedaliere rispetto alla gestione dei percorsi di presa in carico delle persone con disabilità, puntando sul ruolo centrale del medico specialista in riabilitazione rispetto ad altre competenze specialistiche, coinvolte solo marginalmente, senza inoltre tenere conto nemmeno dell'evoluzione professionale delle professioni sanitarie.
- Le Linee guida del '98 hanno introdotto il moderno strumento del Progetto Riabilitativo Individuale (Pri) per affrontare in maniera globale le disabilità complesse: oggi però il PRI non può essere proposto per tutte le condizioni che attivano l'intervento riabilitativo, in modo particolare per disabilità temporanee non complesse o per i quadri prevalenti di cronicità, per i quali il Mmg svolge un ruolo centrale.
- Riteniamo necessario aggiornare le definizioni di intensività ed estensività del trattamento riabilitativo, non racchiudibili nel solo tempo di trattamento (tre ore o un'ora), che non consentono una sufficiente e univoca interpretazione di intensività. È necessario un contesto di multidisciplinarietà, attivata per la complessità del caso o per la presenza di instabilità clinica, così come attualmente espresso nel PindriaA 2011. La sola diversa complessità del documento ministeriale non è sufficiente nemmeno per

Il documento ministeriale, ad avviso di Aifi "non soddisfa appieno le complessive esigenze di un sistema chiamato a cogliere davvero i cambiamenti intervenuti, tendendo piuttosto a riformulare quanto già previsto nel Pindria (Piano di indirizzo della Riabilitazione) del 2011, già fortemente criticato dalla nostra associazione".



l'ambito ambulatoriale.

- È evidente che anche in riabilitazione è mutato il quadro epidemiologico: esso definisce una domanda caratterizzata, da una parte da bisogni ad elevato utilizzo di risorse professionali e tecnologiche e, dall'altra, da bisogni legati alla cronicità ed invecchiamento della popolazione che richiede interventi più orientati all'empowerment del paziente. Bisogni diversi presuppongono strumenti e modalità diverse.
- Sarebbe necessario, a tal proposito, sviluppare strumenti di governo dei percorsi assistenziali-riabilitativi integrati con la comunità e la Medicina generale, che in coerenza con la 'medicina di iniziativa' sappiano promuovere una presa in carico con un approccio proattivo, in grado di sostenere anche processi di self-management da parte del cittadino, che non cancelli la titolarità del Mmg quale primo custode della salute dei cittadini.
- Laddove si affronta l'attività riabilitativa territoriale, il Documento Ministeriale colloca l'attività dei Servizi Territoriali unicamente a supporto e 'completamento' del programma riabilitativo già erogato nel setting ospedaliero. La visione 'ospedalecentrica' del documento è ampiamente superata anche da atti formali (Piano per la cronicità, Patto per la salute, Lea, ecc.).
- Una maggiore attenzione deve essere posta allo sviluppo degli strumenti per la gestione della continuità fra ospedali per acuti, low-care riabilitativa, strutture di cure intermedie e territoriali, compreso il domicilio. La gestione non può essere lasciata a una unica figura professionale ma che deve risultare dalla condivisione, fra i diversi 'attori' professionali, dei criteri di assegnazione al setting riabilitativo appropriato, degli indicatori di risultato e della variabilità del ruolo di case manager secondo la prevalenza del bisogno di ogni singola persona.
- La soluzione del Dipartimento di Riabilitazione, oltre a riproporre le contraddizioni rispetto alla esigenza di multiprofessionalità e interdisciplinarietà

(contrasta infatti con l'idea del lavoro integrato con le altre componenti cliniche-professionali, di saperi multidisciplinari tra Ospedale e Territorio), è una soluzione già bocciata sul campo e non realizzata nella maggior parte delle Aziende Sanitarie del Paese anche per la sua insostenibilità economica ed organizzativa.

- Auspichiamo, inoltre, lo sviluppo e messa a regime, nell'ambito del Nsis (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), del sistema di rilevazione delle attività di riabilitazione che, superando l'attuale modalità sostanzialmente di tipo quantitativo, attraverso l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione clinica, funzionale e del contesto ambientale, renda possibile una valutazione degli esiti degli interventi in rapporto ai diversi setting di erogazione (sia ospedalieri che territoriali, sia in regime di degenza che ambulatoriale) e alle procedure utilizzate. Riteniamo che il primo step possa sicuramente essere la predisposizione della Sdo (Scheda di Dimissione Ospedaliera) di Riabilitazione. I flussi di pertinenza territoriale devono prestare specifica attenzione agli elementi di possibile sovrapposizione fra ambito riabilitativo in senso stretto ed ambito assistenziale integrato".

L'impianto del documento ministeriale non sarà in grado di guidare la Riabilitazione italiana nel prossimo decennio a fronte del trend epidemiologico, della riduzione delle risorse disponibili e della riduzione del numero dei medici all'interno del corpo professionale sanitario.

La sfida che l'Aifi si pone, quindi, è "quella di coniugare un'offerta di servizi sanitari sempre più efficaci ed efficienti ai cittadini, rispondenti a bisogni 'nuovi' e diversi, con la valorizzazione di ruoli e funzioni dei professionisti della salute non solo in ospedale ma anche e soprattutto nel territorio, costituendo quest'ultima, la sfida più rilevante nell'innovazione". Per questo l'Associazione ritiene indispensabile "un ulteriore approfondimento/modifica del documento per orientare l'organizzazione delle risposte tenendo conto di tutte le potenzialità presenti nel sistema".

Federazione nazionale Ordini Tsm Pstrp

Nuovi strumenti e risorse per la tutela degli assistiti

«Abbiamo redatto – afferma Alessandro Beux, Presidente della Federazione – un documento, il primo di una collana per le buone pratiche e le raccomandazioni (evidence based) dedicate alla gestione del rischio e alla sicurezza nelle aree e nelle attività proprie delle professioni che afferiscono al nostro Ordine».

La Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, che rappresenta 19 profili, 235.000 professionisti e 61 Ordini si è attivata attraverso il suo Sistema di protezione: un complesso organizzato di idee, risorse e persone che coinvolge tutte le aree professionali afferenti alla Fno in un progetto ampio e strutturato, dedicato alla protezione delle persone assistite e dei professionisti.

«Vogliamo – spiega il Presidente della Federazione, Alessandro Beux – contribuire a promuovere l'attenzione e l'informazione sul tema della sicurezza in sanità e, sfruttando le nostre competenze, attivare idonee iniziative di comunicazione e sensibilizzazione. Quale primo contributo, abbiamo tradotto il documento “La sicurezza della Persona assistita in diagnostica per immagini: un documento congiunto della European Society of Radiology (Esr) e della European Federation of Radiographer Societies (Efrs)”, adempiendo alle direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità a sollecitare e coinvolgere tutti i professionisti che quotidianamente si dedicano all'assistenza alla cultura della sicurezza. Il testo analizza in maniera estremamente dettagliata molti aspetti sensibili della diagnostica per immagini, quelli cioè che potrebbero generare rischi ai soggetti che si sottopongono a indagini radiologiche, indicando le azioni che preventivamente dovrebbero essere messe in atto affinché si possano ridurre in maniera efficace e efficiente» commenta

Alessandro Beux. «La nostra Federazione rappresenta 19 professioni e, nell'ottica di divulgare e rendere fruibili le migliori evidenze disponibili, diffonderà contributi scientifici che fanno riferimento a ognuna di esse. Ciò grazie all'impegno e alle competenze del Gruppo federativo Gestione del Rischio e Sicurezza in Sanità. Quella di oggi è solo la prima pubblicazione di una collana per le buone pratiche e raccomandazioni (evidence based) dedicate alla gestione del rischio e alla sicurezza nelle aree e nelle attività proprie delle professioni che afferiscono al nostro Ordine, con l'intenzione di contribuire a gestire in maniera preventiva e proattiva le criticità evidenziate dal monitoraggio degli eventi avversi, dei sinistri e dei contenziosi aperti, anche sulla base dei dati forniti dalla polizza assicurativa offerta dalla Federazione».

«È un progetto ambizioso che coinvolge molteplici soggetti e gruppi multiprofessionali, inaugurato con la pubblicazione, in occasione della Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita, in piena coerenza con uno dei principi ispiratori del World Patient Safety Day: Speak up for patient safety!, perché prima di tutto bisogna parlare di sicurezza degli assistiti e delle cure» conclude Matteo Migliorini, Coordinatore nazionale del Gruppo Gestione del Rischio e Sicurezza in Sanità della Federazione nazionale Tsm Pstrp.

L'obiettivo del documento: Contribuire a gestire in maniera preventiva e proattiva le criticità evidenziate dal monitoraggio degli eventi avversi, dei sinistri e dei contenziosi aperti, anche sulla base dei dati forniti dalla polizza assicurativa offerta dalla Federazione.

Sicurezza dei professionisti

Direttiva Euratom: siglata collaborazione tra Aifm e Simg

Insieme per fornire ai Mmg gli strumenti necessari per poter leggere e comprendere i dati correlati all'esposizione radiologica che, a seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Europea 2013/59/Euratom, saranno inseriti all'interno dei referti medici di esami e terapie utilizzando radiazioni ionizzanti.

Il Presidente dell'Associazione Italiana di Fisica Medica, Michele Stasi, e il Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Claudio Cricelli, hanno siglato il 18 settembre scorso un accordo di collaborazione per fornire ai Medici di Medicina Generale gli strumenti necessari per poter leggere e comprendere i dati correlati all'esposizione radiologica che, a seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Europea 2013/59/Euratom, saranno inseriti all'interno dei referti medici di esami e terapie utilizzando radiazioni ionizzanti.

«La Direttiva Europea 2013/59/Euratom, che sarebbe dovuta entrare in vigore in Italia nel febbraio 2018, stabilisce – afferma Aifm – norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti in diversi settori, tra i quali anche quello della salute. Una delle novità introdotte da questa direttiva riguarda l'obbligo di inserire all'interno dei referti medici informazioni circa le quantità di radiazioni impiegate nel corso degli esami radiologici o medico nucleari.

Tali informazioni sono rivolte prima di tutto al prescrivente, ovvero molto spesso il medico di base, che dovrà essere quindi in grado di fornire al paziente tutte le spiegazioni, quando richieste dallo stesso, rispetto a questo argomento. Per questo motivo Aifm e Simg hanno deciso di collaborare insieme per formare e informare in primo luogo i medici di base e, a seguire, i pazienti. L'impegno delle due società scientifiche si realizzerà in maniera concreta attraverso diverse azioni quali: la pubblicazione sulla rivista ufficiale della Simg di articoli divulgativi, ma rigorosamente scientifici, scritti dai fisici medici dell'Aifm in collaborazione con le altre società scientifiche mediche di area

radiologica che vorranno essere coinvolte nel progetto, la partecipazione attiva di Aifm al Congresso Nazionale Simg e la presenza dell'Aifm ad almeno due Congressi Regionali Simg.

Consapevoli dell'importanza di formare non solo i medici ma anche i pazienti – prosegue Aifm – le due società si impegneranno a realizzare del materiale informativo da lasciare negli studi dei medici di base a disposizione di coloro che vorranno comprendere meglio i loro referti medici riguardanti esami e terapie in cui sono previste esposizioni a radiazioni ionizzanti». «Le informazioni relative alle esposizioni a radiazioni impiegate durante gli esami che verranno inserite all'interno dei referti medici - spiega Michele Stasi, presidente dell'Associazione Italiana di Fisica Medica – porteranno i medici di Medicina Generale a dover rispondere a nuove domande.

Ci auspichiamo che quello che stiamo intraprendendo sia solo l'inizio di un coinvolgimento più ampio, a questo progetto, di tutta l'area radiologica medica. Insieme, vogliamo poterci impegnare per garantire informazioni sempre più accurate su un tema come quello delle radiazioni che è spesso fonte di false preoccupazioni». «Questo accordo di collaborazione consente ai Medici di affrontare alcuni temi che diventeranno di fondamentale importanza per la presa incarico del paziente che effettua indagini radiologiche o di medicina nucleare introdotte dalla normativa europea – spiega Claudio Cricelli, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie – L'intesa con l'Associazione Italiana di Fisica Medica consente di condividere aree tematiche raramente affrontate dopo la conclusione del Corso di Laurea arricchendo in maniera innovativa le conoscenze e le competenze dei Medici di Medicina Generale».

diamo luce alle tue idee



Kos Comunicazione e Servizi srl si occupa di comunicazione integrata e si rivolge a medie e grandi aziende. Sulla base delle competenze e dell'expertise maturate nel settore della comunicazione, è in grado di offrire una consulenza completa e personalizzata, fondata sulla capacità di ascoltare, interpretare e tradurre in strategie le esigenze di business del cliente.

Nasce dalla fusione di esperienze professionali pluriennali e diversificate, per offrire una gamma di servizi completi; si occupa della progettazione e organizzazione di congressi, convegni, corsi di aggiornamento e formazione ECM, con particolare attenzione al settore della sanità.

Da sempre nel campo dell'editoria con autorevoli testate giornalistiche e volumi dall'elevato contenuto scientifico.

Particolare attenzione è rivolta a iniziative finalizzate allo sviluppo della prevenzione, del miglioramento dell'assistenza sanitaria e sociale, della diffusione delle best practice e a sviluppare e attuare progetti di eHealth.



Emergenza-Urgenza

Sinergie per sicurezza e qualità delle cure

Appuntamento a Catania dal 28 al 30 novembre
per il 17° Congresso Nazionale Sis 118.

di **Mario Balzanelli***

La XVII^a Edizione del Congresso Nazionale della Società Italiana Sistema 118 si pone quale momento culturale di straordinaria importanza dimensionale finalizzato a presentare, ad arricchire, a sviluppare i contenuti e la costante innovazione che connotano la realtà nazionale del Sistema di Emergenza Territoriale 118 (Set 118).

In tale contesto, rilievo sostanziale di particolare importanza “fondativa” dell’impianto scientifico del programma congressuale è rappresentato, come per ogni edizione del congresso nazionale SIS 118, dai contributi forniti dall’esperienza clinica, organizzativa e gestionale del Sistema 118 della realtà regionale ospitante, quale, in questa edizione, il Sistema 118 della Regione Sicilia, forte della sua storia, delle risultanze qualitative centrate sui vari ambiti afferenti alla realtà operativa di Sistema.

Di particolare importanza, la presentazione, ad inizio dei lavori, delle risultanze fornite, in ambito nazionale dalla sperimentazione, effettuata su richiesta del Miur, in tema di insegnamento del Primo Soccorso nella Scuola Italiana, ai sensi dell’art.1, comma 10 della legge 107/2015, che ha visto partecipare 15 Sistemi 118 nazionali e formare, a livello teorico e pratico, 4500 studenti circa, compresi dalle Scuole dell’Infanzia alle Scuole Secondarie di II° grado, in 15 province del Paese.

In assoluto primo piano la novità, realmente di carattere “storico” a livello nazionale, così come anche internazionale, inerente la presentazione ufficiale delle linee di indirizzo terapeutico della Società Italiana Sistema 118, realizzate in collabo-

razione con l’Università Campus Biomedico di Roma, e – particolarmente – con il prof. Felice Agrò, Ordinario della Cattedra di Anestesia-Rianimazione-Terapia Intensiva, finalizzata ad assicurare, il più possibile, un livello omogeneo di trattamento terapeutico avanzato del paziente acuto e critico, a livello dei vari territori regionali, in conformità alle evidenze ed alle linee guida internazionale di settore.

Il congresso spazia ampiamente affrontando, in tutte le problematiche di più attualità, cogente rilevanza, i grandi temi specifici dell’Emergenza – Urgenza Preospedaliera.

Il Congresso offre, infine, agli operatori, alle Autorità, ai decisori, occasione preziosa di incontro, dibattito e confronto, affinché la convergenza “dinamica” degli intenti e delle varie realtà istituzionali sui processi di organizzazione di Sistema, quindi sui modelli organizzativi dello stesso, centrati sull’unica prospettiva di bene comune, che si identifica unicamente con la tutela tempo dipendente della salute del paziente in imminente pericolo di vita, veda il Sistema di Emergenza Territoriale 118 comunque al centro, nel prossimo futuro, di un processo evolutivo di sviluppo omogeneo, anche legislativo, a livello nazionale e di tutti i territori regionali, che lo renda sempre più e sempre meglio in grado di far fronte, con la maggiore “intensità” di risposta e di “appropriatezza complessiva” possibile, al delicatissimo “fardello” di responsabilità istituzionale che, inequivocabilmente, per intero, oggi più che mai, gli compete.

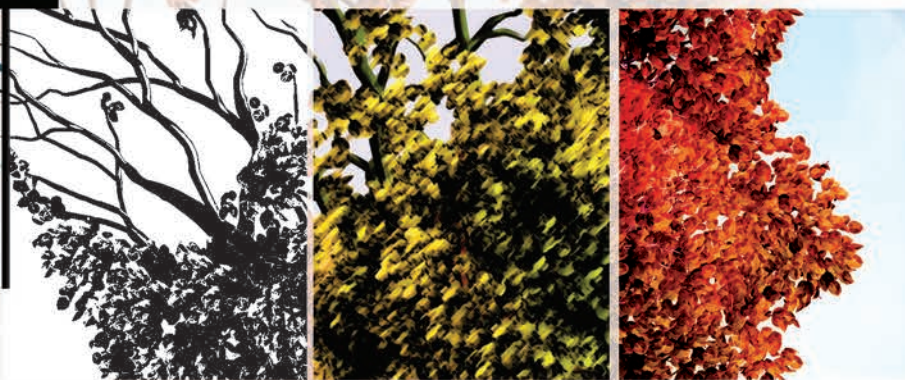
* Presidente Nazionale Società Italiana Sistema 118

PANORAMA DELLA SANITÀ

www.panoramasanita.it

**ABBONAMENTO
ANNUALE**
€90,00

COPIA SINGOLA
€8,00




SCEDITRICE

SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A PANORAMA DELLA SANITÀ

☐ **ABBONAMENTO CARTACEO E DIGITALE**
(12 numeri) €90,00

☐ **ABBONAMENTO DIGITALE**
(12 numeri) €50,00

☐ **COPIA SINGOLA** (arretrati) €8,00 + €3,00 a copia per spedizione ordinaria

N° rivista _____ Anno _____ N. copie _____

IMPORTO ORDINE € _____

NOME _____ COGNOME _____

ENTE _____ SERVIZIO _____

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ *E-MAIL _____

*L'inserimento dell'e-mail è obbligatorio ai fini dell'abbonamento

INDIRIZZO DI RECAPITO DELLA RIVISTA (se diverso dal precedente)

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

☐ **SI RICHIEDE RICEVUTA DA INTESTARE A:**

INDIRIZZO _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

Ai sensi dell'art. 74 D.P.R. 633/1972 l'I.V.A. è assolta dall'editore, pertanto non è necessaria l'emissione della fattura (fattura elettronica). Verrà emessa nota di debito.

P. IVA _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

☐ Bonifico bancario su Intesa Sanpaolo - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (allegare fotocopia della ricevuta)

☐ Pagamento PAYPAL. Accedere al link [paypal.me/sceditrice](https://www.paypal.me/sceditrice) inserire importo dovuto e le proprie credenziali per procedere al pagamento

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati forniti saranno trattati con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti esterni. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Cooperativa per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desidero ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa

Tel. 0659290256 • Fax 0687813133 • segreteria@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO
DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA
IN OGNI PARTE PER
UN SERVIZIO MIGLIORE**

Nuovi antibiotici

Una strategia innovativa per la valutazione

Un lavoro pubblicato su The Lancet Infectious Diseases analizza gli aspetti cruciali legati alla valutazione di nuovi antibiotici in grado di fronteggiare l'aumento dei batteri multi-resistenti.

La resistenza agli antibiotici (Amr, Anti Microbial Resistance) è diventata uno dei principali problemi di salute pubblica in tutto il mondo. Secondo i dati pubblicati dalla "Review on Antimicrobial Resistance", la commissione governativa britannica creata nel 2014, le morti attribuibili ad Amr potrebbero salire in tutto il mondo dalle 700.000 di oggi ad oltre 10 milioni nel 2050.

Secondo i dati pubblicati dalla "Review on Antimicrobial Resistance", le morti attribuibili ad Amr potrebbero salire in tutto il mondo dalle 700.000 di oggi ad oltre 10 milioni nel 2050.

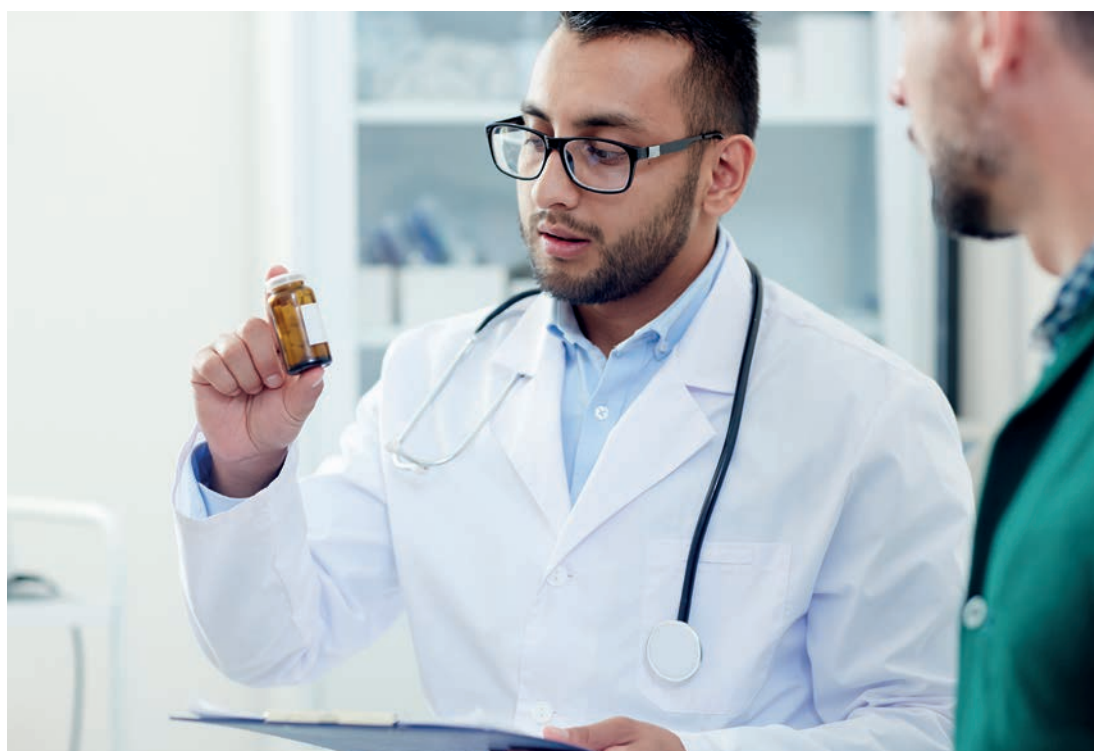
La stessa commissione, nel suo report del 2015, sottolineava la necessità di accelerare lo sviluppo di nuovi antibiotici, proponendo modifiche agli attuali modelli economici che ne regolano lo sviluppo e la vendita. Un lavoro pubblicato nei giorni scorsi su The Lancet Infectious Diseases analizza gli aspetti cruciali legati alla valutazione di nuovi antibiotici in grado di fronteggiare l'aumento dei batteri multi-resistenti. Lo studio, realizzato da un gruppo multidisciplinare di esperti provenienti dall'Italia (Inmi "Lazzaro Spal-

lanzani", Emergency-Ngo, Bruno Kessler Foundation), Regno Unito (University College of London), Stati Uniti (Stanford University), Germania (Università di Monaco), e Tanzania (the Division of Health, President's Office), mette in evidenza come le attuali procedure per la valutazione dei nuovi antibiotici possono essere non ottimali, e presenta una alternativa per ottenere l'evidenza scientifica dell'efficacia dei nuovi farmaci.

«I batteri antibiotico-resistenti – afferma Giuseppe Ippolito, Direttore Scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma e senior author dello studio – sono in continua crescita e minacciano di rendere inefficaci molti degli attuali trattamenti contro le malattie infettive.

L'Amr è dunque una delle più importanti questioni di sanità pubblica, la cui reale gravità ed estensione è purtroppo poco percepibile a causa dell'incompletezza dei dati disponibili. Oggi è estremamente difficile prevedere come evolverà la resistenza ai farmaci: solo una strategia che inte-





gri ricerche innovative, disponibilità di dati affidabili, capacità tecnologiche, evidenze scientifiche, coordinamento strategico e politico, permetterà di affrontare al meglio questo complesso problema».

“Il momento più delicato nello sviluppo, registrazione, e commercializzazione dei nuovi antibiotici – sottolinea l’Inmi – è certamente la scelta del tipo di studio per valutarli. Vista l’urgenza di sviluppare farmaci efficaci soprattutto contro i batteri Gram-negativi multi-resistenti, sono stati sviluppati diversi nuovi antibiotici (ceftazidime-avibactam, plazomicin, meropenem-vaborbactam) utilizzando studi controllati randomizzati (Rct) di non inferiorità.

Questo tipo di studi tuttavia non ha prodotto l’evidenza dell’efficacia del nuovo farmaco contro i batteri multi-resistenti, specialmente rispetto ai carbapenemi, che oggi sono lo standard di cura per questo tipo di infezioni. Mentre gli Rct di superiorità verificano se i nuovi farmaci abbiano un effetto migliore rispetto a quelli esistenti, gli Rct di non inferiorità sono tarati per escludere nei nuovi farmaci una efficacia inferiore ad un limite prefissato rispetto a quelli esistenti. La scelta di questo tipo di studio invece di quello di superiorità è dovuta es-

senzialmente ad una questione di convenienza: dal punto di vista logistico infatti uno studio di superiorità richiede tempi più lunghi e costi più elevati, e potrebbe portare a risultati negativi laddove non vi fossero dati sufficienti a supportare l’approvazione del farmaco.

Il Ceftazidime-avibactam è un esempio di nuovo antibiotico ad alto costo approvato dopo un Rct di non inferiorità.

Le attuali linee guida – prosegue l’Inmi – raccomandano di usare questo farmaco per le infezioni gravi causate da batteri Gramnegativi resistenti ai carbapenemi. Questo farmaco è stato approvato sulla base di otto studi di non inferiorità come alternativa ai carbapenemi, ma senza una evidenza scientifica della sua efficacia contro i batteri resistenti ai carbapenemi.

Vi sono inoltre importanti questioni di tipo etico legate alla scelta di non utilizzare Rct di efficacia al fine di accelerare l’impiego di farmaci alternativi che sono assolutamente importanti nella situazione attuale. Tuttavia è necessario che i nuovi farmaci abbiano, rispetto agli standard di cura consolidati, una maggiore efficacia e/o un vantaggio intrinseco di utilizzo (es. per via orale anziché per via endovenosa), e evidente bio-



Lo studio, realizzato da un gruppo multidisciplinare di esperti mette in evidenza come le attuali procedure per la valutazione dei nuovi antibiotici possono essere non ottimali, e presenta una alternativa per ottenere l'evidenza scientifica dell'efficacia dei nuovi farmaci.

similarità. Gli autori dello studio pubblicato su *Lancet Infectious Diseases*, basandosi sull'esperienza maturata per altre gravi malattie infettive come Ebola, propongono come soluzione alternativa un Rct adattativo (aRCT).

Si tratta di una procedura che permette, in maniera controllata, di modificare i parametri di uno studio mentre è ancora in corso, basandosi sull'analisi dei dati intermedi. In questo modo diventerebbe possibile utilizzare i dati disponibili degli Rct di non superiorità per produrre nuove e consistenti evidenze scientifiche, fornendo allo stesso tempo ai pazienti il miglior trattamento disponibile nel più breve tempo possibile. Gli autori suggeriscono come utilizzare gli aRCT, integrandoli nei programmi di controllo delle infezioni dove vi siano numerosi casi di multi farmaco resistenza. In questo contesto, gli aRCT possono essere considerati come studi di "nuova generazione", anche post-marketing, che potrebbero inoltre verificare l'efficacia del farmaco

su gruppi particolari di pazienti, come per esempio – conclude l'Istituto – quelli infettati da batteri multiresistenti, che non erano stati inclusi negli studi precedenti e per i quali è urgente definire criteri per la scelta della terapia più adeguata". «Gli Rct – afferma Simone Lanini dell'Inmi -sono il sistema più affidabile per stabilire l'efficacia dei nuovi farmaci. Tuttavia, nell'attuale fase di urgenza, dovuta all'aumento dei batteri antibiotico-resistenti, gli RCT di superiorità possono non essere la risposta più adeguata. L'utilizzo degli RCT di non inferiorità pone significativi problemi etici e metodologici.

Un Rct adattabile può dare risposta all'esigenza di accelerare lo sviluppo di nuovi antibiotici senza per questo minare l'integrità della ricerca scientifica. La sfida più importante infatti non è quella di accelerare la commercializzazione di alternative terapeutiche equivalenti ai farmaci attuali, ma quella di valutare l'effettiva efficacia dei nuovi farmaci in maniera rapida e sicura».

Parkinson

Le “resolvine” contro lo sviluppo della malattia

Ricercatori italiani sono riusciti a contrastare il processo neurodegenerativo alla base della malattia di Parkinson grazie alle molecole prodotte dal nostro organismo per riparare i danni provocati da infiammazioni.

Lo sviluppo della malattia di Parkinson potrebbe essere rallentato grazie alle Resolvine, molecole prodotte dal nostro organismo per spegnere processi infiammatori e riparare i tessuti danneggiati da questi processi. Da tempo la ricerca sta puntando i riflettori sui possibili rapporti tra stati infiammatori e malattie neurodegenerative.

Nel nuovo studio pubblicato il 2 settembre scorso su *Nature Communications*, Ricercatori dell'Università di Roma “Tor Vergata”, Fondazione Santa Lucia Irccs e Università Campus Bio-Medico di Roma, hanno prima rilevato un ridotto livello di una specifica Resolvina, la Resolvina D1, in pazienti affetti dalla patologia e sono quindi intervenuti in modo sperimentale su modelli di laboratorio per riequilibrare la presenza di questa importante molecola nell'organismo. Il gruppo di ricerca è così riuscito a rallentare il processo neurodegenerativo che caratterizza la malattia di Parkinson. «Lo studio – spiega Nicola Mercuri, Ordinario di Neurologia dell'Università di Roma Tor Vergata, Responsabile della Linea di Ricerca di Neuroscienze Sperimentali dell'Irccs Santa Lucia e coordinatore dello studio – ci ha permesso di dimostrare che la proteina alfa sinucleina, nota per il ruolo chiave nello sviluppo della malattia di Parkinson, causa molto precocemente un cattivo funzionamento dei neuroni dopaminergici.

Le conseguenze sono disturbi motori e cognitivi, ma anche un'aumentata neuroinfiammazione associata a ridotti livelli di Resolvina D1 che abbiamo osservato nel sangue e nel liquor cefalorachidiano di pazienti affetti da Parkinson, in cura presso il Policlinico di Tor Vergata». Partendo da questa osservazione, i ricercatori hanno somministrato Resolvina

D1 in modelli di laboratorio e dopo due mesi di trattamento hanno potuto osservare una progressiva riduzione dello stato infiammatorio e del processo degenerativo che nella malattia di Parkinson provoca la nota distruzione dei neuroni deputati alla produzione di dopamina. Con essi si sono ridotti anche i sintomi motori e comportamentali caratteristici della malattia. «Ad oggi la diagnosi di malattia di Parkinson avviene tardivamente, quando più della metà dei neuroni dopaminergici è già andata distrutta e non abbiamo terapie per rigenerarli – sottolinea Marcello D'Amelio, Ordinario di Fisiologia Umana del Campus Bio-Medico di Roma e Responsabile del Laboratorio di Neuroscienze Molecolari dell'Irccs Santa Lucia – Essere riusciti a intervenire in Laboratorio su un processo infiammatorio collegato a questa neurodegenerazione prima che i neuroni dopaminergici siano andati persi per sempre, fa ben sperare per future sperimentazioni cliniche in grado di rallentare o auspicabilmente arrestare lo sviluppo della malattia».

I risultati dello studio, sottolineano i ricercatori, offrono nuovi spunti non solo per l'individuazione di terapie efficaci ma anche nell'anticipazione dei tempi di diagnosi della malattia. «È ragionevole ipotizzare che la presenza ridotta di Resolvine in pazienti affetti da Parkinson possa in futuro servire anche come marcatore precoce della malattia» spiega Valerio Chiurchiù, Ricercatore del Campus Bio-Medico e dell'Irccs Santa Lucia. Lo studio ha visto inoltre la collaborazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dell'Università degli Studi di Perugia, dell'Università di Tubinga in Germania e dell'Università di Harvard negli Stati Uniti di America.

Trattamento dei tumori con ioni carbonio

Italia, Giappone e Austria insieme per la ricerca

Il Cnao, ha promosso una collaborazione con i prestigiosi centri specializzati in adroterapia con ioni carbonio: il centro Nirs in Giappone e MedAustron in Austria. Obiettivo: potenziare l'utilizzo dell'adroterapia con ioni carbonio per la cura dei tumori resistenti alle terapie tradizionali.

Il sincrotrone del Cnao di Pavia capace di estrarre dall'atomo gli ioni carbonio che sono le particelle più potenti per il trattamento dei tumori resistenti alla tradizionale radioterapia o non operabili.



Italia, Giappone e Austria lavoreranno insieme per migliorare e promuovere la ricerca sull'utilizzo dell'adroterapia con ioni carbonio, forma evoluta di radioterapia per la cura di tumori radioresistenti che utilizza al posto dei raggi X fasci di ioni carbonio e protoni: da settembre la direzione scientifica del Cnao, Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, si avvarrà della collaborazione di Tadashi Kamada, visiting researcher e già direttore dal 2008 al 2019 del Nirs National Institute of Radiological Sciences di Chiba in Giappone – primo Paese al mondo a introdurre l'adroterapia con ioni carbonio negli anni '90 – e di Piero Fosati, direttore scientifico di MedAustron, centro clinico e di ricerca di adroterapia con ioni carbonio di Wiener Neustadt in Austria. «Il Cnao è l'unico centro italiano e il sesto nel mondo con Giappone, Austria, Germania e Cina, in grado di effettuare – sottolinea il Centro – l'adroterapia sia con protoni che con ioni carbonio.

La collaborazione con Nirs e MedAustron si svilupperà su tre linee di lavoro: sviluppare protocolli di ricerca clinica a livello europeo (Cnao e MedAustron) con l'obiettivo di raccogliere i dati in modo coordinato e uniforme tra i diversi Paesi e favorire l'utilizzo dell'adroterapia con ioni carbonio su patologie in genere refrattarie ai trattamenti oncologici standard,

partendo in particolare dallo studio di melanoma delle mucose (distretto testa-collo), che potrebbe essere trattato con ioni carbonio anche in associazione con farmaci immunoterapici. Il protocollo verrà inoltre condiviso con il Ion-Beam Therapy Center di Heidelberg, in Germania; osteosarcoma non operabile; verificare più approfonditamente la tollerabilità e la ridotta tossicità dell'adroterapia con ioni carbonio sui tessuti sani adiacenti al tumore, condividendo e confrontando i dati dei pazienti trattati in Italia, Giappone e Austria. Sulla base dell'analisi dei dati sarà possibile capire in quali casi le dosi di ioni carbonio, grazie ai loro ridotti effetti collaterali, potranno essere aumentate ulteriormente per avere un'efficacia ancora maggiore sul tumore.

Una delle ipotesi allo studio dei ricercatori è che, in alcuni casi clinici che riguardano per esempio tumori sviluppati vicino ai nervi ottici, il livello di tollerabilità dell'adroterapia con ioni sia molto alto e superiore alle previsioni e che, quindi, possa essere potenziata la dose di radiazioni per ottenere maggior controllo sulla malattia con effetti collaterali contenuti; promuovere lo sviluppo di strumenti tecnologici finalizzati a migliorare e ottimizzare l'erogazione della dose di ioni carbonio (un esempio è il software che regola l'erogazione di radiazione in maniera personalizzata per ogni paziente considerando non solo la dose ma anche altri parametri fisici)».

«Questa collaborazione con i più importanti centri di adroterapia con ioni carbonio – sottolinea Lisa Licitra, direttore scientifico del Cnao – si inserisce nel programma di ricerca e di sviluppo delle conoscenze sull'uso clinico delle particelle».

Ricerca

Gene comune tra le cause di epilessia e autismo

Identificata dai ricercatori del Gaslini una nuova causa di epilessia ed autismo infantile in collaborazione con il premio Nobel per la Medicina James Rothman. La ricerca ha coinvolto famiglie da Italia, Spagna, Francia e Stati Uniti.

Identificata dai ricercatori del Gaslini una nuova causa di epilessia ed autismo infantile in collaborazione con il premio Nobel per la Medicina James Rothman: l'importante risultato è frutto di una collaborazione tra i ricercatori del Gaslini ed i ricercatori dell'Università di Londra.

La ricerca è stata svolta da Vincenzo Salpietro, ricercatore pediatra presso l'Uoc di Neurologia Pediatrica e Malattie Muscolari del Gaslini e dell'Università di Genova, diretta da Carlo Minetti, con la collaborazione di Pasquale Striano e di Federico Zara. La collaborazione internazionale ha coinvolto il Laboratorio di Neurogenetica dell' University College di Londra (Ucl) diretto dal professor Henry Houlden ed il Laboratorio di Biochimica della stessa Università diretto da James Rothman, già Premio Nobel per la Medicina 2013, per le sue scoperte in merito alla trasmissione delle sinapsi, che rappresentano la sede della comunicazione e del passaggio dei segnali tra le cellule del sistema nervoso rappresentate dai neuroni, e quindi permettono il funzionamento corretto del cervello e dell'intero sistema nervoso dell'uomo. «I ricercatori – spiega il Gaslini – hanno studiato un gruppo di bambini affetti da autismo, epilessia resistente ai farmaci, disturbi del linguaggio e disordini del movimento, ed hanno identificato, grazie a tecnologie di analisi genetiche di nuova generazione, mutazioni in un gene chiamato Vamp2. Gli effetti di tali mutazioni sono stati studiati grazie ad un lavoro di collaborazione internazionale, evidenziando una possibile alterazione del corretto rilascio delle “vescicole” che trasportano i neurotrasmettitori che quindi determina un'anomala comunicazione tra neuroni a livello delle sinapsi. Il



lavoro è stato recentemente pubblicato dall'importante rivista internazionale “American Journal of Human Genetics”. Tale risultato – prosegue il Gaslini – evidenzia il ruolo cruciale della trasmissione sinaptica nell'epilessia e nell'autismo, in linea con altri recenti studi. La ricerca ha coinvolto famiglie da Italia, Spagna, Francia e Stati Uniti.

Con l'utilizzo delle nuove tecniche di sequenziamento del DNA sono sempre più i casi di patologie neurologiche rare che possono essere diagnosticate da un punto di vista molecolare, con importanti ricadute per la prognosi e in certi casi anche per la terapia dei bambini affetti”.

«Questa ricerca – dichiara Carlo Minetti, direttore scientifico dell'Istituto G. Gaslini – è frutto di un'importante collaborazione internazionale del nostro Istituto, e conferma l'importanza del ruolo delle sinapsi nei disordini del neurosviluppo. Oggi trovare il gene difettoso, che causa queste rare malattie, ci offre la grande opportunità di poter fornire alle famiglie possibili informazioni sull'evoluzione della malattia, e in alcuni casi terapie “di precisione” che tengono conto delle differenze individuali e possono talvolta fornire strategie di prevenzione per le famiglie e cure personalizzate per ogni bambino».

Terapie localizzate

Maggiore controllo per i microrobot

Grazie a tecniche di imaging clinico ad alta risoluzione è possibile guidare dispositivi magnetici all'interno del corpo umano.

Immagini più chiare e definite per garantire un controllo più preciso dei microrobot che navigano all'interno del corpo umano e sono chiamati a eseguire terapie localizzate. Grazie a uno studio coordinato dall'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna, in collaborazione con l'Eth di Zurigo e con il Paul Scherrer Institute, è stato sviluppato per la prima volta un microrobot magnetico soft in grado di restituire

immagini di qualità elevata e di controllare in sicurezza le azioni di rilascio di farmaci in zone specifiche del corpo.

La ricerca, dal titolo "High-resolution Spect imaging of stimuli-responsive soft microrobots", è stata pubblicata sulla rivista internazionale *Small* e ha come prima autrice Veronica Iacovacci, post-doc dell'Istituto di BioRobotica ed esperta di robotica medica a varie scale dimensionali.

I ricercatori hanno sviluppato un microrobot magnetico per il rilascio controllato di farmaci. Il microrobot sfrutta la combinazione di campi magnetici per la navigazione, luce nella banda infrarossa per attivare il rilascio di farmaco e imaging tramite Spect (Single Photon Emission Computed Tomography) per consentire di "vedere" all'interno del corpo umano, localizzare il microrobot e controllarne la navigazione. Lo studio permette di superare uno dei limiti più evidenti nei trattamenti di terapia localizzata: il controllo dei microrobot attraverso tecniche di imaging clinico ad alta risoluzione. «Il micro-

robot – spiega Veronica Iacovacci – è composto da idrogel biocompatibili e sensibili alla temperatura e ai campi magnetici. La matrice idrogelica consente l'inclusione di farmaci e di mezzi di contrasto che ne consentono l'imaging ad elevata risoluzione. Il microrobot è in grado di cambiare forma in seguito a stimolazione con luce infrarossa ed è questo cambiamento a consentire il rilascio controllato di farmaco». Se negli ultimi anni la robotica al servizio della medicina e della chirurgia ha permesso il passaggio da terapie altamente invasive a terapie minimamente invasive, la sfida attuale della ricerca scientifica è sviluppare sistemi totalmente non invasivi in grado di muoversi con sicurezza all'interno del corpo umano e di raggiungere zone ancora inaccessibili con strumenti tradizionali per eseguire terapie localizzate e interventi chirurgici. È necessario quindi avere un controllo maggiore del robot, gestire i suoi movimenti e le sue azioni. Nel paper pubblicato su *Small* i ricercatori hanno dimostrato per la prima volta di poter eseguire imaging attraverso strumenti diagnostici tradizionali (Spect) e di verificare il cambiamento conformazione del microrobot. «Questo studio – conclude Iacovacci – apre nuove prospettive nell'ambito delle terapie non invasive e fornisce nuovi strumenti per avvicinare tali strategie terapeutiche alla pratica clinica. Lo studio ha avviato una collaborazione con l'Eth di Zurigo e con il Paul Scherrer Institute: l'interesse collettivo verso questa nuova frontiera di ricerca potrebbe aprire la strada per nuovi finanziamenti e per nuove scoperte scientifiche che porterebbero a una profonda innovazione nel campo della robotica medica e della terapia localizzata».

La sfida attuale della ricerca scientifica è sviluppare sistemi totalmente non invasivi in grado di muoversi con sicurezza all'interno del corpo umano e di raggiungere zone ancora inaccessibili con strumenti tradizionali per eseguire terapie localizzate e interventi chirurgici.

Invecchiamento precoce

Scoperto un meccanismo alla base della malattia

Sull'American Journal of Human Genetics i risultati di uno studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù con l'Istituto Superiore di Sanità.

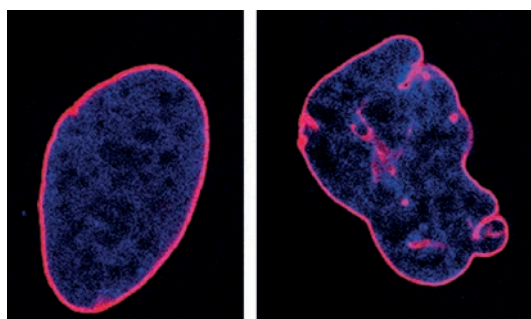
Un nuovo meccanismo alla base dell'invecchiamento precoce è stato scoperto dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di uno studio internazionale condotto su 13 pazienti affetti da una grave malattia rara.

I risultati della ricerca, durata oltre 4 anni, sono stati pubblicati sul numero di settembre della rivista scientifica American Journal of Human Genetics. Clinici e ricercatori, coordinati dal responsabile dell'area di ricerca "Genetica e Malattie Rare" del Bambino Gesù, Marco Tartaglia, hanno individuato nel cattivo funzionamento di una proteina, fondamentale per la compattazione del Dna, la causa della ridotta capacità di proliferazione delle cellule e del loro invecchiamento accelerato ("senescenza replicativa"). Lo studio rientra nel programma strategico sulla genomica delle malattie rare e orfane di diagnosi promosso dall'Ospedale pediatrico della Santa Sede, finanziato dalla Fondazione Bambino Gesù Onlus e dal Ministero della Salute. "La malattia studiata dai ricercatori – spiega l'Ospedale pediatrico – è una rara sindrome dello sviluppo caratterizzata da deficit cognitivo, la cui causa è stata recentemente individuata nella mutazione del gene Hist1h1e, il gene che fornisce alle cellule le informazioni per produrre una delle proteine note come istoni – in particolare l'istone H1.4 – responsabili della corretta organizzazione strutturale del Dna.

Lo studio del Bambino Gesù descrive 13 nuovi casi con mutazioni del gene Hist1h1e, evidenziando in questi pazienti la presenza di un quadro di invecchiamento precoce precedentemente non rilevato. Gli istoni sono infatti fondamentali per la compattazione o avvolgimento del Dna, una caratteristica dinamica

del nostro genoma funzionale alla corretta organizzazione del Dna nelle cellule, alla corretta distribuzione dei cromosomi durante la divisione delle stesse e alla corretta modulazione dell'espressione genica. La ricerca ha permesso di verificare come le mutazioni che colpiscono questo gene Hist1h1e producono un istone "difettoso", non più in grado di favorire la corretta compattazione del Dna. Tale alterazione del processo di compattazione o rimodellamento si ripercuote sulla funzionalità cellulare e causa la cosiddetta "senescenza replicativa". Infatti, le cellule dei pazienti mostrano una ridotta capacità di proliferazione e un "invecchiamento" accelerato. Questi aspetti cellulari si associano a un quadro clinico di invecchiamento precoce dei pazienti affetti da questa malattia". «La scoperta del meccanismo patogenico alla base di questa malattia – spiega Marco Tartaglia – e della sua correlazione con i processi di senescenza cellulare, può avere ricadute di più ampio respiro sulla comprensione dei meccanismi di invecchiamento in generale e fornire le basi per avviare programmi di ricerca dedicati».

La figura mostra l'alterata morfologia del nucleo delle cellule di un paziente con mutazione nel gene Hist1h1e (destra) confrontata con quella di un individuo non affetto (sinistra). In particolare, l'analisi in microscopia confocale condotta con sonde fluorescenti specifiche per una proteina della membrana del nucleo (lamina A/C) (in rosso) e colorazione DAPI specifica per colorare il Dna (in blu) mette in evidenza come la forma del nucleo, normalmente arrotondata o leggermente allungata, si distorca a formare strutture chiamate "bolle", tipiche delle cellule di pazienti con sindromi da invecchiamento accelerato.



Atrofia muscolare spinale

Criticità e iniziative avviate contro il ladro di vita

Tra le nostre ultime vittorie, lo screening neonatale esteso alla Sma. Il progetto pilota è partito dal 1° settembre nel Lazio (presto arriverà anche in Toscana) coordinato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

di Daniela Lauro*

Per la Sma non esiste ancora una cura ma da circa due anni è disponibile la prima terapia al mondo in grado di rallentare, e in alcuni casi arrestare, l'avanzata della patologia. Diminuisce la mortalità fino al 50% e riduce significativamente la perdita progressiva delle funzioni motorie.

Famiglie Sma è un'associazione composta dai genitori di bambini e dagli adulti affetti da atrofia muscolare spinale. È una patologia genetica rara in cui si perdono progressivamente i neuroni che trasportano i segnali dal sistema nervoso

centrale ai muscoli, controllandone il movimento. Colpisce soprattutto in età pediatrica – in Italia un bambino su 6 mila – limitando o impedendo attività come gattonare, camminare, controllare la testa e deglutire. Costituita nel 2001 e attiva in tutta Italia, l'associazione è una rete di appoggio e d'informazione costante per tutti i pazienti e chi sta loro vicino, sorreggendoli economicamente e psicologicamente; e un punto di riferimento per le novità mediche e normative.

Per la Sma non esiste ancora una cura ma da circa due anni è disponibile la prima terapia al mondo (Spinraza) in grado di rallentare, e in alcuni casi arrestare, l'avanza-

ta della patologia. Diminuisce la mortalità fino al 50% e riduce significativamente la perdita progressiva delle funzioni motorie.

Come associazione ci battiamo per garantire l'accesso alla terapia, sostenere la ricerca scientifica e per ottenere provvedimenti legislativi a favore dei malati.

Tra le nostre ultime vittorie, lo screening neonatale esteso alla Sma. Il progetto pilota è partito dal 1 settembre nel Lazio (presto arriverà anche in Toscana) coordinato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: è un test genetico gratuito che consente la diagnosi prima della comparsa dei sintomi e prima che si producano danni gravi e irreversibili. L'inizio del trattamento in fase pre-sintomatica è infatti molto più efficace, tanto da consentire ai bambini uno sviluppo motorio sovrapponibile a quelle dei bambini non affetti. È una svolta storica: per la prima volta la diagnosi della Sma non sarà una condanna ma un salvavita.

Siamo partiti da Lazio e Toscana perché sono le Regioni in cui nascono più bambini, e l'obiettivo è anche quello di verificare l'incidenza della malattia. In base all'esperienza, ci attendiamo che su circa 140mila bambini che nasceranno nelle due Regioni in due anni, una ventina possano avere una diagnosi di Sma e di questi l'80% la Sma I o II, le forme più gravi.

Naturalmente - trattandosi di un progetto pilota su base volontaria - il personale sanitario dovrà saper spiegare bene la proposta e qual è il vantaggio per il bambino. L'augurio è che lo screening sia poi esteso a livello nazionale, perché è giusto che tutti



i nuovi nati abbiano le stesse opportunità.

Sempre per ottenere uguali possibilità ci battiamo sul fronte dell'accesso alla terapia, per garantire a tutti i pazienti l'utilizzo del farmaco. Per questo forniamo supporto logistico ed economico alle famiglie, informando sulla somministrazione e sui tempi di attesa, e ci occupiamo della formazione del personale. La somministrazione ha infatti bisogno di una complessa iniezione per via intratecale mediante puntura lombare e necessita di un'equipe medica altamente specializzata non sempre in organico.

I centri di somministrazione di Spinraza sono passati in poco più di un anno da circa 200 pazienti ai 600 di oggi, da 16 centri ospedalieri a 34, in 15 Regioni. Oggi un centro di riferimento manca in Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Calabria e Basilicata – dove l'incidenza della malattia è più bassa – ma è concreto prevedere un futuro in cui ci sia un centro di somministrazione in ogni Regione. Sono state trattate persone di tutte le età, con diverse condizioni cliniche. C'è stata una grande disponibilità da parte dei medici, da parte delle Regioni e del Ssn per la spesa economica.

È stato davvero un miracolo della sanità italiana. D'altronde i risultati degli studi sono importantissimi: il farmaco blocca la patologia, anche per gli adulti, che così riescono a mantenere la loro condizione: chi non smette di rispondere al cellulare, chi continua a guidare la carrozzina. Anche a 40-50 anni si risparmiano "pezzi di vita" alla malattia. Da fuori sembra poco, ma chi vive questa condizione sa che è tantissimo.

L'Italia è al momento all'avanguardia, con i Centri NeMO, il Gemelli, il Bambino Gesù e il Gaslini sta partecipando a tutti i trial. Improvvisamente si sono accese tante luci, ma per preparare il terreno ci sono voluti anni e molta cura. L'associazione ha aiutato i medici a crescere, ha creato un rapporto strettissimo con i clinici. Viviamo un periodo di intenso cambiamento. In breve tempo ci è stata data la possibilità di una terapia che contiene la malattia e che avvicineremo il più possibile ai nuovi nati. Il sogno di una cura è sempre più vicino.

* Presidente Famiglie Sma

Sma, al via la campagna #Giochiamodianticipo

Lo screening neonatale può cambiare il destino di un neonato affetto da Atrofia Muscolare Spinale (Sma), una malattia rara, neurodegenerativa, così grave da essere la prima causa genetica di mortalità infantile. Raccogliendo una sola goccia di sangue nelle prime ore di vita si può anticipare la diagnosi e correre ai ripari. Lo screening è un momento importante nella vita di un bimbo, ed è importante che i futuri genitori possano dare un consenso ben informato e consapevole del valore di questo atto di prevenzione secondaria. Per questo nasce #Giochiamodianticipo, campagna al via ad ottobre organizzata da Famiglie Sma e dall'Osservatorio Malattie Rare – Omar, con la partecipazione degli attori comici Michela Giraud e Fabrizio Colica. Dal 2017, a differenza che in passato, è disponibile una terapia in grado di modificare il decorso della malattia e dare speranza a molte famiglie. Si può fare fin dai primi giorni di vita, quando la malattia non ha ancora fatto danni, per questo la diagnosi precoce è fondamentale. Al centro della campagna il cortometraggio "Giochiamo di Anticipo", con la regia di Ludovico di Martino che racconta le disavventure dei due protagonisti che saranno il veicolo per comunicare le informazioni fondamentali della campagna di sensibilizzazione. Giochiamo d'anticipo (#Giochiamodianticipo) è anche l'hashtag che si troverà sui canali social del sito di Famiglie Sma e dell'Osservatorio Malattie Rare. «Con questa nuova campagna che punta sulla comicità di due attori romani popolari su YouTube – racconta Daniela Lauro, presidente di Famiglie Sma - continua il filone di comunicazione in chiave "comica" che abbiamo inaugurato con lo spot, ormai famoso, di Checco Zalone. Ci rivolgiamo a persone che stanno per vivere la gioia di un figlio, non dobbiamo spaventarli, al contrario dobbiamo far capire che il neonato avrà un'opportunità in più di salute, e che comunque vada non si sentiranno dire che "non c'è niente da fare"».

Sono usciti degli alert per alcuni farmaci di recente, chi se ne occupa a livello italiano ed europeo? Qual è il ruolo delle farmacie ospedaliere?

(Marilisa Bunero)

• È fondamentale la sicurezza farmaci e funziona un servizio di Allerta europeo ed internazionale che consente di monitorare e avvisare operatori farmaceutici e cittadini in tempo reale. Di recente ci sono stati degli Alert di Aifa sull'acquisto di farmaci on line. Si ricorda che ci sono inoltre diversi progetti europei tra i quali, già realizzati, ad es. *Fakeshare I* (Sharing Intelligence and Science about Fake Medicines and Illegal Websites) e *Fakeshare II* (Sharing Intelligence and Science at Eu level about Pharmacrime and its promotion through Web and Social Networks) co-finanziati dal programma "Prevenzione e lotta contro il Crimine" della Commissione Europea, che sono stati coordinati da Aifa in collaborazione con le autorità regolatorie di Spagna, Portogallo e Regno Unito, con l'obiettivo di implementare la prima piattaforma web a livello europeo per la condivisione di informazioni certificate sul crimine farmaceutico (rif. www.fakeshare.eu). Sul ruolo delle farmacie ospedaliere ad esempio ci ha spiegato la dott.ssa Anna Maria Fiori, responsabile della Farmacia Ospedaliera della Fondazione Irccs Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano che, come farmacia partecipano ad esempio a vari progetti tra cui un Progetto di Farmacovigilanza Mere-Afaps, un Progetto Sclerosi Multipla Lombardia che si occupa del monitoraggio delle reazioni avverse a farmaco nei pazienti trattati con farmaci per la Sclerosi Multipla; un Programma Regionale Hta Lombardia in cui la farmacia ospedaliera è nel gruppo di lavoro Regionale Health Technology Assessment che si occupa della valuta-

zione delle tecnologie innovative a livello Regionale. È importante informare in modo corretto i cittadini, non creare confusione e far capire che l'acquisto on line di farmaci non sempre è sicuro se non è effettuato con le dovute cautele. La farmacia ospedaliera è preposta alla gestione di farmaci e dispositivi medici al fine di assicurarne un uso appropriato e quindi efficace, sicuro ed economico all'interno degli ospedali, garantisce la qualità dell'assistenza farmaceutica assicurando una gestione razionalizzata delle risorse economiche secondo il budget disponibile. Il farmacista ospedaliero inoltre partecipa attivamente a tutti i processi inerenti la gestione di farmaci e dispositivi medici, dalla loro programmazione/pianificazione, all'acquisto, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e monitoraggio fino al controllo dei flussi informativi e dei consumi. La farmacia dell'Istituto Besta ad esempio è anche sede di formazione e insegnamento e, al suo interno, laureandi in Farmacia e in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche svolgono il loro tirocinio obbligatorio e/o tesi di laurea, e specializzandi in Farmacia Ospedaliera completano la loro formazione durante i loro 4 anni di corso.

È vero che sono stati attivati progetti di dog therapy negli ospedali?

(Luigi Nurgia)

• Sì, sia in Italia che in Europa. Tra le onlus attive c'è l'associazione "For a smile Onlus" (<http://www.forasmile.org/it>) che ha avviato questi progetti di dog therapy in diverse realtà pediatriche con speciali sedute di IAA (Interventi Assistiti con Animali - Dog Therapy) per pazienti pediatriche con disabilità psico-fisiche anche gravi, ospedalizzati o sotto cure mediche. Ad oggi ad esempio collabora con Torino Presidio Ospedaliero Molinette Dental



School| Odontoiatria d'emergenza su disabilità psico-fisiche pediatriche; Torino Presidio Ospedaliero Martini| Reparto di Pediatria; Milano Istituto Neurologico Carlo Besta |Divisione Neuropsichiatria Infantile e Divisione Neurologia dello Sviluppo; Roma Ospedale Pediatrico Bambino Gesù| Reparti di Neuro-riabilitazione Pediatrica. I beneficiari della Dog Therapy sono i bambini e le loro famiglie, insieme a tutto lo Staff Medico-Clinico che può operare in situazioni di minor stress per i piccoli pazienti.

L'obiettivo del progetto "Basta una Zampa" punta al miglioramento della qualità della vita e all'incremento del benessere dei bambini; attivando e sostenendo le loro risorse di crescita e progettualità individuale, offrendo un'esperienza diversa nella routine ospedaliera-terapeutica, attraverso l'interazione sociale con un animale formato appositamente, che punta al miglioramento dell'esperienza sotto diversi punti di vista ad esempio elaborazione del linguaggio verbale e non-verbale nella comunicazione; valvola di sfogo emotivo; attenzione distolta dall'ambiente ospedaliero-terapeutico; potenziamento della compliance all'ospedalizzazione-terapia; miglioramento di alcuni aspetti motori (disabilità).

Mio figlio vorrebbe specializzarsi in neurochirurgia, ci sono centri europei? È vero che la tecnologia li sostituirà nel tempo?

(Paolo Vittadini)

• Le problematiche e le prospettive della formazione dei medici sono in evoluzione. Da un lato perché la medicina è diventata personalizzata e dall'altro perché si fa molta più ricerca e prevenzione. Inoltre le tecnologie stanno impattando in modo sostanziale sul cambiamento della professione del medico e sul rapporto medico-paziente in tutte le discipline. Per quanto concerne la professione dei neurochirurghi in pochi anni è avvenuta una vera e propria rivoluzione sia a livello tecnologico che scientifico, ma soprattutto a livello formativo e di aggiornamento professionale.



Questa rubrica è un servizio a domanda e risposta nonché di segnalazione sui bandi e le opportunità europee nel settore della sanità.

Risponde Cinzia Boschiero:
cinziaboschiero@gmail.com

Emilia Romagna

Percorsi protetti tra territorio e ospedale

Contatti diretti tra Ospedali e Case Residenza Anziani per evitare il passaggio dal Pronto Soccorso in presenza di patologie complesse non urgenti.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e l'Azienda Usl insieme per assicurare ai pazienti fragili provenienti dalle Case Residenza per Anziani (Cra) percorsi "protetti" che, in presenza di patologie complesse ma non acute né urgenti, evitino loro, dove possibile, il ricovero.

Il percorso, realizzato in collaborazione con l'Assessorato al Welfare del Comune di Modena, è stato avviato a gennaio 2019, a integrazione di quello già attivo sugli ospedali Ausl della provincia.

«L'estensione del progetto a Modena – sottolinea Andrea Spanò, Direttore del Distretto sanitario di Modena – garantisce in città percorsi assistenziali protetti, condivisi e concordati tra il personale medico e infermieristico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e i Medici di Medicina Generale e gli infermieri che operano nelle strutture per anziani, pubbliche e private accreditate.

Una sinergia tra ospedale e territorio che va a vantaggio del paziente». «Tra gli impegni prioritari – aggiunge il responsabile del progetto per Ausl Modena, Luca Gelati – c'è il miglioramento della comunicazione tra operatori del territorio e dell'ospedale per umanizzare i percorsi dei pazienti anziani ospiti delle Cra».

Sono due le figure di coordinamento per il Distretto di Modena, Antonia Morriti e Maria Squillante dell'Area Fragili distrettuale. In base al percorso, al Policlinico di Modena e all'Ospedale di Baggiovara è identificato un referente all'interno del Dipartimento di medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post Acuzie che si interfaccia col medico della struttura per valuta-

re i singoli casi. «L'obiettivo del progetto – spiega Antonello Pietrangelo, Direttore del Dipartimento di medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post Acuzie – è evitare, attraverso il contatto diretto tra medico della struttura e medico internista ospedaliero, che pazienti anziani e fragili con patologie internistiche complesse siano inviati al Pronto Soccorso del Policlinico e di Baggiovara per problemi che non hanno il carattere dell'urgenza e che possono essere risolti attraverso un confronto tra medici della Cra e dell'Aou o l'esecuzione di indagini diagnostiche e percorsi costruiti ad hoc.

Stiamo quindi parlando di pazienti che necessitano per lo più di un approfondimento clinico, di indagini diagnostiche o procedure terapeutiche non urgenti ma differibili, mentre per le urgenze il percorso corretto resta quello di contattare il 118».

Le strutture coinvolte nel progetto sono la Medicina Interna del Policlinico e, all'Ospedale Civile, la Medicina Interna Gastroenterologica, la Medicina Interna Metabolica, la Geriatria. Il progetto si avvale anche della collaborazione di tutte le altre strutture di medicina dell'Aou di Modena.

«Stiamo parlando – aggiunge Pietrangelo, coordinatore del progetto per l'Aou – per lo più di sospetta traumatologia minore, problematiche infettivologiche, neurologiche, gastroenterologiche o cardiovascolari non urgenti».

Un percorso attivato dall'Azienda Usl e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena.

Friuli Venezia Giulia

Con odontoiatria pubblica più servizi ai cittadini

Presentate le novità del programma di odontoiatria pubblica. Il presidente Fedriga: «Il Friuli Venezia Giulia è l'unica regione a erogare, grazie all'applicazione del modello hub&spoke, un servizio pubblico così completo e capillare in ambito odontoiatrico».

L'aumento della platea dei vulnerabili sanitari (vittime di terrorismo, invalidi al 100%, sordomuti e ciechi); l'innalzamento del limite d'età evolutiva da 14 a 16 anni; l'inserimento dell'offerta ortodontica per bambini con gravi patologie sistemiche; l'estensione da 15mila a 20mila euro di reddito Isee per le riabilitazioni protesiche; la riduzione della contribuzione richiesta per le riabilitazioni protesiche a parità di reddito; la possibilità di fornire mantenitori di spazio a bimbi con estrazioni dentarie precoci; la regolamentazione della fornitura delle protesi maxillo-facciali a pazienti sottoposti ad interventi demolitori per patologie oncologiche del distretto oro-maxillo-facciale.

Sono questi gli elementi di novità del programma di odontoiatria pubblica per il Friuli Venezia Giulia – presentato recentemente a Trieste dal governatore Massimiliano Fedriga, dal vice con delega alla Salute, Riccardo Riccardi, e dal direttore della clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologica, Roberto Di Lenarda – che integra così, con contenuti sempre più puntuali rispetto alle esigenze del territorio regionale, il precedente piano di odontoiatria sociale. «Un'iniziativa – sottolinea la Regione – sostenuta dall'Esecutivo con un finanziamento in conto capitale di 803mila euro per la quota che eccede i Livelli essenziali di assistenza (Lea), ripartito tra le Aziende Sanitarie Bassa Friulana-Isontina (225mila), Friuli Occidentale (115mila), Trieste (273mila), Udine (130mila) e l'Irccs Burlo Garofolo (60mila)». «Il Friuli Venezia Giulia – ha sottolineato Fedriga – è l'unica regione a erogare, grazie all'applicazione del modello hub&spoke, un servizio pubblico così completo e capillare in ambito odontoiatrico: un



successo che ha stimolato la Giunta a voler migliorare ulteriormente le prestazioni e ampliare il ventaglio di beneficiari. Il nostro obiettivo – ha rimarcato il governatore – è quello di valorizzare le eccellenze del territorio e renderle accessibili a tutti i cittadini». Entrando nello specifico del provvedimento, il vicegovernatore con delega alla Salute, Riccardo Riccardi, ha parlato di «salto in avanti sul fronte delle scelte e dell'organizzazione di un Sistema sanitario che, ad oggi, vede il 50% dei cittadini esclusi dalla possibilità di accedere alle cure odontoiatriche». «Lavorare sul duplice versante della prevenzione e della cura rappresenta dunque – secondo Riccardi – una risposta importante che, in virtù delle risorse stanziate, offrirà alla comunità livelli assistenziali sempre più in linea con le sue esigenze». Ed è proprio sul tema della prevenzione che è intervenuto anche Di Lenarda, ponendo l'accento sulla «centralità dell'educazione alla salute orale e della riduzione del fenomeno dell'inseguimento della patologia a vantaggio dell'anticipazione delle insorgenze patologiche. Una prospettiva dalla quale prende forma la decisione di innalzare il limite dell'età evolutiva dai 14 ai 16 anni».

Un'iniziativa sostenuta dall'Esecutivo con un finanziamento in conto capitale di 803mila euro per la quota che eccede i Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Lombardia

Rivoluzione multimediale della rete diagnostica

Il nuovo sistema garantirà un accesso diretto alle informazioni diagnostiche indipendentemente dal luogo di visita, cura o assistenza.

Gli esami diagnostici “seguiranno” il paziente in modo virtuale e saranno consultabili, all’occorrenza e in modo compatibile, in tutti gli ospedali pubblici della Lombardia, dal medico di famiglia e anche comodamente a casa propria.

Lo stabilisce una delibera approvata dalla Giunta regionale, su proposta dell’assessore al Welfare, Giulio Gallera, attraverso la quale viene avviato un percorso operativo, con una gara centralizzata, per la creazione della rete diagnostica multimediale lombarda (Ris-Pacs). «La tecnologia e l’innovazione applicate al nostro sistema di welfare – commenta il presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana – garantiranno ai cittadini servizi migliori, con qualità e funzionalità sempre più elevate. Stiamo ragionando in ottica di sistema, al fine di estendere a tutti i nostri ospedali pubblici le più recenti dotazioni in termini di macchinari, apparecchiature e sistemi multimediali con benefici enormi per l’utenza». «Andremo a ridisegnare in chiave ultramoderna – spiega l’assessore Gallera – l’architettura tecnologica di collegamento fra Regione e gli enti socio-sanitari, abilitando la condivisione delle immagini diagnostiche su scala regionale, a beneficio dei cittadini e a tutela della loro privacy. Sarà quindi possibile, in tempo reale, la realizzazione di servizi di tele-refertazione, teleconsulto fra specialisti con la possibilità di estensione della “guardia radiologica” a tutte le strutture H24, una concreta cooperazione fra enti regionali con la messa a fattor comune delle eccellenze».

“Per quanto riguarda i tempi l’Offerta Tecnica Economica curata da Lombardia Informatica prevede, a decorrere dal prossimo gennaio – precisa la Regione – un periodo di

Attraverso l’Agenzia Regionale per l’Innovazione e gli Acquisti (Aria), saranno attivate procedure di gara per la creazione di:

- Un sistema Hub centrale multimediale, composto da un data center, un archivio con spazi di back up, snodi di collegamento verso le aziende socio-sanitarie;
- Un sistema periferico di gestione delle immagini per ogni Asst, collegato a quello centrale, che renda funzionale e omogenea la consultazione diagnostica all’interno della stessa azienda (fra i vari reparti) e fra aziende diverse.

start-up della durata di un anno per la conduzione della gara e l’esecuzione delle attività di predisposizione e di erogazione del servizio; un periodo di 8 anni per la diffusione e l’erogazione vera e propria del servizio. Relativamente ai costi la procedura centralizzata avrà una base di copertura pari a complessivi 182 milioni di euro, per la durata di 8 anni e per tutto il sistema regionale. Attraverso la piattaforma centralizzata si prevede un risparmio effettivo per la Regione e le Aziende socio-sanitarie pubbliche”. «Nell’ottica di una reale semplificazione e dematerializzazione delle procedure e dei servizi – conclude l’assessore Gallera – i cittadini non dovranno più recarsi da un ospedale all’altro carichi di referti, lastre o diagnosi. Il nuovo sistema garantirà infatti un accesso diretto alle informazioni diagnostiche indipendentemente dal luogo di visita, cura o assistenza».

Puglia

Screening colon retto, la Asl Bt azienda pilota

Il cancro del colon-retto si trova, in Italia, al secondo posto sia tra gli uomini (15 per cento di tutti i nuovi tumori) che tra le donne (13 per cento), preceduto rispettivamente dal tumore della prostata e dalla mammella.

Attivo nella Asl Bt lo screening del colon retto. «Siamo stati individuati dalla Regione Puglia come azienda pilota per l'attivazione di questo importante screening oncologico – dice Alessandro Delle Donne, Direttore Generale Asl Bt – l'attività è già partita e si è svolto inoltre un importante momento di formazione con i farmacisti del territorio che ringrazio per la preziosa collaborazione che stanno mostrando».

“Il programma di diagnosi precoce del cancro del colon-retto – precisa l'azienda sanitaria – è rivolto a tutte le donne e gli uomini della provincia Bat di età compresa tra i 50 e i 69 anni: quella che viene definita la “popolazione bersaglio” riceverà a casa una lettera del Centro Screening della Asl Bt con cui viene invitata a recarsi nella farmacia territoriale più vicina e più comoda per ritirare un semplice kit”. «Si tratta di un esame di ricerca nel sangue occulto nelle feci – dice Angela Belsanti, Responsabile del Centro Screening della Asl Bt – il cittadino dopo aver effettuato il test consegna il kit in farmacia. Sarà poi la Asl a ritirare tutti i kit e a effettuare l'analisi». I dati vengono immessi in un sistema informatizzato: «Provvediamo a inviare una lettera in caso di esito negativo e a invitare i cittadini che dovessero avere risultati positivi per fare gli altri accertamenti del caso – continua Angela Belsanti – il cittadino viene preso in carico dal Centro Screening che provvede a prendere un appuntamento con l'endoscopista e lo segue per tutto il percorso». “Lo stesso Centro – afferma la Asl Bt – è poi responsabile di altri due importanti screening avviati già da qualche anno: lo screening della mammella e lo screening del collo dell'utero. Il primo coinvolge le



donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni (per un totale di 26mila donne) mentre il secondo è rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (per un totale di 35mila donne): in entrambi i casi le donne ricevono un invito a recarsi al centro mammografico e al consultorio più vicino per fare una mammografia o un pap-test. Il cancro del colon-retto si trova, in Italia, al secondo posto sia tra gli uomini (15 per cento di tutti i nuovi tumori) che tra le donne (13 per cento), preceduto rispettivamente dal tumore della prostata e dalla mammella. I dati più recenti relativi alla provincia Bat e pubblicati sul Rapporto Tumori 2019 ci dicono che nel biennio 2013-2014 sono stati diagnosticati 484 casi e che incidenza e mortalità sono in linea con i dati registrati nel Sud Italia”. «L'unica arma che abbiamo a disposizione è la prevenzione – aggiunge Alessandro Delle Donne – invito tutti i cittadini a partecipare alle attività di screening che abbiamo a disposizione perché la diagnosi precoce è un'arma fondamentale per sconfiggere la patologia».

Sicilia

Capofila nel Piano di prevenzione in edilizia

Il Piano prevede azioni di controllo da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, ma anche assistenza, informazione e formazione nel settore dei cantieri edili.

Tra gli obiettivi c'è la creazione di un archivio di buone pratiche e procedure di sicurezza che possano essere attuate e poi condivise per prevenire gli infortuni nei cantieri.

Sono in aumento, purtroppo, le denunce di infortunio sul lavoro. Secondo i dati dell'Inail nel primo trimestre 2019 sono state 157.715 (+1,9% rispetto allo stesso periodo del 2018), 212 delle quali con esito mortale (dato invariato rispetto al primo trimestre dell'anno scorso). La Sicilia, purtroppo, segue il trend nazionale.

Per arginare gli infortuni e le malattie professionali è stato approvato il "Piano Nazionale della Prevenzione in Edilizia" (che è parte integrante del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019) che vede la Regione Siciliana a capo del coordinamento assieme alla Regione Toscana. "Il Piano – spiega la Regione Siciliana – prevede azioni di controllo da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, ma anche assistenza, informazione e formazione nel settore dei cantieri edili. In particolare si punta a promuovere l'adozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale da parte delle imprese, nonché la promozione di soluzioni tecnologiche innovative e preventive. La Regione Siciliana con la Regione Toscana hanno provveduto a gestire il lavoro della cabina di regia nazionale, composto dai referenti delle altre Regioni, che con Inail, Consiglio Nazionale degli Ingegneri e Rete delle Professioni Tecniche ha promosso la realizzazione del Concorso Nazionale "Archivio delle Buone Pratiche per la salute e sicurezza sul lavoro nei cantieri temporanei o mobili". Tra gli obiettivi c'è la creazione di un archivio di buone pratiche e procedure di sicurezza che possano essere attuate e poi condivise per prevenire gli infortuni nei cantieri, favorendo anche la diffusione di so-

luzioni innovative per garantire la sicurezza dei lavoratori". «È un progetto che dimostra quanta rilevanza stiamo assegnando al tema del rispetto della tutela dei lavoratori – dice l'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza -. Il coordinamento del Piano Nazionale Edilizia affidato alla Regione Siciliana è certamente un riconoscimento importante, ma anche una responsabilità che rientra nelle tante attività di promozione dei corretti stili di vita e della sicurezza. Va detto, infatti, che le buone pratiche, se adeguatamente applicate, possono contribuire in modo significativo all'abbattimento degli infortuni e delle malattie professionali». «Al concorso – precisa la Regione – possono partecipare le imprese del settore edilizio, i coordinatori per la sicurezza nei cantieri e gli enti pubblici: fino al 22 novembre 2019 sarà attiva sul sito di Inail la procedura online per partecipare alla selezione, articolata in tre fasi da eseguire in un'unica sessione. Un Comitato tecnico-scientifico valuterà le proposte pervenute per individuare i finalisti da sottoporre alla giuria, composta da rappresentanti degli enti promotori ed integrata da esponenti del mondo imprenditoriale, istituzionale e accademico. Per ogni categoria saranno premiate le prime tre buone pratiche ritenute migliori, che saranno presentate nel corso delle giornate della sicurezza in edilizia organizzate da Inail e Regioni e potranno essere pubblicate su riviste di settore. Gli elaborati premiati potranno essere trasmessi alla Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro per la procedura di validazione come "Buone Prassi". Tutti i lavori riconosciuti di interesse concorreranno, comunque, alla creazione dell'archivio».

Toscana

Acquisti in sanità, cittadini protagonisti

Firmato Protocollo di intesa fra Cittadinanzattiva e Estar Toscana per qualità, sicurezza ed accessibilità dei dispositivi medici, di protesi e ausili.

Dare il giusto valore non solo al prezzo ma anche alla personalizzazione, qualità, sicurezza ed accessibilità dei dispositivi medici, di protesi e ausili, mettendo i bisogni dei cittadini al centro delle gare di acquisto in sanità.

È questo l'obiettivo del Protocollo di intesa, presentato ieri a Firenze, presso la sede della Giunta regionale, fra Cittadinanzattiva ed Estar, Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo della Regione Toscana per gli acquisti in sanità. Il Protocollo è il primo ad essere siglato nell'ambito del progetto "Cantieri regionali per un protagonismo dei cittadini/pazienti nelle procedure di acquisto in sanità", promosso da Cittadinanzattiva con il contributo non condizionato di Confindustria Dispositivi Medici.

"Dai dati del XVII Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva emerge, infatti, che quasi il 60% dei cittadini – evidenza Cittadinanzattiva – lamenta tempi troppi lunghi per l'autorizzazione di protesi ed ausili, e più della metà la necessità di sostenere delle spese per l'acquisto di dispositivi non erogati dal Ssn.

Inoltre, fra le associazioni di pazienti con malattie croniche e rare, una su quattro rivela che i pazienti devono pagare di tasca propria per acquistare protesi ed ausili in quantità sufficiente, o di migliore qualità, o più adatti ai propri bisogni". «Il nostro obiettivo è quello cercare di produrre cambiamenti reali nella pratica quotidiana degli acquisti in sanità, anche attraverso il riconoscimento del ruolo che i cittadini possono e devono assumere a sostegno di acquisti capaci di rispondere ai reali bisogni e diritti delle persone; per governare e guidare le centralizzazioni degli acquisti rispettose dei diritti del malato c'è bisogno innanzitutto di coin-

volgere tutte le competenze necessarie, a partire da quelle di chi che riceve e eroga ogni giorno le cure e prestazioni garantite dal Ssn», dichiara Francesca Moccia, vice segretaria generale di Cittadinanzattiva. «Siamo disponibili e ci impegneremo da subito attraverso le nostre sedi territoriali a collaborare con la Regione per agevolare l'applicazione del protocollo e monitorarne il reale funzionamento», ha aggiunto Nicola Favati, segretario regionale di Cittadinanzattiva Toscana.

"Contestualmente alla sigla del protocollo, è stato assegnato ad Estar – afferma Cittadinanzattiva – un "riconoscimento civico" per attestare la disponibilità dell'Ente a rendere effettiva la partecipazione dei cittadini-pazienti. Estar metterà in campo strumenti di "personalizzazione" degli affidamenti compatibili con il rispetto dei principi e delle norme che regolano il mondo degli appalti.

In caso di gare finalizzate all'acquisizione di dispositivi/ausili di auto-utilizzo Estar si impegna a:

- ricorrere sistematicamente alla consultazione preliminare di mercato ex art. 66 del Codice degli Appalti, aperta sia al mercato che alle Associazioni rappresentative dei diritti dei cittadini e dei pazienti;
- utilizzare in via prioritaria lo strumento dell'Accordo Quadro multifornitore in modo da assicurare al paziente una reale possibilità di scelta della soluzione a lui più confacente, nel rispetto dei principi di appropriatezza;
- individuare ed utilizzare, in fase di gara, criteri di valutazione che prevedono, a supporto del ruolo delle Commissioni Aggiudicatrici, il coinvolgimento degli utenti nella prova "sul campo" dei dispositivi offerti".

Trento

Anziani: una tribù che balla in salute e tra la natura

Una full immersion nella salute, nei boschi e nella convivialità in Trentino come richiamo stagionale per anziani provenienti da tutta Italia. È Vitaletà. Il Festival della terza economia.



Curare la patologia più aggressiva che colpisce gli anziani a suon di passeggiate nei boschi, di iniziative di socializzazione e di convivialità con cibi salutari, somministrazione di nozioni per la prevenzione e la cura delle più diffuse cause di limitazione dell'autonomia funzionale delle persone: in Trentino la solitudine degli ultrassessantacinquenni si combatte a suon di musica, conferenze, attività all'aria aperta in alcune delle località turistiche più apprezzate dell'arco alpino. L'iniziativa, organizzata da Trentino eventi e turismo, gravita attorno al richiamo del Festival della terza economia: Vitaletà, 10 giorni nella natura fra relax, movimento, svago e gusto, a base di prodotti del territorio. Il valore aggiunto del festival è il mix di valore tra azione di marketing territoriale, appuntamento culturale e scientifico-divulgativo sul tema emergente della cosiddetta silver economy e l'educazione all'adozione di stili di vita salutari a qualsiasi età.

Tra consigli nutrizionali tesi a sbugiardare i luoghi comuni, vere e proprie incursioni nel tema dell'epigenetica, della prevenzione e la cura delle principali malattie croniche connesse all'invecchiamento, dalle patologie cardiocircolatorie al diabete, dalle malattie neurodegenerative a quelle a carico dell'apparato muscoloscheletrico, oltre 400 anziani quest'anno hanno popolato per dieci giorni le strutture ricettive di Pinzolo imparando a conoscere sentieri, percorsi benessere all'area aperta e a fare nuove amicizie con i propri coetanei provenienti da tutta Italia.

Il territorio ha negli anni sviluppato una vera "seniority" sul fronte dell'offerta di iniziative a favore della terza età sul fronte della salute e della educazione all'adozione di stili di vita appropriati. La val Rendena nell'estate 2019 ha ospitato il Dolomiti Wellness Festival, la Longevity run e Vitaletà, il festival della terza economia.

Dopo la prima edizione, organizzata a Folgaria lo scorso anno, Vitaletà ha esteso alla Val Rendena il mix tra promozione della salute e promozione del territorio.

Società scientifiche, tra cui la Società italiana di medicina fisica e riabilitativa Simfer e istituzioni hanno sostenuto l'iniziativa, convinte che ai cinque pilastri indicati dall'Unione europea per garantire un invecchiamento attivo: sana alimentazione, movimento, consumo corretto di farmaci, campagne di screening e immunizzazioni, sia necessario aggiungere il sesto, decisivo: il superamento della solitudine.

E per sostenere questo pilastro del benessere anche i balli di gruppo danno il proprio contributo. Una tribù - di over 65 - che balla, e impara a star bene.

Veneto

Ampliata la prevenzione contro il papilloma virus

Il vaccino gratis a più categorie di persone.

A Verona sperimentazione per lo screening con auto-prelievo.

La Regione del Veneto ha deciso di rafforzare la sua azione di prevenzione contro il Papilloma Virus, causa del carcinoma della cervice dell'utero, con un allargamento dell'offerta vaccinale gratuita e con l'avvio di un Progetto Sperimentale di Utilizzo dell'Auto-Prelievo, definito dall'Unità Screening di Azienda Zero, che interesserà circa diecimila persone residenti nei Comuni di Bovolone, Cerea, Legnago, Nogara e Zevio, nell'Ulss 9 Scaligera.

Lo prevede una delibera approvata recentemente dalla Giunta, su proposta dell'Assessore alla Sanità Manuela Lanzarin. «Oltre a confermare tutto quanto già in atto da anni – dice l'Assessore – abbiamo ampliato al massimo l'età delle persone a rischio di sviluppare patologie correlate al virus Hpv che possono sottoporsi al vaccino, ed abbiamo anche inserito alcune categorie a rischio di sviluppare patologie correlate al virus Hpv.

Come in questo caso, in Veneto – tiene a sottolineare la Lanzarin – cerchiamo sempre di fare il massimo per curare tutte le persone che ne hanno bisogno, e la prevenzione è la prima di tutte le cure». «Il calendario Vaccinale Regionale è stato perciò – spiega la Regione – modificato ampliando ciò che ne era specificamente previsto (offerta gratuita del vaccino agli adolescenti di sesso femminile e maschi della coorte del dodicesimo anno di età, per i dodicenni di sesso maschile a partire dalla coorte 2004 e per quelli delle coorti dal 2001 al 2003).

Per entrambi i sessi l'offerta era stata prevista fino al diciottesimo anno di età». «Ora si cambia – dice la Lanzarin – e in meglio, perché l'offerta andrà a coprire mi-

gliaia e migliaia di cittadini in più». «Il nuovo Calendario Vaccinale – afferma la Regione – prevede l'offerta attiva e gratuita a adolescenti maschi e femmine della coorte del dodicesimo anno di età; categorie a rischio, tra le quali soggetti affetti da Hiv e donne con lesioni cervicali di grado CIN2 o superiore.

Offerta gratuita e su richiesta a femmine dalla coorte 1996 e maschi dalla coorte 2001 fino al venticinquesimo anno di età. Assolutamente innovativo il Progetto dell'Azienda Zero, che sarà sperimentato nell'Ulss 9 Scaligera, per l'utilizzo dell'auto-prelievo per fare lo screening anti papilloma virus. Studi specifici hanno dimostrato che il test Hpv con auto-prelievo presenta diversi vantaggi, tra i quali emergono la possibilità di fare il prelievo a casa quando si vuole evitando spostamenti e permessi lavorativi, la rimozione dell'eventuale imbarazzo per l'esame di tipo ginecologico, la riferita riduzione del dolore rispetto al test effettuato da personale sanitario. Inoltre l'auto-prelievo può aumentare l'adesione di particolari gruppi di donne come quelle che non aderiscono a programmi di screening organizzati e aumentare l'offerta qualora essa possa essere ostacolata da problemi organizzativi, come la disponibilità del personale sanitario prelevatore.

Operativamente, i dispositivi per l'auto-prelievo – conclude la Regione – verranno inviati direttamente a casa».

Il Progetto Sperimentale di Utilizzo dell'Auto-Prelievo, definito dall'Unità Screening di Azienda Zero, che interesserà circa diecimila persone residenti nei Comuni di Bovolone, Cerea, Legnago, Nogara e Zevio, nell'Ulss 9 Scaligera.

Longevità

Immortali. Economia per nuovi highlander

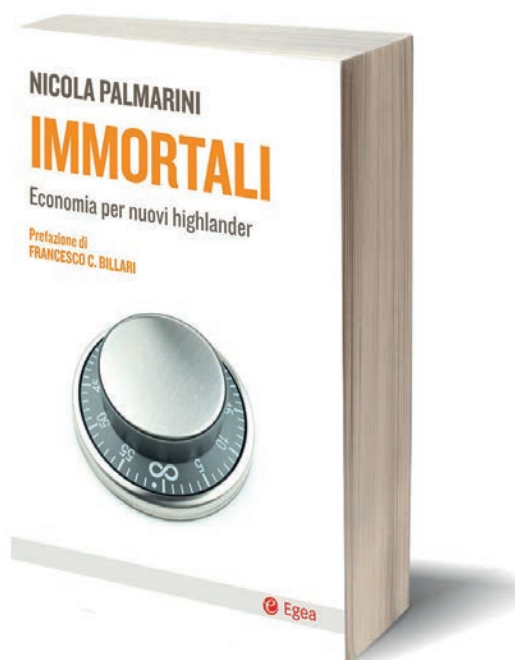
Se il XX secolo per alcuni storici è stato il secolo breve, il XXI sarà con ogni probabilità il secolo d'argento, almeno nel lato del mondo in cui il benessere economico e il progresso scientifico hanno favorito l'allungamento dell'aspettativa di vita a tal punto da derubricare a "longevo" un centenario che, per la cronaca, in Italia, hanno superato i 15.000, per lo più donne. Il fenomeno – si parla spesso di "generazione inedita", rivolgendosi agli ultraottuagenari – ha dato vita a un fortunato filone della pubblicistica. Un testo a metà strada tra l'analisi sociologica, un saggio di economia e un divertito e divertente pamphlet, ha pieno diritto di cittadinanza in questo solco, esplorando con originalità e tatto il tema degli "immortali", ovvero l'economia per i nuovi highlander. Nicola Palmarini, Aging & Longevity Lead in Ibm Research a Cambridge e autore di analisi come "Le infiltrate. Ragazze e tecnologia, stereotipi e opportunità" si addentra nell'esplorare i fenomeni meno evidenti ma proprio per questo straordinariamente rilevanti connessi all'invecchiamento della popolazione, a partire dalle scelte delle aziende più

visionarie e lungimiranti che hanno da tempo riconosciuto nell'anziano un segmento di mercato particolarmente appetibile. All'autore non sfuggono tuttavia le contraddizioni dell'oggi in cui il cosiddetto ageismo, la discriminazione verso gli anziani, assume per certi versi la dimensione di una subdola piaga sociale. Nella lettera che scrive al lettore da un remoto futuro, esattamente l'8 maggio 2235, Palmarini, che ha come i suoi coetanei disatteso l'appuntamento con la morte grazie ai progressi della medicina e della tecnologia, ricorda i segnali che aveva intravisto quando, ancora, eravamo tutti caduchi, mortali, condannati a essere consumati dagli anni. "Perché Gillette - chiede Palmarini già dalle prime pagine - ha deciso di lanciare un rasoio per gli uomini che non si possono radere da soli? E come mai Allure ha scelto di bandire la parola «anti-age» dal proprio magazine rischiando di perdere gli investitori pubblicitari del settore beauty? A chi ammiccano le nuove sfarzose residenze nel centro della City londinese, dotate di servizi sanitari da far invidia alle migliori cliniche del pianeta? Qual è l'età media del più numeroso cluster di clienti Apple? E dei clienti di Tesla? Sono forse i primi, isolati, segnali che qualcosa sta succedendo al concetto di vecchiaia per come l'abbiamo da sempre interpretato e narrato? E, se così è, quali conseguenze ha tutto questo sul sistema economico e finanziario globale? Di fronte a noi si apre uno scenario in cui i consumatori avranno desideri da realizzare (e una capacità di spesa) che non avremmo mai pensato di associare agli over 70 e che forse, come una nascente industria nata dalla fusione di life science e tecnologia lascia intuire, potrebbero esistere in eterno". La risposta Palmarina la affida a una riflessione di Larry Fink, chairman e Ceo, Blackrock: "La longevità è la sfida che definisce la nostra epoca. Dobbiamo assicurarci che sia una benedizione, non una maledizione". M. M.

Nicola Palmarini

**Immortali.
Economia per
nuovi highlander**

Egea



L'Arco di Giano



RIVISTA DI MEDICAL HUMANITIES

www.arcodigiano.org

info@arcodigiano.org



87



88



89



90



Istituto per l'Analisi
dello Stato Sociale

ABBONAMENTO ANNUALE (4 NUMERI)

In Italia €60,00

Paesi U.E. €85,00

Paesi extra U.E. €90,00

ABBONAMENTO BIENNALE

In Italia €100,00

anziché €120,00

VOLUME SINGOLO

€18,00

COPIA DIGITALE N. SINGOLO

€10,00


SCEDITRICE

SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A L'ARCO DI GIANO (4 NUMERI)

- ☐ Abbonamento annuale in Italia €60,00
☐ Abbonamento biennale in Italia €100,00
☐ Abbonamento annuale paesi U.E. €85,00
☐ Abbonamento annuale paesi extra U.E. €90,00
☐ Copia digitale numero singolo €10,00

Numero

Anno

Indicare il numero
della rivista e l'anno
di pubblicazione

- ☐ Volume singolo €18,00 + ☐ €3,00 a copia per spedizione ordinaria
☐ €10,00 a copia per spedizione con corriere espresso,
consegna garantita entro 24/48 ore

N° volume _____ quantità _____

N° volume _____ quantità _____

IMPORTO ORDINE € _____

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Servizio _____

Indirizzo _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

- **Bonifico bancario** su Intesa Sanpaolo - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (si allega fotocopia)
- **Conto Paypal** tramite il link: paypal.me/sceditrice (inserire l'importo dovuto e procedere al pagamento)

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati forniti saranno trattati con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti esterni. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Cooperativa che ha sede in Roma, per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desidero ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

COORDINAMENTO EDITORIALE E SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa

Tel. 0659290256 • Fax 0687813133 • segreteria@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO
DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA IN OGNI
PARTE PER UN SERVIZIO
MIGLIORE**



UN ECOGRAFO PORTATILE PER MIGLIORARE LE CURE PRENATALI IN AFRICA

Migliorare le cure prenatali di 560.000 donne incinta in Nigeria grazie a oltre un milione di scansioni ecografiche: è questo l'obiettivo dell'iniziativa Healthymagination Mother & Child, lanciata da GE Healthcare, divisione medica di General Electric, in collaborazione con il Ministero della Salute nigeriano e la United States Agency for International Development. Mettendo a disposizione un'innovativa tecnologia ecografica portatile, GE Healthcare punta infatti a fornire assistenza nelle zone più remote della Nigeria, sensibilizzando il personale e gli utenti locali sui rischi durante la gestazione e aumentando l'attività di prevenzione in ambito neonatale, grazie alla formazione di ostetriche e di altri operatori sanitari per l'utilizzo corretto del sistema. Questa innovazione tecnologica nasce da una necessità reale e da un'urgenza umanitaria: in gran parte dell'Africa, la possibilità di sottoporsi a un'ecografia non è così scontata, il che ha un impatto drammatico sulla salute della madre e del feto. Ogni giorno in Nigeria, 257 bambini nel loro primo mese di vita muoiono e ogni anno si registrano 40.000 decessi di donne per cause legate alla gravidanza. Queste perdite possono essere evitate grazie a un semplice esame ecografico, che può rilevare per tempo le possibili complicazioni. Il programma Hmci, oltre ad aver fornito una tecnologia innovativa e funzionale, ha creato un cambiamento nella percezione da parte della popolazione del monitoraggio ecografico: non più un lusso per pochi, bensì una necessità facilmente accessibile da tutti. Gli ospedali infatti, grazie all'iniziativa di GE Healthcare, forniscono esami ecografici a costi molto bassi (\$ 0,69) a donne in gravidanza e a pazienti bisognosi, il che è particolarmente importante per coloro che risiedono nelle aree rurali che non possono normalmente permettersi cure

medicali di alcun genere o che non riescono a raggiungere le strutture sanitarie che si trovano nelle città principali.



WARREN CROSBY È IL NUOVO NOVENTA SITE HEAD DI BOEHRINGER INGELHEIM ANIMAL HEALTH ITALIA

Dal 1° luglio scorso Warren Crosby è il nuovo Noventa Site Head di Boehringer Ingelheim Animal Health Italia. Crosby può vantare più di 25 anni di esperienza in ruoli di crescente responsabilità in ambito manageriale, sia nella gestione di progetti complessi, sia in quella di siti produttivi, in particolare, di vaccini aviari. Negli ultimi due anni è entrato nel Gruppo Boehringer Ingelheim come Direttore del sito di Nanjing in Cina e precedentemente ha lavorato per 16 anni nel Regno Unito presso Merial, multinazionale operante nel settore dell'Animal Health, ora di proprietà di Boehringer Ingelheim, come Project Manager e successivamente come Direttore del sito di Guildford. Warren Crosby subentra a Rossella Pellizzari che per 4 anni ha diretto lo stabilimento veneto, portando un importante e positivo contributo, in particolare nella fase di integrazione di Boehringer Ingelheim Animal Health nel Gruppo Boehringer Ingelheim. «Sono fermamente convinto che gli elementi fondamentali per un sito produttivo siano l'attenzione ai temi di salute e sicurezza, che si traducono in qualità dei nostri prodotti. Questo non può prescindere dal fatto che chi guida un sito produttivo debba essere costantemente d'esempio per l'intera organizzazione. - ha affermato Warren Crosby - Per questo mi impegno costantemente per coinvolgere tutti i collaboratori per raggiungere gli obiettivi prefissati, comprendendo e rispondendo alle esigenze dei clienti, in una realtà, come il sito di Noventa Padovana, in continua evoluzione. Sono per questo grato - conclude Crosby - ai vertici dell'azienda per la stima che mi hanno dimostrato, affidandomi un ruolo così stimolante all'interno del Gruppo».



FIDIA FARMACEUTICI SI RAFFORZA IN OFTALMOLOGIA

Fidia, multinazionale farmaceutica italiana, ha annunciato l'acquisizione di tre prodotti di Novartis Farma Spagna, filiale spagnola del gruppo Novartis Pharma AG, Basilea, leader mondiale nell'Eye Care. Questa operazione si inserisce in un percorso di rafforzamento della presenza di Fidia nel mercato oftalmico nazionale ed internazionale, iniziato nel 2017 con l'acquisizione di Sooft Italia. L'accordo prevede il trasferimento o la licenza da Novartis a Fidia dei diritti per la Spagna (e Andorra) relativi ai prodotti in oggetto, inclusa l'autorizzazione all'immissione in commercio e le attività di gestione e distribuzione dei prodotti stessi. Nello specifico, si tratta di una soluzione iniettabile per via intraoculare contenente acetilcolina; una pomata oftalmica che associa desametasone e cloramfenicolo; un collirio e una pomata oftalmica a base di desametasone. Questi prodotti vantano una consolidata presenza nel mercato spagnolo. In tale contesto si colloca anche la recente acquisizione da parte di Fidia della società spagnola Soluciones Bioregenerativas SL, con sede a Barcellona, operante, a livello internazionale, nel settore della medicina rigenerativa. «Questa operazione – ha dichiarato Carlo Pizzocaro, Presidente e Amministratore Delegato di Fidia – offre a Fidia la possibilità di ampliarsi e rafforzarsi a livello internazionale, in un ambito, quello dell'oftalmologia, in cui vanta già a livello nazionale un significativo posizionamento competitivo, sostenuto, oltre che da importanti acquisizioni, dal proprio know-how e dalla leadership nella ricerca, sviluppo, produzione e commercializzazione di prodotti farmaceutici a base di acido ialuronico. Con questa acquisizione Fidia rafforza ulteriormente la propria presenza in Spagna, paese in cui opera dal 2014 con una propria sede commerciale e dove ha raggiunto una posizione di leadership nel mercato della cura delle patologie articolari».



RICERCA BIOMEDICA: SETTE TALENTI ITALIANI AD AMGEN SCHOLARS

Sono 7 gli Universitari italiani che hanno partecipato all'edizione europea di Amgen Scholars (www.AmgenScholars.com), il programma di Fondazione Amgen che consente agli studenti italiani delle facoltà medico-scientifiche di effettuare per due mesi estivi un tirocinio retribuito, presso i laboratori di alcuni tra i più prestigiosi Istituti di ricerca europei, su progetti in campo biomedico e biotecnologico. Si tratta di un programma esclusivo che offre agli studenti l'opportunità di sperimentare la vera vita da laboratorio insieme a un team di colleghi internazionali di pari livello, confrontandosi con gli aspetti concreti della ricerca scientifica, dalla formulazione di ipotesi teoriche alla loro verifica sperimentale. A fronte di oltre 90 candidature ricevute, i talenti italiani sono stati selezionati dai cinque Istituti europei che aderiscono al programma, sulla base di risultati accademici, esperienze professionali attività extra curriculari e la padronanza della lingua inglese. L'Eth di Zurigo ha ospitato Sofia Sandalli, Università di Aberdeen, Scozia; L'Istituto Pasteur di Parigi ha ospitato Nicolò Battisti, Università di Trento e Simone Procaccia, Università La Sapienza; L'Università Ludwig-Maximilians di Monaco di Baviera ha ospitato Jacopo Razzauti, Università di Cork, Irlanda. Il Karolinska Institutet di Stoccolma ha ospitato Nicole Innocenti, University College Cork, Irlanda; Vittoria Martinolli, Università degli Studi di Milano; Daniele Scarcella, Scuola Superiore di Catania. Come tutti gli anni, a conclusione del programma, i partecipanti dell'edizione europea si sono incontrati a Cambridge per condividere i risultati dei propri lavori. Al simposio che si è svolto al Clare College di Cambridge fino al 3 settembre, si sono alternate relazioni di Professori universitari volti a ispirare i partecipanti e presentazioni di esponenti di spicco della Ricerca Amgen, tese a illustrare l'in-

novativo approccio che sta consentendo alla multinazionale americana di ampliare la portata del suo impegno nello sviluppo clinico. «Amgen Scholars è un'esperienza unica per i giovani talenti nelle scienze della vita – ha dichiarato Soren Giese, Presidente e Amministratore delegato di Amgen in Italia - E mi fa molto piacere rilevare come anche quest'anno, con 7 partecipanti, la 'delegazione' italiana sia altamente qualificata. Con questo programma, Fondazione Amgen conferma il suo ruolo di primo piano nel sostenere la crescita di una nuova generazione di ricercatori, mentre favorisce la maturazione in Italia di un ambiente culturale sempre più orientato all'innovazione nel campo biomedico».



300MILA EURO DALLA FONDAZIONE CARIPT PER RICERCATORI UNDER40

Giovani@RicercaScientifica è il bando della Fondazione Caript nato dalla volontà di favorire lo sviluppo del territorio della provincia di Pistoia attraverso la promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica. Con questa iniziativa, infatti, la Fondazione si impegna a finanziare progetti di ricerca per un importo complessivo di 300mila euro. Il bando – che nel 2018 ha visto un contributo totale di oltre 290mila euro per il finanziamento di sei progetti – è destinato al finanziamento di assegni di ricerca per giovani impegnati in progetti di durata non superiore ai due anni, e prevede tre Settori Erc di intervento (e relativi sottosectori consultabili nell'allegato 1 dello stesso bando): Scienze sociali e umanistiche (Sh); Scienze fisiche, chimiche e ingegneristiche (Pe); Scienze della vita (Ls). Potranno essere finanziati progetti affidati a giovani ricercatori under40 operanti in università, istituzioni ed enti pubblici di ricerca e di sperimentazione attivi su tutto il territorio nazionale, e ritenuti in grado di produrre effetti positivi sul territorio della provincia di Pistoia. I lavori candidati saran-

no valutati da una commissione, nominata dal CdA della Fondazione, e da un esperto di nazionalità non italiana, operante in una prestigiosa università straniera. Inoltre sarà nominato un esperto per ciascuna delle diverse aree del bando per cui verrà presentata almeno una domanda. La valutazione sarà effettuata tenendo conto, fra l'altro: del valore scientifico del progetto; delle sue prevedibili ricadute in termini occupazionali ed economico-finanziari; del contributo allo sviluppo dell'imprenditoria locale e dell'indotto produttivo; della valorizzazione delle risorse tipiche del territorio. Affinché i progetti possano essere sostenuti, l'istituto di ricerca dovrà impegnarsi a finanziarlo, con mezzi propri o di terzi, sostenendo i costi relativi all'assegno di ricerca per almeno il 25% del totale. Le domande di finanziamento potranno essere compilate online accedendo all'apposita sezione "Bandi e contributi" del sito www.fondazionecript.it e dovranno essere presentate entro il 31 ottobre 2019.



CAMBI AL VERTICE DI SANOFI GENZYME IN ITALIA

Novità al vertice di Sanofi Genzyme, la divisione di Sanofi in Italia specializzata in malattie rare, sclerosi multipla, oncologia, immunologia e malattie rare del sangue. Dal 1° settembre 2019, infatti, è Marcello Cattani a ricoprire la carica di General Manager mentre Mauro Ninci è il nuovo Medical Affairs Head. Contestualmente, Mauro Ninci ha assunto anche l'incarico di Country Medical Chair di tutta Sanofi Italia. Nei nuovi ruoli, Cattani e Ninci entrano a far parte del comitato direttivo di Sanofi in Italia, Cattani anche di quello europeo per quanto riguarda Sanofi Genzyme. Cattani, 48 anni, nato a Milano, vive a Parma dove ha completato il percorso di studi conseguendo una laurea in Scienze Biologiche ad indirizzo biomolecolare cum laude e una specializzazione in Chimica e Tecnologia Alimenta-

ri. Vanta una carriera di più di 20 anni nelle aree marketing e commerciale del settore chimico-farmaceutico, in ruoli di crescente responsabilità a livello nazionale, europeo e internazionale. «Sono davvero orgoglioso dell'opportunità che mi è stata data di guidare Sanofi Genzyme» commenta Marcello Cattani, General Manager BU Sanofi Genzyme. «Raccolgo un testimone prezioso, fatto di lanci di successo, forte crescita e grandi ambizioni. Sono certo che con il contributo di tutta la squadra, la passione e le competenze, possiamo continuare a fare la differenza nella vita di milioni di pazienti italiani». Milanese di nascita, 57 anni, Mauro Ninci è laureato in Medicina e Chirurgia con una specializzazione cum laude in farmacologia clinica. Negli ultimi tre anni è stato Medical Head di Sanofi Genzyme per l'Europa. Ninci ha iniziato la sua carriera nel settore farmaceutico nel 1991, prima in Recordati poi in Verigen, società acquisita nel 2005 dalla biotech americana Genzyme. Ha ricoperto diversi ruoli nella ricerca clinica, per poi passare alla direzione medica ricoprendo svariate funzioni (Farmacovigilanza, Regolatorio e Medical Affairs) in posizioni di crescente responsabilità.



MOSAIC SOFTWARE TRA I VINCITORI DEGLI EIT HEALTH INNOSTARS AWARDS 2019

L'italiana Mosaic Software Srl è fra le quindici startup europee ad aggiudicarsi un posto per il percorso di accelerazione d'impresa degli Eit Health InnoStars Awards 2019, premio assegnato a startup dell'Europa centrale, orientale e meridionale impegnate nello sviluppo di progetti innovativi in ambito sanitario. I vincitori del percorso di accelerazione, selezionati da un gruppo di esperti fra 116 concorrenti con sede nei tredici paesi del Programma di Innovazione Regionale (RIS), riceveranno un finanziamento di 25.000 euro come smart money da utilizzare per l'accesso a un pro-

gramma di formazione e tutoraggio della durata di quattro mesi e l'opportunità di partecipare a due accelerator bootcamps in Europa. Mosaic Software Srl è una startup innovativa che utilizza Intelligenza Artificiale, Machine Learning e Natural Language Processing per la produzione di soluzioni ad alto valore tecnologico e innovativo per il settore farmaceutico e sanitario. Tra queste c'è Patch™, la prima conversational platform centrata sul paziente che integra un assistente virtuale empatico per la raccolta e l'analisi predittiva dei Real World Data. Migliorando l'engagement dei pazienti che partecipano a trial clinici, l'app riduce le inefficienze (con taglio dei costi stimato in oltre 400 milioni l'anno) e migliora la qualità dei Real World Data generati dai trial, aiutando le case farmaceutiche ad offrire farmaci sempre più sicuri, efficaci ed economici. Per i quindici vincitori del premio, Eit Health InnoStars organizzerà anche incontri con potenziali clienti, investitori e partner. Inoltre, il prossimo novembre, al termine del programma di formazione, saranno selezionati i dieci finalisti che parteciperanno alla pitch competition finale degli InnoStars Awards, per competere per i tre premi principali: un ulteriore finanziamento rispettivamente di 25.000 euro, 15.000 euro o 10.000 euro. Il nodo Eit Health Italiano è composto dall' HYPERLINK "<https://www.unina.it/home>" Università degli studi di Napoli Federico II, HYPERLINK "<https://www.iit.it/it/centers/cabhc-crib>" il Centro per i Biomateriali Avanzati dell'Istituto Italiano di Tecnologia, HYPERLINK "<http://www.sdn-napoli.it/>" Sdn (Società di Diagnostica Nucleare) e HYPERLINK "<https://www.synlab.it/>" Synlab Italia srl che promuovono attività di training, supporto alla creazione d'impresa e progetti di innovazione ambito salute. «Il programma Ris, promuovendo le opportunità dedicate a giovani talenti e startup, supporta concretamente lo sviluppo di nuove tecnologie in ambito sanitario, la fruizione di queste a favore dei cittadini italiani e la creazione di nuova impresa» commenta Chiara Maiorino, Eit Health InnoStars Education Manager e Regional Manager per l'Italia. «Le prossime call per startup, tra cui anche gli InnoStars Awards, verranno lanciate all'inizio del prossimo anno 2020. Per cui, tenete d'occhio il sito innostarter.eithealth.eu per rimanere aggiornati sulle prossime opportunità».

3° Congresso Onda
I giovani si prendono cura di sé?
Prevenire per mantenersi in salute

Roma, 1-2 ottobre 2019

Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

Per informazioni:

Tel. 0636381573

Fax 0636307682

info@ideacpa.com

60° Congresso Nazionale Sin
Yes we can, yes we care

Rimini, 2-5 ottobre 2019

Società Italiana di Nefrologia

Per informazioni:

Tel. 010553591

Fax: 0105535970

sin2019@aristea.com

20° Congresso Nazionale
Simspe Il carcere è territorio

Milano, 3-4 ottobre 2018

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria

Per informazioni:

Tel. 0110267950

Fax 0110267954

segreteria@hdcons.it

76° Congresso Nazionale
Fimmg-Metis

Villasimius (Ca), 7-12 ottobre 2019

Federazione Italiana Medici di Famiglia

Per informazioni:

Tel. 0654896627

Fax 0654896266

e-mail: congresso@fimmg.org

12° Congresso Nazionale Sihta
La filiera dell'innovazione tecnologica in sanità.

Il difficile equilibrio tra sicurezza, rapidità, di accesso al mercato, dei prodotti e sostenibilità dei sistemi

Milano, 10-11 ottobre 2019

Società Italiana di Health Technology Assessment

Per informazioni:

Tel.: 0659290256

Fax: 0631052392

segreteria@koscomunicazione.it

1° Convegno Nazionale
Federazione Ordini Tsm Pstrp

Rimini, 11-13 ottobre 2019

Federazione nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Per informazioni:

Tel.: 0541604160

Fax: 0541601775

eventi@riccionecongressi.com

92° Congresso nazionale Siu

Venezia, 12-15 ottobre 2019

Società Italiana di Urologia

Per informazioni:

Tel.: 0516194911

Fax: 0516194900

50° Congresso Nazionale Sin

Bologna, 12-15 ottobre 2019

Sin, Società Italiana di Neurologia

Per informazioni:

Tel.: 0577286003

Fax: 0577282731

info@neuro.it

52° Congresso Sumai Assoprof
Specialistica Ambulatoriale e Universalismo Differenziato

Gardone Riviera, 13-17 ottobre 2019

Sumai, Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

52° Congresso Nazionale Siti

Perugia, 16-19 ottobre 2019

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Per informazioni:

Tel. 051300100

Fax 051309477

e.sereni@planning.it

13° Congresso Nazionale Fimp

Paestum, 16-19 ottobre 2019

Federazione Medici Pediatri

Per informazioni:

Tel. 055233881

Fax. 055 3906908

fimp2019@aimgroup.eu

120° Congresso nazionale Simi

Roma, 18-20 ottobre 2019

Società Italiana di Medicina Interna

Per informazioni:

Tel.: 010553591

Fax: 0105535970

simi@aristea.com

3° Congresso Mondiale di
Ingegneria Clinica
International Clinical
Engineering and Health
Technology Management
Congress (Icehtmc)

Roma, 21-22 ottobre 2019

International Federation of Medical and Biological Engineering (Ifmbe)

Associazione Italiana Ingegneri clinici (Aiic)

Per informazioni:

Tel.: +39 055 2639073

Fax: +39 055 245849

info@icehtmc2019.com

43 Convegno Aie 2019
L'epidemiologia:

una, nessuna e centomila. Quale contributo alle decisioni in sanità pubblica?

Catania, 23-25 ottobre 2019

Associazione Italiana di Epidemiologia

Per informazioni:

congressi@epidemiologia.it

19° Congresso Nazionale
Siomms

Bologna, 24-26 ottobre 2019

Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro

Per informazioni:

Tel. 06845431

Fax 0684543700

congressosiomms@aristea.com

21° Congresso nazionale Aiom
The best care for every patient

Roma, 25-27 ottobre 2019

Associazione Italiana di Oncologia Medica

Per informazioni:

Tel. 068553259

Fax 068553221

info@aiomservizi.it

**Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui-Agite 2019
“Ginecologia e donna, un viaggio di tutta una vita”**

Napoli, 27-30 ottobre 2019

Sigo, Società Italiana di Ginecologia e Ostericia

Aogoi, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
Agui, Associazione Ginecologi Universitari Italiani**Per informazioni:**

Tel. 06355301

sigo2019@thetriumph.com

26° Congresso Nazionale Sicip

Riccione, 7-9 novembre 2019

Società Italiana Cure Palliative

Per informazioni:

congressi@sicip.it

16° Congresso Nazionale Sipo Psico-Oncologia Italiana 2.0

Napoli, 7-9 novembre 2019

Società Italiana di Psico Oncologia

Per informazioni:

info@gammacongressi.it

104° Congresso Nazionale Siot

Roma, 7-10 novembre 2019

Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Per informazioni:

Tel.: 06330531

Fax: 0633053229

Siot2019@aimgroup.eu

48° Congresso Nazionale Amcli

Rimini, 9-12 novembre 2019

Associazione microbiologi clinici italiani

Per informazioni:

Tel. 0266802323

Fax 026686699

amcli2019@mzcongressi.com

20° Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana**45° Congresso Nazionale Aipo****La globalizzazione e le nuove frontiere**

Firenze, 13-16 novembre 2019

Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Per informazioni:

congresso@pneumologia2019.it

**51° Congresso Nazionale Sibioc
La medicina di laboratorio nella fragilità e la fragilità nella medicina di laboratorio**

Padova, 20-22 novembre 2019

Sibioc Medicina di Laboratorio e clinica

Per informazioni:

Tel. 0245498282

Fax 0245498199

congressosibioc@biomedia.net

12° Conferenza europea di sanità pubblica

Building bridges for solidarity and public health

Marsiglia 20-23 novembre 2019

Eupha, European Public Health Association

Per informazioni:

office@ephconference.eu

**39° Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia
Ricerca innovazione sostenibilità appropriatezza formazione
Società Italiana di Farmacologia, Sif**

Firenze, 20-23 novembre 2019

Per informazioni:

Tel.: 055 50351

sif2019@oic.it

99° Congresso Nazionale Soi

Roma, 21-23 novembre 2019

Società Oftalmologica Italiana

Per informazioni:

Tel. 064464514

Fax 064466599

segreteria@cmocongressi.it

43° Congresso Nazionale della Sito

Roma, 21-23 novembre 2019

Società italiana trapianti d'organo, Sito

Per informazioni:

Tel. +39 06328121

Fax +39 0239293109

info2019@congressosito.it

**40° Congresso Nazionale Sifo
Garantire la salute oggi tra accesso, scelte e risorse.****Un bene comune e un'opportunità per la crescita**

Genova, 21-24 novembre 2019

Società Italiana Farmacie Ospedaliere

Per informazioni:

sifo2019.reg@aimgroup.eu

56° Congresso Nazionale Sir

Rimini, 27-30 novembre 2019

Società Italiana di Reumatologia

Per informazioni:

Tel. 02566011

Fax 0270048578

sir2019@aimgroup.eu

**22° Convegno Nazionale Amd
Tra sviluppo tecnologico e nuove forme di comunicazione:
le persone al centro**

Padova, 27-30 novembre

Associazione Medici Diabetologi

Per informazioni:

Tel. 067000599

Fax 067000499

segreteria@aemmedi.it

**17° Congresso Nazionale Sis 118
Sinergie per la Sicurezza e Qualità delle cure in Urgenza-Emergenza**

Catania, 28-30 novembre 2019

Per informazioni:

Tel. 049.8601818

meet@meetandwork.com

**28° Seminario Nazionale
La valutazione dell'uso e della sicurezza dei farmaci: esperienze in Italia**

Roma, 9-10 dicembre 2019

Istituto Superiore di Sanità- Centro Nazionale Ricerca e la Valutazione preclinica e clinica dei Farmaci (Cnrvf) Reparto Farmacoepidemiologia e Farmacosorveglianza

Per informazioni:

Tel. 0649904250- 4241-4244

paola.ruggeri@iss.it – emanuela.

salvi@iss.it – enrica.tavella@iss.it

www.arcodigiano.org
info@arcodigiano.org



Istituto per l'Analisi
dello Stato Sociale

**ABBONAMENTO
ANNUALE (4 NUMERI)**

In Italia €60,00
Paesi U.E. €85,00
Paesi extra U.E. €90,00

ABBONAMENTO BIENNALE

In Italia €100,00
anziché €120,00

VOLUME SINGOLO

€18,00

COPIA DIGITALE N. SINGOLO

€10,00



SOTTOSCRIZIONE DELL' ABBONAMENTO ANNUALE A L' ARCO DI GIANO (4 NUMERI)

- | | |
|---|---------|
| ☐ Abbonamento annuale in Italia | €60,00 |
| ☐ Abbonamento biennale in Italia | €100,00 |
| ☐ Abbonamento annuale paesi U.E. | €85,00 |
| ☐ Abbonamento annuale paesi extra U.E. | €90,00 |
| ☐ Copia digitale numero singolo | €10,00 |

Numero

--	--

 Anno

--	--	--	--

 Indicare il numero della rivista e l'anno di pubblicazione

Indicare il numero
della rivista e l'anno
di pubblicazione

- ☐ Volume singolo €18,00 + ☐ €3,00 a copia per spedizione ordinaria
☐ €10,00 a copia per spedizione con corriere espresso,
consegna garantita entro 24/48 ore

N° volume _____ quantità _____

N° volume _____ quantità _____

IMPORTO ORDINE €

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Servizio _____

Indirizzo _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

- **Bonifico bancario** su Intesa Sanpaolo - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (si allega fotocopia)
- **Conto Paypal** tramite il link: **paypal.me/sceditrice** (inserire l'importo dovuto e procedere al pagamento)

AutORIZZO Il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati forniti saranno trattati con modalità cartacee ed informatiche per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti esterni. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE Edilizia Società Cooperativa che ha sede in Roma, per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

COORDINAMENTO EDITORIALE E SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa

Tel. 0659290256 • Fax 0687813133 • segreteria@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO
DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA IN OGNI
PARTE PER UN SERVIZIO
MIGLIORE**

PASSIONATELY GEEKY

Geek Logica is the leading Italian Groovy & Grails company. We embrace agile methodologies & speedily deliver quality applications. We focus on what really matters: creating high quality, easy to use applications.

In our software lab we adopt the best of the breed tools & methodologies in software development: Test Driven Development, Continuous Integration, Static analysis performance testing.

We are specialist in the strategy, design, and development of mobile applications for Android & iOS platforms. We help our clients understand the mobile app landscape and how to integrate their mobile strategy with their overall marketing plans.



STAY IN TOUCH CONTACT US:

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Phone + 39 347 9230275 - Fax +39 06 5137499

info@geeklogica.it

www.geeklogica.it

WE CREATE AWESOME APPS



NDILIFE

advanced digital life

La tecnologia dell'informazione, del controllo e del pronto intervento: per una sanità a misura del paziente, dell'anziano, del cittadino. La soluzione che consente di vivere in piena libertà e sicurezza mettendo in sinergia le attività, il movimento, i parametri vitali ed il controllo.

Tel. 0651607174 - adilife@gilologica.it
www.adilife.net