

ORE 12 SANITÀ

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore 12 Italia n. 3-4 2018

**Urologia,
chirurgia robotica**

**Protesi peniene,
la soluzione Boston**

**Lombardia,
scienze della vita in cluster**

**Cardiochirurgia,
verso il cuore bionico**

RI.MED
INNOVAZIONE E RICERCA

IL VALORE DI ESSERE PARTNER

APPARECCHIATURE
MEDICALI



DISPOSITIVI
MEDICI



SERVIZI &
CONSULENZA



PROGETTAZIONE
& COSTRUZIONE

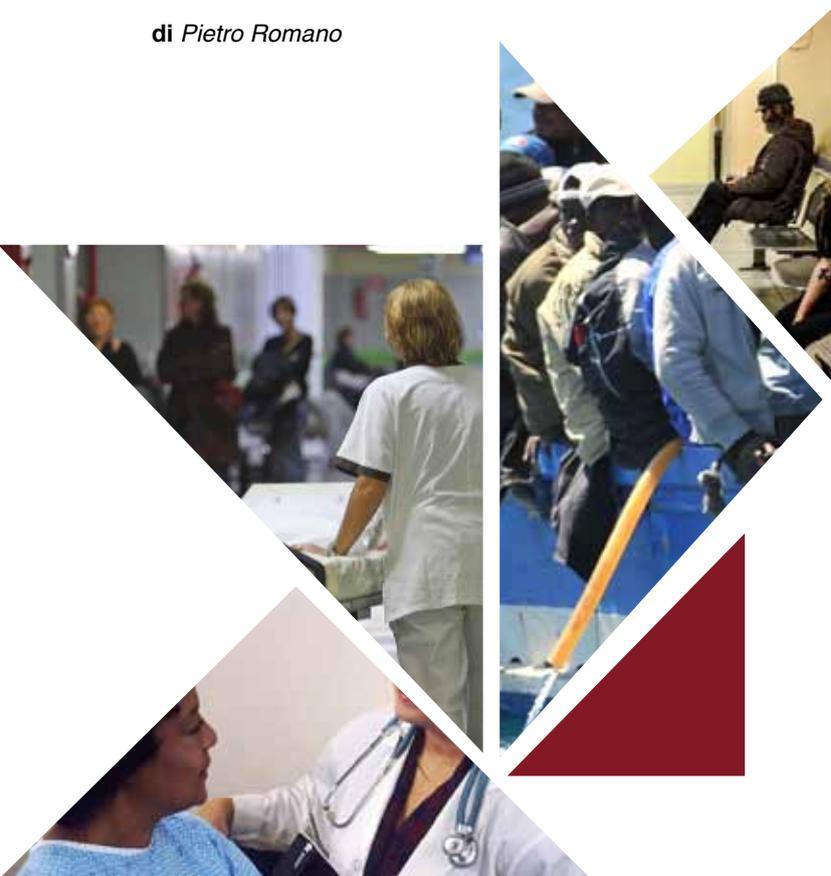
Da sempre al servizio del settore sanitario

Realtà dinamica orientata al cambiamento e all'innovazione, dal 1989 NGC Medical rappresenta un'eccellenza nazionale nella **gestione in service** delle sale operatorie e laboratori di emodinamica.

Progetta e realizza **strutture sanitarie** pubbliche e private all'avanguardia, dotandole delle più avanzate **apparecchiature elettromedicali** e di **dispositivi medici** di qualità necessari per lo svolgimento di ogni specifica attività clinica, con un patrimonio costituito da **professionalità tecniche** in grado di offrire servizi all'avanguardia, personalizzati, sicuri e di qualità.

Hic et nunc

Anche la sanità paga le scelte sull'immigrazione

di *Pietro Romano*

L'amministrazione centrale finora ha liquidato alle Asl solo una parte delle spettanze (un terzo, è stato calcolato) e per di più attingendo alla dotazione del Servizio sanitario nazionale. Un modo per rendere più "leggera" la rendicontazione dell'immigrazione (in alcune regioni ogni irregolare costa fino a 168 euro giornalieri, come certifica una recente relazione della Corte dei Conti), riducendo parimenti la qualità dell'assistenza ai cittadini italiani. Chiamati poi a saldare la fattura attraverso le regioni di appartenenza, costrette ad agire sull'addizionale Irpef, imposta quasi esclusivamente per esigenze sanitarie. Un'addizionale già salata per conto suo. Un esempio per tutti? A Roma e nel Lazio (dove la concentrazione di irregolari è altissima) l'addizionale regionale Irpef media è di 673 euro a contribuente.

La presenza di un'immigrazione (quasi) senza limiti emerge anche nei posti di pronto soccorso. La riduzione di strutture dedicate, l'arrivo massiccio di irregolari, la concessione di circa 200mila cittadinanze nel solo 2016 (senza un effettivo radicamento, prima di tutto lavorativo, come richiedeva la legge Bossi-Fini) stanno facendo letteralmente scoppiare il "primo intervento". Nel frattempo, i pronto soccorso hanno perso 18mila posti letto. E molti altri sono destinati a perderne di pari passo con le riduzioni di personale: nei prossimi dieci anni ben 216mila addetti, un terzo degli occupati, lascerà la sanità pubblica e non si intravedono all'orizzonte né professionisti in grado di sostituirli né un minimo di preoccupazione e di programmazione da parte delle amministrazioni pubbliche nazionali e locali.

In tema di migrazione sanitaria lascia ulteriormente perplessi un'altra anomalia del sistema italiano. I centri di eccellenza in Italia sono molti, anche se l'informazione preferisce ingigantire i casi di malasanità, per ora poche gocce nel mare. Questi centri richiamano pazienti da tutto il mondo, disposti a pagare parcelle salate pur di assicurarsi la qualità professionale italiana. Eppure si fa di tutto per affondare questa florida "industria". Il pagamento dell'Iva sulle prestazioni sanitarie agli stranieri, a esempio, ammonta al 22 per cento, mentre in Germania è inesistente. Per giunta, i pazienti stranieri nemmeno possono detrarre al loro Paese. Eppure la disciplina fiscale è chiara: quando uno straniero compra una borsa in Italia può detrarre l'Iva perché godrà del bene fuori dal nostro Paese. Perché non lo possa fare per una protesi, di cui parimenti godrà presumibilmente all'estero, è un autentico mistero della politica e della burocrazia italiane.

Periodicamente torna a impazzire la polemica sulle migrazioni sanitarie di cittadini italiani da una regione all'altra. Come se fosse colpa loro e non dell'anormalità di un Paese che li costringe a percorrere centinaia di chilometri per godere di un'assistenza sanitaria aggiornata e adeguata, anche alla tar-tassazione subita dal contribuente medio italiano (dell'argomento scrive dettagliatamente Katrin Bove, direttore editoriale, nella sua Lettera a pagina 5).

Sulla sanità pubblica pesa, però, un'altra migrazione che sorprendentemente, ma solo in apparenza, non provoca le stesse discussioni: la migrazione degli irregolari giunti in Italia, nella stragrande maggioranza, non si sa a quale titolo. Loro pure hanno diritto alla sanità gratuita, ma le relative spese dovrebbero essere a carico dello Stato, rientrando nella cosiddetta accoglienza. Non è così.



7

FONDAZIONE Ri.MED

di Alessandro Padova



11

CLUSTER LOMBARDO

di Carlo M. Buanamico

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA



21

VERSO IL CUORE BIONICO

di Danilo Quinto



15

LE PROTESI PENIENE

di Katrin Bove

30

UNA GIARRETTIERA TECNOLOGICA

36

LA RETORICA DEI BUONI SENTIMENTI

SOM



VALVOLE CARDIACHE, CHIRURGIA MINI INVASIVA

di Francesco Musumeci



PET O DOG THERAPY

di Paola Pastacaldi



CARDIOLOGIA
di Francesco Versaci



UROLOGIA
LA CHIRURGIA ROBOTICA
di Michele Gallucci

39 **TERAPIE
PERSONALIZZATE**

40 **RHYTHMIA™**

43 **IO LA PENSO COSÌ**

44 **CELIACHIA**

47 **RICERCA
E INNOVAZIONE**

MARIO

SEGUICI SU:
WWW.OREI2GROUP.IT

 **TWITTER**
OREI2GROUP

 **FACEBOOK**
OREI2GROUP

 **LINKEDIN.COM**
COMPANY/OREI2GROUP

 **12** **LA NOSTRA APP**

ORE12 SANITÀ

Mensile d'informazione Economico Sanitaria

WWW.ORE12GROUP.IT

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:

RYANCREATION COVE, Fluid creativity

Web Editor in charge:

Naoko Watanabe
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 collaborato a questo numero:

Carlo Maria Buonamico, Nicola Carrassi,
Caterina Del Principe, Michele Gallucci,
Gaetano Lanza, Francesco Musumeci,
Alessandro Padova, Paola Pastacaldi,
Danilo Quinto, Marco Toti, Francesco Versaci.

LE FIRME



Prof. Francesco Musumeci

Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca - SICCH
Direttore UOC di Cardiocirurgia
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma



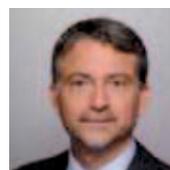
Prof. Michele Gallucci

Direttore UOC di Urologia Oncologica
IFO Regina Elena, Roma



Prof. Gaetano Lanza

Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare
Ospedale Multimedita, Santa Maria di Castellanza, Varese



Prof. Alessandro Padova

Direttore Generale
Fondazione RI.MED, Palermo



Prof. Francesco Versaci

Direttore Unità Operativa Complessa di Emodinamica e Cardiologia
Ospedale Santa Maria Goretti, Latina

• NUMERO 2 •



Cari lettori,

accanto al dramma di 12 milioni di italiani che nel 2016 avrebbero rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria per motivi economici, ne esiste un altro poco indagato. Riguarda 750mila malati che emigrano dalla loro regione a un'altra. Nella maggior parte dei casi, per salvarsi la vita, perché l'area dove risiedono è priva di specialisti capaci di affrontare una determinata patologia o di strutture adeguate.

E' questo il contesto della ricerca effettuata dal Censis, presentata a Milano il 20 marzo, intitolata "Migrare per curarsi" e commissionata da CasaAmicaOnlus. Si stima che questo fenomeno – il Censis lo chiama "l'imbuto rovesciato" - costi alle casse dello Stato 4,6 miliardi di euro. In netta prevalenza ci si sposta dal Sud al Nord e sono le regioni settentrionali creditrici nei confronti di quelle del Sud: la Lombardia per oltre 800 milioni, l'Emilia per 358, il Veneto per 161. Al capo opposto, nella classifica debitoria, troviamo i 319 milioni della Calabria, i 302 della Campania, i 289 del Lazio, dove costituiscono un'eccezione l'Ospedale pediatrico Bambin Gesù - che accoglie il 25% di tutti i ricoveri dei bambini in trasferta, circa 70mila - il Policlinico Gemelli e l'Umberto I. Dopo il Lazio troviamo la Sicilia con 239 milioni e la Puglia con 181. L'unica regione del Sud che registra un saldo attivo è il Molise, con 16 milioni.

Se per lo Stato questa migrazione rappresenta una voragine nei conti pubblici, centinaia di migliaia di persone devono affrontare a loro volta costi proibitivi. L'85% dei pazienti – moltissimi dei quali sono bambini - viaggia con almeno un familiare. Il Censis stima che siano almeno 180 mila le persone che ogni anno devono passare lunghi periodi fuori casa per assistere un parente senza aver alcun sostegno per costi di vitto e alloggio.

Una domanda al Governo che verrà: vogliamo continuare, anche in questo campo, a far parte del "quarto mondo"?

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Antonio Di Pietro'. The signature is written in a cursive, flowing style.

ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

FONDAZIONE Ri.MED

INNOVAZIONE E CAPACITÀ DI TRASLARE
LA RICERCA BIOMEDICA E LE BIOTECNOLOGIE
IN NUOVE SOLUZIONI TERAPEUTICHE PER I PAZIENTI

di *Alessandro Padova*

La nostra ricerca è focalizzata sulle applicazioni terapeutiche: Ri.MED possiede oggi un portfolio progetti diversificato e bilanciato, con chiari obiettivi di sviluppo di prodotto nell'ottica bench to bedside, grazie anche all'integrazione funzionale con l'IRCS ISMETT di Palermo, centro di rilevanza internazionale per il trapianto e le patologie associate ad insufficienza d'organo. L'approccio scientifico si sviluppa su alcune principali matrici, quali l'ingegnerizzazione di tessuti e la bioingegneria, lo sviluppo di farmaci e vaccini e la medicina rigenerativa, tutti approcci focalizzati su aree terapeutiche di grande rilevanza, quali oncologia, osteoartrite, patologie neurodegenerative, cardiovascola-

ri, metaboliche, malattie infettive, etc. Il motore di ricerca traslazionale della Fondazione Ri.MED può contare su competenze e piattaforme tecnologiche a supporto dei progetti di discovery e sviluppo preclinico: sono già state definite le piattaforme di bioinformatica, biologia strutturale e biofisica, computer-aided drug design, proteomica e bioingegneria, che verranno ulteriormente potenziate, sia in termini di risorse umane che di strumentazioni.

Attraverso lo studio dei pathway biomolecolari integrati con dati di genomica, proteomica, metabolica e secretomica, i ricercatori del team di Drug Discovery mirano ad elucidare i meccanismi pato-fisiologici e a validare

// —————
**LA NOSTRA ATTIVITA'
E' FOCALIZZATA
SULLE APPLICAZIONI
TERAPEUTICHE**

//



Alessandro Padova

nuovi target terapeutici; alcuni di questi progetti sono oggi nella fase di scoperta di potenziali farmaci. I laboratori di medicina rigenerativa e ricerca e sviluppo di terapie biologiche, strategicamente posizionati presso il nostro partner ospedaliero l'IRCCS ISMETT, sono focalizzati sullo sviluppo di nuove terapie cellulari per malattie terminali d'organo e complicazioni post-trapianto, nonché sulla validazione di nuove strategie vaccinali per malattie infettive. Il team di Bioingegneria è composto da ingegneri, biologi, chimici e farmacologi che lavorano in stretta collaborazione con medici e chirurghi: il focus delle ricerche è lo studio dei biomateriali e dei tessuti ingegnerizzati, la loro caratterizzazione reologico-meccanica e lo sviluppo di dispositivi clinici su questi basati.

Per fare qualche esempio, il nostro ricercatore Riccardo Gottardi ha creato un bioreattore per la generazione di cartilagine e osso ingegnerizzati: un minuscolo modello in vitro in grado di riprodurre esattamente l'insieme di tessuti vascolarizzati, cartilagine e osso dell'articolazione

umana, utile per testare nuovi trattamenti per patologie quali l'osteoartrosi e l'osteoporosi. Il progetto è stato selezionato da CASIS, ente spin-off della NASA, per le prossime ricerche scientifiche da condurre in ambiente di microgravità sulla Stazione Spaziale Internazionale. Stiamo ottenendo ottimi risultati anche nello sviluppo di modelli computazionali: il dottor Salvatore Pasta ha elaborato un



Ricerca significa sviluppo

I successi nel settore del Life Science si misurano sempre più sulla capacità di tradurre velocemente i risultati della ricerca scientifica in applicazioni cliniche; diventa quindi fondamentale l'integrazione complementare di risorse e competenze di diverse matrici quali la ricerca di base, la *drug discovery* e lo sviluppo preclinico di nuove terapie, ma anche i *medical device*, i biomarcatori e la sperimentazione clinica. Ne è un esempio la **Fondazione Ri.MED** - istituita nel 2006 con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - che può contare su un team di ricerca interdisciplinare (biologi, ingegneri, medici, fisici, chimici computazionali, biotecnologi, etc.) e su soci fondatori quali il CNR, il più importante ente pubblico di ricerca italiano, l'Università di Pittsburgh e UPMC (University of Pittsburgh Medical Centre), questi ultimi tra i maggiori centri accademici e sanitari al mondo nel campo della ricerca biomedica di base e applicata. L'integrazione strategica di Ri.MED con il partner ospedaliero IRCCS ISMETT ha inoltre reso possibile lo sviluppo di progettualità multidisciplinari nel campo della medicina rigenerativa e delle terapie cellulari, nonché la creazione di una *cell factory* GMP.

La Fondazione ha inoltre sviluppato una ricca rete di collaborazioni e convenzioni scientifiche con enti ed istituzioni di settore con la condivisione di laboratori e risorse; l'obiettivo delle è integrare competenze complementari a progetti di ricerca traslazionale congiunti, aumentandone la massa critica e le potenzialità di successo, anche dal punto di vista della capacità di competere al finanziamento delle linee di ricerca.

La ricerca scientifica di Ri.MED ha prodotto centinaia di pubblicazioni scientifiche e decine di brevetti: la generazione di proprietà intellettuale rappresenta un valore intangibile fondamentale nel bilancio della Fondazione, nell'ottica di sviluppare un innovativo modello di sostenibilità della ricerca. Alcune di queste invenzioni, oggi in fase di sviluppo preclinico, sono oggetto di accordi per la creazione di start-up, investimenti da venture funds, o per il licenziamento ad aziende del settore.

modello di medicina predittiva per il trattamento di patologie cardiovascolari: combinando la modellazione computazionale ed i biomarcatori epigenetici è possibile elaborare una strategia diagnostica per la stratificazione del rischio clinico, pensata per poter distinguere un aneurisma aortico "benigno" da uno che necessita di intervento immediato. Il modello è attualmente adottato per i pazienti con aneurisma aortico seguiti dal nostro partner ospedaliero IRCCS ISMETT, anche grazie al supporto del programma di ricerca sanitaria finanziato dal Ministero della Salute. Grazie alla collaborazione con l'Università di Vienna, il dottor Ugo Perricone ha potuto sviluppare un approccio computazionale innovativo basato sull'utilizzo di mappe farmacoforiche dinamiche, in grado di registrare l'evoluzione delle interazioni tra un potenziale farmaco ed il suo bersaglio terapeutico.

Non posso presentare in questa sede tutti i progetti, davvero promettenti, attualmente in corso, ma ci tengo a citarne ancora due, poiché focalizzati su due aree terapeutiche che spiccano nel panorama traslazionale di Ri.MED, ovvero le neuroscienze e l'immuno-oncologia. Il dottor Roberto Di Maio ad esempio sta studiando come correggere il danno mitocondriale alla base del processo neurodegenerativo del Parkinson; la dottoressa Sandra Cascio, invece, partendo dallo studio dell'interazione tra infiammazione e cancro sta al momento testando nuovi farmaci che, inibiscono l'interazione fra MUC1 e CIN85 e di conseguenza bloccano i processi di metastasi: se i dati scientifici ottenuti finora verranno ulteriormente confermati, si metterà a segno un decisivo risultato per riuscire a bloccare la progressione tumorale e i processi di metastasi, ad oggi incurabili.



Cluster Lombardo

di Carlo M. Buanamico

RICCARDO PALMISANO



OBIETTIVO DEL CLUSTER
E' QUELLO DI DARE
MAGGIORE IMPULSO
ALLO SVILUPPO
DELLE SCIENZE DELLA VITA,
FACENDOLE DIVENTARE
UN SISTEMA SEMPRE PIU'
TRAINANTE PER L'ECONOMIA

Sono stati rinnovati i vertici del consiglio direttivo del Cluster Lombardo Scienze della Vita. Gabriele Pelissero è il nuovo Presidente, succedendo a Silvio Garrattini; Vice presidente è Riccardo Palmisano, già Presidente di Assobiotec e Chief Executive Officer di MolMed S.p.A., società di ricerca, sviluppo e produzione biotech quotata alla Borsa di Milano.

In questa intervista a tutto tondo vi proponiamo le idee e le impressioni sulla ricerca biofarmaceutica italiana che abbiamo raccolto dal Dr. Palmisano all'indomani della sua nomina.

Esplorando il sito web del Cluster si desume che per scienze della vita si intendano solo le biotecnologie, e le scienze all'avanguardia ad essa associate, che si occupano di salute. E' così? Perché questa restrizione del campo d'azione?

Non credo che sia una lettura esatta: il Cluster si propone di incentivare tutto il settore delle Scienze della Vita, dai device alla diagnostica, dall'Ict alle terapie avanzate.



Quello che è vero è che le biotecnologie sono ormai trasversali e pervasive in molti di questi settori e sono strettamente connesse al concetto stesso di innovazione.

In cosa differisce rispetto ad altre associazioni che raggruppano i soggetti impegnati nelle scienze della vita, come ad esempio Assobiotec?

La differenza principale è il focus regionale invece che nazionale, tipico di un'associazione di categoria; il Cluster si sviluppa infatti all'interno di Assolombarda ed ha quindi una partecipazione, una struttura e degli obiettivi legati al territorio. Altra differenza fondamentale è che le associazioni di categoria raccolgono esclusivamente imprese, piccole e grandi, mentre il Cluster Lombardo Scienza della Vita raccoglie anche Università, Enti ospedalieri, Istituti di ricerca, Fondazioni *non profit*. Se ho accettato questo nuovo incarico, però, è per i punti di contatto e per le possibili sinergie con Assobiotec, che ho l'onore di presiedere da due anni, non certo per le differenze.

Il Cluster è attivo dal 2015. Quali sono i risultati raggiunti sino ad oggi?

Il Cluster dal 2015 al 2017 ha raggiunto quota 130 soci, garantendo una buona rappresentatività del contesto regionale e tra i 9 Cluster Lombardi è quello che è stato in grado di crescere maggiormente. Collaboriamo con la Regione Lombardia nella stesura della strategia 3S e nelle definizioni dei *topic* tematici. Abbiamo inoltre costituito 5 tavoli di lavoro per area tematica che hanno supportato i soci nelle partecipazioni a bandi e nelle creazioni di *partnership* pubblico-private. Il Cluster ha anche rappresentato Regione Lombardia su tavoli europei, in cui i temi

riguardassero le Scienze della Vita e rappresenta la Regione al tavolo Alisei. Inoltre attraverso lo sportello cluster Europa in collaborazione con il nodo Ecn di Confindustria Lombardia, il Cluster ha progettato e implementato un gran numero di progetti che sarebbe lungo elencare, tutti tesi all'obiettivo di rafforzare le Scienze della Vita in Lombardia, facendo crescere competenze e sinergie.

Quali obiettivi intendete raggiungere nel 2018?

Attraverso la collaborazione di tutti gli associati vorremmo confermare il ruolo chiave della Lombardia nell'area della Salute, ma soprattutto dare impulso allo sviluppo delle Scienze della Vita all'interno della Regione, facendole diventare un sistema sempre più trainante per l'economia e l'occupazione, ma tenendo sempre al centro la salute dei cittadini.

Per far questo il Cluster ha elaborato una progettualità condivisa con Assolombarda, che comprende una serie di progetti: un pilota sul tech transfer, uno di *Asset Sharing* (pilota Cnao accesso al fascio per le Pmi) e il *Living LAB* (*start up* che possono testare i loro prodotti in contesto aziendale)

Quali sono, invece, le progettualità a medio termine?

A livello regionale è di fondamentale importanza riattivare il dialogo con i nuovi interlocutori istituzionali, Assessori di Ricerca e Innovazione, Imprese e *Welfare*.

Inoltre abbiamo messo a punto un piano triennale per realizzare un portale di informazioni nell'ambito *Life Sciences*, organizzare eventi di *experience sharing*, partecipare a bandi europei (Innosup ed Interreg), realizzare eventi di B2B.

A suo avviso, qual è il ruolo che ha oggi in Italia (e

che dovrebbe avere) il trasferimento tecnologico per lo sviluppo delle scienze della vita in ambito medico?

Il trasferimento tecnologico è emerso essere uno dei punti di criticità in area medica nel nostro Paese. Se ci confrontiamo con i principali benchmark europei, emerge chiaramente l'inadeguatezza quantitativa e qualitativa dei centri di TT italiani. Una media di poco superiore ai tre addetti per ente di ricerca, associata a una specializzazione in aree amministrativa e legale, mentre quello che serve sono scienza e *business*. Questo è uno dei principali motivi che rende il nostro Paese di fatto irrilevante nella capacità di attrarre investimenti internazionali Venture Capital.

Il Cluster ha promosso negli scorsi anni l'evento "Meet in Italy for Life Sciences": in cosa consiste? Qual è la differenza rispetto ad altri eventi legati al tema promossi da altre associazioni/istituzioni?

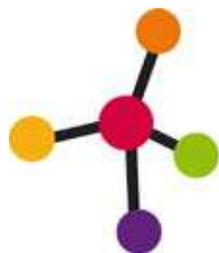
Meet in Italy, nato grazie al coinvolgimento dei principali attori del sistema *Life Sciences* in Italia (*cluster*, associazioni, ...), è un appuntamento che consente a start up e piccole imprese di presentarsi e di incontrare investitori e grandi aziende, costruire network e creare partnership. Quello che si prefigge è creare una nuova occasione per mettere in contatto l'eccellenza italiana con soggetti esteri e comunque con tutti coloro che possono valorizzarla in diversi modi. Nel panorama italiano Meet in Italy for Life Sciences può contare sulla sinergia con altri eventi, quale ad esempio BioinItaly Investment Forum.

Esistono gap ancora da colmare per rendere le scienze della vita italiane competitive nel panorama internazionale? Quali? In che modo lei pensa si possa agire?

Esistono e sono anche molto rilevanti, tanto che nella ricerca innovativa, nella capacità di trasformare le buone pubblicazioni in brevetti e poi in impresa,



l'Italia è molto indietro rispetto ai Paesi concorrenti. La tesi è confermata e trova esempi all'interno del rapporto Technology Forum Life Science, realizzato da Assobiotech insieme a The European House Ambrosetti e con il supporto di Alisei, disponibile sui siti sia dell'associazione che di Ambrosetti stessa. La debolezza del trasferimento tecnologico limita la valorizzazione della nostra ricerca, ma anche la persistenza del cosiddetto *professor privilege* toglie interesse all'Ente di ricerca per la valorizzazione dell'invenzione realizzata presso i propri laboratori. La spada di Damocle di una norma sulla sperimentazione animale più restrittiva rispetto a tutto il resto d'Europa rischia di fare scappare dall'Italia gran parte della ricerca pre-clinica. La burocrazia, spesso inutile e ridondante, allunga i tempi sia della sperimentazione pre-clinica sia di quella clinica: l'Italia attira molta meno ricerca clinica di quella che potrebbe attirare sulla base delle proprie eccellenze cliniche riconosciute in molte aree terapeutiche. Abbiamo poi un sistema produttivo di eccellenza, grazie soprattutto alla qualità delle persone, ma datato e fortemente concentrato, seppur con alcune eccezioni, solo su alcuni tipi di produzione. Non siamo ancora riusciti ad attirare produzione di proteine ricombinanti e di anticorpi monoclonali, nonché di terapie avanzate, geniche, cellulari e rigenerative. Cosa fare, come agire? È innegabile l'esigenza di una decisione forte e la messa a punto di una strategia nazionale, che coinvolga anche le Regioni, ma che metta fine alla frammentazione tra Ministeri a livello centrale e tra Regioni a livello territoriale. Per far questo, ma soprattutto per implementare la strategia di cui sopra, potrebbe essere di grande supporto un'Agenzia per la Ricerca e l'Innovazione in area Scienze della Vita, così come già fatto in altri Paesi, a partire dal Regno Unito. In contemporanea, bisogna mettere mano al trasferimento tecnologico, al ruolo dell'Università (dall'abolizione del *professor privilege* al cambiamento dei criteri di valutazione che spingono solo verso la pubblicazione) ed al pacchetto degli incentivi fiscali e della semplificazione burocratica, unici strumenti che possono aumentare l'attrattività del Paese per gli investimenti internazionali. Nella prospettiva di questo grande progetto si evidenziano le sinergie tra il Cluster Lombardo Scienze della Vita, Assobiotech, il Cluster Alisei e numerosi altri soggetti territoriali: il progetto deve avere una visione e un respiro nazionale, ma il locomotore del treno delle Scienze della Vita e il laboratorio in cui sperimentare, come detto, nuovi modelli di *technology transfer*, non può che essere la Lombardia, che già di fatto ha più del 50% delle imprese e del fatturato in area Salute, possiede alcune delle principali Università ed Enti di ricerca pubblici e pri-



Cluster Lombardo Scienze della Vita

vati, nonché il maggior numero di IRCCS d'Italia e, ultimo ma non ultimo, vede nascere sul proprio territorio sia Human Technopole a Rho, sia la Città della Salute e della Ricerca a Sesto San Giovanni.

Infine una battuta politica: le votazioni per il rinnovo del Parlamento italiano si sono da poco concluse evidenziando di fatto la mancanza di una maggioranza in grado di governare autonomamente senza necessità di larghe intese.

Quale sarà a suo avviso l'impatto che un quadro di questo genere potrà avere sulle politiche legate all'incentivo della ricerca, al sostegno alle imprese che fanno innovazione e alla spesa pubblica per la salute?

Non faccio politica, anche se per i miei ruoli associativi parlo spesso con i politici. La mia risposta è semplice: ogni elemento di incertezza rischia di avere un impatto negativo su un settore che necessita di decisioni urgenti e stabili come il nostro. Un piano per costruire un ecosistema favorevole allo sviluppo delle Scienze della Vita in Italia deve avere un respiro ed una durata pluriennale, ben superiore a quella di una legislatura. Necessita quindi di stabilità e di solidità politica, esattamente il contrario di una situazione di potenziale incertezza e di instabilità come quella che appare profilarsi. Sempre senza fare politica, quello che possiamo dire a sostegno di questa tesi è che gli ultimi due Governi, di fatto uno il prolungamento dell'altro, hanno usato il periodo relativamente lungo che hanno avuto a disposizione per mettere in atto misure positive e attese da tempo: dal credito d'imposta al *patent box*, dal riconoscimento dello status di Pmi innovativa al Piano Industria 4.0, fino al super e all'iper ammortamento. Sono state tutte misure pro-innovazione che, seppur non sufficienti a metterci in una situazione fortemente competitiva, andavano tutte nella direzione giusta. Ricordiamo che anche la decisione di costruire Human Technopole nell'area ex Expo e la corsa per portare Ema in Italia, persa al sorteggio, sono state iniziative di questi ultimi due Governi. Oggi non sappiamo cosa ci aspetta, ma siamo naturalmente pronti a presentare a chiunque avrà responsabilità di governo la nostra visione, per far sì che l'Italia colga le opportunità offerte dalle Scienze della Vita e - me lo faccia dire da presidente di Assobiotech e da Ceo di MolMed - dalle biotecnologie e dalle terapie geniche e cellulari.

LE PROTESI PENIENE PER LA RIPRESA DI UNA PIENA ATTIVITA' SESSUALE

I MODELLI IDRAULICI COSTITUISCONO
LA MODALITA' DI TRATTAMENTO PER CHI E' AFFETTO
DA DISFUNZIONE ERETTILE CON IL PIU' ALTO TASSO
DI GRADIMENTO PER PAZIENTE E PARTNER

di *Katrin Bove*

Il Dott. Edoardo Pescatori è uno Specialista in Urologia dedicato all'Andrologia. È stato co-Direttore Scientifico del Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, ed ha realizzato il primo Registro Nazionale di raccolta dati sull'Implantologia Protesica Peniena, nell'ambito della Società italiana di Andrologia. È attualmente Coordinatore del Servizio di Andrologia di Hesperia Hospital, Modena

Dottor Pescatori, che cosa sono esattamente le protesi peniene?

Le protesi peniene sono dei moderni presidi terapeutici con un ruolo strategico per gli uomini con severa difficoltà di erezione, in quanto permettono il ripristino di una funzione fondamentale: la funzione sessuale.

La difficoltà di erezione, o "Disfunzione Erettile", è una patologia che può avere origini diverse ma che può colpire anche uomini giovani, con impatti pesantissimi sulla qualità della vita. Scientificamente, la Disfunzione Erettile è definita come l'incapacità ricorrente o persistente a raggiungere e/o mantenere un'erezione adeguata per un soddisfacente rapporto sessuale (*National Institute of Health [NIH] Consensus Document*).

La protesi peniena sembra essere un'opzione terapeutica poco conosciuta anche dalla classe medica: ci può illustrare la sua funzione?

Viviamo nell'era dei farmaci orali per favorire l'erezione, e talora si rischia la banalizzazione della disfunzione erettile, ridotta a disturbo che si ritiene sia sempre curabile con una pillola. Purtroppo così non è: esistono

vari livelli di gravità del deficit erettile, che culminano nell'"*end stage organ disease*": un pene con severe alterazioni strutturali che non risponde più a stimoli farmacologici né di tipo orale, le "pillole per l'erezione", né



Edoardo Pescatori

www.andrologiapescatori.it

di tipo iniettivo nel pene: la prostaglandina o la papaverina. In questi casi l'impiego della protesi peniena, analogamente ad esempio alla protesi d'anca o di ginocchio, permette la ripresa della funzione dell'organo specifico: l'erezione.

Esattamente in che cosa consiste l'impianto?

Consiste in due cilindri che vengono inseriti nelle due camere dell'erezione del pene, i corpi cavernosi, allo scopo di fornire al pene la rigidità sufficiente per permettere un'attività sessuale penetrativa. I tipi di cilindri impiantabili sono sostanzialmente due: cilindri di consistenza costante, le protesi semirigide, o di consistenza variabile, le protesi idrauliche. Queste ultime forniscono i migliori risultati estetici e funzionali sia per il paziente che per la partner, in quanto riproducono fedelmente i due stati del pene: la flaccidità e la piena erezione. Le protesi idrauliche permettono di ottenere un'erezione virtualmente non diversa da quella naturale, con la stessa sensibilità e capacità di eiaculazione presenti prima dell'intervento, e con immutata funzione urinaria. Con la protesi idraulica l'erezione viene indotta volontariamente, azionando manualmente un piccolo dispositivo di controllo riconoscibile sotto la cute scrotale: tutti gli elementi della protesi non sono infatti visibili dall'esterno.

Dott. Pescatori, da quanto ci ha detto sembra emergere una innovazione terapeutica veramente "risolutiva", Ma quali sono le attuali possibilità per un uomo che soffre di difficoltà erettile grave di accedere a queste soluzioni?

Purtroppo - e lo dico con grande rammarico ma con altrettanta determinazione - oggi non è per nulla age-

vole accedere all'impianto protesico soprattutto di tipo idraulico, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. La protesi peniena è una prestazione teoricamente prevista dalla sanità pubblica, ma il sistema dei DRG (cioè il sistema di classificazione e finanziamento dell'attività ospedaliera) prevede un rimborso il cui importo non copre neppure metà del costo del *dispositivo* (protesi idraulica tricomponente). Pertanto, ad oggi, l'impianto protesico penieno rappresenta un intervento "in perdita" per la struttura pubblica; ciò si riflette in un esiguo numero di impianti a disposizione nei già pochi Centri pubblici che eseguono questa chirurgia. Quanto sopra si traduce, inevitabilmente, in una notevole difficoltà di accesso a questa opzione terapeutica, con liste d'attesa che non di rado superano i due anni.

Purtroppo anche la recente revisione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) non ha introdotto un'attenzione alla tutela della salute sessuale maschile, rispetto ad esempio a quella femminile: è prevista la rimborsabilità per la protesi mammaria, per ripristinare "una visione anatomico-estetica del corpo" dopo la mastectomia, ma non vi è menzione della protesi peniena dopo una chirurgia radicale pelvica, nonostante questo intervento non si limiterebbe a ripristinare semplicemente l'estetica, bensì una funzione: la funzione sessuale. Con CITTADINANZATTIVA, Associazione che ha come *mission* la tutela dei diritti dei cittadini, stiamo mettendo in atto tutte le possibili strategie che favoriscano l'accesso all'opzione protesica peniena, in particolare per chi è affetto da grave deficit erettile secondario, a seguito di una chirurgia radicale pelvica per neoplasia maligna.



Cittadinanzattiva nasce come Movimento federativo democratico nel 1978 per iniziativa di gruppi di giovani di ispirazione cattolica e democratica con una passione per la politica.

Il Movimento è da subito laico e aperto a tutti.

Nel suo sviluppo il movimento rivendica l'utilizzo degli strumenti di democrazia diretta, che possano coinvolgere i cittadini nella tutela dei propri diritti. Tra i numerosi settori tutelati, quello della sanità, mediante il Tribunale dei Diritti del Malato.

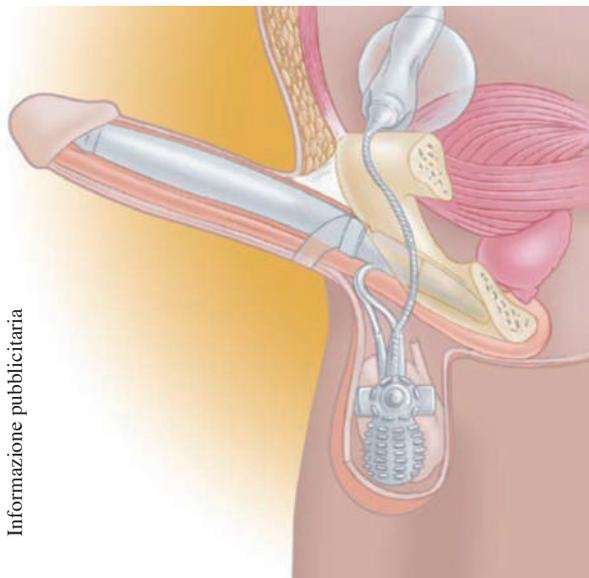
Negli anni '90 la presenza del Movimento nella società italiana è riconosciuta e influente, tanto da rappresentare un impulso per le numerose riforme, dal campo sanitario a quelle sulle autonomie locali e sui servizi pubblici.

Giugno 2000, il Congresso nazionale di Chianciano sancisce la nuova struttura del Movimento e decide il mutamento del nome in «Cittadinanzattiva».

Cittadinanzattiva impegnata da sempre per l'affermazione della cittadinanza europea, nel 2001 ha contribuito alla nascita di Active citizenship network, programma europeo che collega 70 organizzazioni di 28 paesi.

Active citizenship network già dai suoi primi anni di vita ha condotto numerose battaglie a livello europeo, come l'iniziativa dedicata all'elaborazione della Carta europea dei diritti del cittadino malato.

Protesi peniena tricomponente AMS700 CX™



Informazione pubblicitaria

Boston Scientific

Advancing science for life™

These materials are intended to describe common clinical considerations and procedural steps for the use of referenced technologies but may not be appropriate for every patient or case. Decisions surrounding patient care depend on the physician's professional judgment in light of all available information for the case at hand.

In quali casi è indicata la protesi?

La protesi peniena è indicata in tutti quei casi in cui vi sia una difficoltà erettile non responsiva a farmaci orali o iniettivi, e nei casi di severa curvatura acquisita del pene, la "malattia di La Peyronie", in cui la fibrosi che si sviluppa all'interno del pene determina gravi deformazioni e perdita di dimensioni, appunto correggibili con la protesi.

Ma sarebbe un errore considerare la protesi peniena come "l'ultima spiaggia" per chi ha una difficoltà di erezione: i modelli idraulici, infatti, costituiscono la modalità di trattamento per chi è affetto da disfunzione erettile che registra il più alto tasso di gradimento sia da parte dell'uomo, sia della sua partner, rispetto alle altre opzioni terapeutiche: farmaci orali, iniezioni dirette nel pene e pompe a vuoto. Le linee guida europee (1) indicano infatti la protesi non solo per chi non risponde ad altri trattamenti, ma anche per chi desideri una so-

luzione definitiva al proprio problema. Nel trattamento di una sessualità ferita non è infatti sufficiente disporre di una terapia che, semplicemente, "funzioni", ma della soluzione che, oltre ad essere efficace, sia gradita e ripristini nella maniera più naturale possibile la funzione persa. In caso contrario il rischio sarebbe quello di avere un rimedio efficace, ma non gradito, e quindi non utilizzato. In tal senso l'impianto protesico penieno rappresenta una soluzione risolutiva grazie a elevati tassi di efficacia, sicurezza e soddisfazione.

Al di là delle linee guida, nella vita reale chi si sottopone più frequentemente all'impianto di una protesi di questo tipo?

A questa domanda possiamo oggi finalmente dare risposte precise, grazie a Registri di raccolta dati. Al mondo attualmente ne esistono due: il Registro Italiano (2) e quello Statunitense (3). Entrambi riportano come prima causa di impianto la difficoltà erettile grave a seguito di una chirurgia radicale per tumore della prostata: in Italia questo riguarda oltre il 35% dei pazienti che riceve una protesi peniena. Il carcinoma prostatico è il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali, e la sua chirurgia – con qualsiasi tecnica venga eseguita – è "gravata" da disfunzione erettile nel 25-75% dei casi. È pertanto una buona notizia per questi uomini sapere che esiste una soluzione terapeutica - la protesi peniena - che permette di recuperare brillantemente la possibilità di una vita sessuale pienamente soddisfacente.

Per questo è importante perseguire a tutti i livelli – società scientifiche, associazionismo, politica – l'inserimento del diritto alla salute sessuale maschile nei Livelli Essenziali di Assistenza, e parimenti permettere una reale disponibilità delle protesi peniene nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale mediante la definizione di un DRG remunerativo, così da rendere effettivamente accessibile questa opzione terapeutica per tutti i pazienti che ne hanno bisogno

K. Hatzimouratidis et al:

EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism. European Association of Urology 2016

E. Pescatori et al: INSIST-ED:

Italian Society of Andrology registry on penile prosthesis surgery. First data analysis. Arch Ital Urol Androl. 2016 Jul 4;88(2):122-7.

G.D. Henry et al:

The Who, How and What of Real-World Penile Implantation in 2015: The PROPPER Registry Baseline Data. J Urol. 2016 Feb;195(2):427-33.

VALVOLE CARDIACHE, CHIRURGIA MINI INVASIVA

SI ASSICURA COSÌ UN RECUPERO PIÙ RAPIDO E UN MIGLIORE RISULTATO ESTETICO
PER IL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE DELLE VALVOLE CARDIACHE

di *Francesco Musumeci*

La chirurgia delle valvole cardiache ha continuato ad evolversi nel corso degli anni. Tecniche chirurgiche mirate alla riparazione delle valvole cardiache, ma soprattutto un approccio chirurgico sempre meno invasivo, sono le innovazioni più importanti che hanno rivoluzionato il trattamento chirurgico delle patologie valvolari cardiache.

Per anni, la sostituzione delle valvole cardiache malfunzionanti è stata considerata la soluzione chirurgica da preferire. La chirurgia riparativa ha rappresentato una vera sfida per il chirurgo, che deve mettere insieme cono-

scenze anatomiche e competenze tecniche. Dopo critiche iniziali, oggi la riparazione delle valvole, e in particolare quella della valvola mitrale, è riconosciuta essere lo standard di riferimento. Infatti, molti studi hanno messo in evidenza la superiorità della riparazione valvolare, rispetto alla sostituzione della valvola con protesi valvolari meccaniche o biologiche, per il rischio chirurgico più basso e la migliore qualità di vita e sopravvivenza nel tempo. Oggi il riparo di una valvola mitrale insufficiente è possibile in oltre il 95% dei pazienti, con un'incidenza di complica-

ze inferiore all'1% e un rischio di re-intervento inferiore all'1% all'anno. La chirurgia riparativa della valvola mitrale dovrebbe pertanto essere concentrata in Centri di Cardiocirurgia qualificati, con alti volumi di attività e con esperienza riconosciuta in questa chirurgia, come raccomandato dalle linee guida europee.

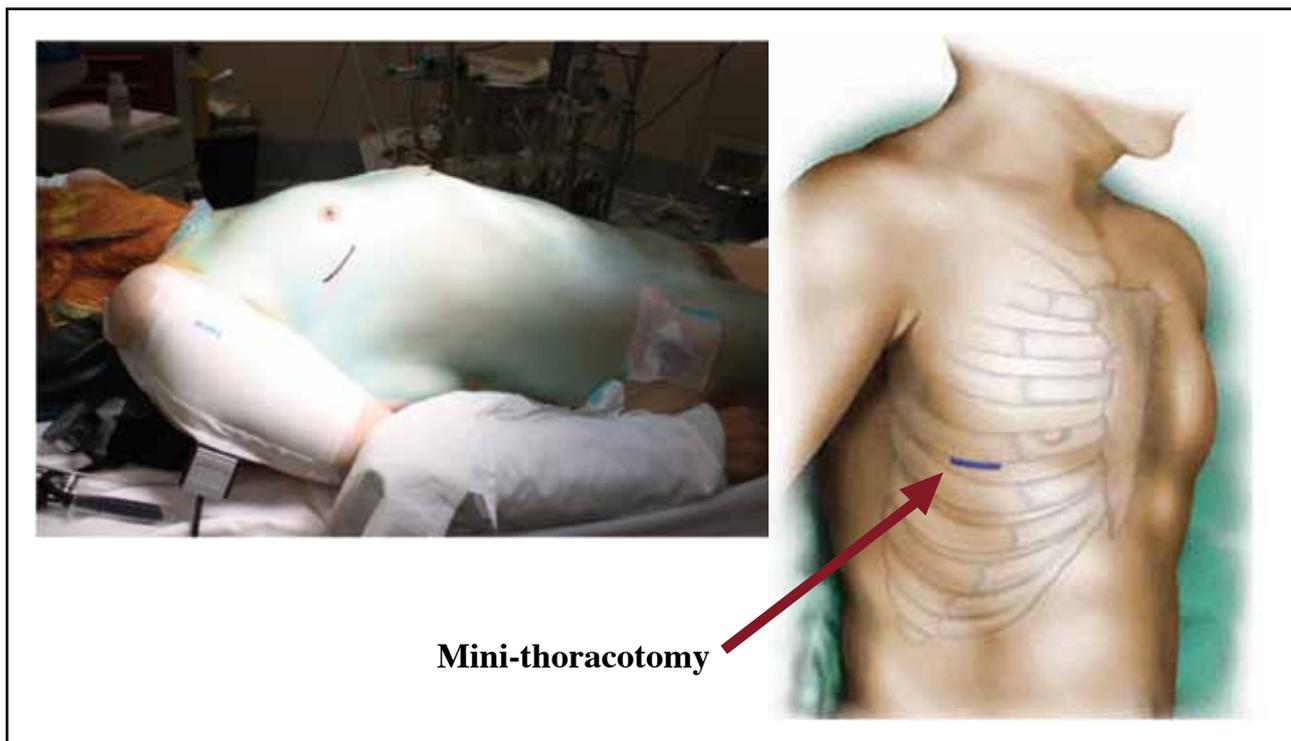
L'apertura centrale dello sterno è stata e rimane ancora l'accesso più comunemente utilizzato per tutti gli interventi sul cuore, inclusi quelli sulle valvole. L'esposizione del cuore è eccellente e l'intervento chirurgico può essere eseguito velocemente e con grande attenzione ai diversi particolari.

Nel corso degli anni, il progresso clinico e tecnologico ha ridotto in modo significativo il rischio degli interventi di cardiocirurgia. Con il consolidamento dell'esperienza clinica, l'attenzione della cardiocirurgia si è indirizzata con crescente interesse verso una sempre minore invasività del trauma chirurgico. Si tratta di un insieme di nuove tecniche e nuove tecnologie, tutte mirate a minimizzare il trauma dell'intervento attraverso una riduzione delle dimensioni dell'incisione chirurgica, con l'obiettivo di consentire un recupero più rapido dall'intervento e, se possibile, di ottimizzare il risultato estetico, portando così al paziente anche un vantaggio clinico e psicologico. E' proprio il mantenimento dell'integrità del torace, e

dello sterno in particolare, che porta vantaggi importanti per il paziente. Una migliore funzione respiratoria, meno dolore, una più bassa incidenza di complicanze, una ripresa più rapida dopo l'intervento e un migliore risultato estetico, sono i principali vantaggi di un approccio mini-invasivo. Il raggiungimento di obiettivi così importanti è stato possibile grazie ai grandi sviluppi della tecnologia applicata alla medicina. Per eseguire un intervento chirurgico attraverso un'incisione di 4-5 cm., sono stati messi a punto strumenti chirurgici dedicati che consentono di operare in profondità. Telecamere ad alta definizione, oggi anche con la possibilità di una visione non solo ingrandita, ma anche tridimensionale del campo operatorio, danno al chirurgo l'opportunità di una maggiore definizione dei dettagli.

Minore invasività vuol dire, dunque, rispetto dell'integrità del torace nella sua struttura ossea e migliore esposizione del campo operatorio. Questo consente una maggiore precisione nell'esecuzione del gesto chirurgico, aspetto importante proprio nella chirurgia riparativa della valvola mitrale. Sul piano clinico, i risultati di questa minore invasività si riflettono in vantaggi importanti per il paziente sia nel decorso immediatamente dopo l'intervento chirurgico sia nel lungo termine. Questi vantaggi sono ancora più evidenti nei pazienti ad alto rischio, com'è il caso dei pa-





Mini-thoracotomy

zienti con disfunzione respiratoria, obesità o età avanzata, nei quali l'apertura dello sterno è un fattore di rischio aggiuntivo per complicanze nel decorso post-operatorio, come confermato da un grande numero di pubblicazioni scientifiche.

Un ulteriore importante vantaggio per il paziente è il risultato estetico che si ottiene. La cicatrice di circa 4/5 centimetri è localizzata lateralmente nel torace, in prossimità dell'ascella. Nelle donne, questa piccola incisione può essere eseguita nella piega sotto la mammella o nell'area peri-areolare della mammella. Da queste incisioni è possibile ottenere l'apertura necessaria per accedere all'interno del torace e quindi alla valvola mitrale ed eseguire qualunque tipo di intervento necessario per il paziente; una differenza enorme rispetto alla chirurgia tradizionale, che per intervenire sul cuore attraverso l'apertura dello sterno lascia al paziente l'eredità vistosa di una cicatrice di non meno di 20 cm. di lunghezza. Sapere che un accesso mini-invasivo riduce molto il rischio di complicanze nel decorso post-operatorio e i tempi di recupero, fa sì che il paziente accetti con più serenità la necessità di dovere intervenire chirurgicamente sul cuore. Ancora più importante psicologicamente è il guardarsi allo specchio e non vedere una cicatrice che attraversa il petto. Questo aiuta a dimenticare un evento difficile e traumatico che ha

attraversato la vita del paziente. L'impatto psicologico è ancora più forte nei pazienti di sesso femminile, nei quali la scelta degli abbigliamento non deve essere condizionata dalla necessità di dovere nascondere la presenza di una cicatrice al centro del torace.

In conclusione, la cardiocirurgia valvolare mini-invasiva aiuta ad intervenire chirurgicamente sulle patologie valvolari del cuore consentendo una migliore esposizione del campo chirurgico ed un recupero post-operatorio più rapido, tutto questo col grande vantaggio aggiuntivo di non imporre al paziente l'antitesi tra guarigione e integrità della propria figura fisica.

**Minore invasività
con maggiore precisione
dell'esecuzione**



Francesco Musumeci

Verso il cuore bionico

di Danilo Quinto

GINO GEROSA

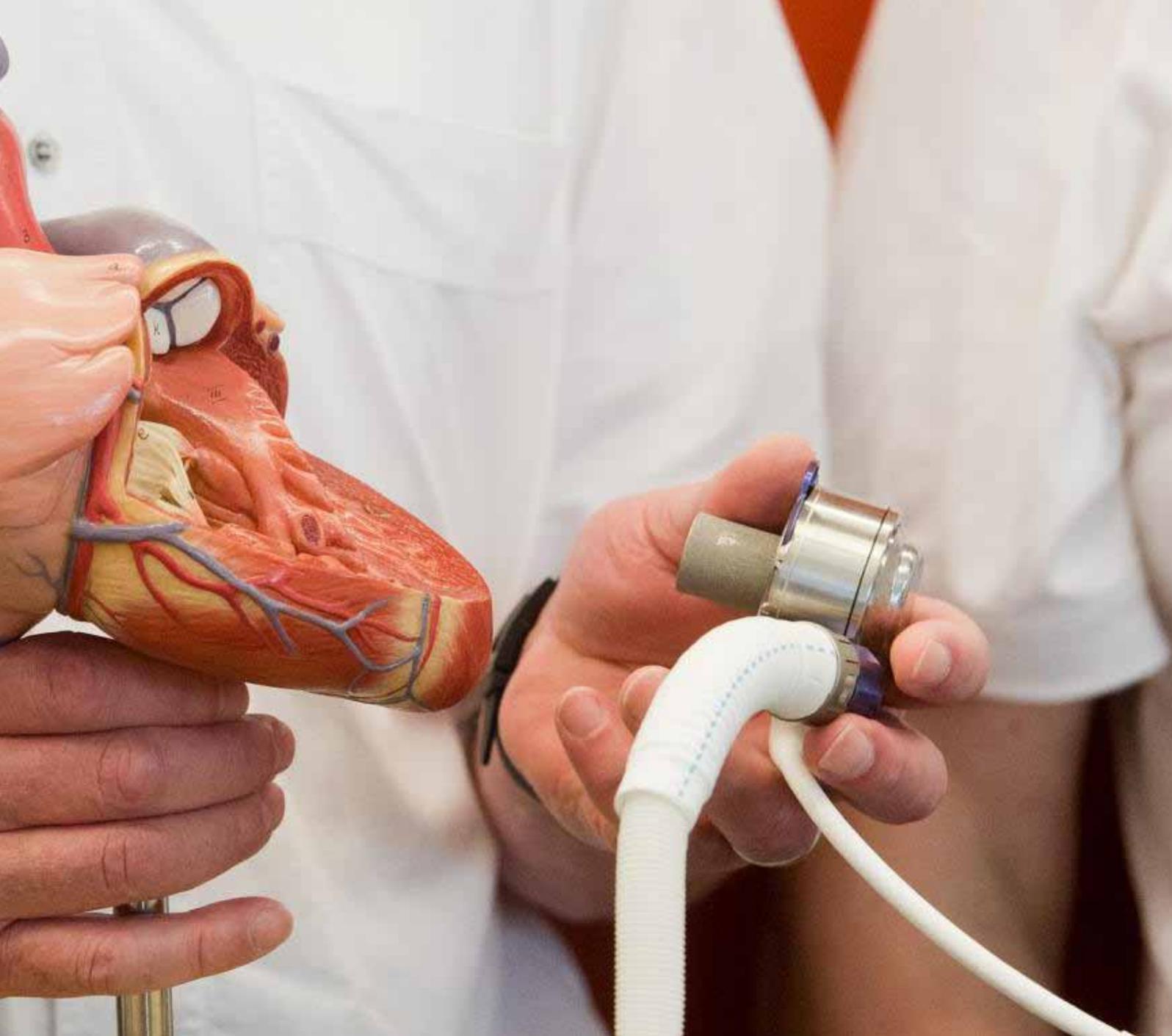


UN INVESTIMENTO
DI 50 MILIONI DI EURO
E 5 ANNI DI LAVORO
PER GARANTIRE
UN CUORE PICCOLO
ARTIFICIALE

n base ai dati del Centro Nazionale Trapianti (Cnt), nel corso dell'anno 2017, i trapianti di cuore in Italia sono stati 265, mentre alla data del 31 dicembre i pazienti in lista di attesa sono 757, dato più alto dal 2007, quando erano 751. Si copre meno del 30% della necessità.

Lasciamo commentare questi dati al professor Gino Gerosa, 60 anni, direttore del Centro di Cardiocirurgia "Vincenzo Gallucci" dell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova: "L'Italia è tra i

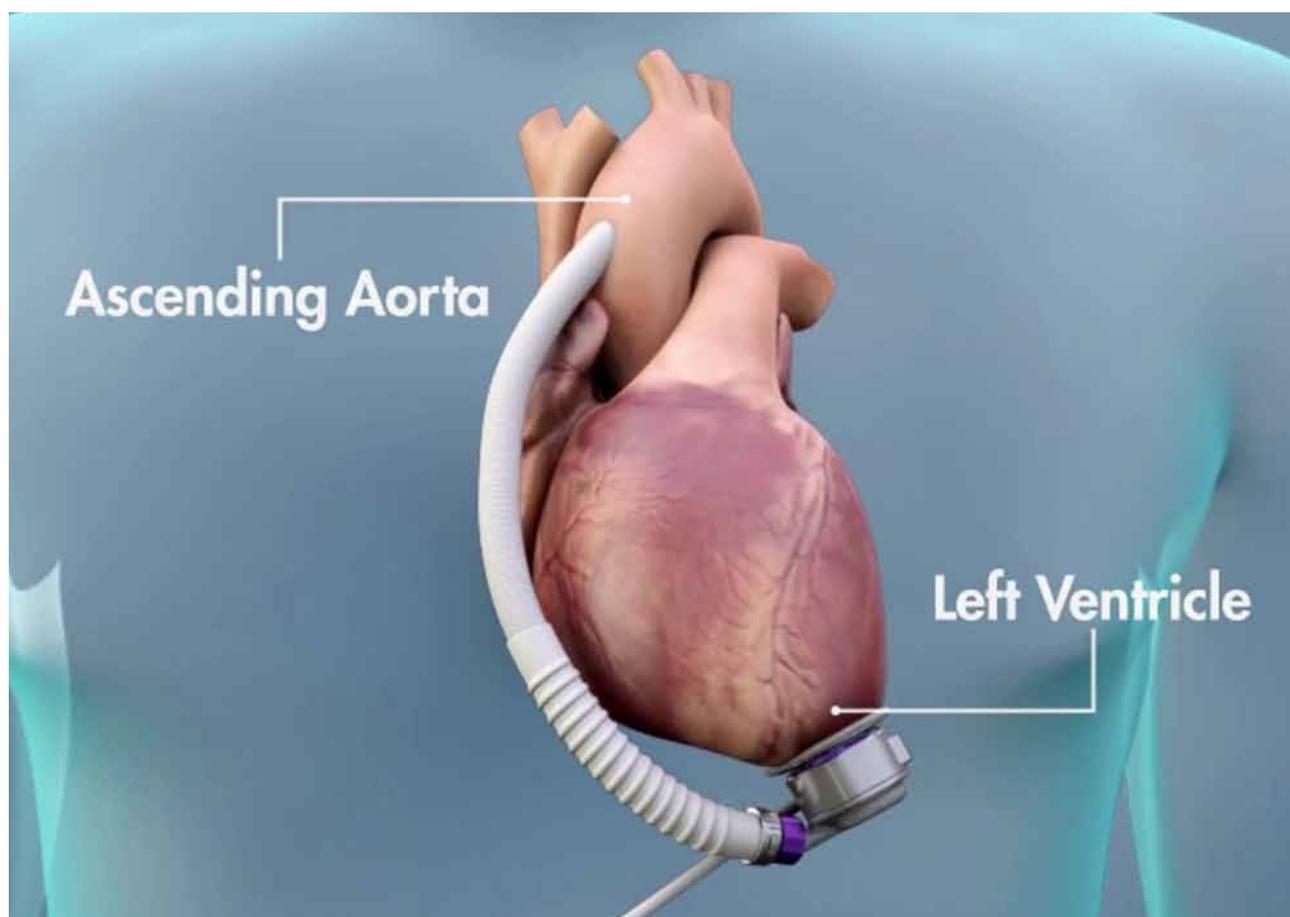
primi posti in Europa in termini di donazioni, ma i dati sullo scompenso cardiaco terminale sono in aumento costante. Per questa ragione, serve la disponibilità di un grande numero di organi", sostiene Gerosa, che aggiunge: "Le morti cerebrali post-traumatiche sono in forte decremento negli ultimi, grazie all'introduzione del casco e degli altri sistemi di sicurezza automobilistici. Si è così ridotto il numero dei decessi tra i giovanissimi. Mentre, fino a qualche anno fa, l'età prevalente dei donatori di cuore era di 18 anni, oggi è tra i 55 e i 60 anni. In sintesi: il numero dei donatori è alto, ma il profilo si è modificato e quindi ci sono meno cuori disponibili".



Il reparto di cardiocirurgia diretto dal professor Gerosa – che conta 36 medici, 110 infermieri, 14 tecnici, 33 operatori socio-sanitari, 2 psicologi e 5 amministrativi – è uno dei più rinomati in Italia, tanto che la percentuale dei pazienti provenienti da altre regioni è del 20%, il doppio del 2016. Tra gli interventi che vengono effettuati: il by-pass aortocoronarico con tecniche mini-invasive, la riparazione valvolare mitralica e aortica, la sostituzione valvolare con protesi biologiche, meccaniche e di derivazione umana, riparazione di aneurismi all'aorta toracica, i trapianti cardiaci. Le operazioni al cuore sono passate dalle 670 del 2016 alle oltre 1.000 del 2017, con 40 trapianti, in media 1 ogni 15 giorni, 28 interventi Vad (dispositivo di assistenza ventricolare, una pompa meccanica), impianti di cuore artificiale e 140 impianti di Ecmo (ossigenazione extracorporea a membrana).

Quali sono, professore, le soluzioni in attesa del trapianto e quali problematiche si registrano?

“C'è la necessità di intervenire con sistemi meccanici. Oltre al Vad, che aiuta nella sua funzione il ventricolo sinistro, possiamo adoperare il Sincardia, inventato negli anni '50: un apparecchio ingombrante, una specie di zainetto che, attraverso un compressore rumoroso, soffia aria attraverso i tubi collegati al cuore artificiale, distribuito da un'azienda privata che ha sede in Arizona, negli Stati Uniti. Per primi in Italia l'abbiamo impiantato a Padova nel 2007. Poi c'è il cuore artificiale che stanno sviluppando i francesi. Si chiama Carmat, è elettrico, meno rumoroso, ma ancora molto, molto grande: risulta impiantabile su meno del 75% degli uomini e meno del 15% delle donne, non ha ancora il marchio Ce e un'applicazione clinica completa”.



Oltre ai francesi, chi sta lavorando su progetti più sofisticati?

“Ci sono nel mondo diversi progetti. Stanno lavorando in Nord America, all’Università dell’Oregon, in Giappone, in Corea del Sud, in Germania, all’Università di Zurigo. Poi, ci siamo noi italiani, con l’equipe che dirigo, con il nostro tasso di innovazione molto alto. Con gli altri ci confrontiamo, ma siamo anche in competizione”.

Come l’avete chiamato il vostro progetto?

“*Cuore bionico*, così l’hanno chiamato gli organi di stampa. E’ un cuore meccanico e insieme biologico. Un cuore artificiale totale. E’ un progetto al quale stiamo lavorando da oltre 5 anni. Grazie ai finanziamenti provenienti dalla Regione Veneto, dai progetti europei e da un finanziatore privato, la Fondazione Cariparo, della Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, che ci ha aiutati con un milione di euro, siamo riusciti a mettere a punto l’attuatore: il principio meccanico che sta alla base del cuore artificiale; per il rivestimento saranno utilizzati i tessuti prodotti grazie alla nostra tecnologia della Medicina rigenerativa, in modo da assicurare la sua bio-compatibilità”.

E ora?

“Dovremmo costruire un motore elettrico lineare miniaturizzato per far muovere l’attuatore, i sensori, immagina-

re e verificare gli adattamenti e poi avviare la sperimentazione sugli animali. Stiamo cercando 50 milioni di euro, da investire nei prossimi 5 anni per raggiungere il risultato che ci siamo prefissati”.

Non ritiene sia una cifra molto alta?

“Sono convinto che una partnership pubblico-privata possa risolvere il problema e darebbe al nostro progetto, nel quale crediamo fortemente, la necessaria credibilità. Si tratta di un finanziamento di molto inferiore a quello di cui dispongono gli altri. Siamo come sulla riva del fiume, ad attendere la nave che ci aiuti ad attraversarlo e a raggiungere la sponda opposta”.

Il vostro cuore artificiale sostituirebbe i trapianti?

“Come lei sa, i trapianti devono superare la soglia dei 5 anni perché si possa dire che siano riusciti. Con il progetto del cuore artificiale – che sarebbe piccolo, silenzioso, per il quale stiamo anche studiando un sistema di ricarica per il motore elettrico che non richieda i fili da collegare ad una fonte di corrente, per il quale sia sufficiente il contatto della cute con una piccola superficie ‘ricaricante’ - noi vorremmo raggiungere proprio quest’obiettivo: garantire non solo una soluzione “ponte”, ma alternativa al trapianto di organo. Speriamo di riuscire presto in quest’impresa per aiutare coloro che soffrono”.



Cardiologia

Lo stent riassorbibile

UN ULTERIORE PASSO AVANTI
NELLA CURA DELLE MALATTIE CORONARICHE

di *Francesco Versaci*

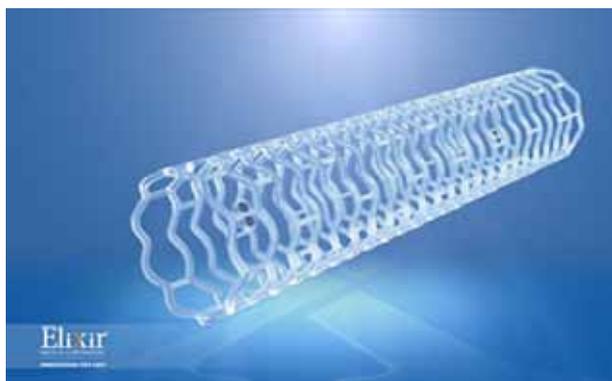
Lo stent coronarico, inventato da Julio Palmaz nel 1987 è stato definito dalla prestigiosa rivista IP Worldwide Magazine una delle dieci invenzioni del XX secolo che hanno contribuito a cambiare il mondo. Questo dispositivo medico ha rappresentato una delle maggiori innovazioni nel trattamento interventistico dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica. Inizialmente utilizzato come "impalcatura di salvataggio" in caso di complicanze durante angioplastica con palloncino si è dimostrato un ottimo supporto per migliorarne il risultato immediato riducendo il rimodellamento negativo del vaso trattato e l'incidenza di restenosi a distanza. L'idea di essere utilizzato come piattaforma per veicolare farmaci inibenti la proliferazione di tessuto mio-intimale ha ottimizzato l'efficacia della procedura. La tecnologia ha creato negli ultimi anni dispositivi sempre più sicuri, facilmente impiantabili che hanno modificato strategie ed indicazioni al trattamento dei pazienti affetti da malattia coronarica ed ha fatto divenire questo device

il dispositivo più utilizzato in medicina: ogni anno sono circa 4 milioni gli stent che vengono impiantati in tutto il mondo, 200.000 lo scorso anno solo in Italia.

Una delle più rilevanti innovazioni apparse di recente nel campo della cardiologia interventistica percutanea è rappresentata dagli stent coronarici completamente riassorbibili, per i quali è stata ipotizzata la possibilità di una "terapia di riparazione vascolare". Tale device infatti, la cui struttura di sostegno è costituita come per i fili di sutura chirurgici riassorbibili, da materiale polimerico (acido poli-L-lattico - PLLA) anziché da una lega metallica, fornisce un supporto vascolare temporaneo, durante il quale il rilascio di farmaco anti-proliferativo riduce la reazione iperplastica neointimale, per poi scomparire completamente nell'arco di circa 2 anni. Il completo riassorbimento della struttura di sostegno, ha mostrato sia un rimodellamento positivo della parete vasale con guadagno di lume tardivo, che il recupero della funzione endoteliale con

conseguente ripristino delle caratteristiche di pulsatilità e vasoreattività del segmento vascolare sottoposto all'impianto. Nonostante i risultati iniziali degli studi condotti su questa nuova tecnologia siano stati incoraggianti, alcune problematiche tecniche sono emerse con la pratica clinica, legate principalmente ad imperfezioni "strutturali" dei primi modelli di stent riassorbibili.

Nell'ambito di questa evoluzione tecnologica della cardiologia interventistica coronarica, un notevole interesse è riposto sullo stent riassorbibile coronarico DESolve (Elixir Medical Corporation, Sunnyvale, California - USA), che per le caratteristiche innovative rispetto ai modelli precedenti può essere considerato lo scaffold riassorbibile di seconda generazione. Quest'ultimo stent biorassorbibile è costituito da un polimero derivato da acido poli-L-lattico (PLLA) e caratterizzato dal rilascio di farmaco anti-proliferativo Novolimus, appartenente alla famiglia degli "analoghi della rapamicina" (Sirolimus), molecole già ampiamente utilizzate negli stent a maglia metallica per prevenire i fenomeni di iperplasia neointimale, modulando i processi di crescita, proliferazione, motilità e quindi sopravvivenza cellulare.



In figura: lo stent riassorbibile DESolve: la struttura costituita da materiale polimerico permette la degradazione ed il successivo completo riassorbimento dello stent preservando l'integrità della coronaria trattata.

Importanti caratteristiche innovative di questo innovativo dispositivo sono: la capacità di "auto-correzione" di piccoli difetti di malapposizione delle maglie per una più completa apposizione alla parete del vaso, il mantenimento di un adeguato supporto vascolare per il periodo critico iniziale di guarigione della lesione, con contemporaneo riassorbimento pressoché totale nel corso del primo anno post-impianto. Il meccanismo di degradazione del polimero avviene inizialmente mediante idrolisi, con successiva metabolizzazione in anidride carbonica ed acqua con completamento del riassorbimento (riduzione della massa) superiore al 95% a 2 anni. Tale profilo di riassorbimento garantisce il mantenimento di un'integrità strutturale dello scaffold per i primi 3-4 mesi con il mantenimento di un'adeguata forza radiale ma allo stesso tempo consen-



Francesco Versaci

te un rimodellamento positivo della parete dei vasi, con aumento del calibro luminale già a sei mesi, meccanismo fondamentale della "terapia di riparazione vascolare". In alcuni studi comparativi tra modelli differenti di scaffold biorassorbibili il DESolve ha dimostrato caratteristiche di maggiore distensibilità ed espansione delle maglie, con un'elevata soglia di postdilatazione in assenza di rottura, con risultati sovrapponibili a quelli di uno stent medicato di ultima generazione. Il concetto di uno scaffold completamente riassorbibile è molto attraente per il cardiologo interventista: i potenziali vantaggi rispetto agli stent medicati tradizionali sono una maggiore integrità anatomica e funzionale del vaso trattato grazie alla scomparsa a distanza del corpo estraneo dall'interno della coronaria. La tecnologia ha indubbiamente fatto notevoli progressi offrendoci soluzioni sempre più innovative e lo scaffold DESolve ne è un esempio. I dati iniziali sembrano davvero molto promettenti e se supportati da una maggiore evidenza clinica derivata dai numerosi studi in corso potrebbero aprire nuovi scenari per l'uso di scaffold riassorbibili come ad esempio nelle sindromi coronariche acute dove una piattaforma costituita da maglie più sottili, con una superficie di copertura maggiore come quello degli stent riassorbibili potrebbe essere una valida soluzione per evitare l'embolizzazione distale di materiale trombotico oppure l'utilizzo in particolare nei pazienti giovani dove il rischio di nuove procedure è più elevato.

TECNOLOGIE E SERVIZI BIOMEDICALI



VIOLATECH

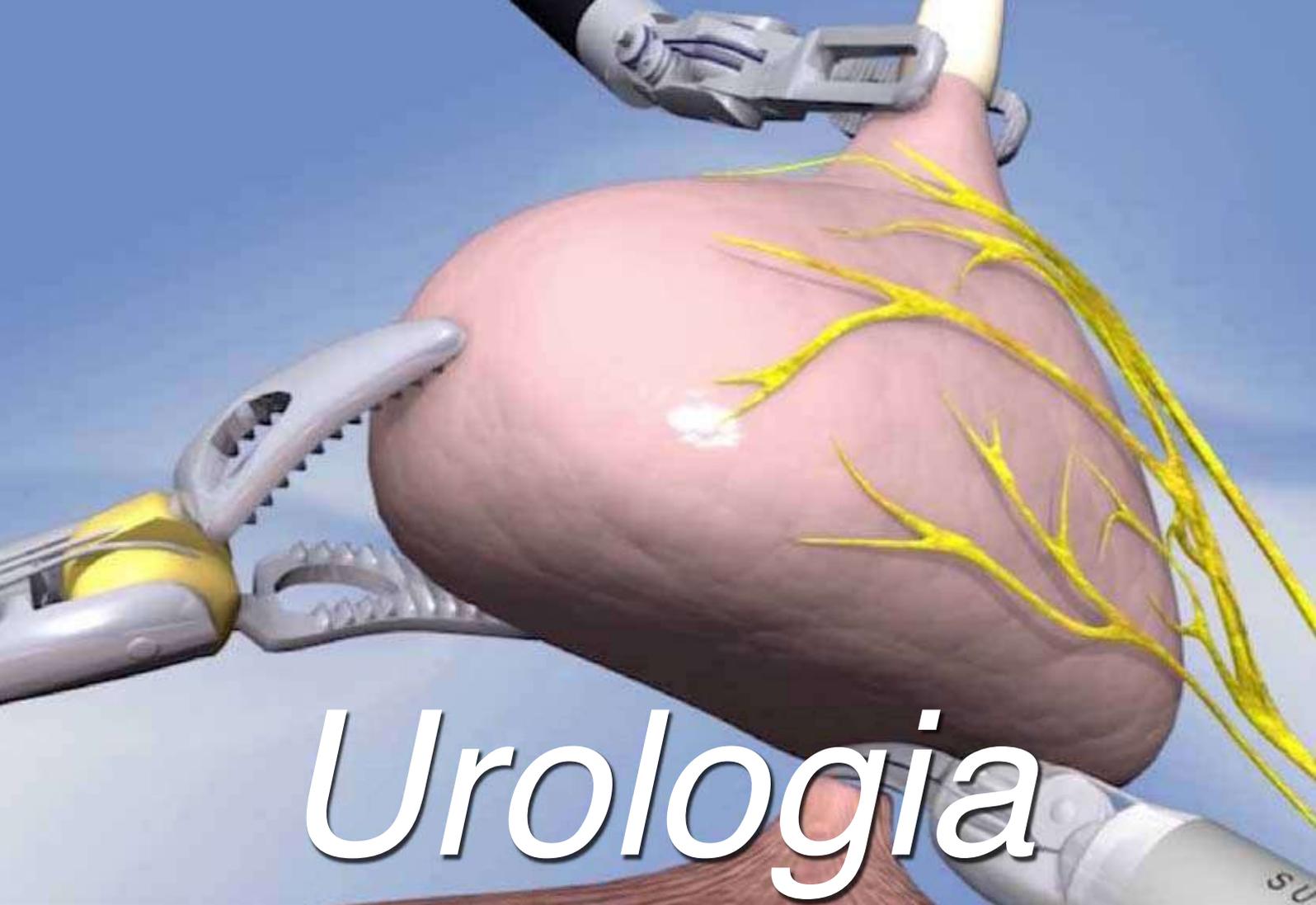
BIOMEDICAL SOLUTIONS

VIOLATECH S.R.L

Via Durban, 4 • 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it



Urologia

La chirurgia robotica

DAL 2010, LA PRESENZA DI ROBOT DA VINCI®
INSTALLATI IN ITALIA È CRESCIUTA DI OLTRE IL 70%

di Michele Gallucci

Per chirurgia robotica si intende l'ultima evoluzione della chirurgia mininvasiva. Il chirurgo non opera con le proprie mani. Seduto ad una console computerizzata posta all'interno della sala operatoria, manovra un robot a distanza. Tramite un sistema computerizzato, il movimento delle mani viene trasmesso alle braccia robotiche, alle quali vengono fissati gli strumenti chirurgici.

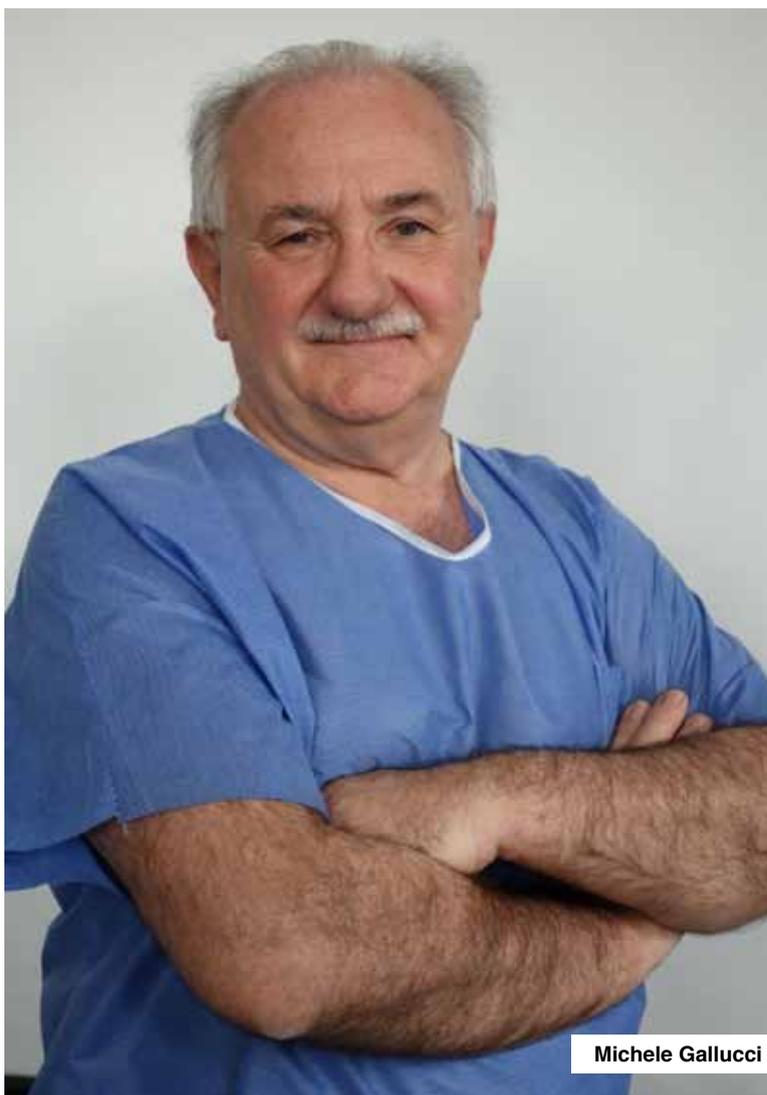
Il sistema robotico da Vinci® - la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva presente a oggi sul mercato - rappresenta l'ulteriore evoluzione della tecnica laparoscopica. Infatti, oltre agli indiscussi vantaggi di quest'ultima (minor sanguinamento, assenza di cicatrici esteticamente non ben accette, tempi di degenza maggiori e di recupero minori), offre ulteriori vantaggi

al chirurgo operatore. Tra questi: una visione ingrandita e tridimensionale, con una migliore valutazione del campo operatorio e dei piani di dissezione anatomici; una maggiore libertà di movimento su 7 assi e una rotazione di quasi 360°, con la possibilità di eseguire manovre più precise, difficili e raffinate, non sempre possibili con la laparoscopia classica; una posizione ergonomica del chirurgo, che può lavorare in un modo più corretto e confortevole.

Sono tre le componenti principali del Robot: la console chirurgica, con la quale il chirurgo operatore è in grado di controllare la telecamera a fibre ottiche e gli strumenti; il carrello paziente, la parte operativa, formata da 4 braccia mobili dedicate al supporto della telecamera e degli strumenti operatori; il carrello visione,

contenente l'unità centrale di elaborazione dell'immagine.

- Negli interventi chirurgici eseguiti con tecnica robotica viene insufflata anidride carbonica all'interno della cavità addominale per poter creare sufficiente spazio di lavoro (pneumoperitoneo). Successivamente vengono posizionati i trocar o cannule, che permettono l'introduzione in addome degli strumenti robotici. Viene quindi fissato il Robot ai trocar.
- Dopo gli Stati Uniti, dove ve ne sono oltre 2.500, l'Europa rappresenta il principale mercato con circa 600 robot installati. Fra gli stati europei, la Francia si colloca come prima (100), seguita da Italia (95), Germania (77) e Regno Unito (55). Dal 2010, la presenza di Robot da Vinci® installati presso gli ospedali italiani è cresciuta di oltre il 70%. Nel 2017, circa 18.000 pazienti sono stati operati grazie a questo sistema e questi numeri sono destinati ad aumentare in modo esponenziale.
- La branca chirurgica in cui l'uso del Robot è determinante è l'Urologia, seguita da: Ginecologia, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria. Nel campo urologico la procedura chirurgica in cui più frequentemente viene impiegato il sistema da Vinci® è la Prostatectomia Radicale (80% degli interventi urologici eseguiti con la tecnica robotica), trattamento chirurgico che si esegue in caso di neoplasia della ghiandola prostatica. Durante l'operazione, il paziente è posizionato supino per poter permettere l'accesso del Robot; viene poi messo in posizione di "Trendelemburg" (testa rivolta verso il basso). La procedura ha una durata variabile da 2 a 3 ore, a seconda del tipo di intervento pianificato, durante le quali la prostata viene rimossa completamente insieme alle vescicole seminali. Successivamente, quando risulta necessario da un punto di vista clinico/oncologico, è possibile eseguire l'asportazione dei linfonodi pelvici bilateralmente. La vescica viene quindi ricollegata all'uretra in modo tale da ripristinare la continuità delle vie urinarie. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed uno o due drenaggi che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. In questa procedura, la tecnica robotica offre dei



Michele Gallucci

notevoli vantaggi soprattutto quando l'intervento prevede la conservazione dei peduncoli vascolonervosi deputati al controllo della funzione erettile, offrendo una migliore visualizzazione e, quindi, una più precisa dissezione di queste strutture. Un'altra procedura urologica in cui il sistema da Vinci® gioca un ruolo di prim'ordine è la Nefrectomia Parziale: l'asportazione di tumori renali con la possibilità di conservare il parenchima renale sano circostante. E' stata ampiamente dimostrata, infatti, la completa equivalenza, in termini oncologici, della resezione parziale di rene rispetto alla nefrectomia radicale, con notevoli vantaggi sotto l'aspetto della funzione renale conservata.

- In questo tipo di procedura, la tecnica robotica ha fornito agli urologi la possibilità di eseguire un numero sempre maggiore di nefrectomie parziali, con la corrispettiva riduzione del numero di nefrectomie radicali, grazie ad una maggiore facilità di accesso a masse



renali, che con la tecnica laparoscopica classica non potevano essere aggredite in modo conservativo e ad una maggiore facilità e rapidità nell'effettuare le suture intracorporee. Nei centri altamente specializzati, mediante il Robot vengono eseguiti anche interventi di chirurgia avanzata, come la linfoadenectomia retro-peritoneale (asportazione dei linfonodi del retro-peritoneo, a stretto contatto con la vena cava e l'aorta); la cistectomia radicale (asportazione totale della vescica per neoplasie infiltranti lo strato muscolare dell'organo), con ricostruzione intracorporea della neo-vescica mediante un tratto d'intestino;

la chirurgia dei tumori renali avanzati con trombosi della vena cava. Questo tipo di chirurgia, altamente complessa e con un rischio insito, non trascurabile, di complicanze, durante e dopo l'operazione, richiede, competenza tecnica e abilità nell'esecuzione di suture complesse intercorporee. L'innovazione tecnologica del Robot ha fornito, quindi, degli innegabili vantaggi, prima di tutto al paziente, ma anche ai chirurghi, che stanno gradualmente affinando le loro tecniche. Per sfruttare al massimo livello questi vantaggi, sono indispensabili l'esperienza dell'operatore e un training chirurgico adeguato.



UNA GIARRETTIERA TECNOLOGICA CHE SALVA LA VITA

L'INVENTIVA ITALIANA RISOLVE IL PROBLEMA DEGLI INTERVENTI
PER L'ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE

di Caterina Del Principe

La dilatazione del vaso arterioso più grande del corpo umano, detta *aneurisma dell'aorta addominale*, altera l'elasticità della struttura arteriosa a tal punto da renderla deformabile sotto la spinta della pressione sanguigna. Il risultato è la progressiva dilatazione dell'aorta, che diviene un processo irreversibile. La rottura della dilatazione è la conseguenza più drammatica a cui può andare incontro un paziente se non viene trattato in modo adeguato e tempestivo: prima di essere soccorso da un centro medico specializzato, circa il 50% dei malati muore

a causa dell'abbondante sanguinamento addominale. L'intervento chirurgico, che non è rinviabile nei casi di aneurisma a diametro maggiore di 5 centimetri, può essere praticato attraverso la tecnica tradizionale - detta *chirurgia open* - oppure utilizzando una procedura meno traumatica, mediante l'introduzione di una speciale endoprotesi tubulare, utile a riparare e rinforzare l'aorta. In questo secondo caso, l'impianto di un'endoprotesi, vale a dire la riparazione dell'aorta dall'interno - Evar, in termine tecnico - consente di affrontare la dilatazione

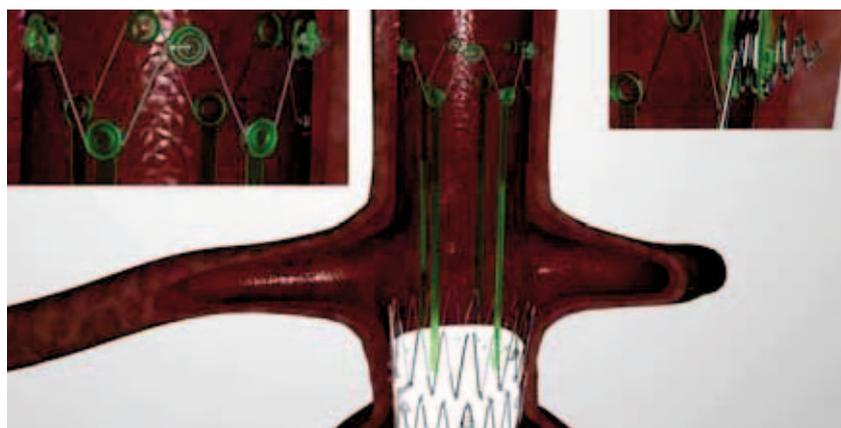
arteriosa con minore invasività rispetto alla chirurgia tradizionale (a cielo aperto) raggiungendo l'aneurisma per mezzo di cateteri introdotti da un'arteria della gamba, pungendo quella femorale in prossimità dell'inguine e dopo aver somministrato l'anestesia locale per togliere sensibilità all'area d'ingresso. Il catetere, che assomiglia ad un tubicino sottile e flessibile contenente l'endoprotesi, viene fatto scorrere dentro la rete arteriosa fino al punto desiderato. Il percorso del dispositivo è monitorato dal chirurgo attraverso un costante controllo radiologico. Catturato il bersaglio, l'endoprotesi esce dal guscio del catetere e si aggancia all'aorta.

Spiega Roberto Calvi, amministratore delegato di "Calvi Tecnologie srl": "Nel 1982, Parodi, grande medico cardio-vascolare, inventò in modo geniale una calza che viene messa all'interno dell'addome. Solo che questa calza, come lo stesso Parodi disse, può migrare nel tempo, può scivolare e quindi bisogna trovare il modo di fissarla alla parte, perché altrimenti si spendono tantissimo tempo e denaro in Tac continue e tutto questo crea soprattutto grosse preoccupazioni per il paziente. Si è quindi studiato un sistema di fissaggio con una cucitrice – introdotta a livello endovascolare – con un ago curvo, che cerca di cucire la calza alla parete. Questo tipo di soluzione ha però posto in evidenza delle grandi difficoltà di carattere tecnico. Poi è stato trovato quello che possiamo chiamare l'*uovo di Colombo*: l'inventiva italiana ha generato una straordinaria un'idea". Qual è quest'idea? "La calza che migra, che scivola, che si distacca" – risponde l'Ing. Calvi – "può essere fermata grazie ad un dispositivo che abbiamo chiamato *endogarter*: si può definire una giarrettiera, che funziona al contrario, perché si dilata, viene anch'essa posizionata a livello endovascolare, previene la migrazione e fa sì che molti dei pazienti che per ragioni di salute o di età non avrebbero potuto usufruire di questo tipo di impianto, possono rientrare

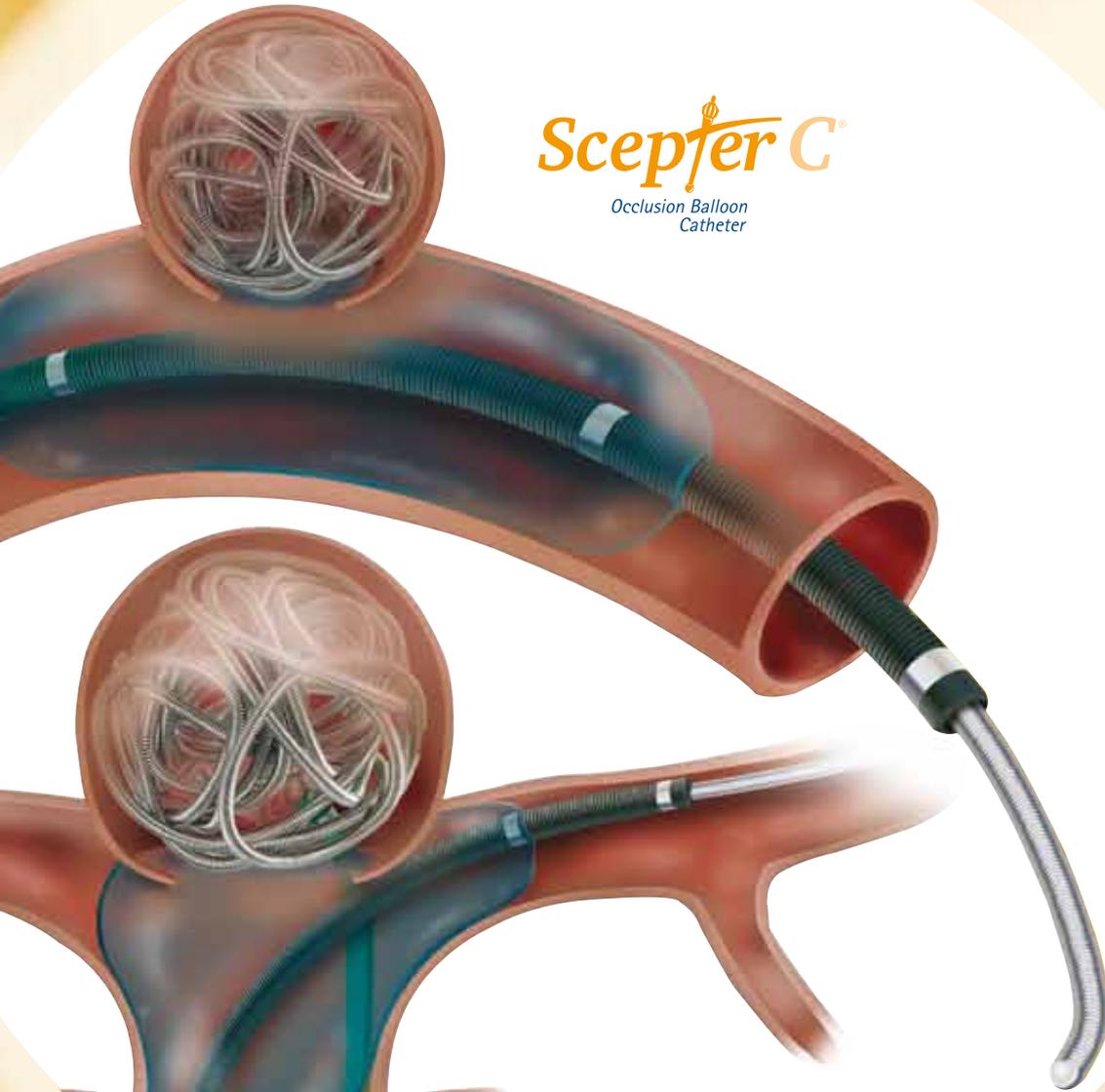
nella casistica di persone operabili. La giarrettiera dura nel tempo ed è possibile utilizzarla nei confronti di diversi tipi di calza".

La Calvi Tecnologie srl - che ha sede a Lomagna, in provincia di Lucca e svolge l'attività di fornitura di servizi d'assistenza tecnica e marketing per imprese industriali e commerciali; per i prodotti commercializzati o di cui promuove la vendita, nonché la preparazione di corsi e lo svolgimento dell'attività di formazione professionale e la verifica del risultato degli stessi – ha presentato il device endovascolare EndoGarter, che risolve le complicate degli interventi mini invasivi per aneurismi della aorta e per altre evenienze in caso di complicanze, in anteprima all'evento internazionale Innovabiomed, organizzato a Veronafiere nello scorso mese di gennaio e ideato dal Prof. Carlo Adami, chirurgo vascolare, insieme al Prof. Gino Gerosa, Direttore del Centro Cardiochirurgico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Padova e al Prof. Giampaolo Tortora, Direttore dell' Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Un evento che si poneva obiettivi ambiziosi in termini di formula e contenuti e che ha raccolto l'interesse di delegazioni provenienti da Inghilterra, Francia, Belgio e Cina, mettendo in luce proposte innovative in diversi campi della tecnologia applicata alla medicina: la realizzazione di cavi biocompatibili in ambito medicale, le nuove potenzialità offerte dal digitale per la realizzazione delle protesi, la possibilità di produrre dispositivi bioprotesici impiantabili più duraturi, i nuovi robot per interventi al rachide e la nuova innovazione tecnologica in radioterapia per le cure oncologiche, le opportunità dello stampaggio ad iniezione. Tra queste, proprio il *device endovascolare EndoGarter* ha destato grande interesse, perché fornisce una soluzione tecnologica e altamente innovativa per un tipo d'intervento di grande delicatezza e decisivo per assicurare la vita a tante persone.

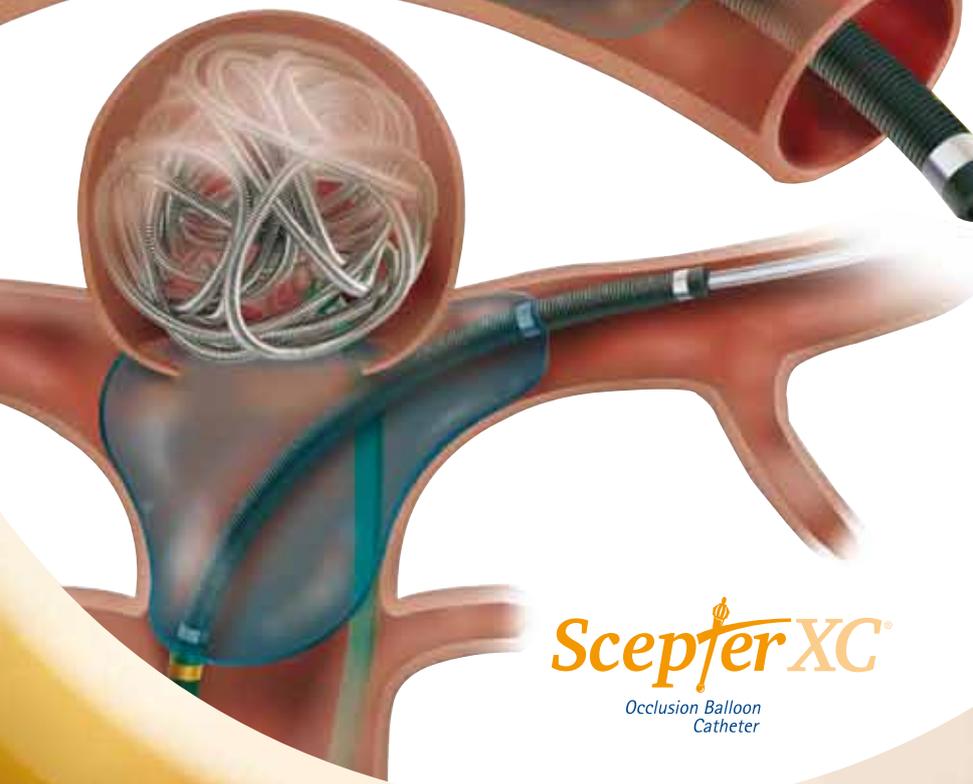
**L'ENDOGARTER
SI DILATA
E PREVIENE
LA "MIGRAZIONE"**



Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter



PET O DOG THERAPY

di Paola Pastacaldi

Da qualche mese, i cani della Lombardia possono entrare in ospedale per visitare i padroni malati e ricoverati. Questa possibilità era stata già sancita da una legge nazionale del 2009, che richiedeva però l'applicazione regionale, con conseguente regolamento specifico strutturato dai singoli ospedali. La Lombardia è tra le poche regioni che ha ritenuto di applicarla e il Niguarda di Milano ha emesso a dicembre un regolamento sulle procedure di ammissione del cane e di altri animali domestici in corsia. Si riconosce all'animale domestico la capacità di aiutare il padrone ad avviarsi verso il processo di guarigione.

L'ANIMALE DOMESTICO
AIUTA LA GUARIGIONE
DEL SUO PADRONE:
L'ESEMPIO DELL'OSPEDALE NIGUARDA
DI MILANO

“Questa legge non si riferisce alla pet therapy”, spiega il veterinario Mauro Cervia di Milano, autore di numerosi libri sul mondo degli animali e presidente della onlus “Amo gli Animali”. Con la sua insistenza presso la Regione Lombardia, è riuscito a stimolare la procedura di attivazione della legge. “Va chiarito”, aggiunge Cervia, “che il cane può en-

**NELLA REGIONE
LOMBARDIA
E' REALTA'**





Ospedale Niguarda

trare in ospedale e andare a trovare il padrone ammalato, ma non può vivere in ospedale. Ci saranno reparti dove non potrà andare. Il regolamento del Niguarda è molto preciso a riguardo. Di certo, portare i propri animali in ospedale è una grande conquista, un segno di civiltà, una gran gioia per tutte le persone malate". Dal canto suo, l'assessore al Welfare di Regione Lombardia, Giulio Gallera, descrive così l'iniziativa: "Con il Regolamento regionale del 13 aprile 2017 abbiamo individuato i criteri per l'accesso di animali d'affezione alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, fornendo una risposta alle richieste di numerosi pazienti. Siamo convinti che consentire ai pazienti di ricevere le visite del proprio animale d'affezione abbia un valore terapeutico straordinario e ringrazio l'associazione 'Amo gli animali onlus' per la realizzazione dello spot che ha sensibilizzato anche altre Regioni a seguire l'esempio della Lombardia". Delle 27 Asst lombarde (le Aziende Socio Sanitarie Territoriali), 16 hanno già deliberato il proprio regolamento interno e i pazienti possono ricevere la visita dei propri animali d'affezione. Le altre lo stanno predisponendo.

Per far entrare nelle case di cura cani, gatti, conigli, criceti, tartarughe e pesci, ecc. – ricordiamo che in Italia si

contano oltre 60 milioni di animali domestici - bisognerà rispettare norme ben precise. L'ingresso sarà consentito solo agli animali domestici che vivono nelle famiglie dei pazienti, previa richiesta di accesso presentata dal paziente o da un familiare. Saranno i medici a valutare, caso per caso, la compatibilità delle visite con lo stato di salute dei pazienti e quindi i possibili benefici derivanti dalla presenza dell'animale, che dovrà essere iscritto all'anagrafe degli animali d'affezione, essere vaccinato e assicurato; nel caso dei cani dovranno avere la muferuola ed essere condotti a guinzaglio. Gatti e conigli, invece, dovranno essere alloggiati nell'apposito trasportino, almeno fino al momento della visita al paziente o all'ospite.

Solo i degenti che sono ricoverati da più di 5 giorni possono chiedere al medico del reparto di poter ricevere la visita del proprio animale domestico. L'animale, nelle 24 ore precedenti la visita, dovrà essere sottoposto ad un trattamento antiparassitario e alla spazzolatura. Chi accompagnerà l'animale in visita al degente dovrà essere maggiorenne e in grado di tenerlo sotto controllo, mentre al proprietario spetterà la responsabilità civile e penale da addebitare a qualsiasi comportamento dell'animale nel corso della visita. La richiesta deve essere presen-

PET

tata per iscritto (a mano, via mail o via fax) all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico dell'Ospedale in cui si è ricoverati. Gli animali avranno delle zone off limits: non potranno stare vicino ai carrelli di alimenti, ai bagni, e nei posti dove non ci sia l'autorizzazione, così come non potranno entrare nei momenti di visita medica o prestazioni sanitarie.

Nel libro *"Caneterapia - Cosa ci può dare il migliore amico dell'uomo"* (2006, Salani editore), Mauro Cervia racconta degli studi dello psichiatra Aaron Katcher sul decorso delle malattie. Il medico aveva osservato che accarezzando un cane si abbassava la pressione arteriosa. In caso di diabete o malattie respiratorie ed endocrine il decorso migliorava sensibilmente grazie alla presenza dell'animale. Cervia sostiene: "Il cane è l'animale ideale per questo tipo di terapia, la lunga dimestichezza con l'essere umano ha creato una profonda sintonia emotiva che il cane spesso gestisce meglio dell'uomo. Riesce a placare l'ansia e il semplice contatto con il suo corpo e il suo calore infonde sicurezza. La terapia si trasforma in intimità, i gesti di affetto si moltiplicano nella giornata e il cane diventa una specie di guardiano di questo benessere". E' intenzione dell'associazione "Amo gli animali" e dell'assessore Gallera contattare le strutture private e proporre l'adesione a questa legge. "Gli anziani, per esempio", spiega Cervia, "soffrono molto della mancanza del loro cane, che spesso è invecchiato con loro. Che possano vederlo è molto importante. Con quest'opportunità il cane è riconosciuto come un familiare. Per il futuro vorremmo occuparci dei cani per le persone anziane, sole o povere, con finanziamenti ad hoc".





La retorica

dei buoni sentimenti

TRA LAVORO CHE MANCA,
REDDITO DI CITTADINANZA E IMMIGRAZIONISMO
DA GOVERNARE

di Marco Toti

Oggi, dietro la facciata dei buoni sentimenti (spesso contrari, già di per sé, alle leggi dello Stato) si annidano pericoli esiziali per quel che resta della civiltà europea. Non stiamo facendo un processo alle intenzioni. Senza dubbio, moltissime persone si impegnano nel volontariato - noi stessi abbiamo fatto volontariato per un certo periodo in un ospedale romano e non distinguevamo certo, nella nostra pur modesta opera di aiuto, tra comunitari e non - e nelle Ong, senza secondi fini: retaggio, questo, di un Cristianesimo ormai ridotto allo stato residuale, oltre che spesso inconsapevole. I problemi non sono pochi: uno, tra l'altro, è "di metodo", potremmo dire. Esso riguarda,

per l'appunto, il ruolo dello Stato: se esistono, su larga scala, approvate ed anche ben finanziate, organizzazioni di volontariato e Ong, significa che *lo Stato non fa ciò che dovrebbe*. Come nel caso del "reddito di cittadinanza": si può ammettere in una situazione di emergenza, non come norma. Serve lavoro (v. art. 1 "Costituzione Italiana"; era nato anche un partitino, a questo proposito, come "scissione" del PD), ed ordine. Non è un caso che oggi, sempre più spesso, si parli di "governance", che non significa "governo", ma "amministrazione": e chi amministra, lo fa *per conto di altri*. Sarebbe interessante capire chi sono questi "altri".

Il volontariato, lo abbiamo constatato noi stessi, può essere una fuga, o un modo per “lavarsi la coscienza”. D'altra parte, la parola d'ordine delle Ong, ad esempio, è “salvare vite umane”, tramite l'“accoglienza”: due *slogans* che ben attecchiscono nell'“immaginario collettivo”. Il termine “accoglienza” lo vediamo ben esposto nelle banche, negli uffici pubblici, negli ospedali. Manca il lavoro: ma non quello che riguarda l'“immagine”, di cui infatti spessissimo sentiamo parlare anche sul piano della politica “alta”. Ma le leggi dello Stato, prima che “salvare vite umane”, hanno il supremo imperativo del bene dei *cittadini* di quello stesso Stato. La cittadinanza non è un bene fungibile, né un titolo meramente burocratico o formalistico, che si può conseguire sostenendo un esame di Italiano o con la semplice occupazione del suolo italico per un dato numero di anni. Essa costituisce un valore, quantomeno, profondamente “culturale”. I confini sono assolutamente necessari.

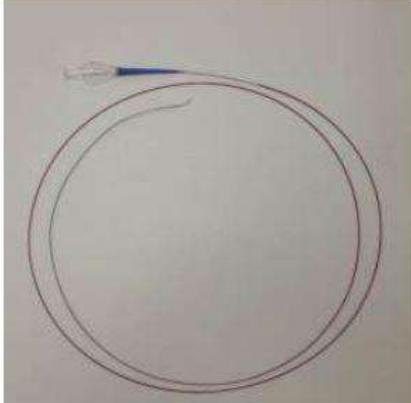
Ora, un conto è essere cittadini (titolari di pieni diritti, a parte chi li perde, ad esempio per esser stato giudicato colpevole di un delitto), un conto immigrati *ospiti*, un conto profughi, un conto clandestini. Il reato di clandestinità esiste, anzitutto per una questione di ordine pubblico: anche se poco viene applicato, un po' per “correttezza politica”, un po' per beota “tolleranza”, un po' per inefficienza. Se entrassero dieci milioni di profughi, l'Italia sarebbe obbligata a “accoglierti” tutti? Ovviamente, no. Un cittadino comunitario è obbligato ad esibire i propri documenti di identificazione se desidera entrare in un paese UE e questo per una regola di buon senso, sulla quale non vale neanche la pena soffermarsi troppo. Altri possono entrare più o meno liberamente senza fare nulla di tutto questo. Tra l'altro, se l'Occidente ha delle colpe - guerre scatenate in modo iniquo ed a lungo termine forse anche irrazionale - queste non possono essere certo fatte ricadere sul cittadino incolpevole ed inerme, il quale andrebbe, anzi, tutelato, dall'invasione potenziale e contro l'invasione reale. Da quando in qua il moralismo - dietro cui spesso vi sono precisi interessi economici e “globali”, su cui la stessa magistratura italiana sta indagando, tra mille ostacoli - viene prima della politica?

È anche interessante notare come dietro la retorica dei buoni sentimenti si celino, non sempre in modo invisibile, precise tecniche e “procedure”. Quelle, ad esempio, che “impongono”, non si sa per quale imperativo morale o anche solo logistico, di scaricare i cosiddetti “migranti” tutti in Italia, un Paese non proprio in salute, peraltro: quando i porti più vicini alla Libia – da dove quelli partono in massa – sono ben altri. Sentimentalismo e proceduralismo vanno spesso insieme, quindi: costituendo le due facce di una medesima medaglia, in un impasto “culturale” artificioso *par excellence*, in quanto sommamente ingannevole, e cui difficilmente ci si può opporre, anche solo sul piano della “dialettica” delle parole. Non si possono non salvare le vite umane: detta così, chi potrebbe negarlo? Chi si oppone a questa regola generale (e vaga) è un mostro, un nazista, uno “xenofobo”. Ma la paura implica l'esistenza di uno “slancio vitale”, pure; e si deve anche tenere conto dei due valori di “supremo bene dello Stato” e di “stato di necessità”, oggi negati da universalismi blandi ed ignoranti, se non in malafede. Si può, però, rovinare la vita ai cittadini del proprio Stato: non solo per problemi di ordine “logistico”, ma anche, ad esempio, con l'abbassamento vertiginoso dei salari, oltre che con l'approfondimento del senso di precarietà ed insicurezza, che crea una sorta di disagio psicologico di massa.

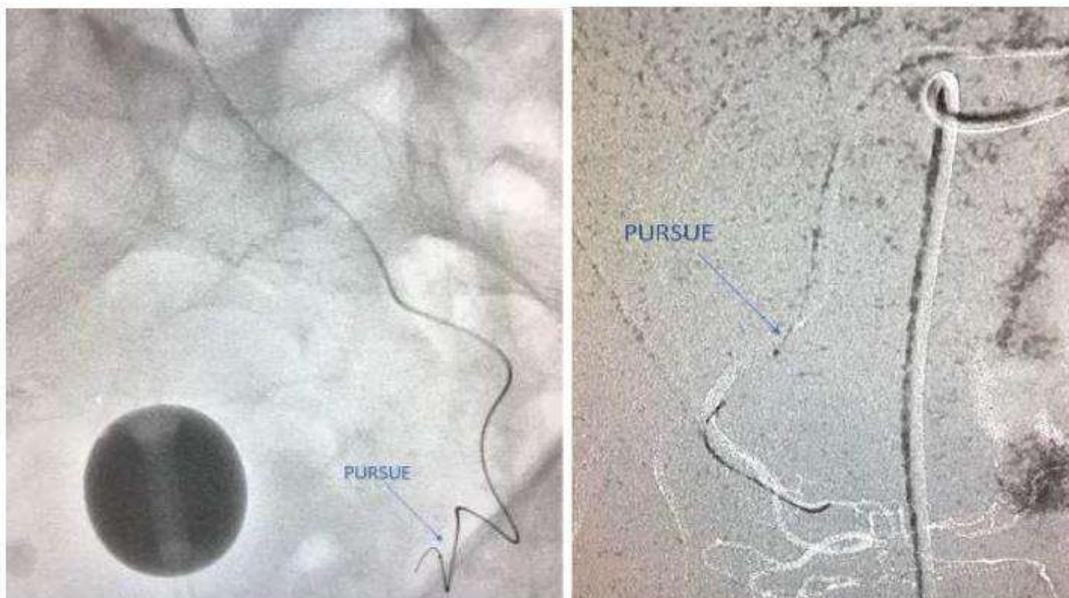
Ma, niente paura! Per questo disagio, oltre che per quelli evidenti dei “migranti”, ci sono prontissime torme di psicologi e preti-operatori sociali, mentre i sociologi ci spiegheranno la necessità dell'“integrazione”, gli economisti e i politici che i migranti servono a pagarci la pensione - che noi “giovani”, in realtà, non avremo mai, insieme ad un lavoro ed ad un salario fissi, e decenti - proponendo un nuovo stile di vita cui saremo presto felicemente proni. Un bel circolo virtuoso, non c'è che dire.

Lo stato di precarietà di massa è quindi indotto anche dall'immigrazione: anche certi fenomeni “reattivi” vengono direttamente prodotti dall'incontro di civiltà spesso “forti” (si pensi alla religione islamica) con paesaggi culturali in stato comatoso (quello occidentale), percepiti dalle prime come degenerati. Lo stesso Islam, quindi, si trasforma dall'inevitabile contatto con l'Occidente, diventando *altro*: spesso qualcosa che non ha molte connessioni con la versione originale, e talora qualcosa di molto pericoloso (oltre che, paradossalmente ma non troppo, di molto “occidentale”).



<p>Nome Commerciale</p>	<p>Microcatetere Merit Pursue™</p> 
<p>Fabbricante</p>	<p>Merit Medical Systems, Inc</p>
<p>CND</p>	<p>C0104020299</p>
<p>Iscrizione repertorio Ministero Sanità'</p>	<p>1673006</p>
<p>Classe di appartenenza</p>	<p>Ila</p>
<p>Marchio CE</p>	<p>CE541900.</p>
<p>Descrizione prodotto</p>	<p>Catetere idrofilico (80 cm distali) in nylon/pebax con lume interno in PTFE, armato con intreccio in tungsteno (2.9F/2.0 F) o tungsteno/acciaio (2.8 F /1.7 F) progettato per l'accesso a vasi di piccolo calibro o per procedure superselettive. Stelo catetere addizionato con solfato di bario e diossido di titanio, marker radiopaco in platino/iridio in punta, microcatetere per infusione di materiali diagnostici, embolici o terapeutici. La struttura del microcatetere consente un'ottima navigabilità nei vasi ed un'eccellente risposta alla torsione. Il microcatetere Pursue™ è realizzato con varie configurazioni per soddisfare specifiche esigenze cliniche (vedi descrizioni tecniche). Microcatetere compatibile con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DMSO • Etanolo • Lipiodol • Cisplatino • Doxorubicina • Irinotecan • Cianocrilato

Utilizzo di microcatetere Pursue™ 2.8/1.7 fr durante una embolizzazione delle arterie prostatiche



TERAPIE PERSONALIZZATE PER IL CARCINOMA POLMONARE

UN TEST INNOVATIVO PER I PAZIENTI CON MALATTIA LOCALMENTE AVANZATA O METASTATICA

di *Carlo M. Buonamico*

Il 14 marzo scorso, è stato presentato a Milano il progetto CentroperCento, che intende aiutare il clinico nel percorso diagnostico e terapeutico del carcinoma polmonare non a piccole cellule (Nsclc) e favorire l'accesso dei pazienti alla terapia personalizzata. L'obiettivo è quello di garantire la tipizzazione biologica del tumore attraverso un test specifico, che miri ad identificare il riarrangiamento di Alk (caratterizzazione istologica e molecolare, oncogene responsabile della proliferazione tumorale), al fine di colmare quel gap tra diagnostica e trattamento ancora rilevante in alcune realtà italiane. Il test è necessario per i pazienti selezionati con Nsclc in stadio IIIB e IV (localmente avanzato o metastatico) che, in presenza di tale mutazione, possono beneficiare del trattamento con inibitori di Alk.

Cuore del progetto, realizzato con il supporto di Roche, è la definizione del percorso diagnostico-terapeutico per questi pazienti nei 60 Centri italiani dove il progetto è attivato e che vede coinvolti specialisti oncologi e anatomopatologi, oltre ai responsabili delle Aziende Ospedaliere, in particolare i Direttori Sanitari.

Spiega Davide Croce, Direttore del Centro di Ricerca sull'Economia e il Management in Sanità e nel Sociale (CremS) e membro dell'Expert Panel di progetto: "Il progetto mira, attraverso strumenti di organizzazione sanitaria, ad accompagnare i Centri aderenti nell'ottimizzazione del percorso del paziente suggerendo le aree di miglioramento e le misure per migliorare l'accesso alla diagnosi molecolare. Si prevedono una fase di analisi del contesto, ovvero l'esistenza e l'osservanza di Linee Guida condivise, raccomandazioni, strumenti e modalità diagnostiche molecolari ed una seconda fase di rilevazione dei dati sul percorso di cura. I dati raccolti confluiranno in una piattaforma condivisa fra tutti gli specialisti clinici coinvolti nel progetto e gli esperti di organizzazione sanitaria".

La metodologia adottata ha l'obiettivo di coprire la popolazione di pazienti con diagnosi di Nsclc attualmente non sottoposta al test per l'identificazione del riarrangiamento di Alk, attraverso la definizione di un percorso d'accesso strutturato che conduca con certezza i pazienti ad un trattamento personalizzato.

Nel 2017, oltre 41.800 nuove diagnosi in Italia

In base ai dati della Società Europea di Oncologia Medica, il carcinoma polmonare è la quarta neoplasia maligna più comune in Europa e rappresenta l'85-90% di tutti i tumori polmonari maligni. Si stima che nel 2017 Italia siano state operate oltre 41.800 nuove diagnosi di tumore al polmone pari all'11% di tutte le nuove diagnosi di tumore nella popolazione generale.

Le linee guida Aiom 2017 indicano che un uomo su 10 e una donna su 36 possano sviluppare un tumore al polmone nel corso della vita e che la percentuale di sopravvivenza a 5 anni fra i malati di tumore al polmone in Italia è pari al 15,8%.

RHYTHMIA™

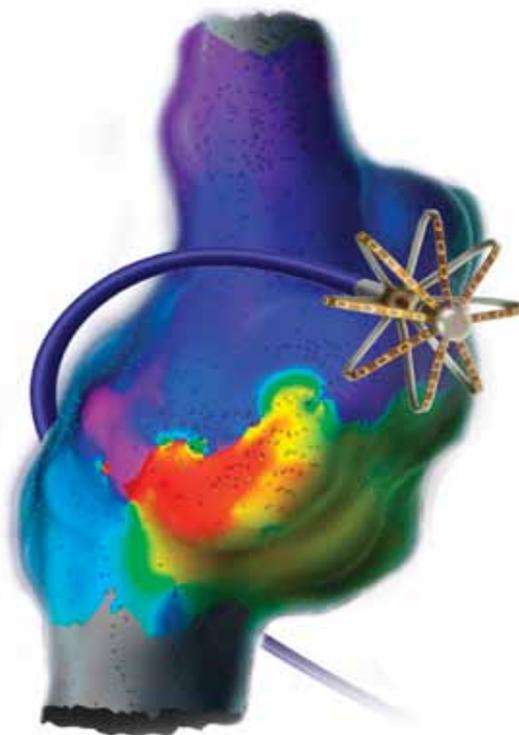
RICONFERMATA LA SICUREZZA E L'EFFICACIA DEL SISTEMA DI MAPPAGGIO

Boston Scientific Corporation (NYSE: BSX) ha annunciato - nel corso di un aggiornamento sui trial clinici tenuto al congresso della European Heart Rhythm Association (EHRA) a Barcellona - i dati relativi alle condizioni d'uso del sistema di mappaggio RHYTHMIA™ emersi dallo studio TRUE-HD. I dati hanno dimostrato che il sistema, quando abbinato al catetere INTELLAMAP ORION™, risulta sicuro ed efficace sia per il mappaggio sia per supportare il trattamento di molteplici aritmie. I dati sono riferiti anche un gruppo di pazienti che avevano avuto interventi di ablazione con fibrillazione atriale, effettuati con tecniche diverse e che non avevano dato esiti soddisfacenti

Lo studio internazionale TRUE-HD ha valutato la procedura, i risultati e la sicurezza per il **mappaggio e l'ablazione di varie aritmie**. A seconda del tipo di aritmia, i dati hanno mostrato un tasso di successo che ha raggiunto il 95,7%. In 222 pazienti, la procedura ha incluso la creazione di mappe di validazione per confermare la cessazione della aritmia. L'uso della funzione vMap™ prevista dal sistema RHYTHMIA ha permesso ai medici di valutare rapidamente l'efficacia della terapia e di determinare l'eventuale presenza di altre aritmie in corso. Una volta completata, la procedura di validazione ha fatto emergere l'esigenza di ulteriori ablazioni nel 73,0% dei pazienti.

“Questo studio è stato il primo a consentire una raccolta sistematica di dati - relativi a una vasta gamma di aritmie

- utilizzando il sistema di mappaggio RHYTHMIA”, ha affermato Gerhard Hindricks, M.D., principal investigator e responsabile del reparto di elettrofisiologia presso il Centro di Cardiologia dell'Università di Lipsia. “ Va anche sottolineato che il processo di validazione ha permesso di ottenere un quadro preciso del successo della



terapia e, inoltre, di identificare nuove aree del cuore per cui erano necessarie ulteriori ablazioni, che altrimenti non sarebbero state trattate.”

Nello studio prospettico, non randomizzato, sono stati arruolati 572 pazienti idonei al mappaggio cardiaco e all'ablazione per il trattamento di un'aritmia, fatta eccezione per quelli a cui era stata diagnosticata una nuova fibrillazione atriale. Le complicanze correlate all'ablazione sono state poche e simili a quelle già evidenziate in precedenza¹, con solo lo 0,57% dei casi potenzialmente correlato al catetere per mappaggio.

“I dati sottolineano il valore che il sistema di mappaggio RHYTHMIA e il catetere per mappaggio INTELLAMAP ORION offrono ai medici che devono diagnosticare e

trattare una grande varietà di aritmie”, ha ricordato Kenneth Stein, M.D., vice President Sr e capo della Rhythm Management and Global Health Policy, di Boston Scientific. “Puntiamo sul costante ampliamento della gamma di sistemi per elettrofisiologia e sulle innovazioni che garantiranno ai medici strumenti in grado di offrire cure di altissima qualità.”

Lo scorso anno Boston Scientific ha introdotto nei mercati il sistema di mappaggio di nuova generazione RHYTHMIA HDx™, caratterizzato da un design adeguato alle innovazioni e in grado di migliorare l'efficienza dei flussi di attività.

K.B.



MVS
s.r.l.

micro vascular system

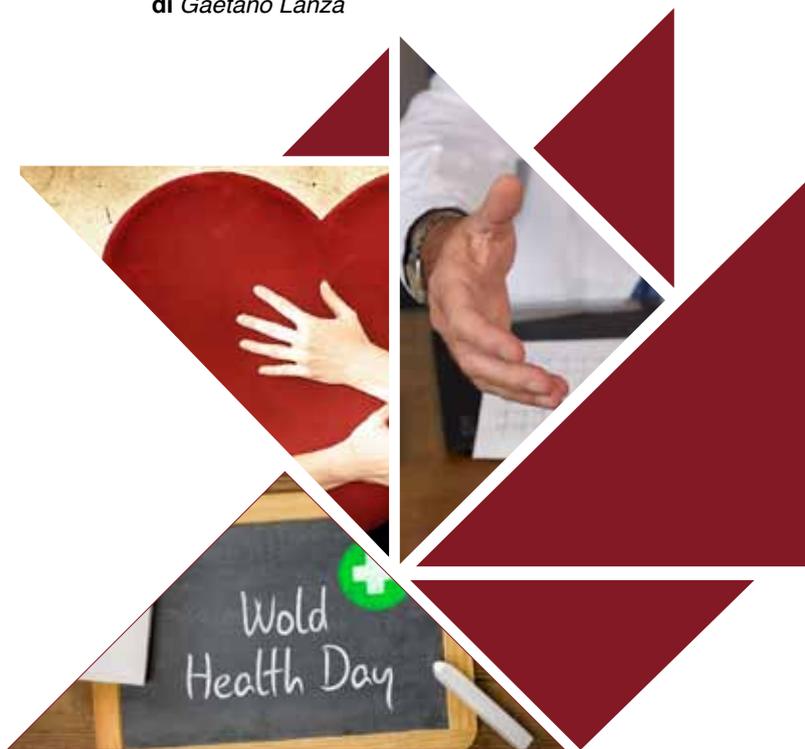
Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



Io la penso così

“Salute per tutti” cercasi

di Gaetano Lanza



Il 7 aprile è stata celebrata la Giornata Mondiale della Salute, dichiarata dall'OMS, istituzione che quest'anno festeggia il suo settantesimo compleanno.

Il grido d'allarme lanciato è stato forte. Più della metà della popolazione mondiale non ha copertura sanitaria. Circa 100 milioni di persone nel 2010 sono cadute in estrema povertà a causa di spese sanitarie personali, vivendo con meno di due dollari al giorno a testa. Le hanno definite “spese catastrofiche”. Secondo la Dichiarazione di Tokio del 2017 nessuno dovrebbe scegliere tra buona salute e altre necessità di vita. La copertura sanitaria universale (dalla sigla inglese UHC che sta per Universal Health Coverage) dovrebbe consistere nell'assicurare ad ognuno ovunque sulla faccia del pianeta un servizio sanitario di qualità sufficiente, senza che alcuno subisca difficoltà finanziarie. Lo slogan del 7 aprile è: Salute per Tutti.

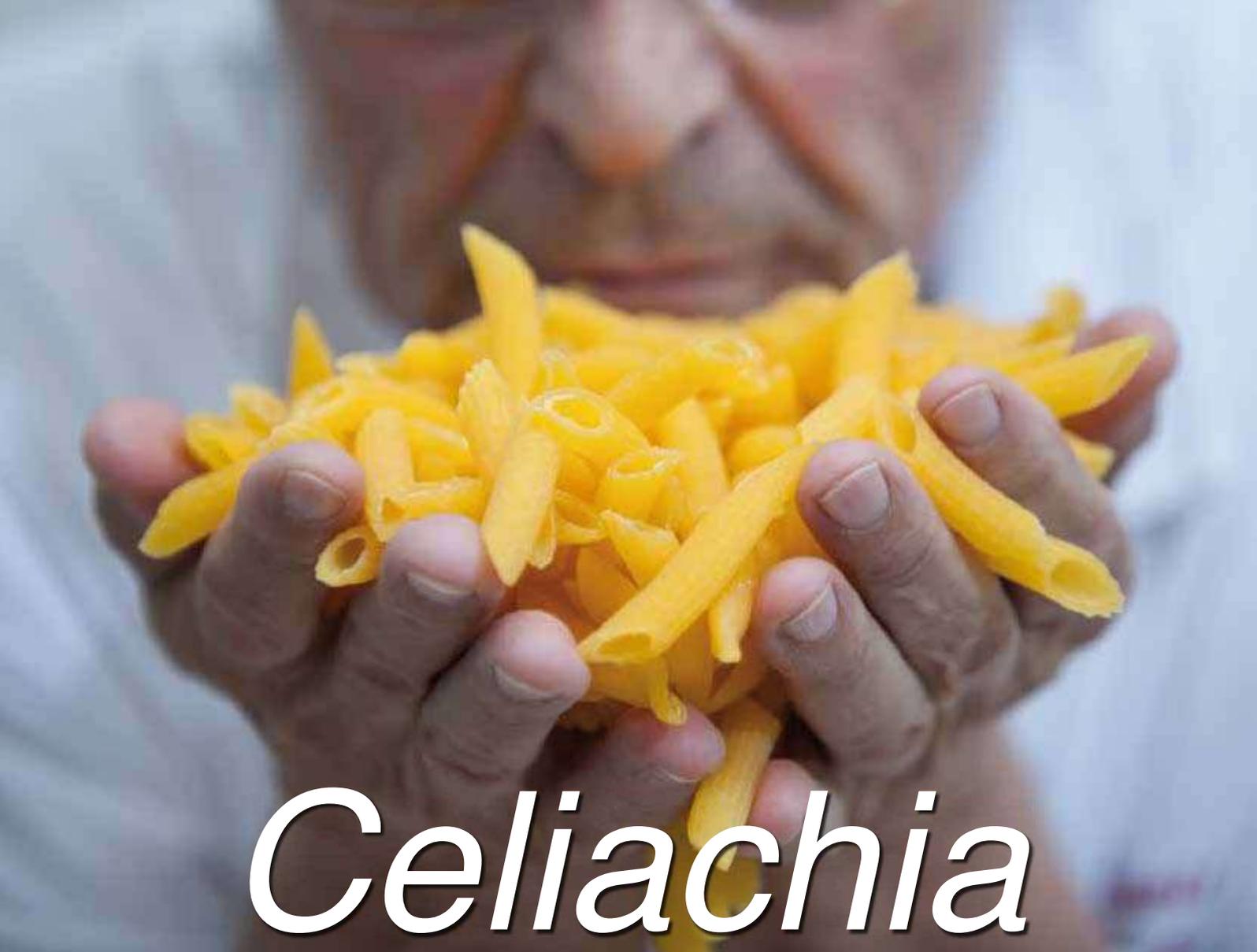
L'obiettivo è quello di estendere la copertura sanitaria universale entro il 2030 a 1 miliardo di persone in più.

Il nostro Paese come è messo più che bene rispetto alla media. E' tra i Paesi a maggior indice di UHC. Il punteggio che gli ha attribuito l'OMS è 80/100.

L'ex Ministra Lorenzin ha dichiarato: “Il nostro Paese è

annoverato dall'Oms tra i migliori al mondo, e come ha ricordato anche recentemente l'Ocse si conferma ai vertici mondiali per l'aspettativa di vita e registra ottimi indicatori di salute sulle principali patologie così come per un'elevata qualità delle cure che ogni giorno vengono offerte ai nostri cittadini. Se leggiamo poi i dati del Piano Nazionale Esiti (PNE) edito dall'Agenas, da cui desumere le performance degli ospedali italiani – prosegue la ministra – possiamo trarre qualche elemento di fiducia: per esempio i tassi di mortalità dopo un by-pass coronarico o a trenta giorni da un ictus sono tra i migliori di Europa e la maggior parte delle strutture opera una frattura di femore entro le 48 ore. Ma non solo, l'Italia sta portando a compimento il piano di eradicazione dell'epatite-C, un unicum al mondo, con cui abbiamo già salvato, gratuitamente, oltre 120.000 persone”. Anche Eurostat, per la verità, ha diffuso per l'occasione il report di un'indagine che considera sia i servizi sanitari pubblici che quelli privati. Nel 2016, la maggior parte delle famiglie (71%) nell'Unione europea ha avuto accesso alle cure sanitarie senza problemi. In particolare il 31% delle famiglie ha dichiarato di aver avuto accesso ai servizi “molto facilmente”, il 18% “facilmente” e il 22% “abbastanza facilmente”. Il restante 29% delle famiglie ha invece riferito di avere “qualche” (16%), “moderata” (8%) o “grande” (4%) difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Vediamo come è messa l'Italia secondo il report Eurostat. In Europa da una parte ci sono 7 Paesi con percentuali dichiarate di facilità di accesso superiori all'80% e sono Finlandia (87%), Regno Unito (86%), Germania (85%), Svezia (84%), Danimarca (82%), Lituania (81%) e Lussemburgo (80%) mentre dall'altra ci sono 6 Paesi con percentuali di difficoltà di accesso molto alte: Grecia (90%), Ungheria (74%), Cipro (72%), Lettonia (64%), Slovacchia (61%) e Italia (55,7%) tra questi. In particolare in Italia a dichiarare “grandi difficoltà” è stato il 6,5% delle famiglie, “difficoltà moderate” il 15,5% e “solo alcune difficoltà” il 34,7% delle famiglie intervistate. Ovviamente il fattore reddito incide dappertutto. Insomma, anche in quei Paesi come l'Italia in cui l'UHC secondo l'OMS e secondo la Lorenzin ha una media alta, rimane ancora molto da fare come Eurostat indica.

Per completezza diciamo pure che l'UHC deve comunque fare i conti con la parola magica “sostenibilità”. Perché se da una parte è vero che UHC vuol dire salute per tutti, UHC non significa copertura gratuita per tutti i possibili interventi sanitari, indipendentemente dal costo, in quanto nessun Paese potrà mai fornire tutti i servizi gratuitamente a tutti su base sostenibile. E questo sarà bene tenerlo in mente. Sempre per completezza aggiungiamo che l'UHC non riguarda solo le cure mediche, ma include anche servizi generali per la popolazione come vaccinazioni, campagne di salute pubblica, controllo dei siti pubblici e così via discorrendo.



Celiachia

Il gluten free unica terapia

In una delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni che si è svolta nel mese di marzo, il parere sullo schema di decreto ministeriale recante "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine" è stato rinviato.

Tali tetti di spesa sono strettamente correlati ai Larn, i Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, stabiliti dalla Società Italiana di Nutrizione Umana e aggiornati nel 2014.

Ridotto i tetti di spesa del 19%, ma la copertura del 35% dell'apporto calorico giornaliero da carboidrati gluten free rimaneva garantita.

Questi livelli costituiscono il punto di riferimento del fabbisogno energetico della popolazione, tenendo conto dei più diffusi stili di vita, dell'età e del sesso.

Cos'è

La celiachia, o malattia celiachia, è il risultato di un'inflammatione cronica autoimmune dell'intestino tenue provocata da un'intolleranza al glutine. La celiachia distrugge la mucosa di questo tratto dell'intestino, e l'inflammatione è scatenata dall'ingestione di glutine, un complesso proteico presente in alcuni cereali.

La Dermatite Erpetiforme è una patologia scatenata in soggetti geneticamente predisposti dall'assunzione dietetica di glutine e caratterizzata da lesioni cutanee specifiche e distintive, che regrediscono dopo l'eliminazione del glutine dalla dieta. E' considerata una variante della malattia celiaca, anche se molto raramente la Dermatite Erpetiforme si presenta con le caratteristiche lesioni della mucosa duodenale della celiachia

Il glutine

Il glutine è un complesso proteico presente in diversi cereali: avena, frumento, farro, grano khorasan (di solito commercializzato con l'etichetta «Kamut»), orzo, segale, spelta e triticale.

In particolare, si chiama prolamina una delle frazioni proteiche che costituiscono il glutine: è questo componente biochimico il responsabile dell'effetto tossico per il celiaco.

Esistono, nella fattispecie, varie diciture per la prolamina: quella del frumento viene denominata gliadina, la prolamina dell'orzo è l'ordeina, della segale la secalina, dell'avena l'avenina.

Sintomi

La Celiachia è caratterizzata da un quadro clinico variabilissimo, che va dalla diarrea profusa con marcato dimagrimento, a sintomi extraintestinali, alla associazione con altre malattie autoimmuni. A differenza delle allergie al grano, la Celiachia e la Dermatite Erpetiforme non sono indotte dal contatto epidermico con il glutine, ma esclusivamente dalla sua ingestione. La Celiachia non trattata può portare a complicanze anche drammatiche, come il linfoma intestinale

Diagnosi

La diagnosi di celiachia si effettua mediante analisi del sangue che individuano specifici anticorpi, e biopsia dell'intestino tenue con il prelievo di un frammento di tessuto, che serve a determinare attraverso l'esame istologico lo stato dei villi intestinali. Una volta ricevuta la diagnosi definitiva, in Italia il paziente celiaco ha diritto, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e fino a un tetto massimo di spesa, all'erogazione gratuita dei prodotti dietetici senza glutine.

In quanti ne soffrono?

La malattia celiachia colpisce l'1% della popolazione, in Italia e nel mondo. Nonostante la crescita dei celiaci (perché sono in aumento i malati che vengono allo scoperto grazie a diagnosi sempre più mirate), in Italia solo il 27% dei celiaci stimati è diagnosticato. Nel nostro paese i celiaci diagnosticati sono circa 180.000 celiaci, anziché i 600.000 attesi. Le donne celiache sono il doppio degli uomini.

Terapia

La dieta aglutinata è l'unica terapia disponibile per celiachia, va eseguita con rigore per tutta la vita. Introdurre il glutine a 12 piuttosto che a 6 mesi, come avviene di norma, non modifica il rischio globale pur ritardando la comparsa di celiachia; ma potrebbe ridurre il rischio di sviluppare questa condizione nei bambini ad alto rischio genetico.

a cura della redazione



Gluten Free



Associazione per la Lotta alla Trombosi
e alle malattie cardiovascolari

Via Lanzone, 27 - 20123 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

UNIVERSALISMO, EQUITA', SOSTENIBILITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE CURE

LA PROPOSTA DEL MINISTRO LORENZIN:
UN INVESTIMENTO DI 5 MILIARDI IN 5 ANNI,
PER LA CARENZA DI PERSONALE, IL POTENZIAMENTO
DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

Beatrice Lorenzin, già Ministro della Salute, ha racchiuso la sua esperienza in un libro appena uscito, intitolato "Per salute e per giustizia". Il cuore del testo richiama i concetti di universalismo ed equità, che devono però fare i conti con la sostenibilità economica del sistema sanitario italiano.

Per questa ragione, viene proposto un decalogo che possa aiutare a trovare un equilibrio tra la necessità di garantire l'accesso alla sanità da parte di una popolazione che sta mutando velocemente - in termini di quantità, di età media e quindi di tipologia di assistenza necessaria - tenendo presente la difficoltà di operare investimenti.

Si affiancano, di conseguenza, altri due concetti: quello di sostenibilità e di appropriatezza delle cure. Perché capire quali sono le migliori tecnologie sanitarie - intese come farmaci, interventi medici e assistenziali - da erogare a ogni singolo cittadino-paziente, rappresenta la chiave di volta per evitare sprechi e per destinare le risorse economiche limitate alle aree della sanità che realmente ne hanno bisogno e che lo meritano.

La ricetta della Lorenzin prevede 5 miliardi in più da spendere in 5 anni, rispetto a quanto previsto nel Documento di Economia e Finanza. Gli obiettivi sarebbero quelli di affrontare la carenza di personale sanitario, il potenziamento dell'assistenza territoriale e sostenere la ricerca e l'innovazione. E' altresì sottolineata la necessità di sostenere le nascite, ad esempio con la gratuità degli asili nido per le mamme che lavorano e per i ceti più deboli, ricordando che l'occupazione femminile può far aumentare la

produttività di un paese fino a 7 punti percentuali del PIL. Un altro capitolo è rappresentato dal tema delle inefficienze. Una cattiva organizzazione locale determina sprechi e diminuzione della qualità dell'assistenza. È quindi necessario, a parere dell'ex Ministro, un piano di monitoraggio dell'assistenza sanitaria che sia disponibile in modo uguale per tutte le Regioni, in modo da controllare e contrastare il fenomeno sulla base di dati oggettivi.

La direzione dell'investimento nell'innovazione, per la Lorenzin, è decisiva - perché nuove cure e nuove strumen-



Beatrice Lorenzin



tazioni consentono di curare meglio, ridurre gli sprechi e quindi di risparmiare - così come la riforma del ticket, che oggi esclude alcune fasce di popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie. Ambiziosa è la proposta di un'alleanza globale per calmierare i prezzi dei super-farmaci: l'idea è quella di un meccanismo europeo o anche mondiale di contrattazione del prezzo dei medicinali che possa garantire la remuneratività per le case produttrici e la sostenibilità per i sistemi sanitari dei diversi Paesi.

Gli altri temi evocati sono: un'assicurazione pubblica per le cure odontoiatriche; un nuovo modello di welfare per

assistere la popolazione anziana che metta insieme il sociale e la sanità; la valorizzazione della ricerca grazie a incentivi per chi investe in ricerca biofarmaceutica e biomedicale. Si ritiene anche necessario un nuovo piano sulle liste d'attesa. Sul modello dell'Emilia Romagna, si suggerisce di prevedere la valutazione delle Direzioni generali in base al risultato sulle liste d'attesa e si sostiene la necessità di allargare l'offerta per le prestazioni che presentano tempi di attesa critici.

C.B.

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.

Soluzioni integrali di coperture chirurgiche monouso e dispositivi medici



Coverline è un sistema integrale di copertura chirurgica monouso che offre al settore sanitario prodotti e servizi di qualità con valore aggiunto, implementando soluzioni globali per la gestione ospedaliera.

Qualità dei materiali del prodotto

La nostra generazione di tessuti associa massima robustezza, sicurezza, morbidezza, flessibilità ed estrema facilità di utilizzo.

Cardiva Integral Solutions assicura:

- Ottimo effetto barriera ai batteri.
- Impermeabilità ai liquidi.
- Filamenti continui che impediscono il distacco delle particelle.
- Altissima resistenza ai graffi e all'abrasione.
- Eccellente comportamento alla sterilizzazione e posteriore immagazzinamento.
- Resistenza alla combustione.



Pack chirurgici personalizzati

Cardiva Integral Solutions è la scelta migliore per la fabbricazione, distribuzione e gestione personalizzata di kit e pack chirurgici monouso. Con Coverpack offre una linea di coperture e dispositivi chirurgici sterili appositamente studiati per i diversi procedimenti e soluzioni integrali personalizzate.

Prodotti che possono costituire il pack:

- Aghi
- Camici
- Bisturi
- Bisturi elettrici
- Cateteri
- Cucitrici
- Guanti
- Siringhe
- Collettori
- Rubinetti
- Suture
- Raccordi luer lock
- Linee di monitoraggio
- Siringhe angiografiche
- Dispositivi di infusione
- Dispositivi di irrigazione
- Copertura chirurgica generale
- Strumentario chirurgico monouso
- Linee di iniezione del mezzo di contrasto



Cardiva® Integral Solutions
P. T. de Andalucía
C/ Severo Ochoa, 64
29590 Málaga - Spain
Tel. +34 952 334 350
Fax +34 952 359 450

www.cardivais.com
info@cardivais.com

Cardiva Italia SRL
Via A. Carrara, 250
16147 Genova
Tel. +39 010 396541
cardivaitalia@cardiva.com

Cardiva Italia srl
Via Raffaello, 8-10
46040 Guidizzolo-Mantova

H.D. Health Defence Spa
Distributore Lazio - Campania
Via Portuense, 959
00148 Roma
tel +39 06 65002930
fax +39 06 65003101

commerciale@healthdefence.it

