

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Anno X - n. 31/32
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

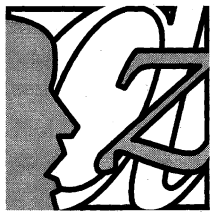
Settimanale
7-20 agosto 2007
www.24oresanita.com

Dalla prima pagina

A PAG. 10-11

Assr

**L'Agenzia
come raccordo
per realizzare
una rete locale
di health
technology
assessment**



L'Hta va portata fuori dai circoli accademici per creare un sistema a rete che sappia

Health technology assessment:

È necessario passare alla fase scientifico-valutativa del confronto tra esperienze

DI ALDO ANCONA*
E ROBERTO GRILLI**

L'health technology assessment è un approccio multidisciplinare per la valutazione comparativa delle implicazioni medico-cliniche, economiche, sociali, organizzative, etiche e legali di una tecnologia. In questo contesto il termine "tecnologia" è utilizzato in senso lato, riferendosi di fatto a ogni forma di concreta applicazione di conoscenze e sapere tecnico-scientifico e includendo quindi apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e di promozione della salute.

Obiettivo dell'Hta è permettere a coloro che devono prendere decisioni in ambito programmatico o gestionale ai vari livelli, di basare le proprie scelte sulle migliori "evidenze". Si tratta quindi di un'area di intervento vastissima e di un processo articolato che operativamente si traduce tipicamente nella revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili su efficacia e sicurezza, costi, variamente integrate da ulteriori elementi informativi relativi ai profili di utilizzo nella pratica clinica delle tecnologie in questione.

L'ambizione è quindi mettere a disposizione dei "decisionari", operanti ai vari livelli dei siste-

mi sanitari, tutte le informazioni rilevanti per indirizzare le scelte inerenti alla "accettabilità" di una specifica tecnologia sanitaria, alle sue possibili indicazioni di utilizzo e alle relative implicazioni.

L'Hta è oggi in forte espansione: dalla metà degli anni Settanta si è andato affermando negli Usa, per poi espandersi, negli anni Ottanta e Novanta, in Canada, Europa, Australia ecc. e continua ad affermarsi in molti altri Paesi.

L'International network of agencies for health technology assessment - Inahta una rete

di livello internazionale (nata nel 1993) raggruppa la comunità scientifica impegnata nella produzione di questo tipo di valutazione. Nel nostro Paese si è recentemente costituita una associazione (la Società italiana di health technology assessment) che riunisce singoli professionisti di varia estrazione interessati a promuoverne lo sviluppo.

Una chiara indicazione verso una maggiore diffusione in Europa di questo tipo di approccio valutativo è arrivata nel 2004 dalla stessa Commissione Ue che ha evidenziato la necessità di stabilire un network europeo per la diffusione delle pratiche e dei metodi dell'Hta e la facilita-

zione della sua affermazione istituzionale in tutti gli stati membri. In Italia allo stato attuale non vi sono attività nazionali e istituzionali di Hta, sebbene spesso esistano esperienze e attività variamente significative a livello regionale, accademico, aziendale.

Tra i Paesi dove vi sono attività istituzionali di Hta, le articolazioni e i modelli organizzativi individuati sono differenti, anche a seconda del tipo di Stato e/o del tipo di sistema sanitario presente. Si possono comunque individuare alcuni modelli preva-

lenti, come quello ad agenzia nazionale centrale, esemplificato dalla Francia e dall'Inghilterra, o quello con agenzie nazionali e regionali di livello istituzionale, le cui relazioni sono variamente articolate, come nei casi della Spagna (o, in ambito extra europeo, del Canada). Sono diverse tra un Paese e l'altro sia le modalità di prioritizzazione delle "tecnologie" da valutare, sia l'utilizzo dei risultati delle attività di Hta da parte dei decisori. Infatti l'attività di valutazione può essere o meno legata ad attività regolatoria del mercato (come a volte accade per i farmaci e i dispositivi medici) od orientata al miglioramento del-

l'efficienza e dell'efficacia dei sistemi sanitari.

In questo scenario internazionale, l'Italia può definirsi un paese a relativamente basso grado di istituzionalizzazione dell'Hta, caratterizzato da una parte da una limitata capacità di produrre valutazioni originali dell'impatto di tecnologie sanitarie contestualizzate al nostro sistema sanitario e dall'altra da una estesa rete di "utilizzatori" di rapporti e documenti di technology assessment prodotti da organismi e istituzioni straniere.

Oggi si tratta di porre il problema di un salto di qualità. Un rafforzamento della capacità del nostro Paese di sviluppare autonomia iniziativa in questo ambito offrirebbe l'opportunità di supportare il governo della sanità con una serie di strumenti che si affiancherebbero utilmente ai tradizionali metodi di semplice contenimento della spesa (con tutti i costi amministrativi e i rischi a essi connessi in termini di qualità dell'assistenza ed equità di accesso).

In uno scenario in cui governo nazionale e governi locali si confrontano routinariamente sulla spesa sanitaria e sulle reciproche responsabilità in materia, appare auspicabile che l'intero sistema (inteso come insieme di Stato e Regioni) si doti di strumenti che supportino il più possibile oggettivamente le scelte allocative. Se il progetto "Mattoni del Nsis" rappresenta una rilevante esperienza di ricer-



Joan Mirò - Il campo di lavoro (1923-1924)

ca e sviluppo per migliorare il livello delle informazioni di base sul Servizio sanitario nazionale, manca ancora una cultura della valutazione multidimensionale.

Manca un'iniziativa forte per far sì che la funzione di health technology assessment esca dai circoli accademici, o degli esperti, e diventi strumento di governo (per i diversi livelli decisionali), assumendo una strutturazio-

ne coerente rispetto alle esigenze del Paese, attraverso la identificazione di un modello organizzativo ad hoc, che coordini e dia omogeneità di metodi, approcci, risultati alle esperienze di Hta che oggi esistono in Italia.

In un momento in cui si fa pressante la necessità di trovare strumenti che permettano scelte di "razionalizzazione" della spesa sanitaria, metodologicamente solidi, e che considerino di-

DIECI ANNI DI COOPERAZIONE ITALIANA IN TIBET

Un pronto soccorso sul tetto del mondo

Portare la cultura e le tecniche della medicina d'urgenza nella Terra delle nevi, grande più di quattro volte l'Italia e solcata da montagne alte 4mila metri. La "mission impossible" è stata lanciata nel 1996 dalla Direzione generale Cooperazione allo sviluppo del ministero degli Affari esteri, in collaborazione con Cisp, il Comitato internazionale per lo sviluppo dei popoli. Ed è durata undici anni, dimostrandosi tutt'altro che impossibile.

A raccogliere la testimonianza di dieci anni di lavoro in Tibet è adesso un libro fotografico - «Il sentiero difficile» - che racconta gli sforzi e le fatiche, ma anche le enormi soddisfazioni dei cooperanti impegnati sul tetto del mondo. «L'elemento comune che traspare dalle pagine - spiega nell'introduzione l'ambasciatore italiano in Cina, Gabriele Menegatti - è l'evidente volontà di fare bene, insieme, per la tutela di queste popolazioni, del loro stile di vita, del loro pensiero ove da millenni sono conservati messaggi che rappresentano, oggi più che mai, un tesoro per tutta l'Umanità».

I testi di Giorgio Cortassa, Gianluca Falcicelli, Laura Trombetta Panigadi e le foto di Giulio Sarcinola e Giorgio Cortassa rivelano il vero miracolo del progetto: la costruzione della prima rete di pronto soccorso del Tibet, che collega i sei distretti della Regione con la prefettura centrale di Lhasa. Un sistema attrezzato con 19 tra ambulanze e veicoli forniti a 12 ospedali, a 53 centri sanitari periferici e a 200 medici di villaggio. Una ragnatela dotata persino di un "120", l'equivalente del nostro "118". «Un lavoro duro - sottolinea Cortassa, medico di pronto soccorso e coordinatore del progetto di cooperazione - visto che all'inizio non avevano proprio idea di come fosse una vera ambulanza, né del concetto di medicina d'urgenza».

Il progetto, come spiega Falcicelli, responsabile Asia e Medio Oriente del Cisp, è costato oltre 4,2 milioni di euro e si è articolato in due fasi. La prima, durata fino al 2000, ha sostenuto la medicina di emergenza, il pronto soccorso e la tutela della salute materno-infantile nella municipalità di Lhasa, nei distretti di Ningchi, Shannan-Lhoka, Shigatse e Naggu e nella contea di Medjionggar. Come? Attraverso corsi di formazione e soggiorni in Italia per i

medici e gli operatori del luogo. La seconda fase ha puntato a favorire lo sviluppo del pronto soccorso nelle zone rurali anche insegnando l'utilizzo di ecografie e apparecchiature radio. In tutto sono stati formati 952 operatori sanitari: 502 nella prima fase, 450 nella seconda. E sono stati forniti veicoli, equipaggiamenti medici, materiale sanitario e attrezzature di comunicazione per un valore totale di 1,85 milioni di euro. Sono infine stati distribuiti manuali, materiali didattici e di educazione sanitaria in lingua tibetana e cinese e sono state avviate campagne informative ad hoc.

Non è mancata la ricerca sul campo. Nel 1999 uno studio condotto dall'Istituto superiore di Sanità ha rilevato il grado di accessibilità ai servizi sanitari in tre aree della Cina, dimostrando che circa un terzo della popolazione non si rivolge al pronto soccorso perché sa di non poterlo pagare. Il Cisp ha invece effettuato uno studio sullo stato nutrizionale degli adolescenti tibetani, visitando 5.828 tibetani tra i 6 e i 18 anni. I dati raccolti sono stati preoccupanti: il 45,8% dei bimbi è sottopeso, il 41% non è cresciuto in altezza a sufficienza e il 22,6% è comunque troppo magro.

Nessuno pensi che gli strumenti locali siano stati cancellati. «Tibetani e italiani - racconta Cortassa - hanno condiviso spechi solari per far bollire l'acqua, giacche "patsa" per tenersi al caldo, erbe tradizionali per curare il raffreddore, stufa a stercio di yak per riscaldare la tenda». Ma la nostra tecnologia ha aiutato a evitare distorsioni. Così, al posto delle tradizionali fasciature porta-bebè, responsabili dell'aumento del rischio di displasia dell'anca, sono stati diffusi pratici zainetti per sistemare i neonati sulle spalle. Così nei villaggi sono stati distribuiti pratici kit per permettere il primo soccorso anche a chi vive isolato, raggiungibile soltanto percorrendo strade sterrate a strapiombo sui fiumi, spesso ghiacciate.

Dopo dieci anni di lavoro, i risultati si vedono: la mortalità infantile è calata, le complicazioni post-parto sono diminuite, molti medici hanno imparato a fronteggiare le emergenze. Piccoli grandi passi per il tetto del mondo.

Manuela Perrone

Tutti i rischi

La più frequente e pericolosa infezione materno-fetale è causata dal citomegalovirus (Cmv), presente in circa 1 neonato su 100 (toxoplasmosi 1:400; rosolia 1:5.000) e responsabile non solo di danni fetali ma anche di abortività e sterilità.

Il Cmv è conosciuto soprattutto per l'estrema pericolosità nei soggetti immunodepressi (da Aids o trapianti). Purtroppo anche la gravidanza è associata a una transitoria immunodepressione, necessaria per evitare il rigetto del feto. Questa condizione favorisce non solo il contagio della gestante da parte del Cmv, se non ha mai contratto l'infezione, ma anche la riattivazione o reinfezione, se il virus è presente prima della gravidanza. Infatti il Cmv è un herpesvirus capace, come l'herpes labiale e tutti gli altri virus erpetici, di rimanere allo stato latente per tutta la vita nelle cellule infettate e riattivarsi in condizioni immunitarie favorevoli. Tuttavia, la presenza di anticorpi anti-Cmv prima della gravidanza assicura una protezione per il 75-80%, per cui il feto è infettato prevalentemente in seguito a infezione materna di tipo primario.

Dei neonati infetti (circa 5.000/anno in Italia), almeno il 10% presenta manifestazioni cliniche. Tra queste le più gravi sono neurologiche, quali sindromi convulsive, microcefalia, idrocefalo, calcificazioni e difetti di sviluppo delle circonvoluzioni cere-

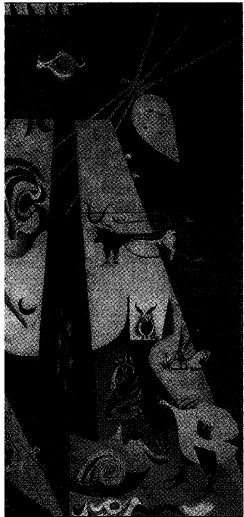
La terapia dell'infezione congenita da Citomegalovirus può avvertirsi del ganciovirus, che dovrebbe essere somministrato precocemente e per un tempo protratto, con lo scopo d'imbire la replicazione virale più a lungo possibile. Infatti, il virus si riattiva appena viene sospesa la terapia. Poiché i pochi studi effettuati prevedevano l'uso endovenoso del ganciovirus, la somministrazione veniva effettuata non oltre 6 settimane.

Probabilmente per questo motivo alcuni bambini, malgrado il tratta-

brali, atrofia cerebrale e cerebellare. Conseguenza purtroppo frequente di queste encefalopatie sono gravi ritardi psicomotori e sindromi spastiche. Inoltre, nel 20% delle infezioni sintomatiche alla nascita e nel 5-10% di quelle asintomatiche, si sviluppa una sordità neurosensoriale, che è seguita da mutismo quando è bilaterale. Una percentuale ignota, probabilmente elevata, di sordità, encefalopatie congenite, disturbi mentali e comportamentali, potrebbe essere dovuta a in-

valorizzare la metodica nei vari momenti del percorso

fatti e non parole delle Regioni e l'Assr può fare da raccordo



Certamente, sarebbe utile che il rafforzamento dell'investimento del Ssn sull'Hta non fosse semplicemente un allinearsi a un trend internazionale copiando esperienze di altre realtà, ma trovasse l'opportunità da una parte di misurarsi, anche in modo innovativo, con i problemi posti dalla moderna assistenza sanitaria, dall'altra di trovare a proprio sostegno un sistema di relazioni che consenta di avvalorare pienamente delle competenze, esperienze, risorse già presenti nelle singole realtà regionali.

Relativamente al primo aspetto di tratta di individuare nel tema generale del governo delle innovazioni l'elemento centrale su cui sviluppare approcci che consentano ai servizi di mantenere attiva la propria naturale propensione al cambiamento, ma in un contesto che consenta di essere al contempo critici verso l'adozione di nuove tecnologie e in condizioni di valutarne l'impatto. Relativamente al secondo punto, tenendo conto delle specificità del nostro contesto, un modello italiano per l'Hta, dovrebbe avere come obiettivi principali: la costruzione di una rete che colleghi in modo costruttivo tutte le esperienze di Hta presenti a livello regionale; il coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate nel processo di Hta (associazioni di pazienti e cittadini, professionisti, industria, rappresentanti aziendali); la diffusione della

metodologia Hta riconosciuta dalla comunità internazionale e l'implementazione delle valutazioni; la valorizzazione delle attività di ricerca esistenti in materia sia da parte di Istituti scientifici che delle Università.

In questo quadro tutti i soggetti della governance nazionale del sistema sanitario possono svolgere un ruolo appropriato, da quello regolatore del sistema a quello dell'approfondimento tecnico-scientifico o della predisposizione di strumenti e metodi.

L'obiettivo è quello della creazione di un sistema a rete che sappia valorizzare, nei vari momenti del percorso Hta, dalla fase di prioritizzazione, in quella scientifico-valutativa, di implementazione dei sistemi e di confronto, integrazione e diffusione delle esperienze, le realtà e le competenze delle Regioni, titolari della potestà organizzativa dei servizi, sia attraverso gli uffici regionali che le Agenzie regionali a cui sia stata attribuita la competenza specifica.

L'Agenzia per i Servizi sanitari regionali può avere un ruolo chiave come nodo di raccordo nella rete tra i soggetti di un sistema che si caratterizza per la sua complessità, non solo tecnico-operativa, ma soprattutto di relazioni.

* Direttore Agenzia servizi sanitari regionali (Assr)

** Direttore Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna

menzioni plurime, economiche ma anche di efficacia, sicurezza, accettabilità etica e sociale, è dunque necessario pensare alla formalizzazione istituzionale delle attività di Hta, in modo da supportare le scelte di programmazione sanitaria ai vari livelli. Si tratta probabilmente di un cammino lungo, che può però giovare delle esperienze presenti a livello internazionale e nazionale.

EVIDENCE BASED HISTORY OF MEDICINE

Date un "preventorio" alla povertà

DI DONATELLA LIPPI*

Nella patocenosi della civiltà occidentale contemporanea è tornata a essere protagonista la tubercolosi: legata ai contesti in cui si consumano le nuove povertà o a situazioni di particolare debilitazione organica, la Peste bianca, da tempo non più interprete delle pagine della letteratura o ispiratrice di musicisti e pittori, nei sospiri di Violetta e Forestier, è di nuovo misura del paradigma sociale e sanitario.

Prima della scoperta della terapia, che è relativamente recente e lineare, in quanto la streptomina venne utilizzata a partire dalla metà del Novecento, l'unico rimedio per contrastare la tubercolosi era l'isolamento: la montagna di Davos di Mann e l'India di Gozzano disegnano la risposta aristocratica a questa patologia. Figlia della rivoluzione industriale, che aveva sconvolto il sistema abitativo inventando le periferie, sovraffollate e malsane, la tubercolosi ha rappresentato a lungo una delle sfide più difficili e insidiose per la medicina e per la società: la lotta al tubercoloso, più che alla tubercolosi, si combatteva soltanto attraverso l'emarginazione dei malati, a cui vennero dedicate apposite strutture, nelle quali si garantiva di godere di aria buona, bagni di sole, alimentazione adeguata. La durata di questa cura igienico-dietetica e climatica era variabile, ma l'efficacia era sempre molto relativa e precaria; i malati, infatti, venivano dimessi quando erano clinicamente guariti, ma non anatomico-patologicamente sanati: le caverne continuarono a produrre bacilli e le recidive mietevano impietosamente le loro vittime.

In mancanza di una terapia adeguata, diventava fondamentale battere il *Mycobacterium* sul tempo, ma ogni intervento preventivo si scontrava con la difficoltà di recidere il male alla radice: cambiare le condizioni di vita, soprattutto delle categorie a rischio, prima che la malattia venisse contratta.

Sarebbe stato necessario intervenire con una politica sociale e assistenziale per tutelare i poveri, che vivevano affollati in abitazioni trop-

po piccole, in promiscuità, alimentandosi in modo inadeguato e sottoponendosi a lavori pesanti in ambienti malsani e insalubri.

Fu solo un esperimento, ma avrebbe potuto indicare la via: nel 1907, sulle pendici dei colli di Fiesole, Enrico Pieragnoli, un medico, tanto uomo di scienza quanto di carità, per usare un'endiadi che piacque al giovane Picasso, utilizzava la propria villa, per costruire un "preventorio".

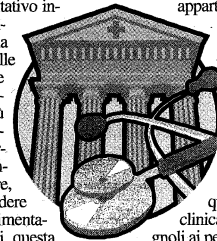
Pieragnoli destinò questa struttura, immersa nel verde e adeguatamente attrezzata, ai bambini "predisposti alla tubercolosi": non si trattava di curare la malattia, ma di contrastare l'insorgenza, agendo sui soggetti più deboli, ai quali era possibile offrire una chance di vita diversa.

Vennero individuati alcuni ragazzini, che

appartenevano a famiglie disagiate e che avrebbero potuto facilmente contrarre la malattia all'interno del contesto familiare: nel Preventorio di Vinciagliata, ricevevano una adeguata alimentazione, si sottoponevano a bagni di sole sulle ampie terrazze e conducevano uno stile di vita corretto. Durante l'estate, le colonie marine e montane integravano questo trattamento. La valutazione clinica di questi casi, affidata da Pieragnoli ai periodici rescosotti, è la storia di una silenziosa vittoria: l'iniziativa, luminosa, ma isolata, del medico fiorentino continuò a sortire effetti positivi, finché gli fu possibile mantenere un impegno così gravoso, sostenuto dalle convinzioni scientifiche e dalle attitudini umane.

Più tentativi farmacologici parvero poi politicamente meno dispendiosi, nei confronti della scelta igienista: se l'esposizione dell'organismo dei malati alla tossina batterica individuata da Koch si era rivelata fatale, anche gli antibiotici ebbero, all'inizio, gravi conseguenze e molto caro fu il prezzo del disinganno di fronte ai fuochi fatui del trionfo della terapia.

* Storia della Medicina, Facoltà di Medicina, Firenze



I PERICOLI E LA PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE MATERNO-INFANTILE DEL CMV

del citomegalovirus, il nemico di gestanti e neonati

DI GIOVANNI NIGRO*

Terapia, immunoglobuline al centro degli studi italiani ed europei

mento antivirale, hanno sviluppato danni molto gravi. Negli ultimi anni, però, si è resa disponibile la versione orale del ganciclovir, il valganciclovir, che potrebbe prescrivere "off label" in quanto l'unica indicazione è la retinite da Cmv negli adulti trapiantati o con Aids. Il farmaco, contrariamente a quanto riportato nella scheda tecnica, presenta pochi e non rilevanti effetti collaterali nei soggetti immunocompetenti, quali i bambini con la sola infezio-

ne da Cmv, perché agisce in seguito a una tripla fosforilazione, che avviene quasi esclusivamente nelle cellule infettate da Cmv.

Tuttavia, quando i danni fetali sono molto gravi, la terapia antivirale potrebbe essere incapace di consentire un buon sviluppo psicomotorio o evitare la sordità. Sarebbe opportuno, quindi, iniziare la terapia anti-Cmv in gravidanza, per avere maggiori possibilità di prevenire o curare precocemen-

te la malattia citomegalica. Purtroppo, le informazioni sull'uso di antivirali in gravidanza sono molto scarse e incerte. Al contrario, in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 2005, il sottoscritto e colleghi hanno mostrato come le immunoglobuline anti-Cmv possano essere somministrate alle gravide con infezione primaria da Cmv sia a scopo preventivo che terapeutico della malattia fetale. Con un precedente articolo, pubbli-

cato sulla rivista *Fertility and Sterility*, avevamo evidenziato la possibilità di trattare anche l'infertilità da Cmv mediante immunoglobuline.

Purtroppo, non esistendo indicazione ufficiale, l'uso di immunoglobuline anti-Cmv in gravidanza non è concesso dal Servizio sanitario nazionale. Si spera che possano ottenersi risultati favorevoli da uno studio multicentrico europeo in fase organizzativa avanzata, per l'inserimento dell'indicazione nella scheda tecnica e quindi per l'uso gratuito in ospedale.

fezioni da Cmv non diagnosticate alla nascita.

Altre manifestazioni cliniche importanti dell'infezione congenita sintomatica sono polmonite ed epatite, talora persistenti ed evolventi in fibrosi, danni oculari (microftalmia, cataratta e coriorietinite) e gastroenteropatie (reflusso gastro-esofageo, enterocolite emorragica), probabilmente conseguenti a infezione delle cellule gastro-intestinali da parte del Cmv contenuto nel liquido amniotico, che

viene continuamente ingerito dal feto ed eliminato con le urine.

L'infezione attiva da Cmv, primaria o non, è presente nel 3-6% delle gravide: la primaria (0,7-4%) può associarsi a una sindrome simil-influenzale e aumento dei linfociti e delle transaminasi. La presenza in famiglia di bambini che frequentano asili nido, la giovane età della madre e l'appartenenza a un ceto sociale medio-alto rappresentano fattori di rischio. La diagnosi in gravidanza è basata sulla

ricerca degli anticorpi (IgG e IgM) anti-Cmv. La positività delle IgM può indicare un'infezione primaria ma anche una non primaria o una falsa positività da interferenze immunitarie. La determinazione dell'avidità delle IgG (cioè la capacità di catturare il virus da parte degli anticorpi) può consentire la differenziazione tra infezione primaria o non primaria.

La ricerca delle IgG e IgM anti-Cmv viene effettuata in alcune città italiane fino al 60-70% delle gravide

(spesso per la prima volta), malgrado non sia inclusa negli esami previsti dal Ssn. Va segnalato, comunque, che il nostro Paese è all'avanguardia rispetto ad altri quali Usa, Gran Bretagna, Germania e Francia, in cui la ricerca degli anticorpi anti-Cmv viene effettuata solo se si evidenziano danni fetali con l'ecografia. Se viene diagnosticata un'infezione primaria, per la diagnosi d'infezione fetale è necessaria l'amniocentesi per la ricerca del virus nel liquido amniotico, a

distanza di almeno 6-8 settimane dalla presunta sieroconversione (comparsa di anticorpi anti-Cmv in una gestante che ne era priva). Tale intervallo corrisponde al tempo necessario al virus per superare la barriera placentare. Anche se a volte l'infezione fetale si realizza in tempi inferiori, è necessario osservare queste regole per evitare falsi negativi (amniocentesi troppo precoce). L'eventuale infezione fetale non è equivalente a malattia fetale da Cmv: sono necessari controlli ecografici frequenti e accurati per evidenziare possibili danni precoci, quali ritardo di crescita intrauterina, epatosplenomegalia, ventricolomegalia, ascite, pielectasia, oligo/polidrammiosi. Si possono evidenziare anche anomalie ecografiche più gravi e generalmente tardive (dalla 26ª settimana) come microcefalia, idrocefalo, calcificazioni, idroce. Alcune manifestazioni ecografiche fetali possono regredire spontaneamente nelle gestanti con infezione non primaria.

A causa della scarsa conoscenza del grave problema sanitario rappresentato dall'infezione congenita da Cmv, conseguente soprattutto alla mancanza di protocolli diagnostici in gravidanza, non esiste ancora una terapia anti-Cmv basata su linee-guida nazionali o internazionali, sia in gravidanza che nel neonato.

* Direttore clinica pediatrica Università dell'Aquila

ALL'ESAME DELL'UNIFICATA

Assr, un biennio di controlli e proposte

L'obiettivo «prioritario e qualificante» 2007-2008 è quello di essere «supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Ssn». Questa la prima indicazione scritta in una proposta di intesa per la Conferenza unificata sugli indirizzi per il prossimo biennio dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Una bozza di intesa che già «entra» in qualche modo nel nuovo profilo dell'Assr che lo schema di Ddl sull'ammodernamento del Ssn disegna e che vede per l'Agenzia un ruolo potenziato al massimo non solo nel supporto delle politiche regionali tradizionali, ma anche di quelle innovative, come a esempio l'health technology assessment per il quale l'Assr si propone come cardine dei rapporti tra i soggetti coinvolti (v. anche pag. 10-11).

Tra i compiti che questo ruolo dell'Assr prevede c'è il monitoraggio delle variabili di qualità, efficien-

za ed equità del sistema sanitario, la predisposizione di indirizzi organizzativi e di processo per i servizi ospedalieri e territoriali, l'implementazione di innovazioni per la razionalizzazione e la qualificazione delle attività del Ssn. Ma anche il monitoraggio dei tempi di attesa e la definizione di proposte anti-liste di attesa, alla promozione di iniziative di confronto e di omogeneizzazione sull'accreditamento delle strutture e di promozione di iniziative per il monitoraggio di prezzi e tariffe.

L'Assr sarà poi anche il «braccio» della salute per affiancare le Regioni in forte difficoltà economica e in questo ruolo dovrà occuparsi del monitoraggio dello stato di attuazione dei piani di rientro secondo le scadenze previste, della valutazione delle criticità organizzative, economiche e qualitative dei sistemi sanitari delle Regioni interessate e dell'elaborazione di proposte di procedure e modelli organizzativi regionali e aziendali per superare le criticità rilevate.

I nuovi compiti dell'Agenzia

Rischio clinico e sicurezza del paziente

- Promuovere l'implementazione di reti collaborative e informative tra tutti i soggetti coinvolti
- Favorire condivisione e conoscenza di problemi, esperienze e soluzioni
- Implementare e monitorare sul territorio nazionale le buone pratiche per la sicurezza del paziente
- Comparare e valutare i modelli organizzativi di gestione a livello regionale e aziendale
- Promuovere e supportare l'attività regolamentare regionale in materia

Strutturazione delle reti ospedaliere

- Articolazione funzionale e organizzativa dei presidi ospedalieri
- Confronto tra standard di dotazione di pl e definizione di obiettivi di medio-lungo termine in relazione all'evoluzione di tecnologie e procedure operative, all'appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività e all'evoluzione dei bisogni

- Relazioni e meccanismi operativi di funzionamento dei presidi ospedalieri in rete
- Processi di riorganizzazione dei sistemi diagnostici con particolare riferimento alla diagnostica per immagini e quella di laboratorio

Educazione medica continua (supporto alla Commissione Ecm)

- Valutazione dei piani regionali e verifica dell'attuazione delle politiche per l'Ecm
- Raccolta di dati e indicatori per il monitoraggio del sistema, in particolare per quanto riguarda i provider, gli eventi, i crediti e la qualità
- Coordinamento del sistema informativo e della diffusione di informazioni
- Monitoraggio e valutazione dell'applicazione dei principi e dei requisiti
- Accreditamento per conto delle Regioni che non avendo la potenzialità per procedere autonomamente per provider ed eventi, richiedano il supporto della Commissione