

ORE12ITALIA

Sanità

POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 Periodico mensile n. 5-6 maggio giugno 2017

Neurologia
interventistica

Basilicata,
a misura di malato

Cattolici,
una casa di vetro

Endoprotesi,
svolta per l'aorta



Direttore Generale
dott. Domenico Alessio

Domenico Alessio, dg Umberto I di Roma
OSPEDALI, NO ALLA VIOLENZA



Associazione per la Lotta alla Trombosi
e alle malattie cardiovascolari

Via Ludovico da Viadana, 5 - 20122 Milano
tel. 02. 58 32 50 28 | alt@trombosi.org | www.trombosi.org

**Il 5x1000 ad ALT
non è una goccia nel mare,
ma un sorso di vita per molti.**

Per destinare ad ALT il 5x1000 con la prossima dichiarazione dei redditi, inserisci questo codice fiscale e la tua firma nel primo riquadro a sinistra, nell'area a sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative.

**Sostieni la Ricerca contro la Trombosi
e salvi 200.000 persone ogni anno.**

Per destinare il 5x1000 ad ALT Onlus:

CODICE FISCALE

970 526 801 50



Hic et nunc

Tra scandali veri e soprattutto presunti

di *Pietro Romano*

OGGI
VACCINI
NEGA
COST

Ai mezzi di comunicazione sono arrivate praticamente in contemporanea. Ma hanno ricevuto accoglienza ben diversa. Una notizia ha ottenuto le prime pagine, con richiami vistosi. L'altra solo fugaci spazi, con poche eccezioni lodevoli, come il "Quotidiano nazionale", il contenitore comune a Resto del Carlino-Nazione-Giorno, al quale ha impresso una benefica virata la direzione di Andrea Cangini. E' il destino della stampa al seguito della giustizia o, meglio, della magistratura.

Da un lato è stato chiuso il processo ai medici di numerosi ospedali e ad alcuni informatori scientifici, in combutta – secondo l'accusa iniziale – allo scopo di prescrivere farmaci in cambio di regali. L'inchiesta risaliva al 2012, le accuse pesanti: associazione per delinquere, corruzione, istigazione alla corruzione eccetera eccetera. Con l'aggravan-

te, non giudiziaria ma sociale, dell'infamia: con la salute non si scherza. E nemmeno si può scherzare con i conti all'osso della sanità pubblica: se si spreca da una parte, si toglie da un'altra. Magari si tolgono farmaci e cure. Ma il fatto, come ha spiegato lo stesso pubblico ministero, non sussiste, le indagini non hanno appurato l'accordo corruttivo, i quaranta imputati sono andati assolti.

A Parma invece è scoppiato l'ennesimo caso di malasanità, per ora presunta. La vicenda riguarda un primario di Parma che avrebbe compiuto test illegali sui pazienti, anche con farmaci ritenuti problematici. Si vedrà come procederà. Da cittadino comune, e potenziale paziente, mi piacerebbe che al più presto si appurasse la verità e, nel caso di colpevolezza conclamata, se proprio non si può buttare la chiave, s'infliggesse una pena esemplare. Possibilmente senza sconti né attenuanti. Ma gli accusati non possono attendere cinque anni per conoscere la loro sorte. Magari per sentirsi dire che il fatto non sussiste. E mettiamoci una pietra sopra. Come se fosse facile. Ma non possono attendere cinque anni nemmeno la sanità, l'industria farmaceutica, tutti noi. L'esperienza, infatti, insegna.

I tempi e le modalità applicative della giustizia italiana finiscono ricorrentemente nel mirino delle autorità europee. E molti quattrini dell'erario, quindi di noi contribuenti, vanno a risarcire le vittime della malagiustizia. Ma nel caso degli errori e dei polveroni legati alla sanità la situazione è molto più grave.

Non entro nel merito della polemica sui vaccini. Ma dimostra che, complice la diffusione in rete di opinioni spacciate per notizie, la sanità "scientifica" è sotto accusa. Lo scandalismo non aiuta a difenderla né a fare la necessaria chiarezza sulle accuse che le vengono rivolte, magari pure fondate, chissà. Né aiuta gli investimenti e le spese nella sanità pubblica il sospetto che possano essere dirottate impropriamente risorse provenienti dalla esosa tassazione. Un sospetto che porta anche a far crescere la scarsa fede nelle istituzioni, già così diffusa in Italia.

Passando all'economia, va osservato il ruolo che nell'economia italiana riveste l'industria farmaceutica che primeggia nelle classifiche nazionali per efficienza, innovazione, export, occupazione qualificata. Un settore strategico a sua volta minato dallo scandalismo, dalla faciloneria, dalla incompetenza di quanti si trovano per le mani argomenti delicati senza la necessaria preparazione ma che li trattano comunque con presuntuosa leggerezza. Da apprendisti stregoni.



EMERGENZA SANITARIA

di Domenico Alessio



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO

di Giuseppe Opocher



SANITÀ CATTOLICA

di Giovanna Pasqualin Traversa



DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI

01 HIC ET NUNC

05 LA LETTERA

25 NORME & SALUTE

34 NUOVE ENDOPROTESI AORTICHE

37 SPESE SANITARIE

48 LA PAGINA ROSA
LA CURA SIN DA PICCOLE

SOM



NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

di Alessandro Pedicelli



REGIONE BASILICATA SANITÀ A MISURA D'UOMO

di Marcello Pittella



UNITALSI PELLEGRINI PER SEMPRE

di Antonio Diella



TRATTAMENTI D'AVANGUARDIA CARDIOVASCOLARI

di Giovanni Tinelli

43 IO LA PENSO COSÌ

45 PIANETA SANITÀ

39 OPERATION SMILE

MARIO

SEGUICI SU:

WWW.ORE12ITALIA.EU



TWITTER



FACEBOOK

Mensile d'Informazione Economico Sanitaria

WWW.ORE12ITALIA.EU

Direttore Responsabile
Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Editoriale
Katrin Bove
katrin.bove@ore12italia.it

Associate Publisher
Nicola Carrassi

Redazione
redazione@ore12italia.it

Dipartimento Grafico
Progetto grafico: Jordi de La renta
Graphic designer & Photo Editor: Fabrizio Orazi

Divisione WEB:
Collettivo CreAttivi Ryancreation
www.ore12italia.eu
Registrazione Tribunale di Roma
n.99 del 24/05/2016



WWW.RICOMUNICARE.COM

Ore 12 Italia è pubblicato in Italia da RICOMUNICARE Srl
Via Appia Nuova, 153 - 00183 Roma

Registrazione Tribunale di Roma
n. 229 del 07/12/2016
Iscrizione ROC n. 26995

Stampa
Tipografia Brandi Snc
Via Orti della Farnesina, 9/a
00135 Roma

Hanno contribuito a questo numero:
Domenico Alessio, Katrin Bove, Ornella Cilona, Antonio Diella, Gaetano Lanza, Giuseppe Opocher, Giovanna Pasqualin Traversa, Alessandro Pedicelli, Renato Pedullà, Marcello Pittella, Domenico Scopelliti, Carlo Setacci, Giovanni Tinelli.



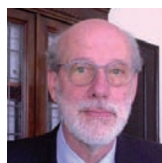
LE FIRME



Dott. Domenico Alessio
Direttore Generale
Azienda Policlinico Umberto I Roma



Prof. Domenico Scopelliti
Direttore Unità Operativa di Chirurgia Maxillo Facciale
Asl RM1 Ospedale San Filippo Neri, Roma



Prof. Giuseppe Opocher
Direttore Scientifico
Istituto Oncologico Veneto IRCCS, Padova



Prof. Gaetano Lanza
Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare
Ospedale Multimedicale, Santa Maria di Castellanza, Varese



Prof. Carlo Setacci
Direttore Unità di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Neuroscienze, Università di Siena



Dott. Renato Pedullà
Dottore Commercialista in Roma

• NUMERO 3 •



Cari lettori,
siamo alle porte della stagione calda, delle tasse. Entro la fine di giugno va chiuso il conto con lo Stato sui redditi dell'anno scorso, pagando la rimanenza delle imposte.
In questo numero approfondiamo l'argomento, in particolare sulle detrazioni sanitarie, con l'articolo di Renato Pedullà a pag. 37.
Da quest'anno il modello di dichiarazione si chiama proprio "Redditi", sostituisce Unico ma rimane nella sostanza la stessa cosa.
La variante consiste nell'essere già precompilato dall'agenzia delle Entrate come il modello 730.
Redditi è declinato in diverse sigle, che individuano le diverse categorie di contribuenti tenuti a utilizzarlo.
Soffermandoci sulle persone fisiche e pensionati l'attenzione ricade su tre vie per fare i conti con il fisco.
La prima è il già conosciuto modello 730, la seconda e la terza sono i modelli Redditi PF nelle versioni Redditi PF Web e Redditi PF On line.
Quindi, il 730 è il modello pensato per i lavoratori dipendenti e i pensionati, cioè quei contribuenti che hanno un "sostituto d'imposta".
Il modello Redditi PF Web è un applicazione on line, messa a disposizione dall'Agenzia delle Entrate, per compilare i principali quadri del modello e trasmetterli direttamente al Fisco, ma non possono utilizzarlo le persone soggette agli studi di settore e con redditi da partecipazione.
Il modello Redditi PF On line, invece, è il software completo per la compilazione del modello che è utilizzabile da tutti i contribuenti previa installazione sui propri computer.
In sostanza il modello Redditi PF Online è il programma che possono usare tutti i tipi di contribuenti, sia quelli ammessi al 730 e sia quelli del modello Redditi PF Web, come ovviamente quei contribuenti che devono necessariamente utilizzarlo perché titolari di partita Iva, di Imprese o di professionisti soggetti agli studi di settore.
Di rilevanza, inoltre, sono i termini di presentazione. È vero che c'è tempo per presentare il modello della dichiarazione dei redditi entro il 2 ottobre 2017, ma molto prima devono essere versate le imposte, e cioè entro il 30 giugno.
Ne deriva che entro quest'ultima data occorrerà necessariamente aver compilato la dichiarazione per capire il proprio debito, o meno, con lo Stato.

Roberto Dore



**FORNITURE DI APPARECCHIATURE
E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI**

SERVIZIO ASSISTENZA

PRE E POST VENDITA 24/24

**IL NOSTRO SERVIZIO PREVEDE, ANCHE NEI
GIORNI FESTIVI, L'ASSISTENZA TECNICA IN
SALA OPERATORIA DEL PROPRIO
PERSONALE ALTAMENTE SPECIALIZZATO
E SEMPRE AGGIORNATO.**



LA NOSTRA AZIENDA TALENT MEDICAL DEVICES

Da sempre TMD - Talent Medical Devices S.r.l. opera nel settore delle forniture di Apparecchiature e Presidi Medico Chirurgici, servendo le principali Strutture Pubbliche e Private della Regione Lazio e di altre Regioni del Centro Sud.

L'aver stipulato contratti di Distribuzione in Esclusiva con Produttori Nazionali e Aziende Multinazionali di rilievo, le ha permesso di commercializzare prodotti di alta specializzazione per la linea CardioVascolare, CRDM ed Elettrostimolazione.

Grazie alla propria struttura dotata di Customer Service, articolata rete vendita, logistica, magazzini propri e parco automezzi, la Talent Medical Devices S.r.l. ha basato il proprio elemento di distinzione sul rapporto diretto e personale che ha con i propri clienti, sulla capacità di essere in grado di provvedere in tempo reale a qualsiasi richiesta, fornendo un Servizio di Assistenza Pre e Post vendita attivo 24 ore su 24.

TMD Talent Medical Devices S.r.l.

Via Roberto Rossellini, N.54 - 00137 - Roma

Tel. +39 06 86899629, Fax +39 06 90216546

EMERGENZA OSPEDALIERA

AUMENTANO VIOLENZE E AGGRESSIONI OPERATORI SANITARI A GRAVE RISCHIO

di *Domenico Alessio*

Il fenomeno delle aggressioni e della violenza contro gli operatori sanitari sta ricevendo un'attenzione crescente anche in Italia, poiché purtroppo crescenti sono le segnalazioni del loro verificarsi. Il Ministero della Salute ha provveduto a inserire tra gli *Eventi Sentinella* ad alta criticità proprio *"Gli atti di violenza contro gli operatori sanitari"*, elaborando inoltre alcune Linee Guida indirizzate alle Organizzazioni sanitarie al fine della contenzione di tale fenomeno (*Raccomandazione n 8 del 2007*). Le aggressioni e gli atti di violenza comportano implicazioni nell'ambito della sicurezza e della salute sul posto di lavoro, con risvolti psicologici per le conseguenze subite, sul senso di paura che può generare anche sugli altri colleghi e per tutti i risvolti etici e medico-legali che tali situazioni comportano. Sembra inspiegabile che operatori della salute, che lavorano duramente, sempre più frequentemente in condizioni difficili, con turni pesanti, con la missione di assistere e prendersi cura degli altri, di giorno e di notte, possano venir aggrediti, spesso verbalmente, talora proprio fisicamente, anche con lesioni, dagli stessi pazienti e dai loro familiari.

Eppure i dati a livello nazionale, così come alcuni fatti di cronaca riportati sui media, evidenziano che il fenomeno dei comportamenti violenti si declina con diverse sfaccettature: va infatti dalle minacce verbali, all'aggressione verbale, al danneggiamento di beni dell'ospedale o dell'ambulatorio, con l'uso di coltelli, bottiglie o addirittura armi da fuoco e inoltre, può essere caratterizzata da comportamenti di vendetta fuori dall'ospedale, fino all'estremo della vio-

lenza fisica perpetrata contro l'operatore con lesioni anche gravi o addirittura gravissime. In rari casi purtroppo si arriva fino all'omicidio del sanitario.

La violenza colpisce più spesso il personale infermieristico, sia maschile che femminile, con aggressioni verbali e fisiche. In seconda misura il personale medico, con aggressioni più spesso verbali che fisiche, coinvolgendo recentemente anche il personale di *front-line* come quello dei Cen-





tri di prenotazione o di pagamento (*casse ticket*). Le aggressioni vengono attuate tanto dai pazienti che dai loro familiari o accompagnatori e così come evidenziato dallo stesso Ministero della Salute interessano soprattutto le aree dell'Emergenza ed Accettazione e in secondo luogo l'ambito psichiatrico, oltre ad alcuni altri settori come la pediatria e la geriatria.

Probabilmente le ragioni sono molteplici, sicuramente le possibili lunghe attese per una visita medica favoriscono atteggiamenti aggressivi da parte dei cittadini; in particolare in Pronto Soccorso, dove a causa del sovraffollamento le lunghe attese possono interessare i "Codici bianchi e verdi". Tali pazienti, affetti da patologie considerate "urgenze differibili" e "non urgenze", possono (anche per la scarsa comprensione e informazione ai cittadini sul fatto che in Pronto Soccorso hanno ovviamente la precedenza i Codici rossi e gialli e le persone con condizioni a rischio della vita) avere atteggiamenti aggressivi legati alla frustrazione e alla rabbia causata dall'attesa. Altre motivazioni possono essere individuate nella reazione esasperata al dolore di una cattiva diagnosi o di un lutto, la carenza di personale di accoglienza, ma riguardano, inoltre, anche cambiamenti generali della società, come ad esempio un aumento dell'uso di alcol e droghe, la tendenza a minor rispetto verso le figure sanitarie, la pretesa di prestazioni immediate, l'aspettativa di salute con

l'illusione che la medicina debba curare sempre tutto e tutti e risolvere ogni problema. Finanche l'eco di presunta "malasanità" sui giornali alimenta sentimenti negativi verso la sanità pubblica e i sanitari che in essa operano. Esistono, poi, persone di scarso grado educativo e con una "cultura della violenza" o con disturbi della personalità e quindi facilmente aggressivi, impulsivi, poco capaci di controllo di sé, che in Ospedale manifestano queste sgradevoli caratteristiche come in altri luoghi (per strada, al lavoro, in casa).

In certi casi, purtroppo, l'incrementarsi del fenomeno è facilitato anche da comportamenti del personale sanitario stesso, che per stanchezza, troppo carico di lavoro, o per incompetenza, ignora le richieste degli assistiti, risponde in modo brusco o inappropriato a lamentele o doglianze. Anche una cattiva comunicazione tra operatore-paziente o peggio una ridotta abilità di comunicazione in ambito professionale, soprattutto se sotto stress, è stata identificata come facilitante casi di aggressioni e violenza contro i sanitari.

L'Azienda Policlinico Umberto I monitorizza il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario analizzando i dati ottenuti mediante scheda di segnalazione (*Incident Reporting*) da parte degli operatori (*indicatore oggettivo*) e esaminando quanto emerso dalle risposte a questionari specifici d'indagine (*indicatore soggettivo*), somministrati

in alcuni reparti a maggior rischio e rivolti a tutto il personale delle strutture che ha accettato di partecipare.

Per gli indicatori oggettivi nel biennio 2015-2016, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I° di Roma le segnalazioni di aggressioni oggetto di *report* al *Clinical Risk Manager* (*dr.ssa Anna Guzzo*) aziendale sono state in totale n. 56 di cui n. 16 (pari al 28,6%) presso il Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA), n. 6 (pari al 10,7%) presso il Dipartimento di Neurologia e Psichiatria. Nel DEA n. 14 aggressioni (pari al 87,5%) hanno riguardato gli infermieri e n. 2 (pari al 12,5%) i medici. Nel Dipartimento di Neurologia e Psichiatria n. 3 (pari al 50%) aggressioni hanno riguardato gli infermieri e n. 3 (pari al 50%) il personale medico. Sul totale delle segnalazioni di aggressioni, nel periodo preso in esame, n. 42 (pari a 75%) riguardano gli infermieri, n. 10 (pari a 17,9%) i medici e n. 4 (pari al 7,1%) gli amministrativi del *Centro Unico di prenotazione* (CUP). Sempre dall'analisi delle segnalazioni emerge che complessivamente prevalgono di poco le aggressioni verbali: n. 29 (pari a 51,8%) rispetto a quelle fisiche n. 27 (pari a 48,2%) e che nel DEA n. 11 (pari a 68,75%) sono verbali e n. 5 (pari a 31,25%) fisiche mentre nel Dipartimento di Neurologia e Psichiatria (vista la tipologia di pazienti ricoverati) si registra il 100% di aggressioni fisiche.

Per gli indicatori soggettivi, attraverso uno studio recente del *Prof. Mario Fioravanti* e collaboratori (2017) effettuato presso la nostra Azienda, sono stati intervistati 383 operatori del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (*Dir. Prof. Claudio Modini*) e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (*Dir. Prof. Massimo Biondi*).

Lo studio ha indagato in modo retrospettivo la percezione della violenza sul lavoro con un questionario appositamente costruito per misurare la presenza di conseguenze vissute dal lavoratore. Ben il 96% degli operatori riporta di aver assistito ad almeno un episodio di violenza negli ultimi 5 anni, con l'87% che riporta di essere stato personalmente aggredito da un paziente o un familiare. In più di metà dei casi questo ha comportato vissuti di sofferenza ed umiliazione, con riduzione del benessere fisico e psichico, in particolare le operatrici. Molto basse fortunatamente conseguenze come le assenze dal lavoro (3%) e bassa la riduzione delle prestazioni (5%). Gli aggressori sono risultati familiari (33%), pazienti stessi e parenti (28%), solo pazienti (17%). Secondo gli aggrediti le problematiche causa dell'evento sono molteplici: uso di droghe e alcol, lunghe attese, disturbi psicopatologici e altri problemi clinici.

Come si vede, il fenomeno è purtroppo *in crescita*, le cause molteplici, le conseguenze ricadono prioritariamente sul personale addetto all'emergenza (Pronto Soccorso),



Domenico Alessio

pertanto sarebbe auspicabile introdurre azioni di miglioramento tra le quali:

- *migliorare il funzionamento del territorio per garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini almeno per quanto concerne le patologie minori. Infatti l'Ospedale attraverso il Pronto Soccorso oltre ad affrontare situazioni di emergenza/urgenza come dovrebbe essere, è costretto purtroppo a fronteggiare anche le deficienze assistenziali che si registrano sul territorio stesso;*
- *abbattere i tempi lunghi delle liste di attesa che spesso sono all'origine di accessi impropri al Pronto Soccorso;*
- *programmare la formazione continua del personale per migliorare la comunicazione sanitario-paziente che sicuramente incide sul contenimento dei comportamenti aggressivi e violenti da parte dei cittadini;*
- *adeguare la struttura dell'area dell'emergenza a quanto previsto dalla normativa del D.Lgs 81/2008.*

I provvedimenti e gli interventi sicuramente sono molteplici e l'Azienda Policlinico ha iniziato un percorso in tale senso. Infatti si è voluto migliorare la comunicazione con l'utenza, per agevolarne l'accesso e la fruibilità alla nostra struttura ospedaliera, attraverso una *toponomastica* intitolata ai grandi medici del passato (di recente inaugurata) tenuto conto che il Policlinico è una città con 57 Padiglioni

e 6 km di strade interne.

Altre azioni mirate sono legate ad una particolare attenzione alle segnalazioni di aggressioni agli operatori sanitari, in quanto consentono l'attivazione di *audit* mirati facilitando l'introduzione di azioni di miglioramento e l'assistenza psicologica al lavoratore per ridurre il frequente sentimento di solitudine delle vittime.

Inoltre – nel rispetto del Dlg 81/08 - il personale viene formato sul rischio (luoghi, agenti, contesti) e sulle tecniche utili per migliorare le capacità di comunicazione. Infatti, nel nostro Ospedale, dal 2014, vengono svolti corsi di formazione con il metodo END – “*La qualità del rapporto operatore-paziente: tecniche di comunicazione*”, in collaborazione tra la Clinica psichiatrica, il Clinical Risk Manager, l'Ufficio di Formazione ECM del Policlinico. Sinora sono stati formati 234 operatori, con gradimento e risultati soddisfacenti. Il piano formativo annuale prevede almeno 4 Corsi all'anno, accreditati ECM, rivolto agli operatori di vari

Il Policlinico Umberto I di Roma monitorizza il fenomeno analizzando i dati ottenuti mediante schede di segnalazioni e questionari al personale

profili professionali mediante un addestramento specifico volto a riconoscere le situazioni a rischio e a rispondere con procedure di *comunicazione empatica* (E), *comunicazione normalizzante* (N) e soprattutto *deescalation* (D). Il metodo di comunicazione END – messo a punto dal Prof. Massimo Biondi (2013) - mette a fuoco e addestra proprio a formare il personale in queste abilità per gestire situazioni di criticità ed emergenza e prevenire anche comportamenti di aggressioni e violenza. Lo stesso metodo costi-



Una ricetta: migliorare la comunicazione con gli utenti, agevolare l'accesso alle strutture ospedaliere e la loro fruibilità

tuisce l'oggetto di una specifica procedura aziendale a cui fare riferimento.

Il percorso da compiere è certamente ancora lungo su vari fronti, ma la risposta e l'impegno a riguardo sono iniziati.

SANITÀ CATTOLICA UNA CASA TRASPARENTE

di Giovanna Pasqualin Traversa

Essere una “casa di vetro che guarda oltre le proprie pareti e al cui interno tutti possono guardare, trasparente e in uscita, attenta alle periferie”. Promuovere il lavoro in rete perché nessuno è un’isola. Migliorare ulteriormente la formazione degli operatori e puntare sempre più all’eccellenza. Rendere più visibile la presenza dell’Aris nel tessuto della sanità italiano. Queste le priorità e le linee d’impegno per padre Virginio Bebbber, camilliano, da qualche giorno nuovo presidente dell’Associazione religiosa degli istituti socio-sanitari (Aris) che riunisce complessivamente 235 strutture sanitarie cattoliche: 26 tra Irccs; 17 ospedali classificati; 10 presidi Asl; 36 case di cura; 31 residenze sanitarie assistenziali (Rsa) ed ex istituti psichiatrici. A fare la parte del leone sono i centri di riabilitazione: 115. A questi numeri occorre aggiungere la Fondazione Don Gnocchi con i suoi due Irccs e i suoi centri di riabilitazione diffusi sul territorio, e altre realtà che hanno presentato richiesta di adesione.

Padre Bebbber è stato eletto lo scorso 14 marzo durante l’Assemblea generale a Roma per il rinnovo delle cariche. Nato a Mezzolombardo, in provincia di Trento, nel 1944 e

ordinato sacerdote nel 1970, dopo aver ricoperto numerosi incarichi, è attualmente superiore della comunità della Casa di cura San Camillo di Cremona. Al neopresidente, che resterà in carica per cinque anni, chiediamo su quali punti concentrerà il suo impegno alla guida dell’associazione che dallo scorso settembre ha un nuovo statuto, approvato dal Consiglio episcopale permanente della Cei, in sostituzione del precedente del 1990.

Quali le sfide e le priorità dal punto di vista sanitario?

Anzitutto la crisi economica che ha condotto 11 milioni d’italiani a rinunciare alle cure. Già da diversi anni ho denunciato in Lombardia l’avanzare di una povertà strisciante che spingeva persone, all’atto del pagamento del ticket, ad annullare le visite o le prestazioni prenotate. Molte delle nostre strutture in quella Regione praticano da tempo tariffe agevolate e, per quanto ci riguarda, è questa la direzione da intraprendere o sulla quale proseguire. Credo però che lo Stato dovrebbe rivedere la politica dei ticket, altrimenti il risparmio di oggi rischia di tradursi in aumento delle malattie e della spesa sanitaria nazionale nei prossimi anni.

**IL MEDICO È
PER LA VITA,
NON PER LA MORTE.
E’ UN ALLEATO
DELL’AMMALATO**



Virginio Bebbber

**TECNOLOGIE
E SERVIZI BIOMEDICALI**



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS

VIOLATECH S.R.L

Via Durban, 4 • 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it



In che modo la trasformazione dello “statuto” della medicina e le questioni del fine vita vi interpellano dal punto di vista pastorale?

La nostra mission è guardare i pazienti terminali negli occhi, accudirli, accompagnarli con le migliori possibilità offerte dalla medicina, le cure palliative. Rifiutando l'accanimento terapeutico ma mettendoli in condizioni di vivere bene gli ultimi istanti di vita. Del resto è in una nostra struttura, la casa delle Ancelle della Carità di Brescia, che a metà degli anni Ottanta è nata la Domus salus, primo hospice in Italia. La morte è un momento di straordinaria intensità umana e cristiana e la pastorale è vicinanza, saper pregare con il malato, dire una parola che conforti, è soprattutto accompagnare con affetto.

La preoccupa il cosiddetto testamento biologico?

Sì. Le nostre strutture sono e dovranno continuare ad essere per la vita, mai per la morte. La legislazione contemplava già l'accompagnamento del fine vita con le cure palliative e la sedazione. Il nodo vero è che andrebbero garantite in modo equo in ogni Regione, senza costringere i pazienti a peregrinare da un luogo all'altro. La questione è molto delicata, ma ribadisco che il medico è per la vita, non per la morte. Occorre lasciargli, in scienza e coscienza, la valutazione e la responsabilità delle decisioni pur nel confronto con il paziente e i suoi familiari. Non si può pensare di prescindere dall'alleanza “medico-paziente”.

Quali le linee operative definite dall'assemblea generale?

Essenzialmente due. Anzitutto spingere i nostri associati a lavorare in rete. A non sentirsi isole perché oggi nessuno può essere autosufficiente, il che non è voler entrare nel merito delle singole gestioni ma condividere. Solo una rete efficiente può dare risposte globali e adeguate alle esigenze odierne. La seconda priorità è puntare sempre più all'eccellenza e migliorare ulteriormente la formazione degli operatori, non solo dal punto di vista tecnico ma nell'approccio umano all'ammalato che, come ricorda il nostro fondatore, “è il nostro signore e padrone”. Per questo non basta fornire competenze tecnico-scientifiche al massimo livello; occorre mettere tanto cuore nelle mani che curano.

Su quali priorità si concentrerà il suo impegno nei prossimi cinque anni?

Dobbiamo rendere più visibile la presenza dell'Aris nel tessuto sanitario del Paese nel quale occupiamo una posizione non certo di nicchia. Il 98% delle nostre strutture è accreditato e a contratto con il servizio sanitario nazionale o regionale; copriamo quasi l'80% della riabilitazione, sia per i bambini sia per gli anziani. Vogliamo essere interlocutori del ministero della Salute, sentirci attori in questo scenario. È inoltre urgente una maggiore attenzione alle periferie.

ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

IL TRATTAMENTO DEGLI ANEURISMI CEREBRALI

di *Alessandro Pedicelli**

Gli aneurismi cerebrali sono anomalie vascolari costituite da una "sacca" con delle pareti molto fragili lungo la parete di un'arteria intracranica. Il principale rischio di un aneurisma è la sua rottura con insorgenza di emorragia subaracnoidea e con conseguente morte quasi immediata del paziente nel 30-40% dei casi. In Italia si registrano circa 5000-7000 casi l'anno di emorragia da aneurisma. L'aneurisma intracranico può essere riscontrato quindi alla sua rottura o - quando raggiunge notevoli dimensioni - per la compressione di strutture cerebrali o nervi cranici adiacenti con conseguenti deficit neurologici, oppure incidentalmente durante studi di imaging cerebrale (TAC, risonanza magnetica cerebrale).

Il trattamento di questa patologia oggi è affidato a procedure endovascolari o alla chirurgia tradizionale. Negli ultimi decenni, lo sviluppo e il miglioramento delle apparecchiature di imaging diagnostico e dei materiali nell'ambito della Neuroradiologia Interventistica, ha permesso di favorire il trattamento percutaneo, gravato da minori rischi e complicanze, rispet-

to alla chirurgia tradizionale che si effettua tramite il clipping del collo dell'aneurisma attraverso una craniectomia; tuttavia, in alcune situazioni cliniche e anatomiche sfavorevoli la chirurgia rimane il trattamento di prima istanza. Attualmente l'angiografia digitale per cateterismo è da considerarsi ancora esame gold-standard per la valutazione degli aneurismi cerebrali rispetto alle metodiche di

imaging non invasivo quali TAC e risonanza magnetica e tramite questa metodica può essere effettuato il trattamento endovascolare dell'aneurisma (detto anche "embolizzazione"). In primo luogo viene eseguita una valutazione angiografica completa per determinare la posizione dell'aneurisma nell'ambito della vascolarizzazione intracerebrale, la morfologia, le dimensioni e le sue relazioni con le vi-



fig. 1



cine strutture cerebrali (**figura 1**; la freccia indica l'aneurisma lungo i vasi cerebrali). A questo punto, dopo uno studio completo, viene eseguito il trattamento endovascolare. Un introduttore si inserisce nell'arteria femorale dopo puntura all'inguine e un catetere si porta all'origine cervicale dei vasi cerebrali selezionati come accesso al circolo intracranico. Attraverso il catetere principale si fa procedere poi un microcatetere che viene portato fin dentro la sacca aneurismatica. Usando questo microcatetere, si rilasciano alcune piccole spirali metalliche nell'aneurisma in modo da ottenere uno stretto gomito per impedire l'ingresso del sangue nella sacca ed eliminando in questo modo il rischio di successiva rottura. Le spirali metalliche a rilascio "controllato", oggi utilizzate in tutto il mondo come trattamento primario degli aneurismi cerebrali, sono state sviluppate negli anni '80 e sono un'invenzione tutta italiana del prof. G. Guglielmi che ha permesso una vera e propria rivoluzione delle possibilità terapeutiche endovascolari in quegli anni. L'intera navigazione intracranica ed il posizionamento delle spirali all'interno della sacca aneurismatica è eseguita sotto guida dei raggi X su schermi collocati davanti all'opera-

tore neuroradiologo interventista. In alcuni casi, quando la larghezza del collo dell'aneurisma è troppo grande rispetto alla dimensione della sacca, sono necessarie metodiche più "avanzate" per impedirne la fuoriuscita in arteria. A tal fine si utilizzano tecniche di "rimodellamento" in cui un piccolo palloncino viene collocato di fronte al collo dell'aneurisma; questo palloncino viene gonfiato temporaneamente durante l'inserimento delle spirali per impedirne la fuoriuscita e viene rimosso al termine del procedimento. A volte, quando il collo è troppo grande, può essere necessario introdurre uno stent. Uno stent è un piccolo cilindro metallico, a maglie, che viene portato di fronte al collo dell'aneurisma e utilizzato come un "ombrello" nel vaso genitore. Ha lo scopo di mantenere le spirali all'interno della sacca aneurismatica e di ridurre il flusso di sangue nella sacca stessa. Il problema del trattamento con queste tecniche non impedisce tuttavia la possibile riapertura dell'aneurisma nel tempo, soprattutto se dimensioni e colletto dell'aneurisma sono molto ampi. Per tale motivo sono oggi utilizzabili degli stent molto particolari sviluppati dalla tecnologia circa 10 anni fa; questi, posizionati nell'arteria principale, di fronte al

collo dell'aneurisma, grazie alle maglie molto fitte da cui sono composti, permettono di deviare il flusso di sangue ("flow-diverter") dall'interno dell'aneurisma. Lo sviluppo di questo tipo di stent rappresenta sicuramente la seconda rivoluzione dopo quella delle spirali di Guglielmi del secolo scorso. La cosiddetta "diversione di flusso" è un meccanismo per cui il flusso ematico è mantenuto regolarmente nel vaso in cui è posizionato lo stent, mentre viene "deviato", ovvero rallentato e ridotto all'interno dell'aneurisma. Tale fenomeno permette la trombosi spontanea e completa della sacca aneurismatica senza l'utilizzo di spirali metalliche e soprattutto la chiusura definitiva della lesione nel tempo, senza possibilità di riapertura. Un altro vantaggio di questa tecnica è rappresentato dalla possibilità di "shrinkage" (contrazione, restrizione) dell'aneurisma che nel tempo si sgonfia come un palloncino e, nel caso sia causa di compressione di strutture cerebrali o nervi cranici, in questo modo non esercita più l'effetto massa e di conseguenza può risolversi il deficit neurologico associato (**figura 2a**: risonanza magnetica che mostra un aneu-

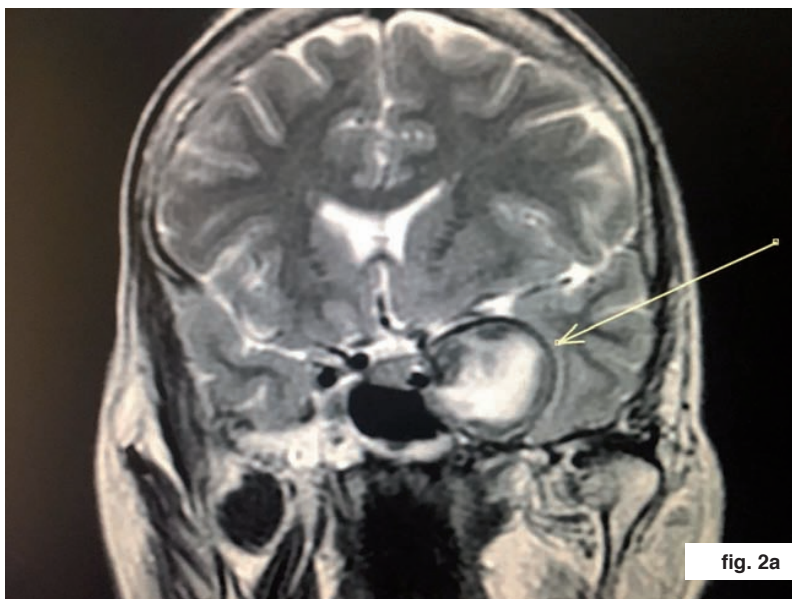


fig. 2a

li è fondamentale che l'intervento sia effettuato in centri qualificati e di eccellenza, con apparecchiature e microtecnologie avanzate, da operatori neuroradiologi esperti, e un'equipe che, oltre agli operatori, comprenda anestesisti, infermieri e tecnici di radiologia dedicati sia per gli interventi in elezione che in condizioni d'urgenza.

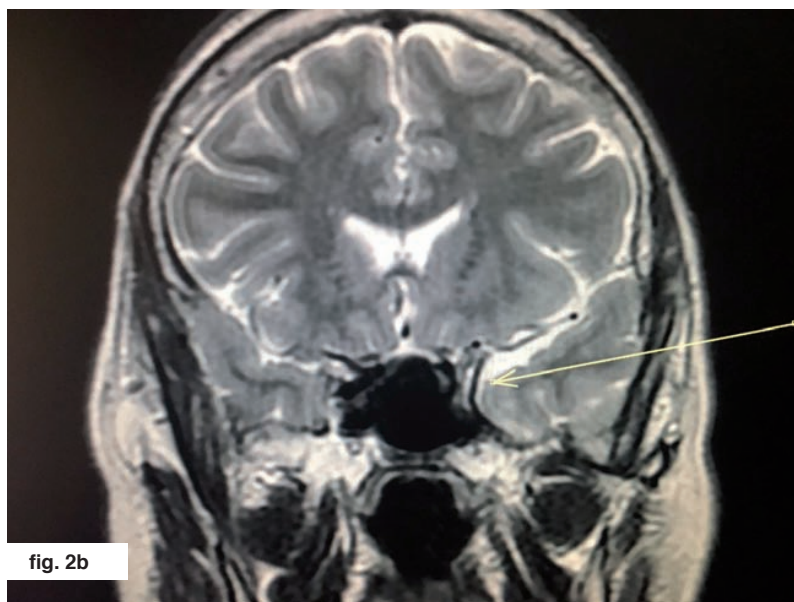


fig. 2b

risma gigante –freccia- che comprime le strutture cerebrali adiacenti; **figura 2b**: l'aneurisma trattato con uno stent a "diversione di flusso" è guarito e si è contratto nel tempo –freccia).

Per il trattamento endovascolare degli aneurismi cerebra-

* Dott. Alessandro Pedicelli, Responsabile della UOS di Neuroradiologia Interventistica presso la Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli di Roma

L'intervento va effettuato in centri qualificati e di eccellenza con equipe specializzate



Basilicata

Sanità a misura d'uomo

**NUOVI PRINCIPI, NUOVE REGOLE E NUOVI OBBLIGHI INTRODOTTI
PER MODIFICARE STRUTTURALMENTE LE MODALITÀ ORGANIZZATIVE**

di *Marcello Pittella**

Il Piano di Riordino del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata, approvato con L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017, a meno di 10 anni dalla precedente riforma dello stesso (Legge Regionale n. 12/2008), nasce come risposta alla rapida evoluzione degli scenari sociali, economici e normativi, che ha caratterizzato gli ultimi anni, imponendo una tempestiva ridefinizione degli assetti organizzativi e strutturali in grado di coniugarne la sostenibilità economica con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, in una logica di difesa dell'identità regionale e di adeguamento alle disposizioni normative vigenti.

I vincoli di finanza pubblica che fanno da cornice all'intera programmazione sanitaria nazionale, così come defini-

ti nella Legge di Stabilità 2016 e di recente ribaditi nella Legge di Stabilità 2017, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015, le disposizioni improrogabili in tema di orari di lavoro e di riposo degli operatori sanitari, dettate dalla Legge n. 161 del 12 novembre in applicazione della Direttiva Europea 2003/88/CE del 4 novembre 2003, costituiscono l'espressione più evidente di un profondo mutamento degli scenari che ha investito la gestione del Sistema Sanitario Regionale, introducendo nuove regole, nuovi obblighi e nuovi principi destinati a modificarne strutturalmente le modalità organizzative e di funzionamento.

L'analisi del contesto ospedaliero regionale condotta alla luce del nuovo quadro normativo delineatosi, se da una lato, ha evidenziato importanti punti di forza del Sistema Sanitario Lucano da mettere a valore, dall'altro, ha mostrato una serie di criticità, tali da comprometterne la tenuta complessiva, con conseguente grave pregiudizio per l'intera comunità regionale.

Nello specifico da tale analisi è emerso:

- il mancato o il parziale raggiungimento, da parte degli ospedali del SSR regionale, degli standard di volume e di esito richiesti dal D.M. n. 70/2015,
- la presenza di disavanzi strutturali, in quasi tutti i presidi ospedalieri delle ASL lucane, superiori a 7 milioni di euro o al 7% dei rispettivi ricavi, a fronte dei quali, a partire dal 2017, è previsto per ciascuno di essi l'ingresso in piano di rientro, ai sensi delle prescrizioni contenute nelle Leggi di Stabilità 2016 e 2017;
- la ridottissima capacità assunzionale delle Aziende del SSR fino al 2020, per effetto dell'applicazione dei vincoli sulla spesa del personale dipendente, imposti dalle varie Leggi Finanziarie che si sono succedute dal 2009 in poi (costo del personale pari a quello del 2004 ridotto del -1,4%);
- l'inadeguatezza delle dotazioni organiche presenti nei presidi ospedalieri, già in grave sofferenza per il reiterarsi del blocco del turn over nell'ultimo quinquennio, rispetto ai nuovi vincoli normativi previsti dalla Legge 30 ottobre 2014, n. 161, con riferimento specifico all'art. 14, riguardante le disposizioni inerenti la durata massima dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero del personale delle aree dirigenziali degli Enti del SSN.

Il mantenimento dello status quo a fronte di tali criticità avrebbe inevitabilmente comportato l'impossibilità del Servizio Sanitario Regionale di autosostenersi, con la perdita della piena sovranità della Regione nelle scelte e nella definizione delle politiche sanitarie da perseguire. Da qui l'esigenza di avviare un percorso graduale di riorganizzazione sistemica del S.S.R., in grado di ridisegnare l'intera impalcatura istituzionale e strutturale della sanità regionale e favorire la nascita di un sistema orientato ai parametri di sicurezza, efficacia della cura ed efficienza gestionale, adeguato rispetto all'evoluzione delle condizioni di contesto e sostenibile economicamente, capace di recepire ed uniformarsi alle novità normative, assicurando ai cittadini lucani l'erogazione dei servizi sanitari

A monte del riordino la riprogettazione del Ssr fondata su un modello organizzativo a rete

Le funzioni ospedaliere accentrate in due strutture, una sola cabina di regia per assicurare flessibilità ed efficienza

secondo livelli quali-quantitativi coerenti con gli standard di riferimento e con le attese della popolazione.

I punti cardine attorno a cui ruota il processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata sono i seguenti:

- revisione strutturale dell'offerta ospedaliera, in conformità agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, fissati con Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015, orientata ai principi di razionalizzazione delle strutture e di innalzamento della qualità complessiva nell'erogazione dei servizi di cura ed assistenza, fino ad ora ostacolati dalla compresenza di troppe specialità all'interno dei Presidi Ospedalieri, con una conseguente frammentazione e dispersione di risorse;
- revisione strutturale dell'offerta sul territorio, orientata a dare concreta attuazione al modello distrettuale, con la effettiva implementazione dei Distretti della Salute secondo i principi ed i criteri definiti dalla programmazione sanitaria regionale, al fine di spostare progressivamente il baricentro assistenziale dall'ospedale al territorio, con sicure ricadute positive sia in termini socio-assistenziali, attraverso l'avvicinamento dell'assistenza al cittadino, che in termini economici, in considerazione degli enormi risparmi conseguibili evitando il ricorso all'ospedalizzazione;
- potenziamento della rete dell'Emergenza Territoriale, con un sistema unitario ed integrato di postazioni 118 diffuse capillarmente su tutto il territorio regionale, coordinato da un'unica cabina di regia, in grado di assicurare maggiore flessibilità organizzativa e maggiore efficienza all'intero sistema;
- accentramento delle funzioni di committenza e di governo della domanda, attraverso la creazione di un unico soggetto istituzionale al fine di consentire alla regione di avere un unico interlocutore di riferimento territoriale e quindi un unico momento di responsabilità aziendale;
- razionalizzazione delle attività di supporto, quali nello specifico la diagnostica per immagini e la diagnostica di laboratorio, con immediati benefici in termini economici, e conseguenziale potenziamento dei servizi resi ai cittadini;
- semplificazione e razionalizzazione dell'articolazione

complessiva del sistema regionale, riducendo le strutture di governo e gli apparati amministrativi, al fine di ottimizzare la gestione delle attività logistiche ed amministrative;

- sviluppo di molteplici processi di integrazione gestionale e professionale sia all'interno delle Aziende, che al di fuori di esse, finalizzati a favorire l'utilizzo appropriato delle risorse umane e tecnologiche, in conformità con l'applicazione delle nuove disposizioni normative in tema di orari di lavoro e di riposo del personale sanitario contenute nella Legge n. 161/2014.

Il perseguimento dei suddetti obiettivi è garantito da una riprogettazione degli assetti organizzativi e strutturali del Sistema Sanitario Regionale, secondo un percorso graduale di implementazione, che prevede nella fase immediata la stessa configurazione istituzionale, con la conferma del numero complessivo delle Aziende (un'Azienda Ospedaliera Regionale, 2 Aziende Sanitarie e 1 IRCCS), ma con operazioni di riorganizzazione tra di esse ed al loro interno e con l'implementazione di un modello organizzativo a rete.

Nello specifico il Piano di riordino del Sistema Sanitario Regionale, di recente approvato dalla Regione Basilicata:

- ha accentrato le funzioni ospedaliere per acuti in due soli ospedali, uno per provincia, attraverso, da una parte, lo scorporo di 3 presidi dall'ASL e l'incorporazione degli stessi nell'AOR per costituire un'unica struttura ospedaliera articolata in più plessi e, dall'altra attraverso l'unificazione dei due presidi per acuti attestati all'altra ASL per costituire un'unica articolazione ospedaliera per acuti con due distinti plessi sul territorio provinciale.
- ha ridefinito l'assetto dell'Emergenza Urgenza coordinato da un'unica cabina di regia, attestata presso una delle due Aziende Sanitarie, in grado di assicurare maggiore flessibilità organizzativa e maggiore efficienza all'intero sistema.

Il nuovo impianto progettato, con specifico riferimento al modello a rete, consente, sotto il profilo assistenziale, di elevare significativamente il livello qualitativo dell'offerta, innalzando i profili di specializzazione delle strutture attraverso l'assegnazione di una specifica mission a ciascuna di esse, all'interno di un sistema unitario ed integrato di cure, coordinato da un'unica regia, in cui il paziente rimane al centro dei processi assistenziali e dove si favorisce la crescita e l'interrelazione tra le professionalità interne all'intera regione, con un conseguente proficuo potenziamento reciproco delle competenze.

La rete ospedaliera regionale è riprogettata secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture, tramite un modello integrato, in base alle specificità di contesto ed in conformità ai modelli definiti dal D.M. 70/2015, per effetto del quale gli ospedali lucani non costituiscono più



Marcello Pittella

contenitori indistinti e autoreferenziali ma, al contrario, rappresentano entità organizzate in rete secondo gerarchie e complessità crescenti, dotate di specifiche funzioni all'interno di una programmazione unitaria regionale, con un numero definito di specialità, coerenti con gli standard relativi ai bacini di utenza, sulla base dei quali parametrare gli organici e la destinazione delle altre risorse.

La piena attuazione del nuovo assetto istituzionale e strutturale del Servizio Sanitario Regionale, che prevede a regime una riorganizzazione che distingua la committenza dalla produzione delle prestazioni sanitarie, e di cui questo Piano di Riordino rappresenta una fondamentale tappa intermedia, in considerazione delle novità apportate sul tessuto organizzativo delle Aziende e della portata degli effetti sul versante assistenziale, deve necessariamente prevedere una gradualità di interventi, ragion per cui è stato strutturato un percorso di progressivo avvicinamento al modello definitivo, che nella fase attuale è in grado di assicurare le condizioni di tenuta e di compatibilità del sistema sanitario, in ossequio alle disposizioni sancite dal nuovo quadro normativo.

* Presidente Regione Basilicata.

ONCOLOGIA, LE NUOVE FRONTIERE

di Giuseppe Opocher

Questa è una storia di come la ricerca oncologica sta cambiando la lotta al cancro. Ma è anche una storia che racconta come, acquisite nuove conoscenze, si profilino dinanzi a noi nuovi e più complessi orizzonti da esplorare. Una grande sfida, questa, che richiede professionalità, mezzi, entusiasmo e anche un po' di fortuna. Una sfida che non riguarda solo il mondo della medicina ma tutta la società civile, come sa bene chi – e sono purtroppo moltissimi – si è confrontato con un problema oncologico. Capitoli importanti di questa storia li racconta l'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di Padova, peraltro senza la pretesa di essere migliore di tanti altri istituti oncologici che fanno parte della rete oncologica Alleanza Contro il Cancro (ACC).

Romane il fatto che gli auditor della Organization of European Cancer Institutes (OECI) hanno definito lo IOV – in occasione della *peer review* del settembre 2014 per il conferimento del prestigioso certificato di "Comprehensive Cancer Center", di cui lo IOV potrà fregiarsi fino al 2020 – "Un segreto ben tenuto". Poche parole che ben riassumono la vicenda di questo polo specialistico, voluto dalla Regione Veneto nel 2005 e cresciuto così in fretta da essersi già ritagliato un ruolo di spicco nel panorama nazionale e continentale. Lo ha fatto senza clamore, grazie a un lavoro quotidiano, orgogliosamente a testa bas-

sa, che lo ha portato ai vertici nazionali per produttività scientifica (+37% negli ultimi 3 anni, con un *Impact factor* normalizzato 2016 superiore ai 1.000 punti) e qualità dell'assistenza.

Accanto a quest'ultima, l'altro pilastro dello IOV è ovviamente la ricerca, senza la quale, come recita lo slogan dell'Istituto, non può esserci cura. La produttività scientifica al top si è tradotta in un aumento, in controtendenza, del finanziamento di ricerca corrente del 33,5% nell'ultimo triennio. L'attività di ricerca si sviluppa secondo quattro linee che rappresentano un *continuum* che inizia in laboratorio e si posiziona poi sull'interfaccia clinica/laboratorio, sull'approccio razionale alle neoplasie avanzate e, infine, sulla verifica dei risultati dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali attuati. Un *continuum* che, in termini temporali, è decisamente orientato al futuro: un futuro ormai prossimo nel quale sarà possibile praticare un'oncologia di precisione, partendo dalla consapevolezza, ormai acquisita, che ogni tumore, dal punto di vista molecolare è diverso da un altro e richiede un approccio clinico e un trattamento tagliati su misura.

Sulla caratterizzazione molecolare della neoplasia, che è il primo step dell'oncologia personalizzata, è stato fatto un grosso sforzo in termini di personale e mezzi tecnici. Abbiamo avviato diversi progetti sulla genomica del tumore del polmone, del colon, della mammella, dell'ovaio,

**OGNI TUMORE È DIVERSO
DALL'ALTRO E RICHIEDE
UN APPROCCIO CLINICO
E UN TRATTAMENTO
TAGLIATI SU MISURA**



Giuseppe Opocher



del rene, del cervello, del melanoma, dei tumori endocrini. L'obiettivo di fornire a ogni paziente, al momento della prima visita oncologica, la carta d'identità molecolare del tumore non è più così lontano. Su questo stesso argomento abbiamo intensamente collaborato con Alleanza Contro il Cancro per la stesura del progetto ACC Genomics che, se realizzato in tempi brevi, potrà affrancare l'oncologia italiana dal ritardo che ancora accusa su questo particolare campo.

Non vi sono dubbi, insomma, che l'oncologia, come altre discipline della medicina, sta attraversando un periodo di grande fervore, direi rivoluzionario, trainato dalle recenti scoperte della ricerca applicate alla clinica.

Sono a mio avviso due gli elementi portanti di questa rivoluzione nel campo oncologico: la genomica del cancro e nell'immunologia del cancro.

Il primo grande ambito della ricerca oncologica parte dalla constatazione che il cancro è una malattia genetica in quanto le alterazioni che caratterizzano lo sviluppo di un tumore sono conseguenze di mutazioni genetiche che avvengono a livello somatico, cioè del tumore.

Partendo dall'ipotesi iniziale che un cancro si sviluppa a causa di una mutazione di un singolo gene, lezione di

fondamentale importanza che viene dallo studio delle forme ereditarie di tumore, ci si è poi rapidamente reso conto che, nel tumore, ad un primo evento mutazione ne seguono altri e che la casualità della loro comparsa ne definivano poi le caratteristiche biologiche di aggressività e di risposta ai farmaci. Da un modello monoclonale del cancro siamo passati ad un modello policlonale, cioè alla constatazione che il cancro può essere formato non da cellule uguali pur nella loro diversità ma da cellule con diverse combinazioni di mutazioni e quindi con diverse caratteristiche biologiche. Il concetto è quello dell'eterogeneità del cancro che rappresenta uno dei problemi biologici più complessi in oncologia.

Se questo primo livello di complessità con cui ci dobbiamo confrontare è stato fornito dalla natura, un secondo livello di complessità, se così possiamo dire, ce lo siamo costruiti da soli con l'evoluzione tecnologica che in pochissimi anni ha reso praticabile, con costi tutto sommato modesti e tempi molto brevi l'analisi dell'intero genoma. Ora è diventato facile analizzare contemporaneamente, moltissime alterazioni genetiche e quindi disporre di informazioni molto approfondite sulle caratteristiche genetiche del tumore. Per comprenderne la portata basti pensare

che l'analisi di un singolo campione può generare anche 600.000 dati, che richiedono di essere messi in ordine e catalogati prima di poterne trarre delle informazioni utili a livello fisiopatologico. Un problema che gli IRCCS oncologici, attraverso la rete nazionale Alleanza Contro il Cancro e il suo programma ACC Genomics stanno affrontando. Il secondo asse portante della ricerca oncologica è quella legata all'immunologia del cancro. Da molto tempo si sta lavorando sulla relazione tra attività del sistema immunitario e cancro ed è sotto gli occhi di tutti la constatazione che, mentre il sistema immunitario è mediamente efficace nel debellare agenti esterni con cui il nostro organismo è venuto in contatto – si pensi ad esempio a un'infezione virale che causa un banale raffreddore – non è altrettanto efficace a debellare un altro estraneo al nostro organismo: il cancro. Il perché di questa difficoltà è stato compreso da qualche anno, quando sono stati identificati i meccanismi attraverso i quali il cancro elude i controlli delle cellule del sistema immunitario a ciò deputate: il cancro può costruire specifiche proteine in grado di dare un falso segnale a particolari recettori, nascondendo la sua natura di "diverso" in quel meccanismo che è stato chiamato check point immunitario. Il velo di questa elusione è stato però strappato grazie all'identificazione e poi produzione e utilizzo in clinica di farmaci inibitori del check point immunitario. Alcune forme di tumore, come il melanoma, il cancro del polmone, il cancro del rene ed alcune particolari forme di cancro del colon retto non passano più indenni ai "posti di blocco" del sistema immunitario e vengono ora identificate, riconosciute e distrutte. C'è un apparente contrasto tra genomica del cancro e immunologia del cancro. Da una parte lo studio delle alterazioni genetiche del cancro è finalizzata a ricercare più informazioni molecolari possibili per caratterizzare quello specifico caso di tumore per poter poi disegnare su misura la terapia. Una cura per ogni specifico caso di cancro è l'assioma dell'oncologia personalizzata o di precisione. Dall'altra parte, invece, i grandi recenti successi dei farmaci immunologici ci mostrano l'azione di un farmaco totipotente che rende visibile il cancro, mentre poi è il sistema immunitario a farsi carico della specificità del singolo caso. È un contrasto solo apparente perché saranno poi le alterazioni genetiche, ad esempio il così detto carico mutazionale, ad aiutarci ad identificare i tumori che potranno meglio beneficiare dei nuovi inibitori del check point immunitario. Tuttavia, quando la ricerca fa grandi passi avanti, come

**La ricerca sta cambiando
la lotta al cancro.
Ecco come**



sempre succede, appaiono scenari ed orizzonti nuovi e nuove affascinanti sfide in quella che è una delle più importanti lotte della medicina ed in fin dei conti anche della società: la lotta al cancro. Ora che è diventato possibile analizzare tutte le singole alterazioni del DNA che sono presenti all'interno di una massa tumorale ci si rende conto che le cellule tumorali non sono tutte uguali, anzi sono molto diverse le una dalle altre in termini di alterazioni del DNA. Il tumore, cioè, è eterogeneo: se campioniamo il tumore in 10 punti diversi della massa tumorale e le analizziamo separatamente troveremo, potenzialmente, 10 diversi risultati. E la domanda fondamentale è: queste diver-





se caratteristiche molecolari delle cellule che compongono il tumore sono tutte ugualmente pericolose o alcune sono più pericolose di altre? E la sensibilità ai farmaci sarà la stessa o sarà diversa?

Io penso che la soluzione del problema dell'eterogeneità e quindi della particolare complessità del tumore si possa affrontare se disponiamo di qualche sistema, diciamo, di semplificazione. Esiste un sistema di semplificazione che la natura mette sotto i nostri occhi. Un esempio viene dallo studio della genetica che ha sfruttato, nell'identificazione e caratterizzazione dei geni, cosa veramente complessa in una popolazione molto eterogenea come la nostra, un sistema di semplificazione offerto dalla natura: la possibilità di studiare popolazioni nelle quali, in base ad un meccanismo di isolamento geografico, o culturale o genetico, vi era stato un collo di bottiglia che aveva permesso una selezione degli individui che riconoscevano un unico antenato



ancestrale. Il fenomeno si chiama effetto fondatore ed è stato fondamentale per identificare molti geni responsabili di particolari malattie. Esiste qualcosa di simile in oncologia, ovviamente sostituendo alle persone i diversi tumori. Un collo di bottiglia che riducesse l'eterogeneità tumorale, magari facendo vedere solo le cellule potenzialmente più pericolose?

Il sistema c'è e si chiama cellule tumorali circolanti. Il tumore, nel corso del suo sviluppo da origine a cellule che singolarmente entrano nel sistema circolatorio. Molte di queste cellule potranno poi morire ed essere eliminate ma altre potranno invece resistere ed impiantarsi in altri tessuti e dare origine alla riproduzione a distanza del tumore originario, cioè alla formazione della metastasi.

Se riusciamo a caratterizzare dal punto di vista molecolare queste le cellule tumorali circolanti, possiamo meglio mirare la terapia orientata sulle alterazioni genetiche proprio contro quella parte del tumore che è più pericolosa, perché farà la metastasi. Insomma, si sfrutta una semplificazione per avere una migliore rappresentazione del tumore nella sua parte più aggressiva e si può immaginare di fare una specie di prevenzione delle metastasi.

E' possibile? Io ritengo che sia una sfida che l'Istituto Oncologico Veneto, che mi onoro di servire come Direttore Scientifico e che dispone di uno dei principali gruppi di ricerca sulle cellule tumorali circolanti in stretta sinergia con un laboratorio avanzato di genomica, possa davvero contribuire a vincere.

Norme & salute

Dispositivi medici Due norme a tutela dei consumatori

di Ornella Ciloni*



Il Regolamento Ue 2017/745 riguarda i dispositivi medici, come lenti a contatto, cerotti, pacemaker, protesi dell'anca e apparecchi a Raggi X e abroga le due Direttive comunitarie del 1990 e del 1993 che regolavano il settore. Il Regolamento Ue 2017/746 si occupa, invece, di tutti i dispositivi medico-diagnostici in vitro che sono utilizzati per effettuare le analisi sui campioni e abroga una Direttiva comunitaria del 1998. Sono tre le caratteristiche comuni alle due nuove norme comunitarie: rafforzamento della qualità e della sicurezza; maggiore trasparenza nelle informazioni ai consumatori; più vigilanza del mercato. Per quanto riguarda la qualità, i dispositivi a rischio elevato (come le protesi) dovranno passare al vaglio di un gruppo di esperti europei prima di essere commercializzati. Lo standard prevede, inoltre, maggiori controlli sia sulle sperimentazioni cliniche sia su alcuni prodotti estetici, come le lenti a contatto colorate. Per i dispositivi medico diagnostici in vitro sarà poi introdotto un nuovo sistema di classificazione del rischio. La tutela dei consumatori è garantita nelle due norme da alcune innovazioni come la "tessera per il portatore di impianto" e la registrazione obbligatoria di ogni dispositivo in una banca dati europea (Eudamed). La tessera sarà consegnata a ogni paziente cui sia stato impiantato, a esempio, un pacemaker o una protesi e conterrà tutti i dati più importanti. Eudamed, invece, consentirà di disporre di una casistica su ogni dispositivo registrato. I controlli sul mercato previsti dalla normativa comunitaria saranno garantiti sia da un più stretto coordinamento fra gli Stati membri sulla vigilanza sia dall'obbligo per i costruttori europei di raccogliere i dati relativi alle prestazioni dei dispositivi medici da loro fabbricati.

Le due nuove norme, che riguardano più di mezzo milione di dispositivi medici e medico diagnostici in vitro, entreranno in vigore dopo un periodo di transizione della durata di tre anni per i primi prodotti e di cinque per gli altri.

Questo lasso di tempo consentirà ai fabbricanti di adattarsi ai nuovi obblighi.

Le nuove norme comunitarie sui dispositivi medici sono state finalmente approvate. Dopo cinque anni (vedere articolo comparso sul numero 1 di Ore12), infatti, le due proposte di Regolamento della Commissione europea per riformare gli standard su questi prodotti hanno ricevuto agli inizi di aprile il via libera dal Consiglio e dal Parlamento Ue. "Constatato con enorme soddisfazione - ha dichiarato Elzbieta Bienkowska, Commissaria europea responsabile per il mercato interno e l'industria - che i controlli più severi, da noi fortemente auspicati, sul mercato dell'UE diventeranno presto una realtà". Il settore dei prodotti sanitari in Europa è di tutto rispetto, con 25mila aziende che danno lavoro a 500mila persone e vantano vendite annue per un valore di quasi cento miliardi di euro.

*Presidente della Commissione tecnica UNI "Responsabilità sociale delle organizzazioni"

DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI

*PIÙ SICUREZZA E COSTI RIDOTTI
CON BATTERIE DI MAGGIORE DURATA*

Defibrillatori Impiantabili: con batterie di lunga durata più sicurezza per i pazienti e abbattimento dei costi sanitari. Le raccomandazioni del NICE - National Institute for Health and Care Excellence – decretano che i dispositivi con batterie più longeve per re-sincronizzazione cardiaca possono ridurre i costi del SSN.

Le statistiche internazionali lo confermano: il 70% dei pazienti portatori di pacemaker o defibrillatori necessita di almeno una sostituzione nel giro di 4-5 anni e il 40% di almeno due sostituzioni. Per questo, ben il 73% dei pazienti si preoccupa della durata del dispositivo e la considera la caratteristica cui porre maggiore attenzione, nella speranza di evitare o rimandare quanto più possibile un secondo impianto. Non va dimenticato, infatti, che l'incidenza di complicazioni nel secondo impianto è superiore al primo e che la sostituzione rappresenta, per il paziente, un evento "traumatico" non marginale.

Il fattore-durata è di particolare rilievo nei dispositivi medici impiantabili destinati, per esempio, allo scompenso cardiaco (SC). Questa patologia colpi-

sce in Europa 14 milioni di persone, che arriveranno a 30 milioni nel 2020, sia per il progressivo invecchiamento della popolazione, sia per i miglioramenti nel trattamento delle malattie cardiovascolari. Nel nostro Paese, lo scompenso cardiaco ha una incidenza dell'1-2%, registra circa 80.000 nuovi casi l'anno, e un crescente livello di cronicità con costi, per la gestione, che ammontano a circa € 10,4 Miliardi, di cui il 74% per ricoveri ospedalieri.

A fronte della comprovata efficacia, questi dispositivi hanno però durata limitata, legata alle batterie che si esauriscono a seguito del normale funzionamento. Le strutture sanitarie devono pertanto ottemperare a due esigenze: garantire l'accesso alle migliori cure a tutti i pazienti, e assicurare continuità nei trattamenti, sostituendo i dispositivi medici quando le batterie sono esaurite. In termini economici e

di gestione il problema è vitale: l'aumentata sopravvivenza dei pazienti (di gran lunga superiore a quella dei dispositivi) comporta un maggior numero di sostituzioni per ogni paziente, con costi legati all'acquisto dei dispositivi, alle complicanze infettive, ai ricoveri in terapia intensiva, alle terapie farmacologiche. Con dispositivi più longevi (di durata superiore ai 7 anni, rispetto ai 4 anni-medi dei dispositivi standard) si può conseguire un risparmio stimato fra il 29% e il 34%.

Al problema guardano le Istituzioni, le imprese produttrici, il mondo sanitario.





Per questo, sono di particolare rilievo le recenti “raccomandazioni” dell’inglese NICE una delle più prestigiose istituzioni internazionali in ambito sanitario, che ha segnalato la nuova tecnologia delle batterie Enduralife come particolarmente efficace in termini di prestazioni/ sostenibilità/ longevità/ contenimento dei costi.

Le batterie Enduralife, messa a punto da Boston Scientific, garantiscono ai dispositivi per re-sincronizzazione cardiaca che la adottano una longevità effettiva compresa tra 9 e 13 anni, come testimoniano numerosi studi clinici internazionali, ampiamente citati dal NICE nelle proprie raccomandazioni.

La maggior durata delle batterie, come riportato nel rapporto NICE, si tradurrebbe in un abbattimento del numero delle sostituzioni e, pertanto, in un risparmio per il Servizio Sanitario Inglese (NHS) quantizzato da un minimo di 2.120 sterline pro paziente fino ad un massimo di 5.627 sterline pro paziente, in un orizzonte temporale di 15 anni. Infatti ridurre le sostituzioni permetterebbe inoltre di ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri, delle degenze, delle procedure operatorie, delle complicanze. Da una prima stima, si può supporre che la cifra risparmiata a seguito delle minor sostituzioni si attesterebbe su 33 milioni di sterline in 6 anni.

Un’analisi di pari rilievo è stata realizzata nel nostro Paese da Boston Scientific, valutando i dati di spesa pubblicati da Regione Lombardia con la delibera 3993 del 04 Agosto 2015. In tale Delibera, «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’esercizio 2015», vengono dettagliate - oltre a una serie di interventi necessari per il contenimento dei costi - le prime 500 voci di spesa più consistenti riferite all’acquisizione, da parte degli Ospedali Pubblici Lombardi, dei dispositivi medici (sub-allegato «Primi 500 dispositivi medici in Regione Lombardia»). Tra queste, la spesa per l’acquisizione dei dispositivi

Boston Scientific



per la terapia di re-sincronizzazione cardiaca con back-up di defibrillazione (CRT-D), destinata al trattamento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Lo Studio rileva che la quota di mercato più significativa è da ricondurre - in quel particolare momento - a produttori di dispositivi con longevità standard. Convertendo una piccola quota (il 20% del fabbisogno totale) di dispositivi a longevità standard in dispositivi a lunga durata ciò avrebbe consentito a Regione Lombardia un risparmio immediato di circa € 330mila (per il maggior costo di acquisizione) e, in 5 anni, oscillante fra un minimo di € 1,8 mln a un massimo di € 2.4 mln. Il risparmio sarebbe stato ulteriormente incrementabile considerando anche i costi per procedure di sostituzioni evitate. Le previsioni di riduzione dei costi contenute nelle racco-



mandazioni del NICE e quelle emerse nello Studio presentato a Regione Lombardia non sono di poco conto, se si considera che l'innovazione per migliorare longevità e sostenibilità dei dispositivi biomedicali è ritenuta una delle grandi sfide degli anni a venire. Il tema trova ora ulteriore supporto nelle raccomandazioni di una prestigiosa istituzione internazionale come NICE-National Institute for Health and Care Excellence. L'obiettivo è chiaro e ampiamente condiviso: salvaguardare la centralità del paziente, garantendogli le migliori cure e la migliore assistenza. Impegnandosi, con eguale determinazione, nella ricerca incessante di soluzioni in grado di coniugare efficacia, sostenibilità e contenimento dei costi del Sistema Sanitario Nazionale.

PELLEGRINI PER SEMPRE

*L'ESPERIENZA UNITALSI,
CENTODIECI ANNI DI SPERANZA*

di Antonio Diella*



La stagione dei Pellegrinaggi 2017 è appena incominciata e l'Unitalsi si propone come accompagnatore di eccellenza sui luoghi di culto e nei santuari mariani italiani ed internazionali forte della propria esperienza e di più di 110 anni di presenza accanto a chi soffre.

Siamo quelli dei "treni bianchi", siamo quelli dei grandi pellegrinaggi, siamo l'Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali. Siamo una grande esperienza di condivisione con gli ammalati, con i poveri, con i bambini in difficoltà e con le loro famiglie. Siamo gente di speranza, proprio dove la sofferenza sembra togliere la voglia di sorridere. Volontari, senza alcun corrispettivo, se non la gioia di "spendere la vita" per la vita e la felicità degli altri. Siamo Associazione ecclesiale che dal messaggio

di Gesù Cristo trae linfa vitale per servire ogni giorno sul territorio nazionale i fratelli in difficoltà che a noi si affidano e per realizzare i nostri progetti di pellegrinaggio con i malati e di carità.

Il nostro compito non consiste solo nell'organizzare un viaggio: la nostra missione ci porta in pellegrinaggio verso Maria, la madre di Gesù ed attraverso lei al Figlio, con l'obiettivo di accompagnare, ascoltare, condividere, donando gioia e sorrisi, accogliendo e servendo con attenzione. Per questo siamo chiamati ad essere volontari con un carisma ed uno stile particolare. "Il sale del mondo", il sapore della vita. Il

Signore Gesù è gusto di vita e di bellezza, strada per avventure grandi per chi decide di non affidare il battito del





Con il 5xmille aiutiamo chi ha bisogno

In questa prospettiva la scelta su dove apporre la firma in calce alla denuncia dei redditi è pacifica - codice 04900180581, riquadro Sostegno del volontariato.

Nel corso del 2016 l'Associazione è riuscita ad organizzare più di 4.000 iniziative di solidarietà, vere e proprie azioni concrete rivolte a persone ammalate, a famiglie con bambini in difficoltà e ad anziani emarginati con un solo scopo: sostenere chi è nel bisogno ed è solo. Grazie anche alle risorse provenienti dal 5xmille perciò, l'Unitalsi, oltre all'attività madre legata ai pellegrinaggi dove il sostegno va a chi, in difficoltà, non potrebbe lasciare la propria casa senza il supporto e l'organizzazione dell'Associazione, sviluppa da circa dieci anni diversi progetti tra cui il Progetto Bambini, per sostenere le famiglie di bambini ricoverati in ospedali specializzati lontano da casa, le Case di Accoglienza, per garantire un tetto a chi è solo, disabile povero ed emarginato e le Case Vacanza dove trascorrere giorni di riposo in serenità. Il Servizio Civile Nazionale, con le migliaia di giovani formati e la Protezione Civile, per essere prossimi a chi è nella difficoltà, completano il mosaico della variegata operosità in cui i volontari unitalsiani approfondono il proprio impegno di cristiani.

In quest'ottica il 5x1000 all'Unitalsi si concretizza in una vera e propria scelta d'amore.

proprio cuore alla tiepidezza di una storia senza sogni, senza sfide, senza impegno. Il Signore chiama ciascuno di noi affinché, trasformati in cristalli di sale, possiamo mescolarci alla pasta del mondo donando così sapore di speranza alla vita, prospettive di eternità al nostro breve tempo, danza di gioia al nostro cammino. La nostra missione ed il nostro carisma si fondano su questo sapore e siamo chiamati fuori e dentro l'associazione a diffonderlo e a non perderlo. In un tempo come il nostro dove i poveri muoiono sotto i portici, gli ammalati sono soli, i bambini sono maltrattati e il mondo, an-

che quello delle nostre città, curva rispettosamente la schiena davanti ai poteri vecchi e nuovi e usa violenza di fuoco per incenerire il desiderio di uguaglianza, di democrazia, di redistribuzione delle risorse il sale perde il suo sapore.

L'Unitalsi riparte dalla propria storia e si riprende il gusto di essere "sale", il "sapore forte" dei nostri pellegrinaggi, realizzati perché nasca una nuova "famiglia di servi", pronti a giocare la bellezza della vita nella carità sempre in cammino e in costruzione.

La nostra sfida è quella di occuparci di chi ha bisogno di aiuto e di speranza,

dei nostri percorsi verso i santuari che diventano familiarità condivisa con chi soffre. Dal pellegrinaggio alla vita di tutti i giorni accompagnando chi, conosciuto sotto lo sguardo di Maria presso la Grotta di Massabielle, diventa parte integrante della nostra vita associativa e del nostro percorso umano. E tutto questo accade nelle 260 Sottosezioni di cui la nostra Associazione si compone i cui volontari testimoniano ogni giorno in tutta Italia il nostro servizio a contatto con i fratelli. Venite

ad incontrarci per scoprire quanto insieme possiamo costruire.

Scegliere l'Unitalsi, diventare "socio" significa abbracciarci tutti quotidianamente condividendo gioie, speranze e difficoltà. E soprattutto gioia offerta con un cuore buono, sincero, vivo.

Come il cuore della nostra associazione.

* Presidente Nazionale Unitalsi

QUELLI DEI TRENI BIANCHI



UNITALSI - UNIONE NAZIONALE ITALIANA TRASPORTO AMMALATI A LOURDES E SANTUARI INTERNAZIONALI, per lo più nota come "quelli dei treni bianchi", è la prima associazione in

Italia dedita all'organizzazione di grandi pellegrinaggi, quale esperienza di condivisione, per persone con disabilità, ammalati, anziani, giovani, bambini e famiglie. Presente su tutto il territorio nazionale con 19 sezioni, 2 delegazioni estere e 270 sottosezioni, dove circa 100.000 volontari dedicano il proprio tempo per gli altri, specialmente per chi ne ha più bisogno, l'Unitalsi da oltre 110 anni fonda nel pellegrinaggio i presupposti per testimoniare a tutti un modello di carità che privilegi sempre il valore delle cose essenziali. Il pellegrinaggio, dunque, è ricerca spirituale e cammino di devozione, non sicuramente un semplice viaggio.

Lourdes, città mariana da cui tutto ha avuto inizio, e che rappresenta la principale meta di pellegrinaggio, così come Loreto, Fatima, San Giovanni Rotondo, Roma, Pompei, Assisi, Terra Santa, non sono luoghi da visitare, ma una esperienza da vivere e un incontro da condividere. Nei pellegrinaggi dell'Unitalsi ogni gesto, ogni momento, ogni luogo porta in sé un invito a pensare alla propria vita, dando valore alle cose essenziali e dando voce al cuore. Ed è questo il vero miracolo.

Dall'esperienza con e per le persone malate o con disabilità l'Unitalsi, con i suoi volontari, tra i quali vi sono anche medici che mettono a disposizione il proprio tempo e la

propria professionalità, sperimenta il proprio servizio affinché nulla sia lasciato al caso: organizzazione, logistica, assistenza medica, cammino spirituale, per un pellegrinaggio di qualità. Questo perché laddove trova conforto una persona con disabilità, malata o in difficoltà sta bene anche chi non ha alcun problema, fisico o motorio.

L'impegno associativo dura 365 giorni l'anno e la missione dell'Unitalsi dal pellegrinaggio si fa compagnia, socializzazione, assistenza, conforto, soccorso. "Prendere per mano chi ha bisogno", attraverso la realizzazione di progetti di utilità sociale. Gli oltre 70mila partecipanti ai progetti di carità, realizzati su tutto il territorio nazionale, rappresentano concretamente nel tessuto sociale, negli affanni e nelle difficoltà di tutti i giorni, il vero miracolo di Lourdes: portare compagnia dove regna la solitudine e l'abbandono, aiutare gli anziani soli nei normali atti quotidiani, offrire gratuitamente un alloggio a chi deve assistere lontano da casa il proprio figlio malato, essere solidali con gli ultimi distribuendo pasti caldi per i poveri e i bisognosi, offrire loro tempo, sorrisi ed abbracci. L'attenzione dell'Unitalsi ruota intorno agli ultimi, a chi non ha la forza per poter uscire della propria condizione di isolamento sociale, culturale, dai piccoli e spesso anche grandi problemi della vita quotidiana.



TRATTAMENTI CARDIOVASCOLARI D'AVANGUARDIA

di Giovanni Tinelli*

La rilevanza della terapia endovascolare per il trattamento totalmente endovascolare dell'arco aortico aumenta con la disponibilità di nuovi dispositivi e tecniche. Sebbene la chirurgia aperta rimanga il *gold standard* per la riparazione aortica, la terapia endovascolare amplia lo spettro delle opzioni di trattamento, specialmente per quei pazienti che non siano idonei alla chirurgia in relazione alle patologie associate.

Nonostante i grandi progressi delle tecniche chirurgiche negli ultimi 5 decenni e l'introduzione di tecniche ibride, la riparazione continua ad essere afflitta da significativi tassi di mortalità e mortalità nei pazienti ad alto rischio.

Le problematiche della terapia totalmente endovascolare che coinvolgono la porzione prossimale dell'aorta ascendente includono la configurazione anatomica dell'arco aortico, il coinvolgimento dei rami sopra-aortici che irrora-no il cervello, la vicinanza alla valvola aortica e alle arterie coronarie.

La sostituzione endovascolare completa dell'arco aortico rimane una delle procedure operative più complesse del sistema vascolare e uno degli ultimi ostacoli principali nel fornire ai pazienti un'opzione di trattamento endovascolare per l'intero albero aortico.

Presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma è stato affrontato negli ultimi anni un processo

di riorganizzazione dell'assistenza e del trattamento delle patologie ad alta complessità.

In particolar modo nell'area Cardiovascolare del nostro Policlinico si sono affrontate importanti innovazioni strutturali in termini di attrezzature e di gestione delle varie patologie.

Dal 2015 è stata inaugurata la Sala Ibrida ed una serie di Percorsi Clinico-Assistenziali dedicati alle principali patologie cardiovascolari (percorso Coronaropatie, Valvulopatie, Aorta, Ictus, Periferico Vascolare, Guch, etc.)

Nella nostra sala ibrida vengono effettuate sia prestazioni a prevalente componente chirurgica sia a prevalente componente endovascolare, attraverso un "gioco di squadra" innovativo e logisticamente complesso che solo il nuovo ambiente consente: ed è proprio la condivisione delle procedure e degli approcci (il cosiddetto "hybrid thinking"), resa possibile da un importante processo formativo, a caratterizzare questo nuovo assetto, permettendo personalizzate sul paziente per patologie cardiovascolari altamente complesse.

"In una configurazione completamente diversa da quella tradizionale, per superficie e soprattutto per intensità tecnologica, cooperano fianco a fianco specialisti diversi: Cardiochirurghi, Chirurghi Vascolari, Cardiologi *Emodina-*

misti ed Elettrofisiologi, Radiologi Interventisti, coadiuvati dai Cardioanestesisti”- sottolinea il Prof. Filippo Crea, Direttore della Cardiocirurgia della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli.

“Ognuno sta contribuendo con la propria professionalità, con impegno e competenza. Abbiamo la consapevolezza di essere contemporaneamente in una fase di operatività e apprendimento. Stiamo imparando come risorse differenti si possano capitalizzare l’una con l’altra.”

“Nella cardiocirurgia odierna si fa sempre più riferimento al trattamento di pazienti complessi portatori di gravi patologie cardiovascolari. Il vantaggio principale dell’approccio ibrido in ambito cardiovascolare è quello di consentire l’implementazione di tecniche interventistiche in modalità mininvasiva garantendo un approccio multi specialistico in un unico atto terapeutico.”- afferma il Prof. Massimo Massetti Direttore della Cardiocirurgia e dell’Area CardioVascolare.

In questo setting multidisciplinare abbiamo inaugurato il programma per il trattamento totalmente endovascolare delle patologie aortiche complesse (arco aortico e toraco-addominali) con endoprotesi fenestrate o branched.

Nel mese di aprile abbiamo eseguito nella nostra Sala Ibrida il primo trattamento di aneurisma dell’arco aortico Total Endovascular, in un paziente con una importante insufficienza respiratoria che precludeva l’intervento chirurgico “open” con apertura dello sterno. Abbiamo utilizzato la piattaforma endovascolare Relay Plus TEVAR (thoracic endovascular aortic repair) della Bolton Medical con la protesi Double branch (fig. 1)

Questo dispositivo è un’endoprotesi *custom made* non ancora commercializzata, utilizzata solo in alcuni centri ad alta specialità in attesa dei risultati degli studi per la sua diffusione.

Il paziente è stato dimesso in terza giornata post-operatoria senza complicanze, con il suo programma personalizzato di controlli in follow up.

Il successo di questo trattamento d’avanguardia è un successo di Team che dispone di tecnologie altamente avanzate. Per questo motivo, la Sala Ibrida non rappresenta solo il luogo dove svolgere procedure complesse, ma rappresenta l’evoluzione dell’indicazione e del trattamento delle patologie cardiovascolari. Infatti è proprio nella sala ibrida che trova luogo il trattamento frutto di indicazioni collegiali e multidisciplinari del Cardio-Vascular Team. Ogni giorno nel Cardio-Vascular Team assistiamo al confronto tra più specialisti, che valutando i dati provenienti dai rispettivi Percorsi Clinico-Assistenziali dedicati alle patologie Cardio-Vascolari, trovano la sintesi nell’indicazione più adeguata al singolo paziente.

“Il crescente reclutamento dal territorio e dalle altre regioni di pazienti con patologie cardiovascolari ad alto rischio chirurgico, ci lascia pensare che da qui a pochi mesi as-



Giovanni Tinelli

sisteremo ad un ulteriore forte incremento dei trattamenti complessi cardiovascolari.

Con risorse dedicate e con il consolidamento delle già ottime sinergie tra tutti gli attori coinvolti potremo far fronte a questo importante e stimolante obiettivo”- conclude il prof. Filippo Crea, Direttore della Cardiologia e Coordinatore del Polo Cardio-Vascolare e Torace.

*dott. Giovanni Tinelli, chirurgo vascolare della Fondazione Policlinico Universitario A Gemelli.



Fig. 1

LE NUOVE ENDOPROTESI AORTICHE

di Carlo Setacci

“La nuova generazione di endoprotesi aortiche consente di ottenere eccellenti risultati non solo a breve termine ma anche a medio e lungo termine.

Il riuscire a non esercitare forza radiale sul colletto prossimale evita una dilatazione che è causa di continua sollecitazione sulla parete aortica con conseguenti, inevitabili complicanze.”

Di seguito una sintesi della presentazione che ho illustrato nel corso del congresso LINC 2017 a Lipsia, successivamente pubblicato su VASCULAR NEWS.”

A continuous aortic enlargement at the level of infrarenal aortic neck has been reported after endovascular repair (EVAR) of abdominal aortic aneurysm (AAA). Current concepts regarding the reason for this phenomenon remain poorly understood, although it is known that the amount of proximal device oversizing with self-expanding stent grafts (SESG) influences neck progression. Once deployed, SESG continue to expand until the nominal

diameter is reached, unless tissue resistance limits its expansion. It has been reported that when aortic neck dilatation occurs it is related to adverse mid-term outcomes. The beginning of the endovascular aortic repair era was characterized by endografts that essentially consisted of a tubular fabric graft attached at both ends by a large balloon-expandable stent graft (BESG), such as the home-made Parodi Endograft and the Montefiore Endograft System. Not surprisingly, because of the lack of a chronic outward force at the level of proximal neck, these devices were not associated with neck dilatation over time, even though stent migration and endograft collapse into the aneurysmal sac were possible complications. With the advent of SESG, BES had been rapidly disappearing from the market for several years. Traditional SESGs require an infrarenal non-aneurysmal segment - so called aortic neck - to adequately seal the aneurysm sac from chronic circulatory pressures. Sealing is obtained by oversizing the



stent (from 10 to 30%) prospecting that the chronic radial force exerted longitudinally against the aortic wall will circumferentially prevent any leakage. For a long time, the only available technology for sealing had been based on the application of self-expanding forces to a portion of healthy proximal aortic neck. The recent appearance on the market of the Ovation endograft represents a valid alternative to chronic outward forces for an appropriate sealing. The Ovation endograft [Endologix[™]], Santa Rosa – CA], with its new concept of sealing by non-expansive circumferential apposition of polymer-filled rings to aortic wall, creates no chronic outward force at infrarenal aortic level. The Ovation technology is based on a new sealing concept that redefines the idea of aortic neck length. The polymer-filled sealing ring provides uniform, nonexpansive, continuous wall apposition that aims to isolate the aortic neck from circulatory pressures. The sealing is not longitudinal and related to neck length,

but circumferential and based on the apposition of the polymer-filled ring to the aortic wall at 13 mm below the lower renal artery. This makes the Ovation system the only stent graft approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for EVAR that is not restricted by the conventional measurement of aortic neck length. Actually, the FDA criteria for the use of the Ovation endograft is the presence of an inner wall diameter ≥ 16 mm and ≤ 30 mm at 13 mm below the inferior renal artery to allow correct apposition of rings to the aortic wall. This sealing mechanism, which is completely different from that obtained by SESG, promises to isolate the aortic neck from blood pressure, thus preventing aortic neck evolution over time. We reported for the first time in literature mid-term clinical outcomes from a series of patients treated with this new sealing technology, describing really encouraging data (assisted primary clinical success rate at 2 years of 100%, estimated freedom from

type I endoleak at 3 years of 98%). With a core lab analysis of morphological changes, our research evaluated aortic neck evolution at 2 years after EVAR by endograft with no chronic outward force, revealing that no aortic neck dilatation. This may suggest that aortic neck evolution is not associated with EVAR at mid-term follow-up when an endograft with no chronic outward radial force is implanted. Aortic neck can definitely maintain its diameter when the radial force applied by the stent graft is lower than the recoil force of the elastic aortic wall. Nowadays, while BESG, have been removed from the market, the sealing technology of the TriVascular Ovation (™), which does not apply chronic outward force, may guarantee a similar phenomenon as suggested by the absence of neck dilatation and migration in our study. In a recent sub-analysis of our registry we have further investigated the behavior of the Ovation technology in the absence of a suitable neck length of 7 mm, revealing that it was not associated with poor outcomes in the midterm period. This data showed that the use of the Ovation system for the treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysms is not restricted by the conventional measurement of aortic neck length, as confirmed by clarified FDA indication statement recently. Our data confirm that the Ovation sealing ring creates uniform continuous wall apposition, and provides circumferential non-expansive seal at mid-term follow-up, independently of aortic necklength. This means that the Ovation system may be used in all aneurysmal necks when the inner wall diameter is the range of compatibility with the polymer-filled rings (16-30 mm).





Fisco

Unico e spese sanitarie

*COME OGNI ANNO, CONTRIBUENTI ALLE PRESE
CON LE DETRAZIONI. UN VADEMECUM*

di Renato Pedullà

Come ogni anno con l'arrivo della primavera, inizia il periodo caldo per milioni di contribuenti che si accingono alla predisposizione della documentazione utile per l'elaborazione del Modello Unico. Anche quest'anno la domanda consueta che la maggior parte dei contribuenti rivolgono al proprio Commercialista è: "Dottore questa spesa la posso detrarre?". Sono vari i tipi di spesa che ogni anno il contribuente ha la possibilità di detrarre dalla propria dichiarazione dei redditi, al fine di avere un risparmio fiscale. Si spazia dagli interessi per i mutui ipotecari per l'acquisto di immobili, alle spese per l'istruzione universitaria dei propri figli, dalle spese veterinarie alle spese per l'asilo nido e tante, tante altre ancora. Ma una attenzione particolare va alle molteplici tipologie di costo detraibili, che vengono riconosciute sotto la voce unica "Spese sanitarie", e qui, a mio parere, si apre un mondo di tecnicismi e di dettagli a cui bisogna fare molto attenzione.

Analizziamo, quindi, quali sono le spese sanitarie e mediche che si possono scaricare dal Modello Unico 2017. Le spese mediche detraibili, sostenute nell'anno 2016, dal contribuente nel suo interesse o per familiari a carico riguardano: visite chirurgiche e specialistiche, interventi chirurgici o trapianti, analisi ed esami diagnostici, acquisto o noleggio di protesi sanitarie, visite rese da un medico generico, medico omeopata o specialista, ricoveri a seguito di operazione chirurgica o degenze, spese per l'acquisto di farmaci - non i "parafarmaci" -, spese per l'acquisto di dispositivi medici o per noleggio di attrezzature sanitarie, ticket sanitari del Servizio sanitario nazionale, assistenza infermieristica e riabilitativa e assistenza alla persona. Il contribuente, per mezzo del professionista abilitato, per fruire della detrazione delle spese mediche 2017 deve procedere alla compilazione dei righe che compongono la sezione I del quadro RP del Modello

Unico. Tale detrazione, è pari al 19% sul totale della spesa sanitaria, sostenuta al lordo della franchigia. La franchigia anche quest'anno è definita nell'importo di 129,11 euro, per cui se le spese sostenute nell'anno non superano l'importo della franchigia non si ha diritto alla detrazione. La franchigia però non si applica se questa riguarda i mezzi necessari per l'accompagnamento, la deambulazione e il sollevamento dei portatori di handicap (es. carrozzine) e l'acquisto di sussidi tecnici ed informatici rivolti a facilitare la loro autosufficienza. Fattore molto importante è avere sempre prontezza, nell'anno solare di riferimento, del "quantum" delle spese sostenute, perché se le spese sanitarie hanno superato, ribadisco, nell'anno, il limite di 15.493,71 euro (calcolato senza togliere la franchigia) è possibile ripartire la detrazione in 4 quote annuali di importo uguale. La ripartizione si rende necessaria se non c'è capienza fiscale, cioè, se l'Irpef da pagare nell'anno è inferiore alla detrazione di cui si ha diritto. Le spese sanitarie per medicinali sono sempre detraibili e la detrazione è ammessa anche per la quota ticket. Bisogna sempre ricordare che ai fini della detraibilità deve essere emesso lo scontrino fiscale "parlante", cioè quello con il codice fiscale del contribuente, o fattura con l'indicazione della natura della quantità e qualità del prodotto acquistato. Diverse sono le tipologie di esami medici e terapie che rientrano tra le prestazioni specialistiche detraibili purché prescritte da un medico anche privo di specializzazione. L'elenco è lungo ma viene utile ricordare quelli più frequenti, soprattutto per gli anziani, come gli esami di laboratorio, l'elettrocardiogramma, gli esami complessi come la Tac, l'ecografia, l'indagine laser, le sedute di dialisi e tanti altri esami specialistici. A questi si aggiungono, le terapie di cobaltoterapia, neuropsichiatria, iodoterapia ed altre particolari terapie. Per quanto riguarda le cure termali, per la loro detraibilità è necessaria la prescrizione medica. In riferimento ad esse sono assolutamente non detraibili le spese di viaggio e di soggiorno (R.M. 9/04/76, n. 8/207) e quelle che non risultano dalla prescrizione medica. Anche gli occhiali, lenti da vista e le lenti a contatto rientrano tra spese detraibili come



Renato Pedullà

tanti dispositivi medici (es. apparecchi per aerosol, apparecchi acustici, protesi dentarie, termometri, apparecchi per la misurazione della pressione etc.), purché siano corredate da marcatura CE, attestante la conformità alle Direttive europee. Ancora oggi, a mio modesto parere, appare come un'assurdità, che non possono beneficiare della detrazione, i prodotti farmaceutici qualificabili come "parafarmaci", cioè i colliri, pomate, cerotti, prodotti fitoterapici e gli integratori alimentari, in quanto non possono essere assimilati ai farmaci (Risoluzione AE del 22 ottobre 2008, n.396), stesso discorso vale, inoltre, per la non detraibilità delle prestazioni rese dall'osteopata. Un altro argomento rilevante riguarda il possesso e la conservazione della documentazione della spesa. Per usufruire della detrazione bisogna essere in possesso della documentazione che certifica la spesa (fattura, parcella, ricevuta, quietanza o scontrino). Ricapitolando, per le spese indicate nei righe E1, E2, E3 ed E25 occorre conservare la seguente documentazione fiscale rilasciata dai percettori delle somme così indicate :- per le spese sanitarie relative all'acquisto di medicinali gli scontrini fiscali "parlanti", - per le protesi, oltre alle relative fatture, ricevute o quietanze, anche la prescrizione del medico curante, salvo che si tratti di attività svolte in base alla specifica disciplina, da esercenti arti ausiliarie della professione sanitaria abilitati a intrattenere rapporti diretti con il paziente, - per i sussidi tecnici ed informatici, oltre alle relative fatture, ricevute o quietanze, anche una certificazione del medico curante che attesti che quel sussidio tecnico e informatico è volto a facilitare l'autosufficienza e la possibilità di integrazione del soggetto riconosciuto portatore di Handicap. Fondamentale sapere e concludo, che tutta la documentazione relativa alla dichiarazione dei redditi (compresa la parte relativa alle spese sanitarie) deve essere conservata almeno per i 5 anni successivi a quello della presentazione della dichiarazione ed in caso di richiesta di controllo da parte dell'Agenzia delle Entrate, deve essere prontamente fornita nella sua interezza, pena il mancato recupero della detrazione fiscale, con la conseguente ripresa delle imposte a cui si dovranno aggiungere le sanzioni e gli interessi.



OPERATION SMILE: STORIA DI UNA PASSIONE

di *Domenico Scopelliti*

I temi del diritto alla salute e dell'assistenza sanitaria rappresentano per molti paesi un'emergenza che fa sì che tali argomenti siano diventati oggetto di interesse prioritario. La responsabilità collettiva riguardo i temi sociali è ormai un concetto diffuso in ogni cultura, e le vicende attuali dei fenomeni migratori nell'area mediterranea ne sono la prova. Il problema pertanto consiste nel come tale responsabilità debba tradursi in azioni efficaci ed efficienti. Vivere questa responsabilità da medico oggi comporta sempre più la consapevolezza di possedere una conoscenza e un'arte che può essere messa a disposizione degli altri per risolvere in modo fattuale (fattivo-concreto) tali problemi. Molti colleghi ormai, ad un certo punto della loro carriera, sentono proprio il bisogno di vivere una "esperienza umanitaria"; alcuni lo fanno quando ritengono di essere giunti ad un livello di conoscenza e di padronanza delle proprie capacità professionali tale da ritenere giusto metterle a disposizione, di condividere la propria ricchezza mettendola a servizio degli altri. Le organizzazioni umanitarie sono cresciute in modo smisurato negli ultimi tempi, con finalità ed obiettivi sempre nobili ma con modalità operative spesso poco efficaci o controllate. Sono arrivato anche io, medico e specialista in chirurgia maxillo-facciale, ad un punto della mia vita in cui mi sono interrogato sulla possibilità di essere utile perché finalmente consapevole di ciò che sapevo fare. Mi sono fatto

queste domande proprio il giorno in cui, diventato Primario di Chirurgia maxillo-facciale presso il mio Ospedale, mi accorgevo di quanto la mia vita professionale stava letteralmente sprecando al servizio di temi amministrativi sanitari, immerso com'ero nella gestione manageriale del mio reparto. La scelta verso Operation Smile è stata istintiva. Operation Smile è una Fondazione nata nel 1982 negli Stati Uniti ad opera di Bill Magee, chirurgo plastico, e sua moglie Kathy, costituita da volontari medici, infermieri ed operatori sanitari, che al tempo partecipavano a missioni mediche umanitarie, per correggere con interventi di chirurgia plastica ricostruttiva gravi malformazioni facciali come il labbro leporino e la palatoschisi, esiti di ustioni e traumi. Dopo oltre 30 anni di lavoro, migliaia di volontari coinvolti, provenienti da oltre 80 Paesi nel mondo, Operation Smile conta oggi più di 240.000 interventi chirurgici, eseguiti gratuitamente, su bambini e adulti ai quali è stato cambiato letteralmente il corso della vita. C'è da sottolineare il fatto che le malformazioni del volto per i bambini che ne nascono affetti e per le loro famiglie, non sono solo un problema estetico e conseguentemente causa di un grave disagio sociale, ma in molti casi i piccoli nati con un "buco" nel labbro o nel palato, non riescono a respirare bene, a succhiare, a masticare, molti di loro non arrivano a compiere il primo anno di vita. Quando crescono non riescono a parlare in modo corretto, nessuno capisce quel-

**AVVIATI OLTRE 40
CENTRI DI CURA
NEL MONDO**



lo che dicono, vengono emarginati dagli stessi coetanei ed a volte anche dagli adulti, che gli attribuiscono soprannomi e li evitano; molti di loro non sono bene accolti nelle scuole o comunque vengono discriminati. Molti di loro finiscono per allontanarsi dal mondo sociale piuttosto che incontrare le persone ogni giorno. In alcuni luoghi addirittura il discrimine è anche di tipo religioso, attribuendo la colpa della malformazione all'intervento del Diavolo o del Maligno. Dal modello assistenziale diretto dell'inizio, realizzato attraverso le missioni mediche internazionali, l'organizzazione si è fortemente evoluta.

Oggi l'obiettivo principale di Operation Smile è anche quello di promuovere e contribuire a realizzare l'autosufficienza medica a livello locale, attraverso il progressivo miglioramento delle infrastrutture sanitarie e la formazione dei medici, in quei Paesi nei quali è attiva, al fine di garantire ad ogni bambino un più facile accesso gratuito a cure specialistiche di qualità, in modo continuativo 365 giorni l'anno. La creazione di strutture, la formazione dei medici, la donazione di attrezzature sanitarie hanno contribuito e contribuiscono a far sì che nel tempo vengano creati e si stiano (già) sviluppando centri multi specialistici all'avanguardia, punto di riferimento continuo per la cura ed il trattamento multidisciplinare di queste patologie, affinché i pazienti possano essere seguiti in modo appropriato, fino alla fine della crescita. Operation Smile Italia Onlus nasce nel 2000. Il gruppo di volontari che l'ha fondata ha partecipato fin dall'inizio in modo massivo alle attività assistenziali, ma fin dall'inizio il core scientifico, autorevolmente rappresentato, ha contribuito a livello internazionale alla definizione degli standard operativi scientifici ed assistenziali dell'organizzazione internazionale. Oggi Operation Smile, grazie anche al contributo italiano, ha realizzato oltre 40 Centri di Cura in diversi Paesi nel mondo. Dopo diversi anni di attività di volontariato all'estero, alla



Fondazione Italiana sono cominciate ad arrivare numerose richieste da parte di genitori di bambini con malformazioni del volto e pazienti adulti esiti di trattamenti primari. Non potevamo ignorare il problema. L'aumento dei casi legati alle adozioni internazionali (rese più facili se i genitori sono disposti ad accogliere un bambino con tali deformità), l'incremento del fenomeno migratorio e spesso le lunghe liste di attesa negli ospedali del Servizio Sanitario stavano creando un fenomeno crescente di esigenze sul nostro territorio. Abbiamo quindi ritenuto necessario intervenire. Bisognava creare delle condizioni utili a dare un contributo. La nostra attività sia all'estero che in Italia doveva in qualche modo essere riconosciuta in modo ufficiale. Abbiamo quindi siglato accordi con il Ministero della Salute, con la Regione Lazio, con ASL e Università italiane e quindi abbiamo iniziato ad effettuare delle attività assistenziali presso alcune case di Cura private di Roma, messe a disposizione gratuitamente un week end al mese. Inizia così nel 2011 il Progetto "Sorrisi in Italia". Nel 2012, a seguito di un protocollo d'Intesa siglato con la



**Promuovere e realizzare
l'autosufficienza medica
a livello locale,
obiettivo principale**



Marina Militare Italiana, Operation Smile Italia ha ricevuto l'incarico di gestire il programma di assistenza umanitaria a bordo di Nave Cavour, la portaerei nave ammiraglia della flotta italiana, nel corso del periplo dell'Africa del 30° Gruppo Navale. L'accordo prevedeva che, quando la stessa nave non fosse impegnata in attività militari, fosse resa disponibile l'area ospedaliera della stessa alla Fondazione per operare bambini con malformazioni provenienti dal centro-sud Italia o inseriti nel programma di assistenza internazionale "World Care" che consentiva di trattare un certo numero di casi complessi annui provenienti da Africa, Medio-Oriente e Paesi dell'Est. Il progetto "Sorrisi in Italia" trovava quindi una sua prima declinazione nel progetto "Un Mare di Sorrisi", tutt'ora operativo, che ha dato la possibilità negli ultimi 3 anni di operare oltre 80 bambini, oltre i 114 operati nel corso del periplo dell'Africa del 30° Gruppo Navale. Ma il fiore all'occhiello di Operation Smile Italia è costituito dalla realizzazione a Milano della prima Smile House, nel 2011, grazie ad un protocollo d'intesa con l'ASST Santi Paolo e Carlo – Presidio S. Paolo di Milano, all'interno del quale è ospitato. L'operazione ha consentito di integrare e completare le attività, già ben note, del Centro Regionale per la Cura delle Labio-palato-schisi, diretto dal Prof. Roberto Brusati, dando vita ad una struttura di eccellenza di rilievo europeo. Grazie all'accordo, nei 5 anni di attività, il Centro "Smile House Milano" ha incrementato del 40% le prestazioni, sono stati effettuati corsi di formazione per numerose figure professionali provenienti da tutto il bacino mediterraneo; sono peraltro anche incrementate le attività scientifiche di ricerca clinica. Gli obiettivi che l'organizzazione si è posta sono importanti e difficili: la formazione

è la chiave dello sviluppo per questi paesi. L'enorme sforzo negli ultimi anni è tutto concentrato proprio su progetti di autonomizzazione operativa e gestionale. Il modello italiano della Smile House è stato adottato infatti in altri paesi poiché affronta e risolve i problemi della continuità assistenziale diretta, di formazione del personale medico e paramedico, di integrazione in progetti internazionali di ricerca clinica e genetica, e non da ultimo rappresenta un modello di efficienza ed efficacia gestionale, sfruttando al massimo le risorse economiche a lui destinate.

Nel 2010 abbiamo partecipato alla Missione "White Crane" ad Haiti, a bordo della Cavour, in sostegno alla popolazione colpita dal terribile terremoto. Di quel tempo ricordo tutti i particolari e le mille difficoltà. Ricordo, come fosse ieri, che ad un certo punto, dopo giorni passati a risolvere problemi logistici ed organizzativi, iniziò la nostra attività operatoria. Uno dopo l'altro arrivarono i pazienti ed iniziò così una catena di montaggio. I piccoli pazienti, ma anche quelli più grandi si susseguivano con un ritmo frenetico, venivano monitorizzati, anestetizzati, operati e risvegliati secondo con ritmo incessante, circondati di mille attenzioni, così che un gesto, un sorriso, una stretta di mano o una strizzatina d'occhio riunivano noi e loro in una complicità di intenti che non ha uguale. E la magia era lì, sotto gli occhi di tutti. La trasformazione, la restituito, la ricomparsa del sorriso coprivano tutto il resto, compresa la fatica e le emozioni. A questa magia noi stessi volontari non ci abituiamo ancora dopo molti anni e continua a contagiarmi l'emozione e la meraviglia che affiora negli occhi dei genitori di quei piccoli che ci sono stati affidati e di quei grandi che subito dopo l'intervento si specchiano. Sembrerà strano, ma siamo sempre noi, per primi, a dire grazie.



sostieni i nostri
progetti

dona anche tu il tuo
all'**UNITALSI**



codice fiscale **04900180581**

Cara amica, caro amico,

dona il tuo 5x1000 all'UNITALSI e aiuterai a sostenere le iniziative che gli oltre 45.000 volontari attivano su tutto il territorio nazionale a favore delle persone fragili. È un gesto che non costa nulla! Ricorda di scrivere il nostro codice fiscale nella tua dichiarazione dei redditi.

- Firma nel primo riquadro "Sostegno del volontariato" che figura sui modelli di dichiarazione dei redditi (CUD; 730/1-bis; UNICO persone fisiche)
- Indica nello spazio sottostante il codice fiscale dell'UNITALSI: **04900180581**

Firma	Mario Rossi
Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	04900180581



www.perunasceltadamore.it

Io la penso così

Ma che cosa vogliono questi giovani medici?

di Gaetano Lanza



Questa è la domanda che spesso ricorre. Ma cosa vogliono i giovani in generale? e in particolare i giovani medici? Le immagini che abbiamo scelto per questa rubrica sono emblematiche del giovane d'oggi. E' senz'altro un *digital*, o meglio un *nativo digitale* come si suol definire in gergo, mentre noi (anche chi scrive, purtroppo) ci definiamo *guttemberghiani*, in altre parole quelli della carta stampata. Ma le immagini scelte sono anche emblematiche di una capacità superiore che è dei giovani, che riescono a fare due o più cose contemporaneamente, mentre noi (meno giovani) riusciamo a farne una per volta e spesso ci viene anche male. Napoleone, si dice, era capace di dettare sette lettere diverse in contemporanea ai suoi generali. Ma era Napoleone. Ma chi di noi non ha un figlio che mentre parla con noi e ci risponde (se ci risponde pur avendo capito), manda messaggi sul telefonino e chatta al PC? Insomma i giovani hanno qualcosa in più, un sesto senso, una settima marcia. E' una legge di natura, per cui la specie è destinata a migliorare.

E allora è giusto ascoltarli, e saperli ascoltare.

L'anno scorso ad esempio è stata lanciata una clip nel web che gira ancora tra i giovani internauti. E' quella della CISL Giovani Medici.

Questo un piccolo resoconto:

Solo nel 2015, 60.000 giovani aspiranti e concorrenti al corso di laurea in medicina per soli 9.500 posti. Un solo giovane che viene ammesso quindi per sei esclusi. Il test d'accesso è comunque ritenuto necessario per non dequalificare il corso di laurea. Però ci sono state solo 6000 borse di studio per potersi iscrivere alle scuole di specializzazione, sempre nel 2015, per un totale di 13.188 aspiranti. Si è creato quindi un imbuto del 45% di neolaureati con possibile accesso alla specializzazione, per cui un 65% si sono trovati disoccupati e costretti a ripiegare su posti di lavoro occasionali e con contratti capestro ad esempio nel privato. Occorre – questo l'auspicio dei Giovani Chirurghi – una migliore programmazione: più borse di studio per le scuole di specializzazione e diminuzione degli accessi a medicina, ad esempio.

Altre richieste dai Giovani Medici della CISL. Normare meglio il tirocinio obbligatorio e l'esame di stato che possono essere conseguiti nell'ultimo anno del corso di laurea. Ridurre o abolire dei vincoli e delle incompatibilità per gli specializzandi. Favorire nuovo contratti di assunzione dopo il corso di specializzazione con gli sblocchi dei turn over. Applicare gli stessi standard di tutela del pubblico nel privato. Equiparare il Corso di specializzazione in Medicina Generale di tre anni agli altri Corsi di Specializzazione.

Il nostro futuro nelle loro mani, e dunque aiutiamo il futuro a crescere meglio.

...CHOOSE FROM THE HEART..



***SECORD
MEDICAL***



SECORD MEDICAL s.r.l. - Forniture medico ospedaliere
Sede commerciale: Via di Novella, 14 - 00199 Roma
Tel. 06/86.200.504 - Fax 06/86.202.209 - email: secordmedical@gmail.com

PIANETA Sanità

Farmaceutica, industria trainante

La ripresa dalla produzione manifatturiera italiana è trainata dall'industria farmaceutica. In un anno (marzo 2017 su marzo 2016) è cresciuta del 9,5 per cento. Il livello più alto tra tutti i settori, ben più marcato del 2,8 per cento di incremento medio. Meno accentuato, ma sempre da primato, è stato anche l'aumento trimestre su trimestre. Il trimestre gennaio-marzo 2017 ha segnato una crescita del 5,4 per cento, ancora una volta la più elevata fra tutti i settori manifatturieri, a fronte di una media del +1,6 per cento.



Zanzare, pericoli e rimedi

Il cotone. L'acqua. La carta. E ora la zanzara. Nella sua indagine sui "cavalli" della mondializzazione, l'economista diventato scrittore Eirik Orsenna, già "negro di penna" dell'ex presidente francese Francois Mitterrand, descrive la storia e soprattutto le migrazioni del "nemico numero uno" dell'umanità, la zanzara appunto. Colpevole, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, di almeno 750mila morti l'anno. Da apprendista entomologo, con la compagna di vita Isabelle de Saint Auben, medico entomologo per davvero, dedica poco meno di 300 pagine del suo quarto compendio sulla globalizzazione alla "Geopolitique du moustique", pubblicato da Fayard e che si spera venga tradotto al più presto anche in italiano. La loro inchiesta, seria e documentata, descrive in parallelo malattie e rimedi, dedicando un meritato spazio al chinino, coltivato dai botanici gesuiti in Perù a partire dalla fine del Quattrocento, così come al Ddt, dalle conseguenze disastrose sull'ambiente e la salute, e alla "guerra molecolare", destinata a modificare geneticamente le zanzare per bloccarne la riproduzione.



zione e/o a installare al loro interno dei geni che ne rendano difficile la nutrizione e/o a sterilizzare definitivamente i maschi, secondo un programma recentissimo lanciato dalla società britannica Oxitec nei Caraibi e a Panama. Una serie di antidoti che, però, impauriscono molti ricercatori: e se la zanzara geneticamente modificata recuperasse i poteri malefici? Mentre, magari, è diventata inattaccabile dalle attuali difese, a cominciare dai casalinghi zampironi.



Amatrice, l'ospedale sarà ricostruito

Nuovo passo in avanti verso la ricostruzione del nuovo ospedale di Amatrice, dopo la visita di una delegazione del Governo tedesco. Ad accoglierla una delegazione istituzionale con il sindaco del comune montano, Sergio Pirozzi. La delegazione ha effettuato un sopralluogo nel sito dove sono tutt'ora in corso le operazioni di demolizione del vecchio ospedale, danneggiato dal sisma del 24 agosto scorso e dalle successive scosse di terremoto, un immobile del 1929 realizzato su una struttura risalente al XVII secolo, un'area di interesse architettonico e culturale. "La costruzione del nuovo ospedale di Amatrice è una priorità su cui stiamo lavorando da tempo, in stretta collaborazione con la Regione Lazio – ha precisato nell'occasione il commissario straordinario della Asl di Rieti, D'Innocenzo - Amatrice e le sue fra-

zioni avranno molto presto un nuovo ospedale, dotato di reparti e servizi in grado di offrire adeguata assistenza alla popolazione. Un progetto importante, sostenuto dal Governo tedesco, che ringrazio per la disponibilità dimostrata".



Ospedali, collaborazione tra civili e militari

Un accordo per l'utilizzo reciproco delle strutture sanitarie è stato siglato a Roma dal ministro della Difesa, Roberta Pinotti, e dal presidente della Regione Basilicata, Marcello Pittella. Secondo i contraenti, "un primo importante risultato dell'intesa sarà la possibilità, da parte dell'utenza civile lucana, di usufruire della camera iperbarica dell'ospedale militare di Taranto".



Tra Belgio e Olanda turismo farmaceutico

La forte differenza nei prezzi dei farmaci tra Belgio e Olanda sta alimentando un crescente “turismo farmaceutico” dal Belgio verso l'Olanda. E' stato calcolato che il risparmio mensile per una famiglia media belga che vive nei pressi del confine, e quindi non deve sobbarcarsi elevate spese di trasporto, è di 150 euro. Una somma destinata a lievitare nel caso di presenza in famiglia di malati, anziani, bambini. Per fare un esempio di un farmaco noto anche in Italia, una confezione di Omeprazol costa tre euro in Olanda e 42 euro in Belgio. Le regioni dalle quali si muovono più massicciamente i belgi sono l'area di Liegi, l'Hainaut e il Limburgo. La meta preferita per lo shopping è Maastricht, troppo spesso ricordata per la firma del Trattato europeo ma molto bella da visitare. Nel mirino dei partiti di opposizione belgi c'è la politica dei prezzi attuata nel loro Paese, che non permetterebbe la concorrenza e favorirebbe i medicinali a marchio a scapito dei cosiddetti generici.



Sanità digitale sotto cyber-attacco

Il sistema della sanità britannica, tra i più digitalizzati al mondo, ha sofferto fortemente l'attacco informatico di venerdì 12 maggio. Ben 61 autorità regionali sono state affette dai

virus informatici con la conseguenza di dover annullare centinaia di interventi chirurgici, restringere i servizi d'urgenza, ridurre in genere tutta l'assistenza. Sotto accusa è finita la digitalizzazione massiccia del sistema sanitario britannico, l'Nhs, un tempo esempio di efficienza per la sanità pubblica di tutto il mondo. Nel contempo, però, l'Nhs ha controbattuto che le cause delle disfunzioni sono dovute non tanto alla digitalizzazione eccessiva quanto alla riduzione dei finanziamenti che non hanno permesso di adeguare la rete digitale dell'Nhs alle nuove esigenze di sicurezza.



L'Ue alla sfida del dolore cronico

A Bruxelles e a Malta gli esperti europei hanno cominciato a discutere di politiche sanitarie per affrontare i costi economici causati dal dolore cronico e dall'incapacità al lavoro. Il dolore rappresenta un problema per i singoli individui e una sfida per sanità, economie e società: ogni anno in Europa approssimativamente un adulto su cinque soffre di dolore cronico. Questa cifra include 153 milioni di persone affette da emicrania o da altre cefalee inabilitanti, 200 milioni di pazienti con malattie muscoloscheletriche e 100 milioni colpiti da altre forme di dolore cronico. L'onere stimato dei costi diretti e indiretti, in ambito sanitario, generati dalle malattie legate al dolore cronico varia dal 2% al 3% del Prodotto interno lordo degli Stati membri dell'intera Unione europea.

La pagina *ROSA*

Iniziamo ad aver cura di noi da piccole!

Non è più un luogo comune, la donna invecchia prima dell'uomo, forse perché carica di troppe e più responsabilità?

Dal lavoro alla famiglia, chi più e chi meno, ma quasi tutte equilibriste perfette di amore e professione. La nostra natura ci chiama al dovere, a prenderci cura delle persone a noi care, e contemporaneamente a crearci la nostra indipendenza.

Siamo riuscite, nel tempo, a evolverci così tanto che in pratica non esistono più categorie di lavoratori ad appannaggio esclusivamente maschile. Al contrario, viviamo un'epoca dove la cura dell'estetica prende spazio nell'universo maschile. I centri di bellezza si riempiono di giovani e meno giovani, tutti dediti alla cura di sé, anche estrema. Se da un lato noi abbiamo invaso il loro universo lavorativo, dall'altro loro iniziano ad avvicinarsi al nostro, se pur più complesso, universo femminile. Ma, vanità a parte, l'uomo non partorisce e non riceve cambiamenti ormonali ogni mese che costringono noi donne ad attacchi di fame isterici o ritenzione di liquidi.

"Amare se stessi è l'inizio di un idillio senza fine", scriveva Oscar Wilde, allora dovremmo riuscire a inculcarci il senso della cura del corpo sin da piccole, automatizzando determinati gesti.

Riusciremmo forse a ottenere risultati di corpi esteticamente meno devastati dopo una certa età, senza ricorrere alle costosissime mani, e ai risultati incerti, del chirurgo estetico.

Tutte noi lo sentiamo dire e ridire, bere molta acqua, fare sport almeno due volte la settimana e mangiare tanta frutta e verdura per mantenersi in forma.

Consigli generali a parte, aggiungerei quei piccoli gesti quotidiani che a lungo andare mantengono la nostra pelle elastica e luminosa.

Si potrebbe cominciare con un guanto esfoliante dopo la doccia giornaliera, e sulla pelle ancora umida spalmarsi del semplice olio di mandorla.

Pulirsi il viso la sera con acqua e sapone di Marsiglia e applicarci in seguito una crema idratante.

Si deve cominciare subito, il nostro più veloce invecchiamento può essere contrastato con piccoli accorgimenti che devono iniziare dai banchi di scuola.

La donna è esposta per natura a più stravolgimenti interni ed esterni, ci vuole più forza per mantenerci belle e piacenti, non è solo una questione estetica, perché il risultato di una vita sana ed equilibrata diventa di fatto un'armatura per la nostra salute.

"Mens sana in corpore sano", regaliamoci la cura di noi fin da piccole!

Katrin Bove

Sofia™ PLUS
Soft torqueable catheter Optimized For Intracranial Access

**SOFIA™ PLUS Catheter
is compatible with the
ERIC® Retrieval Device**

EXTREMELY TRACKABLE

LARGE LUMEN
ASPIRATION CATHETER

**ENDOVASCULAR
SERVICE**
ENDOVASCULAR SERVICE

IT TAKES IMAGINATION TO MAKE SCIENCE MORE GROUNDBREAKING.

That's the difference between making devices and making progress.

An uncompromising pursuit of excellence. An unwavering focus on solutions that will make the most difference for patients. Intently listening and collaborating side-by-side with clinicians to understand their most complex problems. These are the principles for every product, solution and relationship we build. It's what we do every day to advance science for patients, for life.

To learn more about what it takes to advance science for life, visit [**www.bostonscientific.com**](http://www.bostonscientific.com).