

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/IRM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 11-12 2019 - prezzo di copertina. € 10,00

**Senologia, un nuovo
concetto di medicina**

**Coloproctologia,
la ricetta romana**

**Policlinico di Milano,
dai padiglioni al polo**

**Boston Scientific,
un'eccellenza globale**

L'IMPEGNO È DONNA



BUON NATALE
E
SERENO ANNO NUOVO

ORE12
GROUP

365 GIORNI L'ANNO, 24 ORE SU 24

LA TUA FLOTTA INFORMATIVA

ORE12 SANITA' ORE12 ECONOMIA ORE12LIFE ORE12QUOTIDIANO
12WORLDREPORT ORE12OMNIBUS ORE12POP ORE12KIDS

• WWW.ORE12GROUP.IT •

Hic et nunc

Non tutto è oro...

di *Pietro Romano*

Al Governo e al Parlamento quest'ultima riflessione del 2019 non può che riconoscere un interesse prioritario – finalmente! - per la Sanità. Lo dimostrerebbe l'incremento di 3,5 miliardi delle risorse per il 2020 che porta il livello di finanziamento complessivo a circa 118 miliardi. Ne aspettiamo la declinazione sul campo ma le premesse ci sono (quasi) tutte per imprimere una svolta all'andamento del settore. Un settore di certo meno negativo di come lo descrivono cronache spesso scandalistiche e disinformate ma altrettanto di sicuro fiore all'occhiello del sistema Paese un po' appassito.

Di fronte alla Sanità e a quanti la gestiscono si pongono autentiche emergenze che come tali vanno affrontate. L'emergenza medici e personale sanitario Ore 12 Sanità ha il merito di averla sollevata quando era in sostanza sconosciuta agli organi di informazione, anche specializzati. La prima risposta a questo gravissimo problema è appunto da emergenza: negli ospedali in cui mancano i medici si punterà su professionisti anche anziani e su giovani specializzandi. Ma, per quanto emergenziale, questa risposta rappresenta uno dei punti cardine del Patto per la Salute a valenza triennale. Nell'arco del prossimo triennio sarà d'obbligo, quindi, prioritariamente studiare risposte organiche e durature, non emergenziali, alla carenza di medici e pensare con rapidità a come sopperire alle carenze

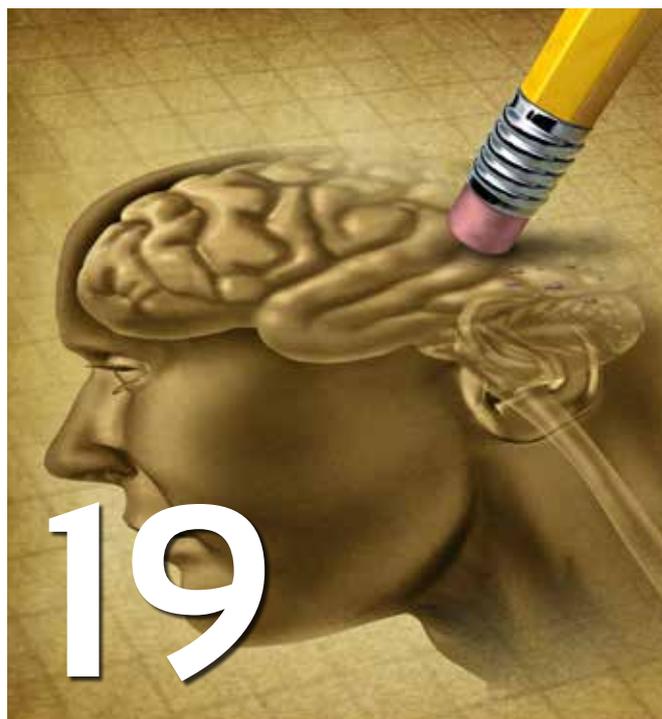
di personale sanitario specializzato. A furia di aspettare, altrimenti, potremmo trovare in corsia medici centenari e matricole fresche di liceo.

Nel complesso, bisogna tenere conto che le cifre ascoltate alla tv e alla radio o lette sui quotidiani e nei siti, pur colpendo l'immaginario, vanno valutate con le pinze, come si dice. Dei due miliardi di euro previsti dal programma di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, a esempio, solo 200 milioni saranno esigibili entro il 2023. L'otto per cento del totale. Quanti altri trienni allora il cittadino e il personale dovranno attendere per godere rispettivamente di servizi adeguati, perlomeno sotto il profilo dell'accoglienza, e di ambienti adatti all'esercizio di attività tanto delicate?

Insomma, bene la presunta svolta, ma attenzione a evitare il rischio di finire dietro qualche pifferaio. Tanto più che per un settore produttivo parallelo a quello della Sanità, vale a dire la farmaceutica, la manovra non cambia granché nemmeno sulla carta e/o in prospettiva. La farmaceutica è un comparto cruciale per innumerevoli motivi, sociali ed economici, che concernono prima di tutto l'indipendenza nazionale nella salute e quindi nella qualità della vita. A livello economico la farmaceutica è riuscita a contrastare la crisi anche negli anni in cui questa mordeva di più. E' stata in grado di innovare (le spese in ricerca e sviluppo in dieci anni sono aumentate dieci volte tanto), di investire nei talenti (creando migliaia di nuovi posti di lavoro di alta qualità) e nei processi produttivi. Con il risultato di conquistare, proprio quest'anno, il primato europeo nelle esportazioni, scavalcando la Germania. Eppure, da anni, l'industria farmaceutica è costretta a una specie di tassa occulta, il cosiddetto "payback", che in ultima analisi scoraggia gli investimenti e le assunzioni. In sostanza, l'impresa che innova, e quindi vede maggiormente impiegati i suoi farmaci e le sue terapie, deve restituire alle amministrazioni centrali e periferiche competenti risorse crescenti in proporzione ai suoi successi. Nel frattempo, però, si trova quotidianamente alle prese con cronici ritardi di pagamenti ed errori materiali che stanno ingolfando i tribunali della giustizia amministrativa. Sul "payback" continua, però, a non muoversi foglia. Perdipiù andrà verificato nei prossimi mesi se il piano del Governo precedente – l'avvio di una procedura per chiudere i contenziosi dell'industria farmaceutica con le amministrazioni pubbliche – sarà proseguito e condotto in porto. Creando le premesse per un futuro meno impervio per l'industria farmaceutica. E quindi per l'Italia.



**Un nuovo concetto
di medicina**



**Alzheimer
sempre più giovani a rischio**

23

IL DITO NELL'OCCHIO

25

TRA PUBBLICO E PRIVATO



**DA DONNA
A DONNA
UN IMPEGNO
A 360 GRADI**

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA

15

COLOPROCTOLOGIA



**BOSTON
SCIENTIFIC**

SOM



RIVOLUZIONE LIFTING



CA' GRANDA



ALLA NOSTRA SALUTE

41 OBSOLESCENZA DEI MACCHINARI

43 DIGITAL FOR CLINICAL



SPECIALIZZANDI NEGLI OSPEDALI

46 ORE12LIFE

39 SIGARETTA ELETTRONICA

SEGUICI SU:
WWW.OREI2ITALIA.EU



TWITTER
OREI2GROUP



FACEBOOK
OREI2GROUP



LINKEDIN.COM
COMPANY/OREI2



ISTAGRAM
@OREI2ITALIA



LA NOSTRA APP
WWW.OREI2ITALIA.EU/12APP

MARIO



Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12group.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Digital Publishing Director

Nicola R. Carrassi
ncarrassi@ore12italia.it

Redazione

redazione@ore12italia.it

Pubblicità

adv@ore12italia.it

Progetto Grafico

J. Delar

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Digital & Web Division

Redazione 5 - Ryancreation Cove

Hanno collaborato a questo numero:

Carlo Maria Buonamico, Giosetta Ciuffa, Caterina Del Principe, Danilo Quinto, Riccardo Romani, Flavia Scicchitano, Marco Soldà, Carlo Terzano, Alessandro Testa.

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via Orti della Farnesiana, 9/A
00135 Roma

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu
privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

Copia singola Italia: 10,00 euro
Abbonamento annuo Italia: 60,00 Euro
Abbonamento Copia Digitale: 45,00 Euro
Abbonamento Deluxe (Cartaceo + digitale) Italia: 85,00 Euro
www.ore12italia.eu/portale-abbonamenti/

Warning

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. *Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi diritto non raggiunti o impossibili da rintracciare.*



Pubblicato in Italia e nel mondo da

RICOMUNICARE SRL

Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.229 del 07/12/2016.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.

All rights reserved

ORE12LIFE/12LIFE © 2019 RCOEUROPE/RICOMUNICARE SRL.

All rights reserved

SEGUI LE TESTATE ORE 12 GROUP SU TELEFONO E TABLET IN REALTA' AUMENTATA E FACILE E GRATUITO!

CERCA L'APPLICAZIONE ZAPPAR SULL' APP STORE DEL TUO TELEFONO

1. SCARICA L'APP ZAPPAR DALL' APP STORE
2. APRI L'APP ZAPPAR E COLLEGA IL TUO TELEFONO A UNO DEI TABLET E INIZIA LA REALTA' AUMENTATA
3. SEGUI LA GUIDA PER LA REALTA' AUMENTATA

SCOPRI LA VIDEOGUIDA SU www.ore12italia.eu/12app/

• NUMERO •



Secondo la rete Orphanet Italia – il portale delle malattie rare e dei farmaci orfani – in Italia i malati rari sono oltre due milioni e il 70% sono bambini in età pediatrica. Un numero molto esteso, che potremmo a ragione definire una piaga sociale. Basta considerare i dati coordinati dal Registro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità: si stimano venti casi di malattie rare ogni 10.000 abitanti e ogni anno sono circa 19.000 i nuovi casi segnalati. Il 20% delle patologie riguarda pazienti in età pediatrica (di età inferiore ai 14 anni), tra i quali le malattie rare che si manifestano con maggiore frequenza sono le malformazioni congenite (45%) e le malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e dei disturbi immunitari (20%). Per i pazienti in età adulta, invece, le frequenze più alte appartengono al gruppo delle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (29%) e delle malattie del sangue e degli organi ematopoietici (18%).

Una malattia si definisce rara quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05% della popolazione, ossia cinque casi su 10.000 persone. Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7.000 e le 8.000, ma è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e con i progressi della ricerca genetica. Quelle curabili sono pochissime, la maggior parte sono croniche e molte possono portare a morte prematura.

Recentemente, l'European Journal of Human Genetics, sulla base dei dati epidemiologici disponibili sul database di Orphanet, ha pubblicato un'accurata analisi sulle malattie rare. Il dato più eclatante riguarda il numero stimato di malati rari nel mondo: sono circa 263-446 milioni di persone, numero che equivale al 3,5-5,9% della popolazione mondiale. L'analisi è stata fatta esaminando il 67,6% delle patologie rare: tale percentuale si ottiene escludendo i tumori rari e le malattie rare causate da virus, batteri e intossicazioni. Di conseguenza, il dato sulla prevalenza a livello mondiale è sottostimato. Il problema serio è che le informazioni sono spesso insufficienti, i dati epidemiologici scarsi, gli studi scientifici pochi e mancano database organizzati ed efficienti. Anche in Italia occorre una svolta su questa problematica, che sta diventando un'assoluta priorità per la salute pubblica: non è più possibile non tenere in seria considerazione investimenti mirati per la ricerca, la gestione e l'assistenza dei pazienti, l'aggiornamento delle strutture e dei protocolli clinici.

Korun Bone

ROSA® Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

Un nuovo concetto di medicina

di Danilo Quinto

LUCIO FORTUNATO



L a struttura che lei dirige dedica particolare attenzione alla prevenzione del tumore alla mammella. Che ruolo riveste la prevenzione?

La prevenzione gioca un ruolo essenziale nella prevenzione oncologica e la mammella ha rappresentato un fronte molto importante in questo campo. Oggi individuare un tumore della mammella ad uno stadio iniziale comporta una guarigione quasi certa, con terapie molto personalizzate, poco

invasive e molto tollerabili. La prevenzione già da molto tempo rappresenta l'investimento più importante per una sanità saggia che guarda al futuro, e sono sicuro che con lo sviluppo delle tecniche di genetica medica questo settore della medicina vedrà uno sviluppo ancora più importante.

Quale fascia di età è maggiormente colpita dalla diagnosi di tumore alla mammella?

Quale fascia di età è maggiormente colpita dalla diagnosi di tumore alla mammella?
Nel mondo ogni anno vengono oggi diagnosticate 1.500.000 di donne con cancro della mammella e



si prevede che nell'anno 2030 riceveranno questa prognosi ogni anno nel mondo 2.000.000 di donne. In Italia, purtroppo, una donna su otto riceverà questa diagnosi nella propria vita, si tratta di oltre 53.000 donne ogni anno.

Stanno purtroppo aumentando i casi clinici sotto i cinquant'anni e questo significa che il 3-4% delle donne sotto i cinquant'anni riceverà diagnosi di cancro in età pre-menopausale, cioè nel pieno della propria attività lavorativa, familiare ed affettiva. Spesso questi tumori sono piuttosto esuberanti, richiedono cioè terapie integrate importanti per raggiungere la cura.

Questo ha un grosso impatto di politica sociale ed i nostri politici dovrebbero essere molto attenti a ciò che questo comporta, anche in termini di "tossicità finanziaria". Ricevere oggi una diagnosi di cancro della mammella può rappresentare la linea di confine tra le solite difficoltà di una famiglia "semplice" e la crisi finanziaria. Inoltre, donne giovani a volte sono portatrici di modificazioni genetiche il che comporta un impatto psicologico, familiare, terapeutico molto importante, che ancora oggi difficilmente affrontiamo nella sua complessità in Italia. Mi riferisco ad esempio al fatto

che la protezione sociale e sanitaria per queste donne BRCA 1-2 mutate è prevista solo in alcune regioni, una disparità insopportabile. Di contro, l'aumento dell'età della popolazione sia in Europa che in Italia comporta che vediamo sempre più spesso donne anziane o molto anziane, ma ancora in buone condizioni generali, con diagnosi di cancro della mammella e questo comporta la capacità di dover affrontare in maniera personalizzata e multidisciplinare tutta una serie di problematiche terapeutiche per un gruppo di donne che comunque vive una fragilità intrinseca con bisogni molto particolari.

Infine, vorrei ricordare che oggi in Italia vivono oltre 830.000 donne dopo diagnosi di cancro: un esercito, con problemi, necessità e fragilità troppo spesso dimenticate o misconosciute. Possiamo e dobbiamo fare meglio.

Qual è, dal punto di vista clinico, il modo più corretto per affrontare la paura della donna nel caso di diagnosi positiva?

Sicuramente rivolgersi in un centro di senologia accreditato al livello regionale.

I Centri Senologia sono delle vere e proprie Task force



multidisciplinari che consentono un miglioramento dell'integrazione terapeutica, e quindi della possibilità di guarigione, con un aumento della sopravvivenza nelle donne trattate in questi centri che varia dal 5 al 15%. Oggi, donne con cancro della mammella non dovrebbero essere più trattate in centri non accreditati nelle reti senologiche regionali e migliorare la consapevolezza tra le donne della differenza anche in termini di possibilità di guarigione è un obiettivo strategico ed immediato per noi fondamentale.

Il San Giovanni è il primo centro CERTIFICATO a livello europeo nel Lazio. Cosa significa questo?

Sono circa 30 i Centri di Senologia Certificati a livello europeo in Italia e solo tre di questi si trovano nel Centro-Sud Italia. Per noi questo ha rappresentato una sfida formidabile ed un costante impegno dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, in termini di interesse, riconoscimento costante delle priorità, volontà di migliorare. Soprattutto, per le donne che

vengono trattate in un Centro Certificato, vuol dire la sicurezza di essere trattate in una unità che monitora costantemente i propri indicatori di qualità e si impegna a mantenerli nel tempo per garantire la migliore possibilità di guarigione. Questo è il futuro della Senologia, ma anche il futuro della medicina e della oncologia, in Italia e nel mondo. Non possiamo più permettere che l'autoreferenzialità, un male purtroppo antico, domini o sia ancora sostanzialmente presente nelle nostre strutture sanitarie.

Quanti casi di tumore alla mammella vengono trattati ogni anno?

Presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata vengono trattate ogni anno oltre 430 donne con la diagnosi di cancro e questo rappresenta circa il 10% di tutte le donne con questa diagnosi nella regione Lazio. Il nostro impegno però non è solo quello di aumentare questi numeri, ma anche di essere più efficienti nell'offerta dei servizi, nell'accoglienza, nella

tempestività delle cure, nell'integrazione tecnologica.

Quale importanza ha essere trattati da un centro multidisciplinare?

È fondamentale. Esistono dati ormai incontrovertibili in letteratura internazionale che indicano un aumento della sopravvivenza del 5-15% per donne trattate nei centri di Senologia rispetto a quelle trattate in centri non specializzati. Questo dato è superiore all'aumento della sopravvivenza causato da ogni singolo farmaco oggi a nostra disposizione, e indica che il lavoro integrato ottiene un risultato superiore alla somma delle singole professionalità. Tutte le donne in Italia dovrebbero essere consapevoli di questo dato e dovrebbero essere trattate in Centri accreditati, anche se questo dovesse comportare fare 10 o 20 chilometri piuttosto che essere trattate "sotto casa".

Può descrivere la struttura di accoglienza presso l'Ambulatorio Santa Maria?

Nel 2016 abbiamo inaugurato il nuovo Centro di Senologia presso l'Ambulatorio Santa Maria dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, uno spazio riservato di circa 250 metri quadrati, una vera e propria casa della donna con cancro della mammella.

Fare questo è costato molto poco, ma fino a poco tempo fa le donne si dovevano muovere da un Reparto all'altro per vedere i singoli specialisti. Oggi sono invece i singoli specialisti che si presentano nel Centro per trattare le donne con tumore. Un grosso passo in avanti che ci permette una vera e propria presa in carico per il periodo di cinque anni e follow-up dopo la diagnosi e la terapia. Una rivoluzione semplice, ma efficace ed anche "eco-sostenibile". Vede, fare un Centro di Senologia di qualità è oggi molto complesso perché i bisogni sono tanti, e riuscire a farlo in modo coerente rispetto alle possibilità finanziarie del sistema è una soddisfazione importante.

La struttura portante del nostro Centro di Senologia è rappresentato dalle infermiere di Senologia, da 2 Case manager, da una Data Manager. Le donne, anche questa volta, si sono dimostrate superiori, riuscendo a organizzare – con una sensibilità particolare - un filo conduttore insostituibile ed efficace per le pazienti con diagnosi della mammella.

Lavorare in un Centro integrato vuol dire poi grande attenzione ai servizi: dai Corsi di trucco e di bellezza per le donne che devono svolgere una chemioterapia, alla Banca della parrucca, allo sportello Legale gratuito per tutte le problematiche burocratiche e al riconoscimento dei diritti, alla psico-oncologa. Nel prossimo futuro garantiremo massima attenzione all'aspetto "olistico" della malattia, perché essere guariti vuol dire qualcosa in più di non avere il cancro.

Nel caso di diagnosi positiva, che cosa avviene?

Un primo colloquio, spesso con la radiologa o il chirurgo e poi tutta una serie di procedure volte a comprendere quali sono le opzioni migliori per ogni singola paziente, ma anche le necessità di ogni singola paziente. Questo comporta che nel nostro Centro tutti i casi vengono discussi in Conferenza Multidisciplinare che si riunisce ogni lunedì: le fotografie della paziente, gli esami diagnostici comprensivi della mammografia dell'ecografia e a volte della risonanza magnetica, i vetrini delle micro biopsia e la storia clinica vengono discussi dalla "task force" che produce delle vere proprie raccomandazioni di trattamento. Questo si verifica sia prima dell'intervento chirurgico che dopo l'intervento, quando vengono discusse collegialmente le opzioni di trattamento per le terapie adiuvanti.

Spesso, le pazienti sono invitate a tornare dopo un primo colloquio per approfondire le possibilità terapeutiche, e discuterle semmai con il chirurgo plastico.

Da oltre tre anni poi abbiamo i Corsi di "Pre-Abilitazione", in cui tutte le donne in attesa di intervento sono invitate a partecipare con un proprio familiare, per consentire una maggiore conoscenza di quanto si sta per affrontare. Al Corso partecipano vari membri dell'equipe, la Case manager, una psico-oncologa e una ex-paziente.

E' un momento unico, in cui escono le paure, le difficoltà, a volte le necessità di capire meglio.

Dopo l'intervento e le relative terapie, il rapporto con la paziente prosegue? Come prosegue?

Tutte le nostre pazienti sono prese in carico per un periodo minimo di cinque anni, il che garantisce un follow-up adeguato e garantito sia da un punto di vista oncologico che chirurgico che radioterapico che diagnostico. Questo è un elemento essenziale per permettere una stabilizzazione delle cure ed evitare dispersioni di risorse.

Se dovesse sottolineare gli aspetti più coinvolgenti della sua esperienza professionale, cosa direbbe?

Quella mia personale è un'esperienza unica, entusiasmante, che mi ha permesso una crescita professionale e personale molto profonda. Ho potuto assistere di persona allo sviluppo di un nuovo concetto di medicina, che sarà il pilastro fondamentale nel prossimo futuro a livello nazionale, e non solo per il cancro della mammella.

Soprattutto, mi ha reso consapevole della forza umana ed interiore delle centinaia di donne che ho operato in questi anni. Queste donne sono madri, mogli, compagne, a volte purtroppo anche figlie, ma sono un esempio per tutti noi, una testimonianza indelebile che la vita può andare avanti - e a volte essere persino migliore - dopo la diagnosi di cancro.

Guarire con la fluorescenza

Non c'è niente come la sensazione del sole sulla pelle. La luce può avere lo stesso effetto su una ferita cronica. **FB Wound**, azienda di Klox Technologies, offre il sistema LumiHeal che utilizza i principi della biomodulazione a fluorescenza per influenzare le tre fasi critiche della guarigione - infiammazione proliferazione e rimodellamento. Jason Gugliuzza, vicepresidente senior dell'azienda, spiega che cosa rende l'energia di fluorescenza una soluzione indolore, non invasiva ed economica per stimolare e migliorare il processo di guarigione.

A volte, i problemi interminabili scompaiono in un istante. Dopo anni senza progressi, un improvviso lampo di intuizione può cambiare tutto. Ma questo è un fenomeno psicologico. Le intuizioni risolvono enigmi frustranti, non curano le ferite croniche.

E ancora, la nostra pelle è punteggiata di fotocettori. Utilizza la luce del sole per creare vitamina D, ed è in grado di rilevare almeno la luce delle lampadine. Capire che significato abbia ciò per la guarigione delle ferite è un enigma a sé stante. La tecnologia di biomodulazione a fluorescenza di Klox Technologies è nata dalla sua risoluzione. Un recente studio sull'efficacia della fototerapia LumiHeal unica di FB Wound - condotto su 99 pazienti cronici con un'età media della ferita di 35,5 mesi - ha rilevato che il 47,5% delle ferite si è completamente chiuso dopo una media di 70,3 giorni.

"Si trattava di ferite molto difficili e ostinate, che hanno subito molte terapie per diversi anni, e che non sono state in grado di guarire", spiega Jason Gugliuzza, vicepresidente senior di Klox Technologies. "In quel lasso di tempo emergono problemi con la qualità della vita e il morale del paziente; poi c'è la cura, il medico, l'ospedale e un sacco di soldi spesi. La maggior parte di queste ferite aveva almeno una prognosi di scarsa guarigione e i nostri risultati sono stati impressionanti." Lo studio si chiamava EUREKA.

Sia fatta la luce

Oltre alle cellule dei fotocettori, i tessuti umani contengono fotoaccettori, molecole in grado di assorbire la luce secondaria. È stato scoperto che queste possono essere stimulate da determinate lunghezze d'onda della luce per migliorare i processi biologici. Utilizzando una luce LED su una ferita

ricoperta di gel LumiHeal, che contiene cromofori che convertono la luce in fluorescenza a bassa energia, è possibile indurre la biogenesi mitocondriale, anche nei pazienti anziani, stimolando e migliorando tutte le fasi di guarigione della ferita.

"Il nostro lavoro sulla biogenesi mitocondriale è stato un vero passo avanti", afferma Gugliuzza. "Questo meccanismo d'azione primario, interagendo con i mitocondri per creare ATP [la molecola che immagazzina energia], avvia la guarigione e la facilita in tutte le fasi di infiammazione, proliferazione e rimodellamento. Provoca una risposta cellulare nella ferita, quindi è una terapia attiva piuttosto che passiva."

La biomodulazione a fluorescenza funziona attraverso un meccanismo noto come spostamento di Stokes. I cromofori nel gel LumiHeal assorbono fotoni dal LED ed emettono energia di fluorescenza a lunghezze d'onda allungate, base alle caratteristiche uniche di assorbimento della luce dei diversi tipi di cellule e tessuti del corpo. Lunghezze d'onda più lunghe all'interno dello spettro visibile penetrano nell'ipoderma, lo strato più profondo della pelle, mentre lunghezze d'onda più corte sono localizzate più vicino alla superficie della ferita e al derma sottostante.

Il risultato è che nella fase infiammatoria, LumiHeal riduce la presenza di IL6 e TNF alfa - i due principali marcatori infiammatori in una ferita cronica. Successivamente, la terapia intensifica la fase proliferativa aumentando il flusso sanguigno e l'angiogenesi, il che migliora la disponibilità dei fattori di crescita e determina un aumento significativo della produzione di collagene. Nella fase di rimodellamento, il collagene stimolato

dall'interno della ferita, piuttosto che attraverso la sua contrazione, è perfettamente allineato e di altissima qualità - imitando il collagene presente nel tessuto umano sano, piuttosto che quello che produce cicatrici ipertrofiche. "Non è un prodotto che risolve un problema", sottolinea Gugliuzza. "Si tratta di guardare al problema olistico della guarigione delle ferite e di stimolare tutte e tre le fasi contemporaneamente".

Miglioramento della qualità della vita

La tradizionale guarigione della ferita in ambiente umido non sembra una terapia, ma piuttosto un lavoro di pulizia della ferita, cambio di medicazioni e visite cliniche. Al contrario, per eseguire la biomodulazione a fluorescenza è necessario che medico e paziente indossino occhiali di colore arancione brillante. Quindi, mentre il gel è illuminato, diventa fluorescente attraverso l'intero spettro cromatico

"I nostri pazienti dimostrano grande impegno e la nostra azienda vanta un'eccellente conformità con questa tecnologia", afferma Gugliuzza. "Abbassando i marcatori infiammatori, riduciamo immediatamente qualsiasi dolore, ma, oltre a questo, i pazienti si sentono davvero come se stessero seguendo una terapia, il che li tiene molto impegnati e concentrati".

Dopo l'ultima visita di trattamento nello studio EUREKA, il 94,9% dei medici ha dichiarato che raccomanderebbe il trattamento, che è abbastanza flessibile da essere combinato efficacemente con la medicazione in ambiente umido, la terapia a pressione negativa e migliorare i risultati dopo gli innesti cutanei a spessore parziale. "È una procedura di cinque minuti", afferma Gugliuzza, "ma è un modo molto diverso di gestire una ferita".

Per maggiori informazioni

www.fbwound.com

DONATELLA POSSEMATO

DA DONNA A DONNA UN IMPEGNO A 360 GRADI

IMPRESA E FILANTROPIA A BRACCETTO
CON IL FOCUS FISSO
SU NECESSITA' E FRAGILITA' FEMMINILI

di *Katrin Bove*

Donna. Imprenditrice. Filantropa. Con un filo rosa a collegare i suoi tanti impegni. Donatella Possemato, imprenditrice sanitaria, gestisce la Casa di cura Santa Famiglia di Roma, unica struttura mono-specialistica di Ostetricia e Ginecologia convenzionata con il Servizio sanitario nazionale. Ed è presidente della Onlus "Donne for Life" che ha fondato nel 2017 e alla quale dedica crescente impegno. **Presidente Possemato, che cosa si propone "Donne for Life"?**

La Onlus nasce per sostenere le donne, pilastro e stabilizzatore della famiglia, nei loro

momenti più delicati e di fronte a qualsiasi bisogno: sanitario, medico, psicologico, economico e legale. Si prefigge, inoltre, di mettere in campo attività di prevenzione gratuita e di informazione, di creare possibilità lavorative per i giovani meritevoli e soprattutto di sensibilizzare con politiche attive il mondo istituzionale, a tutela della donna e della mamma.

Che cosa differenzia "Donne for Life" dalle altre Onlus "in rosa"?

Senza dubbio nella specializzazione, oserei dire, sulla difesa delle fragilità femminili e sul

sostegno alle donne nei momenti più delicati della sua esistenza. Prendo a esempio la maternità e i problemi che purtroppo possono insorgere con il mondo del lavoro, ancora troppo maschilista, che penalizza le lavoratrici quando decidono di mettere al mondo un figlio. La Onlus dialoga con le grandi aziende, nazionali e non, coinvolgendole in progetti di Welfare attivo con il sostegno dell'imprenditoria e delle istituzioni, della politica e il mondo delle associazioni. Ci preoccupiamo, last but not least, di sostenere a livello psicologico e legale le donne che affrontano situazioni di violenza domestica o di mobbing così come di supportare le famiglie che necessitano di assistenza sanitaria e medica.

A proposito di fragilità femminili, quali sono gli obiettivi di "Donne for Life" su questo fronte, i progetti, le modalità operative?

La Onlus affiancherà la Santa Famiglia nel lancio e nell'attività del progetto Donna-Santa Famiglia, nato per occuparsi, a livello sanitario e psicologico, delle fragilità femminili, in particolare dei disturbi, di cui ancora si parla troppo poco, relativi ai comportamenti alimentari, che riguardano perlopiù donne e per il quale si segnala una preoccupante carenza di strutture dedicate. Un ambizioso progetto che partito dal Lazio potrà diventare un modello virtuoso a livello nazionale.

Finora, quali sono state le principali iniziative di "Donne for Life"?

Nel novembre del 2017, "Donne for life" decide di rispondere alla richiesta d'aiuto di Papa Francesco, in occasione della Giornata mondiale della povertà. Per un'intera settimana ginecologi e ostetriche della Santa Famiglia e aderenti alla Onlus hanno fatto prevenzione con unità mobili in piazza San Pietro, ricevendo anche la visita del Santo Padre, mentre in Santa Famiglia venivano accolte donne in serie difficoltà economiche e psicologiche per ricevere assistenza gratuita. Due di loro, in particolare, hanno dato alla luce proprio in quei giorni due meravigliosi bambini, un cubano e un kenota, e le immagini girate nella nostra clinica hanno fatto il giro del mondo. Ripenso poi al mio coinvolgimento diretto, come presidente

La Onlus "Donne for Life" nasce per sostenere le donne nei loro momenti più delicati e di fronte a qualsiasi bisogno



della Onlus, al caso di una mamma in difficoltà a cui i servizi sociali avevano appena tolto i tre figli, in seguito alla morte del marito e alle sue disagiate condizioni economiche e psicologiche. "Donne for life" ha voluto regalare un'opportunità 'alla mamma di Anzio', offrendole un lavoro stabile e retribuito presso la struttura della Santa Famiglia e permettendole di recuperare stima e credito nei confronti degli assistenti sociali che hanno constatato un suo effettivo miglioramento.

Una volta nati, i bambini devono crescere e a loro volta formare una famiglia. Ma il lavoro, anche quando c'è, in molti casi non lo permette.

A proposito di opportunità per i giovani, la Onlus ha avviato lo scorso anno un progetto di politiche attive promosso in collaborazione con l'Enpab, la Cassa previdenziale dei biologi. L'associazione ha istituito una Borsa di studio destinata ad una biologa professionista in grado di formare otto neo laureate all'interno Santa Famiglia, affinché, dopo un anno di collaborazione, le più meritevoli potessero ottenere contratti di lavoro libero professionali in nutrizione e fertilità, nutrizione e allattamento, nutrizione e gravidanza. Un progetto pioneristico in Italia.

Molti problemi nascono anche dalla scarsa informazione... Collaboriamo con la Santa Famiglia nella ideazione e attuazione di campagne di informazione e prevenzione

gratuita destinata al mondo femminile, aprendo le porte della struttura di via dei Gracchi a titolo gratuito per effettuare esami diagnostici e consulti con i professionisti. Un'altra iniziativa di successo che ricordo con orgoglio è di novembre e ha visto i nostri medici effettuare oltre 150 visite alla Comunità di S. Egidio.

La persona disagiata spesso non trova nessuno disposto a confrontarsi con lei.

Proprio così. Abbiamo attivato, allora, uno sportello d'ascolto riservato ad adolescenti e a donne con fragilità. Psicologi e nutrizionisti ascoltano e prendono in carica situazioni delicate che sempre più spesso hanno a che fare con la depressione post-partum, con le dipendenze, i disturbi alimentari e con quei casi in cui la donna dimostra incertezza sul proseguimento della gravidanza. A sostegno della vita che nasce ma nel pieno rispetto della donna.



NOVITÀ

Inquadra qui con l'app Zappar e scopri su smartphone e tablet i contenuti in AR esclusivi (scopri come a pagina 4)



A SOSTEGNO DELLA VITA MA SEMPRE NEL RISPETTO DELLA VOLONTÀ E DELLE ESIGENZE FEMMINILI





Nuove frontiere in coloproctologia

TRATTARE LE FISTOLE PERIANALI CON CELLULE MESENCHIMALI
DA TESSUTO ADIPOSO, ALL'OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRAELLI DI ROMA
UNA DELLE PRIME ESPERIENZE ITALIANE SULLA NUOVA METODOLOGIA

di *Alessandro Testa**

Le cause sono nella maggior parte dei casi rappresentate da una sepsi di alcune ghiandole anali, nella parete del canale ano-rettale, circa 3 cm internamente al margine anale, da cui deriva un ascesso che si fa strada all'esterno di quella parete, creando diversi possibili percorsi che coinvolgono, in modo più o meno penalizzante, le strutture sfinteriche che regolano la continenza anale.

E' frequente nella malattia di Crohn e come complicanza di altre patologie ad es. ragade anale, ulcere del canale ano-rettale, infezioni genitali.

E' anche complicanza di interventi chirurgici eseguiti sull'ano-retto, proctologici o per patologia oncologica.

Per queste caratteristiche anatomico-patologiche, il trattamento è complesso e di difficile risultato; quasi sempre si ricorre alla chirurgia.

Nella scelta di un trattamento chirurgico adeguato ci si trova di fronte ad un duplice obiettivo:

1) ridurre il rischio di recidive post-operatorie

2) ridurre il rischio di danni all'apparato sfinterico che evolverebbe in deficit più o meno gravi della continenza. Spesso questi due obiettivi sono in contrapposizione: la chirurgia di un tempo, più radicale, riportava ottimi risultati in termini di recidive, ma esitava in imbarazzanti insuccessi funzionali con incontinenze anali che invalidavano in modo grave la qualità di vita del paziente.

Nelle ultime due decadi la chirurgia si è rivolta quindi alla ricerca di metodiche cosiddette "mini-invasive", con lo scopo in primis di rispettare la funzionalità sfinterica, dette perciò "sphincter saving".

Purtroppo però non si è ottenuto un corrispettivo risultato nella percentuale di guarigione, che stenta a raggiungere il 40-50% in molte delle metodiche applicate.

Pensiamo all'uso di protesi biologiche o sintetiche, in forma di paste iniettabili nel tramite fistoloso piuttosto che di "conetti" da fissare all'interno con la speranza di stimolare una guarigione.



Altre tecniche prevedono l'utilizzo di fistuloscopi con possibilità di diatermocoagulare i tramiti, altre ancora preferiscono l'utilizzo del LASER per ottenere una fotocoagulazione del tramite.

Una delle soluzioni più suggestive e recenti è fornita proprio dalla biologia cellulare nella realizzazione della cosiddetta medicina rigenerativa, che si basa cioè sulla

capacità intrinseca a determinate specie cellulari presenti nel nostro organismo, di promuovere ed incentivare la rigenerazione di cellule e tessuti, soprattutto lì dove un trauma od una sepsi ne abbiamo determinato il depauperamento, portando quindi ad una guarigione.

Questa è la prerogativa di quelle cellule chiamate "mesenchimali".

Nella evoluzione degli studi condotti in molti centri specializzati universitari ed istituti di ricerca biologica, confortati da molti studi pubblicati in letteratura, su queste cellule si è arrivati ad alcune certezze:

1) Una quantità importante di queste cellule è presente nel tessuto adiposo e le tecniche di prelievo, mini-liposuzione, sono assolutamente semplici e sicure.

2) Le loro peculiarità è di replicarsi e di differenziarsi nei tipi cellulari presenti nella sede di infiltrazione: cellule adipose, cellule muscolari e queste caratteristiche sono indipendenti dalla età del paziente.

Gli studi (fase I-II e III) pubblicati in letteratura evidenziavano comunque risultati confortanti sui malati più complessi: quelli affetti da m. di Crohn perianale.

Per superare i limiti pratici delle procedure espansive ed allargare la possibilità terapeutica delle cellule mesenchimali agli istituti di diagnosi e cura ospedalieri,



**LE FISTOLE PERIANALI
RAPPRESENTANO
12,3 /100 MILA UOMO
E 5,6/100 MILA DONNE**



è stato ideato un dispositivo, denominato LIPOGEMS, che è in grado di processare il tessuto adiposo senza manipolazione cellulare, ottenendo tuttavia un prodotto dalle caratteristiche rigenerative pari o addirittura superiori alle cellule ottenute con la tecnica del “bancaggio”.

Si tratta di un dispositivo che sottopone il tessuto adiposo, recuperato con una semplice mini-liposuzione del grasso della parete addominale, ad un procedimento di micro-frammentazione in ambiente fluido, separando cellule morte, tralci di tessuto fibroso, residui oleosi ed ematici che verranno eliminati, da un concentrato di cellule adipose ricche di cellule mesenchimali pronte ad essere attivate una volta trasposte nella sede della fistola perianale, mediante l’infiltrazione dei tessuti peri-fistolosi.. L’intervento, del tutto innovativo, ha in se le seguenti caratteristiche:

- 1) È uno strumento biologico e soprattutto autologo (cioè derivante dal proprio stesso organismo)
- 2) La procedura chirurgica è assolutamente mini-invasiva e realizzabile in DH o DS (ricovero mattina/sera o al massimo una notte di degenza se intervento nel pomeriggio)
- 3) Rispetto assoluto dell’integrità dell’apparato sfinterico
- 4) Il post-operatorio è privo di fastidiose/dolorose medicazioni con ripresa della normale quotidianità dopo qualche giorno
- 5) la procedura non ha presentato effetti/reazioni avverse
- 6) il trattamento può essere ripetuto senza ulteriori rischi iatrogeni

Nel nostro Ospedale, San Pietro FBF di Roma, eseguiamo questo intervento nell’ambito della chirurgia colo-proctologica, dopo aver ottenuto l’autorizzazione della nostra Amministrazione e Direzione Sanitaria e

l’approvazione del Comitato Etico Lazio1.

In sala operatoria collaboriamo con i chirurghi plastici che, nei nostri pazienti, eseguono la liposuzione nelle sedi più idonee.

Abbiamo quindi sottoposto a tale trattamento oltre 65 pazienti, dal 2015 fino ad oggi, affetti da fistole perianali complesse primitive, recidive, cripto-ghiandolari ed in pazienti affetti da M. di Crohn.

Il follow-up ad un anno di 50 di questi pazienti ha dimostrato una percentuale di guarigione completa del 70%; il 10% ha evidenziato una “guarigione incompleta”, cioè con chiusura parziale del tramite (ma sempre oltre il 50%), pur avendo ottenuto la chiusura dell’orifizio interno e quindi non consentendo il rifornirsi dal canale ano-rettale.

Il 20% dei pazienti è rimasto con il problema non risolto. Su questa quota di risultati stiamo lavorando per capire il vero motivo del fallimento.

Questi risultati sono in linea con quelli pubblicati nei centri con maggiore esperienza in questo settore, e certamente migliori se confrontati con altre tecniche precedentemente citate.

Possiamo affermare che nella nostra esperienza tale procedura viene ben compresa, condivisa e quindi accettata dai pazienti sempre di buon grado, sia per la sua mini-invasività e soprattutto perché utilizza uno strumento biologico, per di più autologo cioè un proprio patrimonio genetico.

Questo buon approccio al paziente e al tipo di patologia, sulla base dei risultati ottenuti, ci incoraggia a continuare i nostri trattamenti, aumentando i dati disponibili su cui poter fare analisi più dettagliate ed efficaci per il futuro.

** Direttore UOC chirurgia generale
ospedale San Pietro Roma*



Alessandro Testa

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



ALZHEIMER

SEMPRE PIÙ GIOVANI A RISCHIO

QUESTA MALATTIA È CLASSIFICATA COME LA PIÙ COMUNE CAUSA DI DEMENZA E COME TALE SI CARATTERIZZA PER UN PROCESSO DEGENERATIVO CHE COLPISCE IN MODO PROGRESSIVO LE STRUTTURE CEREBRALI. NONOSTANTE I SOGGETTI PIÙ A RISCHIO SIANO GLI ANZIANI, RECENTEMENTE SI È ASSISTITO AD UN INCREMENTO NELL'INSORGENZA DELLE FORME GIOVANILI. SE È VERO INFATTI CHE LA MALATTIA SI CONCLAMA CLINICAMENTE IN ETÀ SENILE, NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI I PROCESSI NEURODEGENERATIVI E NEUROINFIAMMATORI A LIVELLO CEREBRALE INIZIANO MOLTI ANNI PRIMA.

di *Flavia Scicchitano*

L'Alzheimer è una malattia che fa sempre più paura: di norma a quale età viene diagnosticata? Sono in aumento le forme giovanili?

L'Alzheimer è la forma più comune di demenza degenerativa progressivamente invalidante con esordio prevalente in età presenile, ovvero oltre i 65 anni. La malattia, però, può manifestarsi anche in precedenza: il 5- 10% di tutti i casi riguarda persone al di sotto dei 65. Quando poi la malattia di Alzheimer si presenta col carattere di malattia genetica dominante, per cui i figli possono ereditare da uno dei genitori la parte di DNA che genera la malattia, si avrà un esordio relativamente precoce, tra i 35 e i 60 anni. Per questo è bene conoscere i sintomi della sua forma giovanile. Il primo campanello d'allarme, e dunque il primo sintomo, è la perdita di memoria a breve termine. Rispetto ai malati di Alzheimer in età senile, le persone affette da Alzheimer precoce sono meno colpite da malattie cerebrovascolari, renali e cardiache. Anche se il minimo comune denominatore è lo stesso, tra le caratteristiche cliniche dell'esordio giovanile ritroviamo deficit delle funzioni esecutive e deficit verbali. Alcuni pazienti presentano poi un'importante compromissione del processo visivo di individuazione e percezione degli oggetti.

Quali sono le cause dell'Alzheimer a livello neurodegenerativo? Nuove evidenze in proposito?

La caratteristica macroscopica più evidente del cervello di un soggetto affetto da Alzheimer è la marcata atrofia che determina un'aumentata ampiezza dei solchi cerebrali e l'incremento del volume ventricolare. L'atrofia è legata alla degenerazione neuronale, dalla quale scaturisce la riduzione del numero di spine dendritiche e conseguentemente di giunzioni sinaptiche,

che porta alla scomparsa del neurone. La sfida più importante dei ricercatori è sempre stata quella di individuare la causa della malattia. Negli ultimi anni sta diventando sempre più significativo lo studio condotto sui processi neuroinfiammatori e sulle cellule non neuronali, in particolare microglia ed astrociti dalle quali la neuroinfiammazione dipende, dal momento che il loro sviluppo e la loro presenza precedono e accompagnano i processi neurodegenerativi. Dunque



Salvatore Cuzzocrea*

neuroinfiammazione e neurodegenerazione sono oggi da considerarsi fenomeni strettamente correlati tra loro tanto da poter essere considerati due facce della stessa medaglia.

Ma in quale modo la neuroinfiammazione agisce sull'Alzheimer?

Il processo neuroinfiammatorio è caratterizzato da interazioni di tipo immunitario che determinano l'attivazione dei cosiddetti 'cellular players' quali microglia, astrociti e mastociti residenti nel sistema nervoso centrale. L'attivazione di questo pool di cellule non-neuronali rappresenta la vera causa del danno degenerativo a carico del neurone. Molteplici riscontri supportano l'ipotesi che anche nella malattia di Alzheimer possa essere presente un'importante componente neuroinfiammatoria. Indagini istopatologiche condotte sul tessuto neuronale hanno messo in evidenza la presenza di cellule di astroglia e microglia attivate in prossimità dei siti di deposizione amiloide, in particolare attorno a placche senili del tipo compatto. Dagli esami autoptici condotti su pazienti affetti dal

morbo è emersa un'elevata espressione dei livelli di citochine pro-infiammatorie, chemochine, radicali liberi dell'ossigeno e mediatori dell'infiammazione. Numerose evidenze oggi dimostrano un'associazione tra malattie neurodegenerative, in particolare malattia di Alzheimer, e neuroinfiammazione che può avere inizio tempo prima che si abbia una perdita significativa della popolazione neuronale.

In questo contesto risulta quindi importante una diagnosi precoce che apra alla possibilità di trattamenti farmacologici in grado di ritardare l'esordio della malattia. Controllare la neuroinfiammazione può stabilizzare o far regredire l'Alzheimer preservando la memoria nei soggetti affetti?

Come in altre malattie neurodegenerative la diagnosi precoce è molto importante sia perché offre la possibilità di trattare alcuni sintomi della malattia, sia perché permette al paziente di pianificare il suo futuro quando ancora è in grado di prendere decisioni. La prossima sfida nel trattamento delle malattie neurodegenerative risiede essenzialmente nella scelta di terapie che





Università di Messina

possono agire sui fenomeni neurodegenerativi a carico dei neuroni e della finestra temporale nella quale intervenire, che ovviamente deve essere il più precoce possibile. ‘Spegnere’ la neuroinfiammazione nel cervello significa poter agire sulla modulazione dell’interazione tra le cellule non-neuronali disregolate (microglia, astrociti, mastociti) per preservare l’integrità funzionale del ‘neurone centrale’. Recenti studi preclinici hanno dimostrato che l’ultramicrocomposito Pealut (palmitoiletanolamide co-ultramicronizzata con Luteolina) è in grado di modulare l’azione delle cellule non-neuronali, che si basa sull’azione esercitata dalla Pea, e sinergicamente modulare l’effetto dello stress ossidativo grazie all’azione antiossidante della luteolina (in questo caso la PEA svolge la funzione di carrier esogeno veicolando la luteolina in prossimità dei siti in cui si genera stress ossidativo) migliorando le funzioni cognitive e i disturbi comportamentali dei pazienti. La co-ultra Pealut risulta quindi più solubile e più energetica dal momento che i cristalli che la compongono presentano una maggiore energia potenziale, sprigionata a contatto con i fluidi organici, conferendogli maggiore velocità diffusionale. Da ciò consegue che il moderno

intervento terapeutico deve focalizzarsi su rimedi in grado di contrastare la neurodegenerazione modulando l’attivazione delle cellule non-neuronali residenti nel sistema nervoso centrale.

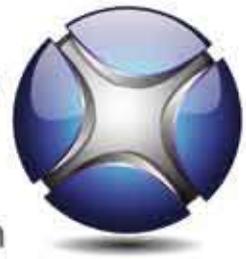
Quali sono le nuove frontiere per la cura dell’Alzheimer?

La complessità nel trattamento delle patologie che colpiscono il cervello risiede nel fatto che è protetto dalla barriera emato-encefalica, che da un lato lo protegge dalle sostanze dannose, dall’altro rende molto più complicato l’accesso ai farmaci. L’approccio corretto è quello di una terapia multimodale che, sfruttando strategie differenti, miri a salvaguardare il neurone; è questa la sfida alla quale i ricercatori sono chiamati a rispondere. È importante guardare alle malattie neurodegenerative con una luce differente; agire su tutti quei parametri che promuovono lo sviluppo della neuroinfiammazione significa proteggere e preservare le strutture neuronali da tutti quegli insulti che indeboliscono la struttura neurovascolare.

**professore ordinario di Farmacologia all’Università di Messina.*

OneView

Health videos and signals integration



TMD TALENT MEDICAL DEVICES S.R.L.
00137 Roma - Via Roberto Rossellini, 54
Tel. +39 06 86899629 - Fax +39 06 90216545

Il dito nell'occhio

Quel progetto Nightingale sul quale fare chiarezza

di Carlo Terzano



C'è una categoria di dati sensibili che, secondo alcuni giuristi, dovrebbe persino essere etichettata come "super sensibili" o "sensibilissimi". È quella delle informazioni sanitarie. Perché meriterebbe di godere di una protezione della privacy rafforzata si intuisce facilmente. Per questo rischia di essere deflagrante la notizia, data dal *Wall Street Journal*, secondo cui Google avrebbe iniziato a raccogliere segretamente dati di questo tipo con il progetto Project Nightingale. Secondo quanto rivela il quotidiano statunitense,

Google avrebbe avviato Project Nightingale lo scorso anno, coinvolgendo nel progetto una catena di non meno di 2.600 strutture sanitarie, cliniche e studi medici, tra cui almeno 163 ospedali. I dati cui il colosso di Mountain View mirava sarebbero stati i risultati di laboratorio, le diagnosi dei medici, i registri di ricovero, le storie sanitarie dei degenti, compresi i nomi dei pazienti e le loro date di nascita.

Insomma, una violazione della privacy tra le più significative mai portate alla luce da quando esiste il Web. Anche perché il progetto avrebbe preso consistenza all'oscuro dei medici ma, soprattutto, degli stessi pazienti che non sanno nulla del tipo di dati che sarebbe stato sottratto loro, le modalità con cui vengano custoditi e, soprattutto, da chi vengano letti, chi ci possa mettere le mani e con quale finalità Google abbia iniziato una simile, pervasiva, schedatura.

Da parte sua, Google ha replicato che le modalità di raccolta garantiscono la privacy necessaria e l'iniziativa è conforme alla legge federale statunitense sulla salute. E in effetti, almeno a una prima lettura, la Health Insurance Portability and Accountability Act del 1996, generalmente consente agli ospedali di condividere i dati con i partner commerciali senza dirlo ai pazienti, purché le informazioni vengano utilizzate "solo per aiutare gli enti ospedalieri a svolgere le proprie funzioni di assistenza sanitaria". Occorrerà però comprendere le finalità di tali report e avere dalla compagnia informazioni più puntuali per accertare se ci sono state violazioni della privacy, come parrebbe e come sostiene il WSJ. Non è la prima volta che Google inciampa sul mancato rispetto del diritto alla riservatezza dei propri utenti, ma questa, se confermata, si profilerebbe come la violazione più importante mai scoperta, che dovrebbe spingere governi e legislatori ad attuare veloci contromosse, prima che sia troppo tardi.

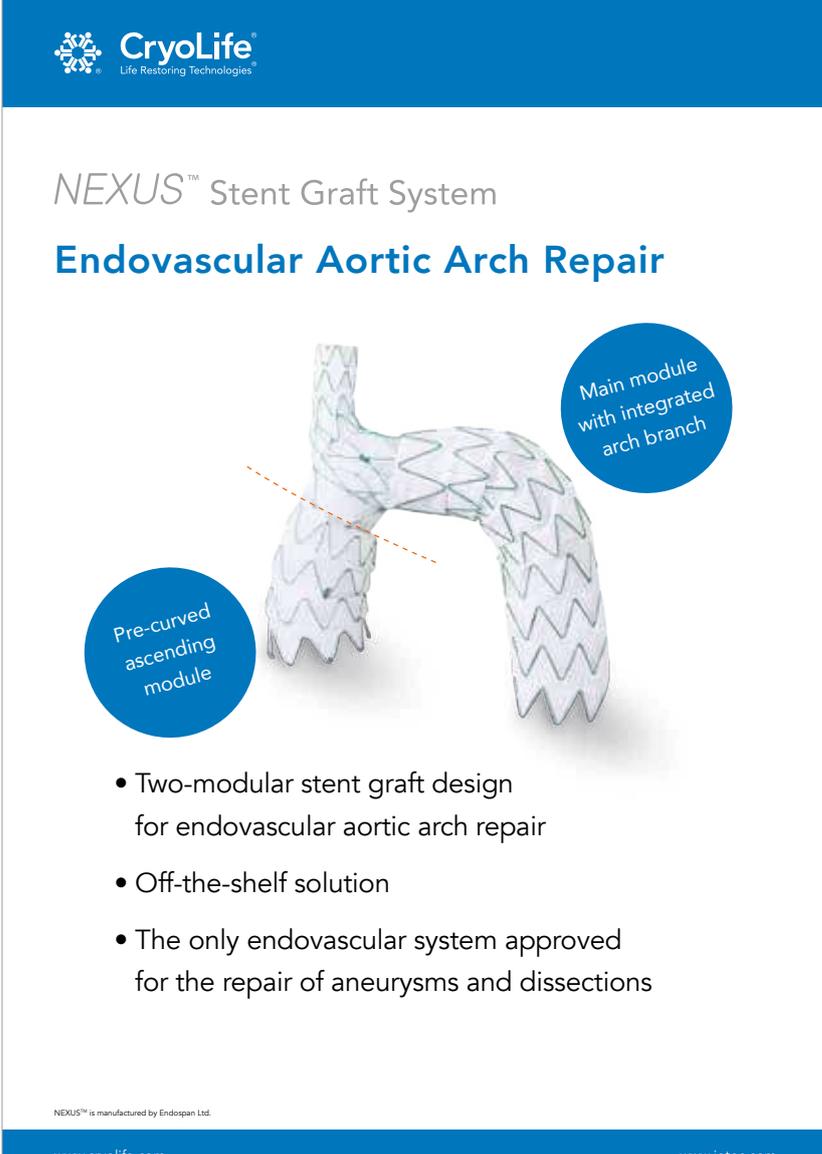
CryoLife enters into distribution agreement with Endospan

CryoLife, Inc., a leading cardiac and vascular surgery company focused on aortic disease, announced that it has entered into distribution and credit facility agreements with Endospan, as well as an option agreement to purchase Endospan. Endospan is an Israeli-based, privately-held developer of NEXUS™, the only endovascular stent graft system approved for the repair of both aneurysms and dissections in the aortic arch. The addition of NEXUS™ to CryoLife's highly differentiated branched aortic stent graft portfolio further strengthens the Company's position as a leader in the growing aortic repair market. By this CryoLife will be able to offer an even more comprehensive and differentiated portfolio of products and technologies for the endovascular treatment of the entire aorta, from the ascending aorta to the iliac arteries - all from a single source.

NEXUS™, the first approved branched endovascular system to treat aortic arch disease, transforming a complex surgical aortic arch repair into a standard endovascular procedure. It is designed for enhanced intra-procedural and long-term stability attributable to its proprietary geometrical design, which reduces arch manipulation and, hence, stroke risks.

Prof. Dr. Nicolas Doll, Sana Cardiac Surgery, Stuttgart, Germany, commented, "NEXUS is a highly differentiated stent graft system that allows physicians to repair aneurysms and dissections in the aortic arch through an endovascular approach. NEXUS is especially important for elderly patients who are not suited for open surgery, and for patients with a prior Type A dissection that was repaired in an open surgical approach."

Univ. Prof. Dr. Hubert Schelzig, Clinic for Vascular and Endovascular Surgery, University Clinic Düsseldorf, Germany, commented. "The NEXUS system has the potential to cross the next frontier in aortic surgery, namely a safe, therapeutic, minimally invasive procedure in aortic arch pathology. Not only does it provide a platform to treat the aortic arch, but it is a perfect fit with CryoLife's highly differentiated and comprehensive portfolio of products that treat the entire aorta."



CryoLife
Life Restoring Technologies

NEXUS™ Stent Graft System

Endovascular Aortic Arch Repair

- Pre-curved ascending module
- Main module with integrated arch branch

- Two-modular stent graft design for endovascular aortic arch repair
- Off-the-shelf solution
- The only endovascular system approved for the repair of aneurysms and dissections

NEXUS™ is manufactured by Endospan Ltd.

www.cryolife.com www.jotec.com



Tra pubblico e privato

Nel corso di un recente convegno su “Il ruolo dell’innovazione di processo e tecnologica nelle erogazioni delle prestazioni sanitarie nel Servizio Sanitario Nazionale”, organizzato dal Consiglio Nazionale Ingegneri e dall’Ordine degli Ingegneri della provincia di Roma – presieduto dal prof. Riccardo Fatarella, docente LUISS Business School ed introdotto da Armando Zambrano, Presidente Consiglio Nazionale Ingegneri e Carla Capiello, Presidente Ordine degli Ingegneri della Provincia di Roma – è intervenuto, tra i numerosi partecipanti, Davide Arcidiacono, Executive Vice President EPS Spa. Nel corso del suo intervento, ha lanciato una proposta operativa relativa al tema del convegno, sottolineando che “nell’agenda politica nazionale ed europea degli investimenti in Sanità, il PPP va ripensato e rilanciato con azioni di policy più coraggiose che mirino a superare la reciproca diffidenza tra pubblico e privato”. Arcidiacono ha sottolineato inoltre che “EPS, società leader nel mercato dei Servizi in Sanità, è da sempre impegnata alla valorizzazione e promozione di formule innovative che consentano la sostenibilità economica degli investimenti in infrastrutture e tecnologie. In tal senso, una possibile soluzione al problema degli alti debiti pubblici che non permettono di finanziare gli investimenti, è quella di sovvenzionarli tramite le partnership tra pubblico e privato”.

Proprio quella delineata da Arcidiacono è stata la “chiave” dell’affermazione e del successo di EPS Spa, di cui fa parte GADA, che ha una lunga storia di eccellenza nell’assistenza sanitaria in Italia. GADA

ha esordito come un gruppo di società nel panorama regionale italiano, nate tra il 1978 ed il 1996 ed impegnate nella distribuzione di tecnologie medicali innovative per conto di leader mondiali. Oggi GADA (costituita nella nuova configurazione dal 2005) è leader nazionale nel settore dell’assistenza sanitaria in Italia. Le società GADA mantengono gli standard più elevati per soddisfare tutti i requisiti normativi e dei sistemi di qualità ed operano con forte impegno per sviluppare la responsabilità sociale e aziendale, facendo sì che i loro dipendenti svolgano le loro mansioni con eccellenza. Oltre ad un’ampia gamma di servizi integrati di assistenza sanitaria, GADA offre soluzioni tecnologiche per patologie cardiovascolari (sistemi di ossigenazione, circolazione extracorporea e prodotti per la perfusione; terapie per la sostituzione e riparazione della valvola cardiaca; membrane artificiali, patch, shunt e Cordae Loops per riparazione e ricostruzione cardiaca; prodotti per interventi a cuore battente e stabilizzazione chirurgica; bioprotesi aortiche con accesso mininvasivo transapicale; prodotti per chirurgia mini invasiva; supporto cardiaco percutaneo per cuore destro e sinistro); per la cardiologia interventistica (stent, palloni, cateteri e accessori per diagnostica coronarica e PTCA; dispositivi per impianti di valvola cardiaca transcateretere mini invasivi; bioprotesi aortica transcateretere per approccio femorale); radiologia interventistica (stent, palloni, cateteri e accessori per diagnostica e PTA; dispositivi per embolizzazione periferica e trattamenti loco-regionali).



Boston Scientific

Un'ecceellenza mondiale

di Danilo Quinto

Nel corso di un meeting che si è svolto nel mese di dicembre a MARLBOROUGH, in Massachusetts, Boston Scientific – azienda leader nel mondo settore delle scienze per la vita, con circa 32.000 dipendenti e un fatturato di 9,8 miliardi di dollari - ha annunciato dati positivi, relativamente a due dispositivi periferici a rilascio di farmaco. I dati includono un'analisi "ad interim" di 12 mesi nell'ambito dello studio RANGER II SFA sul pallone a rilascio di farmaco (DCB) Ranger™ e i risultati a 24 mesi dello studio IMPERIAL sullo stent vascolare a rilascio di farmaco (DES) Eluvia™.

Da tali dati emerge la più alta pervietà primaria a 24 mesi mai registrata finora per il trattamento della malattia femoropoplitea in uno studio cardine americano effettuato su questi dispositivi.

Lo studio RANGER II SFA ha valutato la sicurezza e l'efficacia del DCB Ranger™, che ha una bassa densità di dose di farmaco paclitaxel, rispetto all'angioplastica percutanea transluminare standard (PTA), per il trattamento di pazienti con malattia arteriosa periferica (PAD) nell'arteria femorale superficiale (SFA) e nell'arteria poplitea prossimale (PPA).

Nello studio, il pallone a rilascio di farmaco Ranger™ ha mostrato un tasso di pervietà primaria (misura del vaso target che rimane non ostruito a 12 mesi) dell'89,2% rispetto al 72,9% nei pazienti trattati con angioplastica percutanea transluminare standard (stima di Kaplan-Meier).

Ulteriori risultati dello studio clinico evidenziano quanto segue: - i pazienti trattati con il pallone a rilascio di farmaco DCB Ranger™ hanno presentato un tasso di rivascolarizzazione della lesione target (TLR) significativamente inferiore, pari infatti al 6%, rispetto al 17,9% registrato con PTA standard ($p=0,0018$), riducendo considerevolmente la necessità per i pazienti di ripetere le procedure entro 12 mesi; - nessuna differenza nella mortalità per tutte le cause a 12 mesi, con un tasso del 2,3% per i pazienti trattati con DCB Ranger™ rispetto al 2,5% per i pazienti trattati con PTA standard ($p>0,99$); - i dati di un sottostudio sulla Farmacocinetica (PK) hanno dimostrato che 11 pazienti su 12 con una lesione di lunghezza media pari a 154,2 mm avevano livelli non misurabili di paclitaxel nel plasma venoso circa un'ora dopo il rilascio e la rimozione del DCB.

Al meeting è stata presentata anche un'analisi a 24 mesi dei dati provenienti dallo studio IMPERIAL, che ha valutato lo stent Eluvia™ rispetto allo stent periferico a rilascio di farmaco Zilver® PTX® per il trattamento di pazienti con malattia arteriosa periferica sintomatica e lesioni nella nell'arteria femorale superficiale (SFA) e nell'arteria poplitea prossimale (PPA) fino a 140 mm di lunghezza. Lo stent Eluvia™ utilizza una combinazione di farmaco-polimero e offre un'erogazione controllata e un rilascio prolungato della più bassa dose di paclitaxel rispetto a qualunque dispositivo periferico a rilascio di farmaco. Nello studio, lo stent Eluvia™ ha mostrato un tasso di pervietà primaria dell'83,0% rispetto al 77,1% di Zilver® PTX®, (stima di Kaplan-Meier): il più alto tasso di pervietà primaria a 24 mesi mai registrato finora per il trattamento della malattia femoropoplitea in uno studio cardine americano con un DCB o un DES.

L'analisi ha inoltre confermato: - una percentuale di rivascolarizzazione della lesione target (TLR), in seguito ad eventi clinici, inferiore e statisticamente significativa, pari infatti al 12,7% per i pazienti trattati con lo stent Eluvia™,

rispetto al 20,1% osservato nel gruppo di pazienti trattati con Zilver® PTX® ($p=0,0495$), riducendo così la necessità di ripetere le procedure a 24 mesi; - un basso tasso di mortalità per tutte le cause, pari al 7,1% per lo stent Eluvia™ e all'8,3% per i pazienti trattati con Zilver® PTX® ($p=0,6649$), che rientra nel range previsto per la malattia arteriosa periferica sintomatica.

Il core business di quest'azienda Boston Scientific è costituito proprio dalle soluzioni innovative. Conta: oltre 19.000 brevetti rilasciati; oltre 13.000 prodotti che cambiano la vita; 10 acquisizioni strategiche; 1 miliardo \$ investiti in R&D; circa 32.000 dipendenti in tutto il mondo; 30 milioni di pazienti trattati ogni anno; 150 sperimentazioni cliniche in corso; una presenza sul mercato in circa 125 Paesi; oltre 13.000 prodotti il cui utilizzo cambia la vita di 30 milioni di pazienti trattati ogni anno.

Da 40 anni Boston Scientific contribuisce allo sviluppo della chirurgia mini-invasiva, in particolare per: cardiologia interventistica; aritmologia ed elettrofisiologia; endoscopia; neuromodulazione; interventi vascolari periferici; urologia e salute pelvica.

L'azienda è presente in Italia come Boston Scientific SpA, con sede a Milano. Nel 2018, Boston Scientific SpA ha registrato un fatturato di 274 milioni di dollari USA, che corrisponde a circa il 2,8% del fatturato mondiale e a circa il 12,6% di quello della regione EMEA. E' fornitore di 660 ospedali, di cui 450 pubblici (68% del fatturato) e 210 privati (17% del fatturato). Il restante 15% del fatturato viene generato tramite distributori e service. Conta 365 dipendenti, di cui il 46% di sesso femminile, molte delle quali in posizioni manageriali. L'azienda sta ora investendo molto nello sviluppo di competenze, che consentano di supportare a 360 gradi il cliente, ai vari livelli, per accelerare una customer experience innovativa e soddisfare i nuovi bisogni emergenti di clinici, pazienti, istituzioni e della società nel suo complesso, perché la salute è un valore globale.

Abbiamo rivolto alcune domande a Laura Gillio Meina, sposata, due figlie, laureata in ingegneria elettronica al Politecnico di Milano, con una solida esperienza in campo biomedicale nel Gruppo Sorin, dove si occupava di Marketing e Ricerca & Sviluppo, nominata nel 2018 Country Leader di Boston Scientific Italia. In Boston Scientific dal 2010, Laura Gillio Meina ha ricoperto diversi incarichi di vertice, sia in ambito cardiovascolare che come Key Account Director; dal 2012 - nel ruolo di Interventional Cardiology and Structural Heart Business Unit Director Southern Europe - è responsabile del mercato della cardiologia in Italia, Spagna e Portogallo. In questa posizione, alla guida di un team di 100 collaboratori (vendite, marketing, agenti e distributori), ha ampliato in modo significativo la presenza di Boston Scientific nei tre Paesi, facendo registrare a Boston Scientific Italia, nel 2016, una crescita del settore cardio del +16% rispetto al 2014.



Laura Gillio Meina

Fra le innovazioni tecnologiche più rilevanti che Laura Gillio Meina ha introdotto in Italia, Spagna, Portogallo, basti ricordare: Watchman™, il dispositivo per la chiusura dell'auricola sinistra del cuore, riconosciuto dalla comunità medica come una delle soluzioni terapeutiche più innovative per la prevenzione dell'ictus; Synergy™, stent coronarico con polimero riassorbibile a rilascio di Everolimus, evoluzione dei dispositivi tradizionali e – attualmente - l'unico stent coronarico con polimero bioassorbibile approvato dalla FDA (Food Drug Administration); i sistemi valvolari aortici tra i quali Acurate™ (dalla recente acquisizione di Symetis), dispositivi di ultima generazione per la sostituzione della valvola disfunzionale che semplificano in misura significativa la procedura di impianto, grazie a innovativi metodi di rilascio e posizionamento.

Qual è la sua valutazione sulla situazione consuntiva e preventiva di Boston Scientific Italia?

Da oltre quarant'anni Boston Scientific è una delle aziende ai vertici del mercato biomedicale e ogni anno "trasforma" la vita di 30.000.000 di pazienti in tutto il mondo. Questo è il nostro impegno e l'obiettivo per cui tutti lavoriamo è quello di crescere e di aiutare concretamente tante persone a recuperare salute e qualità di vita. Per questo, e lo dico con grande orgoglio, Boston Scientific è una delle società che investe maggiormente in Ricerca e Sviluppo di tecnologie biomedicali; parliamo di ben un miliardo di dollari, pari all'11% del fatturato globale che lo scorso anno è stato di circa 10 miliardi di dollari.

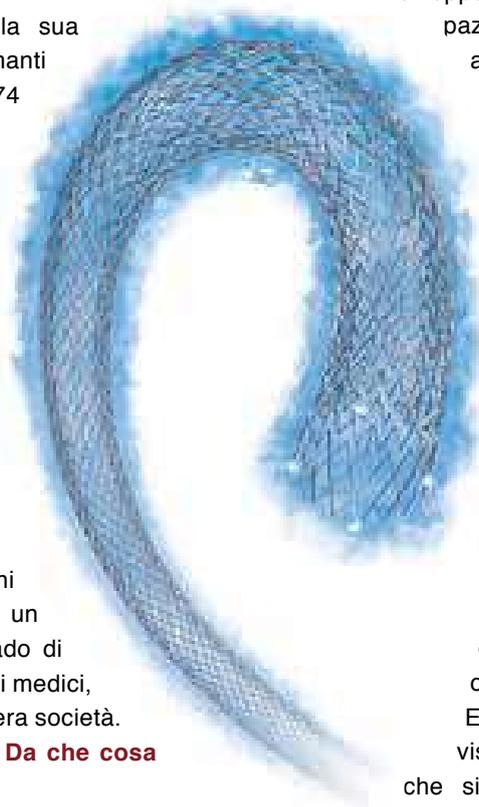
Boston Scientific Italia S.p.A "fa la sua parte" ed è una delle sedi più performanti in Europa, con un fatturato di 274 milioni di dollari, pari al 12,6% della regione EMEA e una solida posizione fra le prime tre aziende del settore. Si aggiunga, a un dato di fatturato soddisfacente, il fatto che abbiamo ampliato in modo significativo il numero di Ospedali, pubblici e privati, con i quali collaboriamo. Oggi siamo a fianco di oltre 600 quasi 700 strutture ospedaliere, alle quali non forniamo solo soluzioni terapeutiche innovative, spesso esclusive, ma servizi e soluzioni gestionali che li aiutino a creare un Sistema sanitario sostenibile, in grado di rispondere alle crescenti esigenze dei medici, dei pazienti, delle Istituzioni e dell'intera società.

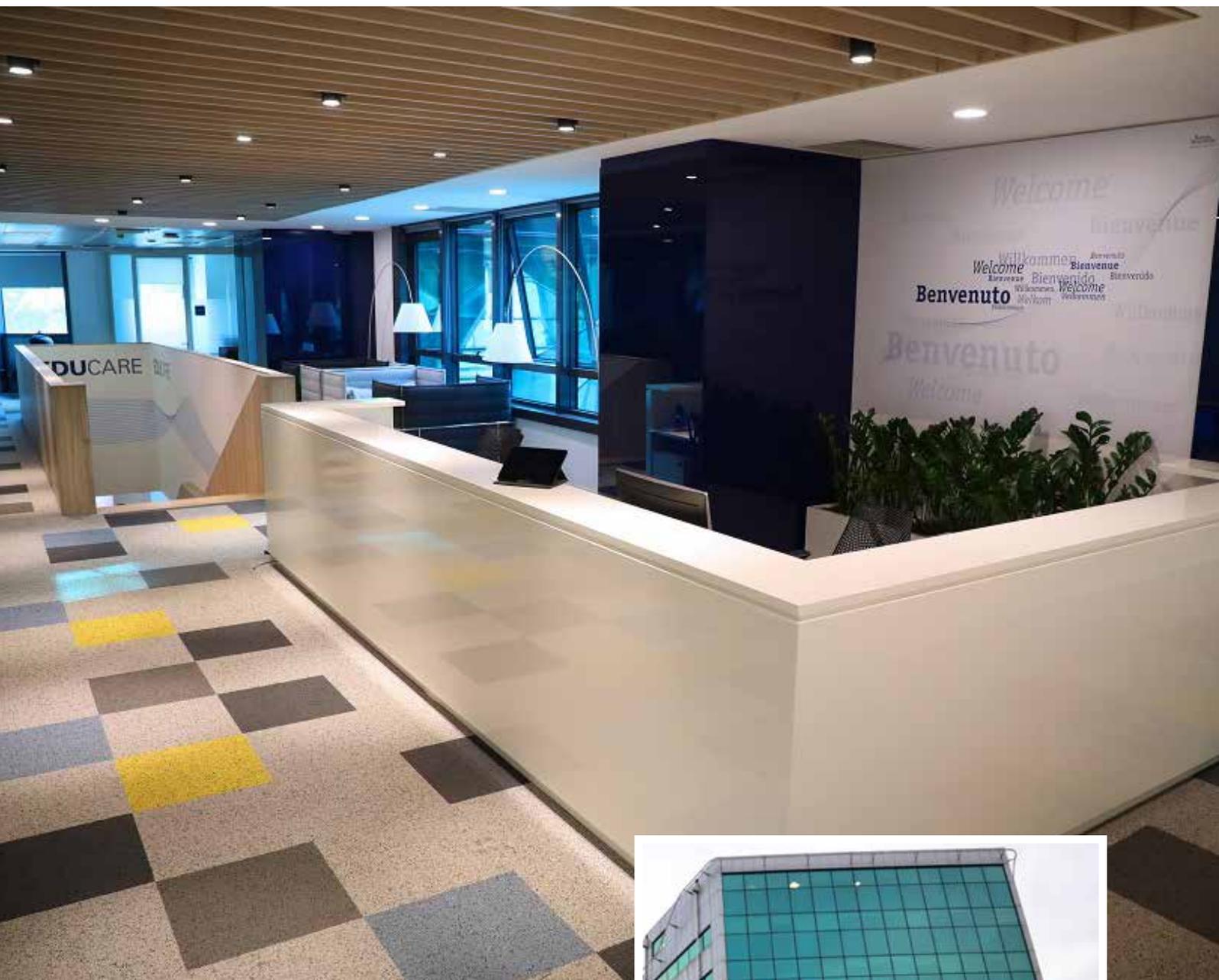
Lei parla di "crescenti esigenze". Da che cosa derivano?

La popolazione invecchia, soprattutto grazie al progresso della medicina e alla scoperta di nuovi farmaci. Le crescenti esigenze, a cui mi riferisco, riguardano l'aumento del numero dei pazienti cosiddetti "complessi", colpiti da più patologie, nei confronti dei quali è indispensabile fornire le giuste cure considerando la loro situazione complessiva. Da questo punto di vista, gli interventi chirurgici, soprattutto in ambito cardiologico, hanno fatto negli ultimi anni notevoli progressi, perchè si sono avvalsi della chirurgia mini-invasiva. Ad esempio, oggi è possibile inserire valvole cardiache senza aprire lo sterno del paziente e questo consente di operare anche pazienti con età avanzata.

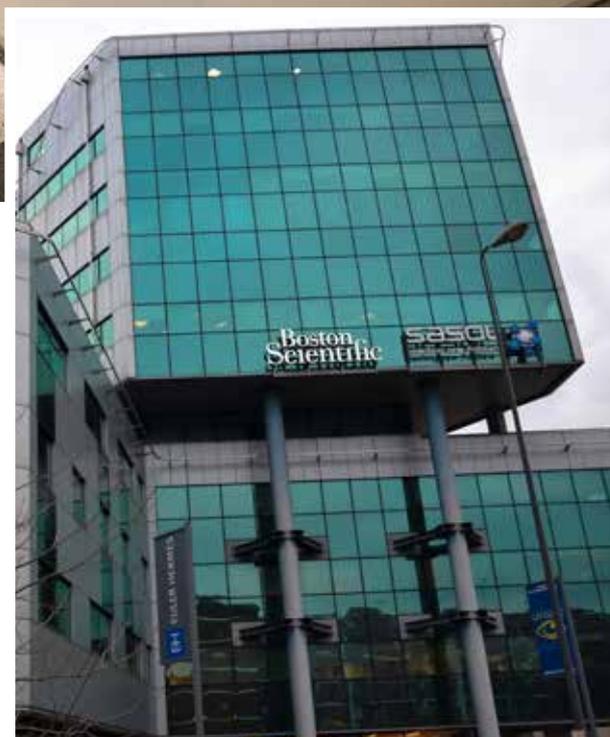
Quali ulteriori sviluppi sul mercato intravede per il futuro?

Credo che nascondere le difficoltà del Sistema Paese sarebbe veramente miope; siamo consapevoli di operare in un contesto problematico, sia a livello europeo sia in Italia, dove il Sistema Sanitario presenta fragilità, ritardi e lacune tuttora irrisolti. Per contro, anche per via dell'invecchiamento della popolazione, la domanda di cure e assistenza cresce costantemente e noi dobbiamo e vogliamo rispondere in modo adeguato, come abbiamo sempre fatto. Fra le aree di maggiore sviluppo consideriamo nel suo complesso la Sanità Digitale, che significa telemedicina, dispositivi wearable, gestione di servizi a distanza. Il potenziamento di queste aree potrebbe aprire spazi e opportunità enormi, nell'interesse dei pazienti. Anche per questo, stiamo ampliando l'area della formazione medica, in modo che i clinici italiani possano impiegare le nuove tecnologie nel modo più consapevole ed efficace. Il Centro di Formazione medico-scientifica di Milano (IAS-Institute for Advancing Science) è uno dei più importanti in Europa e ci ha consentito di formare, in poco più di due anni, 1.800 professionisti italiani del settore medico-sanitario. I 365 dipendenti della sede italiana lavorano ogni giorno non solo per sviluppare il business e il brand, ma per sostenere una cultura d'impresa che valorizzi l'apporto di ognuno lungo il percorso di carriera. E' una cultura portatrice di una visione moderna e internazionale che si basa su inclusione trasversale,





sia cross-gender che cross-generation. E non è certamente un caso che, in omaggio a questa cultura, ben il 46% dei nostri dipendenti siano donne e che il nostro obiettivo, ambizioso, ma che siamo determinati a raggiungere, sia quello di avere il 40% di donne manager entro il 2020. Per questo abbiamo attivato una serie di programmi interni come, per esempio, lo smart working per conciliare vita privata e familiare con l'attività lavorativa. Da ultimo, e non è un caso, Boston Scientific Italia risulta sempre più appealing per i giovani; proprio su di loro stiamo investendo con iniziative di "crescita inclusiva". Mi pare che questa sia la migliore risposta al suo quesito: puntiamo sui talenti, non ce li lasceremo sfuggire perché è a loro che affidiamo le sorti del mercato e dell'intero Paese.



Rivoluzione lifting, nuovo approccio mininvasivo

di Flavia Scicchitano

DANIELE SPIRITO



Daniele Spirito, chirurgo plastico di Roma e docente alla Scuola di specializzazione in Chirurgia Plastica, Università di Milano. Lei è stato il primo ad importare in Italia l'intervento di minilifting composito. Quali sono le caratteristiche di questa nuova tecnica di chirurgia estetica?

Nell'aprile 2017 ho finalmente eseguito il primo intervento di 'minilifting composito' riducendo l'incisione e rendendola corta, quasi invisibile e sottile. Da

Rivoluzione sul lettino del chirurgo per il ringiovanimento del viso e del collo: è il 'minilifting composito', l'intervento di chirurgia estetica che potrebbe cambiare per sempre il modo di affrontare il ritocco facciale.

Questa innovativa tecnica di lifting, ideata da Sam Hamra di Dallas, diffusa dall'australiano Mendelson e resa più pratica dal tedesco Funk, permette di sollevare i tessuti con un approccio mininvasivo e con un'esposizione minore ma con effetti più duraturi di un intervento tradizionale completo.

Risultato: la richiesta è sempre maggiore e, oltre alle donne, a cedere ora è anche il sesso maschile.

quel giorno la richiesta è sempre più alta. L'idea è rivoluzionaria e i risultati sono entusiasmanti: i tessuti vengono sollevati in maniera 'composita' ovvero tutti insieme, e gli effetti hanno durata maggiore di quelli del classico lifting. L'incisione è unica davanti l'orecchio e ripercorre le sue pieghe, si esegue in anestesia locale con sedazione. I rischi di complicanze sono ridotti, il recupero è più rapido e la durata nel tempo sensibilmente superiore. Da un progetto di chirurgia conservativa,



cosiddetto 'minilifting', riusciamo ad ottenere, con uno scollamento minore, esiti da lifting completo.

E quali sono le modalità di esecuzione dell'intervento?

L'operazione viene eseguita in anestesia locale con sedazione e, soprattutto, in regime di day hospital. Si effettua una piccola incisione davanti al padiglione auricolare e si procede ad uno scollamento di 5-6 cm nel sottocute. Da qui si fa ingresso nei piani profondi e si riposizionano i tessuti in verticale. Si aggancia il "composto" di tessuto sottocutaneo, fasce e muscoli, e si tira in maniera compatta verso l'alto. L'eccesso di pelle viene rimosso, infine si sutura. La cicatrice è piccola, quasi invisibile. Negli uomini addirittura resta nascosta con le basette. L'intervento dura circa un'ora.

Quanto dura il post-operatorio e quali sono le accortezze da avere nel periodo di ripresa?

La ripresa è molto rapida: si applica sulla zona trattata una fasciatura completa per 24 ore e poi si esegue una speciale medicazione compressiva e adesiva che avvolge il collo fino al davanti le orecchie per quattro giorni. Una volta tolte le bende il risultato è già evidente: volto e collo sono ringiovaniti di dieci anni. Il paziente torna a stare bene nel giro di una settimana ed è perfettamente in grado di riprendere la propria vita. E i risultati sembrano essere più duraturi di un intervento tradizionale completo.

Ci può raccontare in sintesi quali sono i vantaggi del minilifting composito rispetto al lifting tradizionale completo?

Si tratta di una tecnica talmente vantaggiosa per il paziente che potrebbe sostituire in via definitiva il lifting tradizionale completo. L'esposizione dei tessuti è minore, quindi meno punti, meno coagulazione, meno rischi di complicanze. Inoltre la procedura è meno invasiva rispetto a quella di un lifting classico, la cui incisione arriva fin dietro l'orecchio con uno scollamento della pelle fino a metà mento, ma la durata è la stessa se non maggiore. In questo caso la cicatrice è invisibile e ciò significa che ringiovanire senza mostrare i segni si può. Per questo la tecnica del lifting composito può essere ormai considerata una valida alternativa al classico lifting facciale, i risultati sono di molto superiori alle aspettative.

Cosa ci si deve aspettare una volta eseguito il ritocco? Quali sono gli effetti su viso e collo in termini di ringiovanimento?

L'effetto è quello di un viso più giovane di dieci anni. Si tratta di un intervento rivoluzionario nel modo di concepire la chirurgia estetica della faccia. L'indicazione maggiore riguarda persone che sono dapprima ingrassate e poi

dimagrite perché la pelle ha ceduto. Ma la tendenza tra le persone che hanno superato i 50 anni sta crescendo sempre di più. E' proprio una volta superati i 50 che si sente l'esigenza di andare avanti ritrovando un aspetto più giovane, e questo accade tanto alle donne quanto agli uomini. Il viso tende a scendere, come sappiamo, per la forza di gravità e perché le ossa diventano più sottili; noi lo riposizioniamo verso l'alto. I risultati sono davvero rivoluzionari. E come detto sempre più spesso è anche il sesso maschile a sfidare la forza di gravità.

In che modo il minilifting potrà incidere nel panorama della chirurgia estetica della faccia? Cosa possiamo aspettarci per il futuro?

Si tratta di un 'minilifting' ma con risultati da grande lifting, un intervento rivoluzionario che porterà un cambiamento radicale nel modo di pensare l'operazione 'regina' della chirurgia estetica. Come ho già detto, la procedura è meno invasiva e i rischi di complicanze sono ridotti, il recupero è più veloce e la durata sembra maggiore. Si tratta di enormi vantaggi per i pazienti, che sempre più scelgono di sostituire in via definitiva il lifting tradizionale completo per l'approccio mininvasivo. Il minilifting riesce a trasformare in realtà il desiderio di milioni di donne e di uomini: un viso e un collo più distesi nonostante il passare dell'età, senza segni e cicatrici visibili.

IL CUORE GRANDE DELLA CA' GRANDA

IN TRE ANNI IL POLICLINICO DI MILANO POTRA' DISPORRE DI UN POLO DEL TUTTO NUOVO DA 700 POSTI LETTO CON STRUTTURE ALL'AVANGUARDIA

di Giosetta Ciuffa

Quella del Policlinico di Milano è una storia le cui origini risalgono al XV secolo. Per l'esattezza al 1456, anno in cui il duca Francesco Sforza fonda un ospedale per curare gratuitamente i poveri, dotandolo di un ingente patrimonio rurale che assicurasse rendite e alimenti allo scopo, con risultati tali che la struttura si guadagna l'appellativo di "ca' granda", la casa grande dei milanesi. Innumerevoli in seguito e fino ai giorni nostri i donatori, tra i più prestigiosi dei quali si annoverano papa Paolo III Farnese e Napoleone Bonaparte. Oggi rimane ancora un punto di riferimento per pazienti, medici e ricercatori, che nel 2023 potranno avvalersi di una nuova struttura progettata da Stefano Boeri, Gianandrea Barreca e Giovanni La Varra e la cui costruzione da parte del Consorzio Stabile SIS è iniziata nel novembre scorso tra via della Commenda e via Sforza, in pieno centro. Demoliti otto padiglioni, l'attuale cantiere di 23mila metri quadrati diventerà nell'arco di tre anni un polo di 900 posti letto costituito da due edifici di sette piani ciascuno –Nord (medicina e chirurgia) e Sud (donna, coppia, bimbi)– uniti da un corpo centrale di tre piani nel quale, insieme all'area Maternità e Gravidanza, diagnostica per immagini e ventuno sale operatorie, avranno luogo servizi e attività commerciali, oltre un parcheggio di 500 posti auto e un giardino pensile. Aperto al pubblico, quest'ultimo prevede in un'area di 6mila metri quadrati spazi per meditazione, yoga, conferenze, un bosco e un orto per la coltivazione delle piante officinali e ovviamente spazi destinati più



strettamente a terapie, a riabilitazione, a pet therapy (anche per incontrare il proprio animale); infine, un'area protetta per bambini. E chi si interroga sulla sorte della clinica Mangiagalli, storico presidio della salute femminile, sappia che muta solo destinazione



d'uso divenendo un ospedale diurno per day hospital e surgery, procreazione medicalmente assistita e attività ambulatoriali; le attività per cui la Mangiagalli è molto nota, relative alla sfera ginecologica e alla difesa della donna, vengono infatti trasferite nell'edificio Sud nel quale, tra l'altro, si troveranno undici sale travaglio di cui tre per il parto in acqua, tre sale operatorie per

Su una spesa di 201 milioni, 30 milioni vengono dalla Regione, 36 dal ministero e tutto il resto dalla sana gestione degli edifici di Milano donati al Policlinico

urgenze ostetriche, e due speciali case del parto: mini-appartamenti per partorire "in casa", con le stesse modalità di accesso di un ricovero ordinario (e quindi gratuito; presenti comunque negli edifici anche suite in regime di solvenza).

Per Ezio Belleri, direttore generale della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, sono assistenza, ricerca e formazione gli obiettivi della Fondazione: "Una struttura ospedaliera che garantisce assistenza, e questo è scontato; un IRCCS che in maniera costante si occupa di ricerca nell'accezione del termine nonché attraverso studi clinici e sperimentazione di farmaci, con oltre 300 persone che lavorano esclusivamente in questo settore ma coinvolgono le altre 3.500 in un circuito virtuoso; infine, un polo universitario per la facoltà di Medicina dell'Università degli studi di Milano e per le professioni



sanitarie. Il Policlinico è un ospedale di insegnamento e da noi si formano i professionisti della salute di oggi e di domani, dandoci inoltre la possibilità di valutarli e, sempre nel rispetto delle procedure pubbliche, di sceglierli”.

Duecentouno i milioni per la realizzazione, della cui provenienza Belleri è molto orgoglioso: “Restituiamo ai milanesi ciò che hanno dato alla struttura. Infatti trenta milioni di euro vengono dalla Regione Lombardia, trentasei dal ministero della Salute e tutta la restante quota dai proventi del fondo immobiliare Ca’ Granda, operativo dal 2014 per la gestione del patrimonio cosiddetto “di città”, ossia gli edifici di Milano donati al Policlinico che sono ora gestiti e ristrutturati per essere alienati a prezzi di mercato. Una parte importante di essi verrà però affittata o venduta a prezzi calmierati, nella

modalità dell’housing sociale, per dare la possibilità ai meno abbienti di usufruire di appartamenti che in buona parte sono anche in zone centrali, riconsegnando ai milanesi ciò che hanno donato. Con il conferimento al fondo di fatto raccoglieremo una somma complessiva di 370 milioni di euro, in seguito utili all’acquisto degli arredi e attrezzature necessari”. E continua: “La sanità lombarda è estremamente efficiente. In questa realtà, per me nuova, dobbiamo lavorare in maggiore connessione tra strutture ospedaliere e territorio e lo stiamo facendo mediante l’attuazione della legge di riforma e la presa in carico del paziente cronico, cui abbiamo aderito ancorché la nostra mission non vada esattamente in quella direzione. Si può certamente migliorare – continua - ma il livello di assistenza erogato ai cittadini è molto elevato”.

ALLA NOSTRA SALUTE!

EMERGONO LUCI E OMBRE SUL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DAL CONFRONTO CON I PAESI DELL'OCSE

di Carlo M. Buonamico

L'ultima edizione di "Healthat a glance", la pubblicazione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) sullo stato della salute nei paesi aderenti, promuove l'Italia sia per quanto riguarda la salute dei suoi cittadini che per l'assistenza erogata dal Ssn. Gli italiani si posizionano al quarto posto per aspettativa di vita, ma utilizzano il 50 per cento di antibiotici in più e possono contare su un "parco medici" con età medio-alta, oltre i 55 anni, ponendo interrogativi sulla tenuta futura del Sistema sanitario nazionale (Ssn) dal punto di vista del personale.

Comparando la situazione del Belpaese con quella degli altri Stati, l'Italia brilla sotto alcuni aspetti ma deve porre attenzione a risolvere alcune criticità per evitare un'inversione di rotta negli anni a venire.

Tra le note positive vi è l'aspettativa di vita: a fronte di una speranza di vita media di 81 anni, gli italiani possono ambire a spegnere 83 candeline -ben 9 anni in più della Lettonia, che con 74,8 anni chiude la classifica -superati solo da giapponesi che sono i più longevi con 84,2 anni, svizzeri (83,6) e spagnoli (83,4). Ma, avverte l'Ocse, negli ultimi anni la curva dell'aumento della speranza di vita alla nascita ha

rallentato la sua ascesa nella maggior parte dei paesi. Molte le cause di questa inversione di tendenza, tra cui un nuovo aumento dell'obesità. Sotto questo aspetto in Italia le persone con indice di massa corporea maggiore di 25 sono il 46 per cento della popolazione con più di 15 anni, a fronte di una media che si attesta a 56 per cento. Una buona notizia che si scontra, però, con la triste constatazione che i bambini italiani sono al secondo posto per sovrappeso, fattore che depone a sfavore di un'aspettativa di vita in

salute in età avanzata, e che il 20 per cento degli adulti fuma regolarmente, in particolare gli uomini. Tutte le cause dell'aumento del rischio di infarto, malattie cardiovascolari e ictus, responsabili di un terzo dei decessi registrati nei paesi Ocse.

Tra le note dolenti che riguardano l'Italia, ma non solo, il report segnala l'inquinamento atmosferico che causa 48,7 decessi ogni 100mila abitanti contro una media Ocse di 39,6. Una posizione di svantaggio che il nostro paese condivide con molti altri stati,



per alcuni dei quali si tratta di una vera e propria piaga. In India e Cina, ad esempio, si registrano fino a 140 decessi ogni 100mila abitanti causati proprio dall'aria insalubre presente soprattutto nelle megalopoli.

Tricolore sotto una cattiva luce anche per quanto riguarda l'uso degli antibiotici, la cui prescrizione è molto più elevata rispetto alla media - 28 Ddd (Dosi giornaliere definite) ogni mille persone contro 18 - ponendo il nostro Paese al secondo posto anche come rischio di incorrere nel fenomeno dell'antibioticoresistenza, già segnalata dall'Organizzazione mondiale della sanità tra le principali minacce per la salute pubblica a livello globale.

Ciò nonostante, la qualità delle cure di cui possiamo avvalerci è piuttosto buona, come dimostra il basso numero (64) di ricoveri evitabili per patologie croniche quali asma e Bpco (broncopneumopatia cronico-ostruttiva) contro la media Ocse di 225. Ancora, nel nostro Paese i casi di mortalità a 30 giorni a seguito di infarto miocardico acuto si attestano a 5,4 vs una media di 6,3. L'Italia è poi

allineata agli altri paesi in termini di tassi di sopravvivenza ad alcuni tipi di tumore, come quello al seno, che vede una probabilità di sopravvivenza a 5 anni del 90 per cento per le donne che riescono a diagnosticarlo precocemente.

Luci e ombre per quanto riguarda l'accesso alle cure. Infatti, anche se in quasi tutti i paesi circa la totalità della popolazione potrebbe accedere a servizi sanitari fondamentali - che in tre quarti dei casi sono coperti dalla Sanità pubblica o da assicurazioni sanitarie obbligatorie - in realtà in media solo una persona su cinque riesce a essere visitato dal medico in caso di necessità.

I problemi che affliggono l'accesso alla salute da parte dei cittadini riguardano sia la spesa pubblica destinata a questa voce di bilancio, sia l'allocazione delle risorse disponibili. Se in media i paesi spendono per la Sanità 4mila dollari all'anno per ogni cittadino, ci sono profonde differenze: dagli oltre 10mila dollari degli Usa ai circa mille del Messico. L'Italia risulta allineata alla media Ocse sia in termini assoluti, con 3.428 dollari, sia ragionando in termini di spesa sanitaria in



ragione del prodotto interno lordo, con un valore pari a 8,8. Comunque lontana da altri paesi europei come Svizzera, Francia e Germania che dedicano alla salute il 12,2 e il 11,2 del Pil rispettivamente. Dati, questi, che possono fornire una prima indicazione sull'efficienza della Sanità se letti rapportando la spesa alla numerosità di medici e infermieri in forza alle strutture sanitarie. Ogni mille italiani sono operativi 4 medici e 5,8 infermieri, contro una media di 3,5 e 8,8. Nel nostro Paese però, sottolinea Ocse, deve destare preoccupazione soprattutto l'età media dei camici bianchi:

con il 55 per cento di medici over-55 siamo la nazione che registra il numero più alto di clinici che guardano all'uscita dal mondo del lavoro. Ciò dovrebbe far mettere in atto delle politiche utili alla programmazione del ricambio generazionale delle coorti di professionisti che andranno in pensione nell'arco dei prossimi dieci anni. Evitando così di creare un gap nel turnover, che andrebbe in primis a danneggiare l'accesso alle cure da parte di una popolazione che invecchia rapidamente e che, già oggi, è costituita da un cittadino su cinque con più di 65 anni.

SPECIALIZZANDI NEGLI OSPEDALI, UNA SOLUZIONE D'EMERGENZA

di Riccardo Romani

Alla fine dello scorso mese di settembre, la Conferenza Stato-regioni ha approvato un documento in materia di Sanità che è ora al vaglio del Governo. Tra le misure proposte – in tutto sedici, tra le quali la possibilità per i medici di restare in corsia fino a 70 anni, gli incarichi di lavoro autonomo, lo snellimento delle procedure concorsuali e l'accesso al Ssn in sovrannumero per tre anni agli esclusi dalle scuole – è stata prevista la possibilità dell'assunzione di specializzandi per gli Ospedali e per i Pronto Soccorso. Sin dal 2018, la Lombardia aveva deciso in questa direzione: la legge era stata impugnata dall'allora Governo Gentiloni davanti alla Corte Costituzionale, che aveva dato ragione alla Giunta. In forza di questa decisione, ai primi di ottobre, la Regione ha deciso di istituire bandi per l'ingresso negli Ospedali di 2.000 medici specializzandi del 4° e 5° anno, che potranno progressivamente iniziare a prestare servizio autonomo negli ospedali lombardi, fornendo alle strutture sanitarie che fanno parte della rete formativa, indirizzi per la progressiva assunzione di autonomia operativa e

decisionale dei medici in formazione specialistica (persone che hanno già fatto un corso di studio di sei anni e altri tre anni di specializzazione).

In Veneto – dove la carenza di medici negli Ospedali raggiunge le 1.300 unità – al bando per “non specialisti” per il Pronto Soccorso hanno risposto 224 candidati da inserire nelle strutture con contratti di lavoro autonomo. E' già partito un altro bando per la copertura nell'area internistica di 150 posti carenti. Per gli specializzandi è previsto solamente un breve ciclo di formazione teorico/pratico di 400 ore (nel dettaglio 92 ore dedicate alla parte teorica e 308 ore dedicate al tirocinio) in sostituzione del tradizionale percorso di specializzazione. Alla decisione si è opposta l'ANAOO veneta, che è ricorso al TAR, eccependo che la decisione della giunta veneta, “**oltre a essere lesiva nei confronti dei migliaia di medici specializzati e specializzandi che vedono banalizzato il proprio percorso di formazione, crea un gravissimo rischio clinico nei confronti degli utenti del Servizio sanitario regionale, che saranno affidati**

alle cure di personale inesperto e non in grado di assicurare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza”. Secondo l'ANAOO c'è “il serio rischio di un aumento esponenziale delle richieste risarcitorie da errore clinico. **Sono decisioni politiche, assolutamente pericolose per i cittadini, con il recondito obiettivo di risparmiare sulla pelle delle persone. Medici e sindacati pretendono che siano rispettate le condizioni minime di sicurezza e di qualità delle cure e organizzative per i cittadini: nessun alibi può giustificare il venir meno di queste condizioni e le sistematiche e continuative violazioni delle norme di Legge**”. **La Regione ha risposto che gli specializzandi avranno il compito di coadiuvare i colleghi strutturati nei Pronto Soccorso, in medicina e in Geriatria, non di fare interventi chirurgici e attività complesse, ma la questione della responsabilità a cui vanno incontro gli specializzandi è certamente sul tappeto, considerando la sentenza della Cassazione (numero 26311/2019), per la quale il medico specializzando non può essere considerato solo un**



soggetto in formazione: egli ha già conseguito la laurea in medicina e, pur avendo un'autonomia d'azione limitata, quando compie delle attività mediche può ben essere chiamato a risponderne penalmente. E non è neppure "un mero esecutore di ordini anche se non gode di piena autonomia", come precisa la sentenza. Da un lato, la circostanza che si tratti di medico, seppur specializzando, determina l'impossibilità di disconoscere che, comunque, una certa autonomia gli deve essere riconosciuta; dall'altro lato, la circostanza che è in corso la sua formazione specialistica comporta che, in ogni caso, ogni attività deve essere sempre svolta sotto le direttive del tutore. Insomma: gli specializzandi hanno un'autonomia che è vincolata ma che, allo stesso tempo, non può che ricondurre agli stessi le attività compiute direttamente. Di conseguenza, il medico

specializzando che è chiamato a compiere delle attività che non è in grado di compiere, o che non si ritiene in grado di compiere, deve rifiutarne lo svolgimento. In caso contrario, se ne assume la responsabilità sotto tutti i punti di vista. Ci si trova di fronte ad un'ipotesi di colpa per assunzione che, come ricordato dalla stessa Corte di Cassazione, è ravvisabile in colui che "cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento".

La soluzione di dotarsi degli specializzandi, come si vede, ha delle complessità e delle problematiche di cui bisognerà tenere conto, ma soprattutto c'è da augurarsi che non diventi strutturale e che rientri in maniera organica in una riforma complessiva profonda del Sistema Salute.



Sigarette elettroniche

I rischi per la salute

di Danilo Quinto

L'ultimo allarme sui rischi per la salute delle sigarette elettroniche l'ha reso noto l'Agenzia americana per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (Cdc): è legato ad un ingrediente, la vitamina E acetato, aggiunta ai prodotti a base di tetraidrocannabinolo (Thc), uno dei maggiori principi attivi della cannabis. E' stata identificata come una causa importante nelle malattie collegate all'uso delle sigarette elettroniche, che hanno fatto ammalare negli Stati Uniti 2051 persone, uccidendone una quarantina. La scoperta si è basata sull'analisi di campioni di fluidi presi dai polmoni di 29 pazienti malati, dove sono stati trovati composti della vitamina. E' aperta l'ipotesi che altre sostanze chimiche o tossine possano causare gravi malattie respiratorie.

La sigaretta elettronica – si usa di solito l'abbreviazione *e-cig* - è un dispositivo che consente d'inalare vapore, in genere aromatizzato, contenente quantità variabili di nicotina. Raggiunge l'apparato respiratorio senza che ci sia combustione del tabacco. Lo *svapare* consente al fumatore di tabacco d'immettere nel suo organismo la quantità di nicotina necessaria e gli dà la possibilità di fare un'*esperienza* che richiama quella della sigaretta. La miscela è composta da acqua, glicole propilenico,

glicerolo ed altre sostanze, tra cui gli aromatizzanti e una quantità variabile di nicotina (in genere, tra 6 e 24 mg), in una miscela composta. Alcuni modelli contengono solo un vapore aromatizzato.

Il dispositivo è stato messo a punto per la prima volta in Cina. In Occidente si è diffuso nel 2006. In base ai dati rilevati nel 2016 dall'Istituto Superiore di Sanità, circa due milioni di italiani fanno uso occasionale o regolare di sigarette elettroniche. Il fenomeno si sta diffondendo purtroppo in maniera significativa tra gli adolescenti.

Il 10 ottobre 2019, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) - coordinato dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - ha diramato un'allerta di grado 2 sulle sigarette elettroniche, in base alle segnalazioni ricevute dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona (European Monitoring Centre for drugs and drug addiction, EMCDDA) relative al focolaio di malattia polmonare associata all'uso di prodotti per e-cig registrato negli Usa. Infatti, alla data dello scorso primo ottobre, 48 Stati americani e un territorio Usa hanno segnalato ai Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1080 casi e 18 decessi. Tutti i pazienti

usavano sigarette elettroniche. In base ai rilievi effettuati, in molti hanno usato prodotti a base sia di THC che di nicotina, altri solo nicotina. Molti casi sono collegati all'utilizzo di prodotti acquistati attraverso canali non ufficiali e da rivenditori non autorizzati; al momento nessuna singola sostanza o prodotto di sigaretta elettronica è stato associato alla malattia, anche se la causa sospetta sembra essere un'esposizione chimica. Non c'è – almeno, ancora non emerge dalle ricerche - un nesso di causalità tra i casi di malattia polmonare e una singola sostanza, marchio o metodo di utilizzo: poichè nella sigaretta elettronica si può inserire il prodotto che si preferisce, occorre prestare attenzione alle modalità di utilizzo.

In base alla statistiche disponibili, in Italia sono circa 900.000

gli utilizzatori di e-cig con più di 15 anni di età. Di questi, l'80,1% si dichiara consumatore "duale", cioè fuma sia le sigarette tradizionali che quelle elettroniche. Il 72,3% usa liquidi di ricarica contenenti nicotina (in particolare: il 24,3% usa liquidi a base sia di nicotina sia di altre sostanze; il 48% liquidi con solo nicotina). Il 5% dei fumatori (occasionali o abituali) di sigaretta elettronica, prima di utilizzare l'e-cig non risulta aver mai fumato sigarette tradizionali.

Questi dati fanno riflettere sul fatto che l'uso della sigaretta elettronica ai fini della disassuefazione e cessazione non inserito in un percorso sanitario guidato rischia di fallire e consegna il fumatore a diventare un consumatore duale. Bisogna anche considerare che la dipendenza da nicotina è una dipendenza estremamente forte e veloce e risulta



**SECONDO L'ISTITUTO
SUPERIORE DI SANITÀ
SONO CIRCA DUE MILIONI
GLI ITALIANI CHE FANNO
USO DI SIGARETTE
ELETTRONICHE**

molto pericolosa in età evolutiva poiché questa sostanza può interferire sulla plasticità neuronale.

Gli studi disponibili sugli effetti sulla salute delle sigarette elettroniche sono ancora parziali, perchè sono ancora poche le informazioni su questi prodotti, specialmente a lungo termine. Una cosa è certa, nell'attesa che la scienza fornisca elementi più chiari: sottoporre l'uso delle sigarette elettroniche alle stesse regole stabilite dalla legge 3/2003 ("Legge Sirchia") sul divieto di fumo nei luoghi pubblici, in quanto coloro che usano le sigarette elettroniche tendono ad usarle anche nei luoghi dove vige il divieto di fumo per le sigarette tradizionali.

OBSOLESCENZA DEI MACCHINARI

SOLO UN QUARTO HA MENO DI 5 ANNI

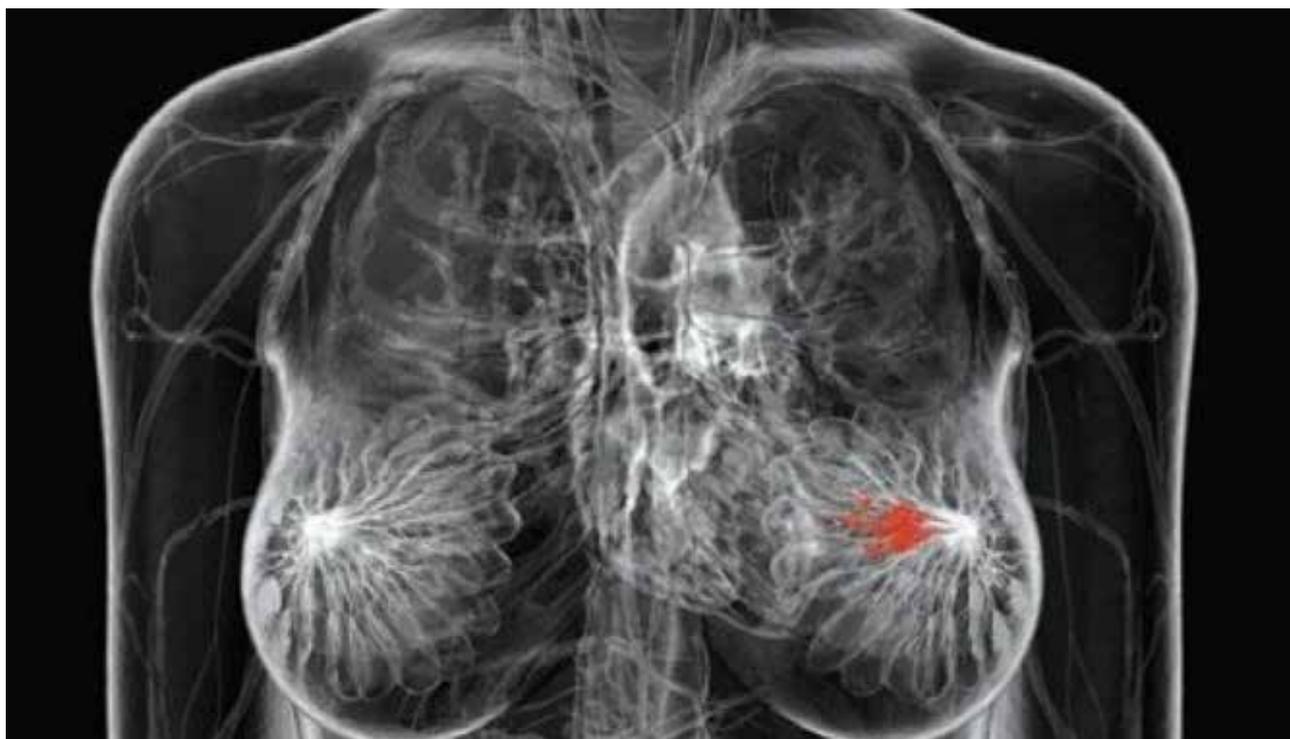
di Caterina Del Principe

A margine del Congresso Internazionale dell'Ingegneria Clinica Icehtmc - il principale evento mondiale dedicato alle tecnologie per la salute che si è svolto a Roma nello scorso mese di ottobre - Stefano Bergamasco, vicepresidente dell'Associazione Italiana di Ingegneria Clinica (Aiic), ha affermato che molti dei dispositivi tecnologici negli ospedali italiani sono obsoleti, superando spesso i 10 anni di vita e servirebbe un miliardo di euro l'anno per mantenerli aggiornati. "Diversi report ormai segnalano un'obsolescenza preoccupante

dei dispositivi negli ospedali - ha detto Bergamasco -. C'è l'esigenza di investire, ma non a 'pioggia', ci possono essere dispositivi vecchi, ma che ancora funzionano o ospedali con troppi macchinari magari moderni che andrebbero forse redistribuiti. Volendo dare una cifra si può dire che l'intero parco tecnologico in Italia vale circa dieci miliardi di euro, e considerando che la vita di un dispositivo è di circa dieci anni serve un miliardo l'anno per evitare che invecchino".

Dai dati emersi dall'ultimo censimento e diffusi dal Ministero della Salute

in un rapporto del 2017, intitolato "Flusso informativo per il monitoraggio delle apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate", si rileva che le apparecchiature tecnologiche presenti in tutt'Italia sono 5.940: presso le strutture pubbliche (3.479) e presso le strutture private (2.461). Hanno tra i cinque ed i dieci anni di età il 39,6% degli angiografi, il 35,2% degli acceleratori lineari, il 26% di gamma camera computerizzata, il 36,6% dei sistemi Tac/gamma





camera ed il 43,2% dei sistemi Tac/Pet, il 38,7% dei tomografi a risonanza magnetica, il 31,6% dei sistemi robotizzati per la chirurgia, il 44% dei tomografi assiali computerizzati, il 33,4 dei mammografi. Su queste ultime apparecchiature vi è da tenere presente il dato che emerge da un'inchiesta pubblicata dal "Corriere della Sera" quest'anno, a firma di Milena Gabanelli e Simona Ravizza: l'84% dei mammografi analogici presenti negli ospedali sarebbero da considerare pericolosi, perché hanno più di dieci anni e possono non vedere le piccole lesioni. Un dato che lascia da pensare se si considera che i mammografi analogici rappresentano quasi la metà delle apparecchiature per mammografia presenti nelle strutture sanitarie e che la diagnosi precoce è fondamentale per una completa guarigione dal tumore al seno.

Sopra i dieci anni ci sono il 30,7% degli angiografi, il 29,3% dei mammografi, il 38,3% degli acceleratori lineari, il 60,1% di gamma camera computerizzata, il 19,5% dei sistemi Tac/gamma camera ed il 21,2% dei sistemi Tac/Pet, il 27,2% dei tomografi a risonanza magnetica, il 3,9% dei sistemi robotizzati per la chirurgia, il 23,8% dei tomografi assiali computerizzati.

«Le apparecchiature sanitarie – si legge nel Rapporto del Ministero della Sanità – sono essenziali per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nella continua evoluzione della pratica clinica, infatti, le tecnologie hanno assunto una crescente rilevanza, divenendo parte imprescindibile della prestazione stessa. Un corretto approccio diagnostico e terapeutico non può infatti prescindere dalla disponibilità di un adeguato supporto tecnologico. Inoltre, le attrezzature più obsolete

hanno impatto sulla spesa sanitaria in termini di costi di manutenzione, tendenzialmente alti, generalmente a fronte di bassa redditività e minore efficienza produttiva». Usare le tecnologie più recenti significa avere diagnosi più accurate e precise, ridurre le esposizioni alle radiazioni, maggiore velocità di esecuzione dell'esame, referti informatizzati. Come rileva il Ministero, gli svantaggi legati ad apparecchiature obsolete riguardano anche la sostenibilità economica del Servizio sanitario, che si trova ad affrontare costi di manutenzione elevati, giorni di riparazione che impediscono l'uso dei macchinari, che producono tempi di attesa più lunghi e carichi di utilizzo mal gestiti.

Si pone il problema di come incentivare la sostituzione delle apparecchiature più obsolete. A parere di **Assobiomedica**, «è possibile farlo intervenendo sui meccanismi di rimborso, creando dei sistemi di incentivo per l'utilizzo delle nuove tecnologie e tariffe penalizzanti per i macchinari troppo vecchi. Si tratterebbe di un sistema di rimborsabilità differenziata sul modello francese, che consentirebbe una graduale sostituzione delle apparecchiature più vecchie e una progressiva introduzione di quelle tecnologicamente più innovative».

Per Assobiomedica – che valuta che sette macchinari su dieci sono di tipo convenzionale e andrebbero sostituiti con apparecchiature digitali - l'Italia si colloca al primo posto, con il Portogallo.

Servirebbe, quindi, un urgente monitoraggio, una raccolta dati che indichi la reale necessità, allo stato attuale, di sostituzione delle apparecchiature tecnologiche obsolete, per rendere un servizio sanitario migliore e per far decrescere la spesa sanitaria.

DIGITAL FOR CLINICAL

STATO DELL'ARTE E SVILUPPI FUTURI DEL DIGITALE LEGATO ALLA SANITÀ AL CENTRO DEL CONVEGNO ORGANIZZATO DA ADVICEPHARMA LO SCORSO NOVEMBRE A MILANO.

LA DIGITALIZZAZIONE RENDE PIÙ EFFICACE IL LAVORO DI MEDICI E STRUTTURE SANITARIE E FAVORISCE LA PREVENZIONE E LA CURA DEI PAZIENTI.

di Carlo M. Buonamico

La spesa per la salute digitale in Italia lo scorso anno è aumentata del 7 per cento rispetto al 2017, attestandosi a 1,39 milioni di euro. Benché la politica dica che il cittadino è il centro di questa rivoluzione, le cifre parlano però di soli 23 euro a persona spesi dal terzo pagatore per le attività che rientrano sotto questa voce. Sono questi i dati con i quali il professor Emanuele Lettieri del politecnico di Milano ha aperto il convegno "Digital for clinical" organizzato da AdvicePharma lo scorso novembre.

Ma in cosa consiste la *digitalexperience* che ruota intorno al cittadino-paziente? Si tratta delle tecnologie che favoriscono la prevenzione e il corretto stile di vita, di quelle che permettono di accedere alle strutture sanitarie più idonee al proprio problema di salute e di tutte quelle modalità che connettono gli operatori della salute velocizzandone e ottimizzandone il lavoro, ad esempio attraverso la condivisione dei dati clinici dei pazienti. Se si parla di Fascicolo sanitario elettronico, però, nonostante la maggior parte dei cittadini sia favorevole al suo utilizzo, esistono numerosi ostacoli alla diffusione capillare di

questo strumento tra i pazienti. Da un lato la difficoltà di accesso al fascicolo stesso, dall'altro la perplessità rispetto al fruitore dei dati sanitari che, dicono i pazienti, deve restare unicamente la Sanità pubblica.

Si tratta in ogni caso di una piccola-grande rivoluzione che vede i cittadini realmente interessati a parteciparvi attivamente. «Il 70 per cento delle persone vogliono essere coinvolte nelle scelte digitali che riguardano la sanità nel nostro Paese», ha illustrato Lettieri, spiegando che la popolazione è ormai piuttosto esperta e possiede buone *skill* digitali. Stando ai dati del politecnico, infatti, oltre il 41 per cento di persone usa app a vario titolo legate al wellness e una su quattro sarebbe interessata a condividere con il proprio medico i dati raccolti digitalmente attraverso queste tecnologie. Ma è un altro l'elemento che sorprende. Il 15 per cento delle persone vorrebbe fare *sarin* delle informazioni sul proprio stile di vita raccolte tramite le app anche con le assicurazioni sanitarie. Obiettivo: spuntare polizze tanto più vantaggiose tanto migliori sono le abitudini alimentari





e quelle legate all'esercizio fisico seguite.

E a livello dell'utilizzo clinico, a che punto è l'avanzamento della digitalizzazione? *«Molto resta ancora da fare. Parlando di intelligenza artificiale, ad esempio, essa è estremamente poco diffusa nelle strutture ospedaliere e si limita spesso all'ambito dell'imaging. Applicazioni diagnostiche peraltro molto apprezzate dai clinici, che indicano come questo sarà il settore dell'liche avrà maggiore sviluppo nei prossimi cinque anni»*, ha detto Lettieri.

Il mondo medico guarda con grande entusiasmo anche all'avvento delle terapie digitali, soprattutto per quelle applicazioni dedicate a favorire l'aderenza terapeutica - grande nodo da sciogliere per favorire la sostenibilità della Sanità in un futuro che vede l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche - e per quelle legate al dosaggio dei farmaci e alla riabilitazione comportamentale del paziente, per esempio per il trattamento del deficit di attenzione e sindrome da iperattività.

Si tratta però di tecnologie che nel nostro Paese ancora devono entrare nella pratica clinica comune, a causa di due principali barriere: da un lato la validazione scientifica della loro efficacia, dall'altro la rimborsabilità da parte del Ssn, così come avviene da tempo negli Usa e dallo scorso novembre in Germania dove è stata approvata una legge apposita, il *Digital Health Service act*.

Eppure qualcosa si muove anche da noi. Il 27 novembre scorso, infatti, fondazione Smith Kline e fondazione Ricerca e Salute, presieduta dal già direttore generale di Aifa Nello Martini, hanno presentato un programma di collaborazione per il governo dell'introduzione della medicina digitale nei processi di assistenza in Italia. Tre

i pilastri su cui si articola questo accordo: sviluppo della conoscenza sulla medicina digitale a livello istituzionale e medico-sanitario; aggiornamento dei processi di cura grazie alla definizione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta) innovativi; proposta di rimborso delle terapie digitali che saranno parte dei Pdta, sulla base della *real worldevidence*.

In attesa che la politica faccia la sua parte, la ricerca continua il suo lavoro e sono più d'una le terapie digitali che stanno testando la loro efficacia con veri e propri studi clinici. Tra queste LuCApp, studiata per supportare i pazienti con tumore polmonare metastatico nella gestione degli effetti collaterali della terapia, consentendone il monitoraggio in tempo reale a distanza da parte del medico. I ricercatori che hanno ideato questa applicazione stanno conducendo un *trial* controllato randomizzato-una coorte di 120 pazienti di cui 40 già reclutati, che seguono un protocollo pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *BritishMedical Journal Open* - che dovrebbe concludersi nel 2020.

Tanto semplici quanto utili le *feature* di questa app. A ogni login il sistema fornisce al paziente alcuni consigli utili alla gestione degli effetti collaterali, scelti tra quelli indicati nella letteratura scientifica di riferimento e gli ricorda di compilare tramite smartphone un questionario giornaliero sul proprio stato di salute rispetto agli effetti collaterali della terapia, inserendo anche i dati relativi alla temperatura e al peso. Qualora i dati inviati dal paziente escano da un determinato *range* il sistema invia una segnalazione allo specialista che lo sta seguendo, il quale deve contattarlo entro 24 ore e registrare sull'app il tipo di intervento suggerito.



ORE 12 life

>> 12 life reportage:
**ELISIR DI BELLEZZA
DA EVITARE**

12 Life Selection:

Guida consapevole all'uso dei cosmetici e dei prodotti per la cura del corpo

di Marco Solda'

I prodotti cosmetici sono parte integrante della nostra vita. Non solo entrano in contatto con il nostro corpo, ma possono avere ricadute su di esso e sull'ambiente che ci circonda. Negli ultimi anni c'è una nuova consapevolezza, e un'attenzione da parte delle istituzioni, affinché anche la spesa sanitaria sia 'alleggerita' da una serie di patologie che potrebbero essere evitate utilizzando cosmetici con formulazioni qualitativamente valide e sicure. Con l'aumento dell'inquinamento e delle reazioni allergiche, anche i preparati che utilizziamo tutti i giorni, per fare la doccia, rasarci, truccarci, possono influire sulla qualità della nostra vita. Ecco alcune tra le informazioni più importanti da tenere a mente in materia di cosmetici, profumi e prodotti per la cura del corpo di largo consumo, nel momento in cui si desidera fare scelte consapevoli, garantendo il nostro benessere in tutta sicurezza.

Come leggere l'etichetta

Chi vuole fare una scelta di consumo consapevole in materia di cosmetici ha a disposizione diversi strumenti in grado di aiutarlo. Il più completo, semplice e facilmente

accessibile è l'etichetta: per legge, infatti, l'etichetta deve riportare una serie di informazioni utili per il consumatore, il quale, proprio grazie a quanto vi è dichiarato, può fare un uso sicuro e corretto del prodotto.

Le informazioni da riportare sul cosmetico devono essere presenti direttamente sul contenitore del cosmetico e, se presente, sull'imballaggio (scatola) esterno. Quando le dimensioni del prodotto non lo consentono, le informazioni possono essere scritte su una fascetta o un cartellino fissati al prodotto oppure in un foglio d'istruzioni inserito nella confezione.

In questo caso, però, sul cosmetico dev'essere apposto un simbolo preciso, ossia una mano su di un libro aperto, per indicare che le informazioni sono riportate, ad esempio, nel foglietto allegato. Ma come leggere in modo esatto le indicazioni riportate in etichetta? Ecco alcuni consigli.

Gli obblighi di legge

La normativa sui cosmetici prevede una serie di adempimenti precisi anche in questo campo: stabilisce, infatti, che l'etichetta di un cosmetico deve riportare

obbligatoriamente alcuni dati, ritenuti necessari per garantire la sicurezza del consumatore. L'azienda cosmetica, solo dopo aver rispettato questi obblighi, può anche aggiungere altre informazioni, personalizzando l'etichetta come meglio crede. Fra le informazioni obbligatorie, quelle più utili per il consumatore sono: l'elenco degli ingredienti (che comprende anche l'eventuale indicazioni delle sostanze identificate come possibili allergizzanti), la data di durata minima, il cosiddetto PaO (periodo post apertura) e le avvertenze previste dalla legge.





L'elenco degli ingredienti secondo il codice INCI

Secondo quanto imposto dalla normativa, l'etichetta deve riportare l'elenco degli ingredienti contenuti nel cosmetico preceduto dalla parola "ingredients". Gli ingredienti sono elencati in ordine decrescente di peso al momento dell'incorporazione. Questa regola vale per le sostanze che raggiungono concentrazioni superiori o uguali all'1%. Gli ingredienti che sono presenti in percentuale inferiore all'1%, invece, possono essere indicati in ordine sparso.

Le denominazioni degli ingredienti sono riportate usando un codice internazionale, detto INCI (International Nomenclature for Cosmetic Ingredients), unico per tutti i paesi della UE e impiegato anche in altri Paesi, ad esempio USA, Russia, Brasile, Canada, Sudafrica.

Questa nomenclatura contiene alcuni termini in latino (riferiti ai nomi botanici e a quelli di ingredienti presenti nella farmacopea), mentre la maggioranza è in inglese e nel caso dei coloranti si utilizzano le numerazioni secondo il Colour Index (es. CI 45430). L'adozione del codice INCI è stata introdotta il 1 gennaio 1997 dalla Commissione Europea, nell'ottica di fornire un'ulteriore tutela al consumatore. La persona, infatti, in questo modo può sapere la composizione dei prodotti acquistati non solo in Italia, ma in qualsiasi Paese europeo, individuando l'eventuale presenza di sostanze alle quali è allergica.

Da sapere

Le miscele profumanti e le loro materie prime non devono essere indicati uno a uno, ma semplicemente con il termine "parfum".

Lo stesso vale per gli aromatizzanti e le loro materie prime, che però vanno indicati con il termine "aroma".

La durata dei cosmetici

Attraverso la lettura dell'etichetta si possono anche apprendere importanti informazioni sulla durata dei prodotti cosmetici prima dell'apertura e sul periodo di tempo nel quale, dopo l'apertura di una confezione, il loro utilizzo rimane sicuro.

Le sostanze allergizzanti

Secondo quanto stabilito dalla normativa, l'etichetta deve riportare l'elenco di tutti gli ingredienti del cosmetico.

Se il cosmetico contiene una delle 26 sostanze che, secondo quanto stabilito dal Comitato Scientifico della Commissione Europea, hanno la potenzialità di indurre reazioni allergiche in percentuali maggiori rispetto ad altre sostanze, queste dovranno essere riportate in etichetta. Si tratta di ingredienti che possono essere presenti in diversi oli essenziali e in altri tipi di derivati botanici.

Il Regolamento 1223/2009 prevede che se il cosmetico contiene una o più di queste sostanze in quantità superiori alle soglie limite, stabilite dal Comitato scientifico stesso, è necessario che siano riportate nella lista degli ingredienti.

Le altre informazioni

Il Regolamento stabilisce che l'etichetta deve riportare anche altre informazioni, in particolare:

- il nome e l'indirizzo della Persona responsabile dell'immissione sul mercato del prodotto cosmetico. In caso di contestazioni, controlli, verifiche è così possibile rintracciare tale persona responsabile;
- il contenuto nominale al momento del confezionamento, ossia la quantità di prodotto presente, espressa in peso (grammi) o in volume (millilitri). L'indicazione non è obbligatoria per i campioni gratuiti, per le monodosi e per contenitori particolari come le trousse;
- il numero del lotto di fabbricazione, utile nel caso si dovesse rintracciare una specifica produzione;
- il Paese d'origine per i prodotti fabbricati in Paesi non membri dell'Unione Europea;
- la funzione del prodotto, a meno che risulti dalla presentazione dello stesso;
- le precauzioni particolari per l'impiego: sia quelle indicate negli allegati della legge stessa alla voce "Testo relativo alle modalità di impiego e avvertenze", sia quelle eventualmente da osservare per i prodotti cosmetici di uso professionale, in particolare per quelli destinati ai parrucchieri e alle estetiste.

Allergie

In Italia, circa 10 milioni di persone soffrono di allergie di vario tipo. Le più comuni sono quelle ai pollini, agli acari e ai peli degli animali. Esistono, poi, una serie di allergie meno diffuse, scatenate dal contatto con alcuni elementi, come quelle al veleno degli insetti, a determinati alimenti, a molti farmaci e sostanze chimiche. Anche gli ingredienti contenuti nei prodotti cosmetici possono provocare reazioni allergiche e irritative nelle persone predisposte. Si tratta, comunque, di situazioni meno frequenti e facili da gestire.

I cosmetici raramente scatenano reazioni allergiche

Potenzialmente qualsiasi sostanza, di origine naturale o chimica, può provocare fenomeni allergici nelle persone predisposte. I cosmetici non sono più rischiosi di altri prodotti da questo punto di vista, al contrario. Infatti, solo raramente danno origine ad allergie vere e proprie. Gli effetti indesiderati causati dai prodotti cosmetici si possono riassumere in fenomeni, irritativi e allergici, meglio definiti come dermatiti

irritative e allergiche da contatto. In percentuale minore la luce solare, interagendo con il cosmetico, può causare fenomeni foto-tossici e foto-allergici.

Delle reazioni avverse causate dai cosmetici si stima che circa il 90% siano riconducibili a dermatiti irritative di modesta entità, perlopiù fugaci e che si risolvono spontaneamente. Solamente il 10% è dunque dovuto a reazioni di natura allergica.

Come scegliere

Chi è allergico e ha individuato (grazie ai test condotti dal medico) le sostanze causa della sua dermatite può oggi evitare di entrare in contatto con esse. Infatti il Regolamento europeo 1223/2009 prevede che l'etichetta di ciascun prodotto cosmetico riporti la lista di tutti gli ingredienti contenuti. In questo modo, un consumatore allergico o sensibile a una data sostanza ha la possibilità individuarla nel prodotto, prima del suo acquisto.

L'unica eccezione riguarda i composti odoranti, gli aromatizzanti e le loro materie prime: per legge non devono essere indicati in etichetta uno a uno, ma semplicemente con i termini generici "profumo", "parfum" o "aroma". Questo perché ogni profumazione è costituita da molteplici sostanze di sintesi o di derivazione naturale: per la creazione di un profumo, in genere, sono impiegate in media da 30 a 50 fragranze diverse. Sarebbe, dunque, impossibile elencarle tutte.

Per questa ragione, la Direttiva Cosmetici 2003/15/CE ha introdotto 5 anni fa importanti aggiornamenti che obbligano tutti i cosmetici a riportare in etichetta 26 sostanze con maggiori potenzialità allergizzanti.

Queste sostanze sono presenti soprattutto nelle fragranze

ed in altri derivati vegetali che possono essere impiegati in alcuni prodotti cosmetici e sono stati individuati dal Comitato Scientifico per la Sicurezza del Consumatore dell'Unione Europea (SCCS).

La norma ha stabilito che se un prodotto cosmetico contiene uno o più di questi 26 ingredienti in quantità superiori alle soglie limite, identificate dal Comitato Scientifico stesso, è necessario che l'etichetta riporti la sua indicazione fra l'elenco degli ingredienti. In questo caso, dunque, oltre alla denominazione generica "profumo", "parfum" o "aroma", troveremo anche il nome o i nomi di questi ingredienti.

Questa regola permette ai consumatori allergici o intolleranti a tali sostanze di poterle riconoscere nel momento dell'acquisto e compiere quindi scelte consapevoli.

Gli ingredienti a cui fare attenzione

Su tutte le confezioni dei prodotti cosmetici sono oggi indicati in etichetta, all'interno dell'elenco degli ingredienti, i nomi di 26 sostanze, sintetiche o naturali, che possono potenzialmente indurre reazioni allergiche in maggiore percentuale rispetto ad altre. L'obbligo è previsto quando la concentrazione di queste sostanze nel prodotto cosmetico eccede i limiti di soglia segnalati dal Comitato Scientifico dell'UE e previsti dalla legge europea.

Questo non significa che questi componenti siano pericolosi: come tutte le sostanze utilizzate nei cosmetici sono considerate sicure perché sottoposte a controlli rigorosi. Semplicemente, possono provocare reazioni nelle persone predisposte, che manifestano fenomeni allergici e irritativi verso ingredienti in genere innocui. La maggior parte dei consumatori, infatti, tollera perfettamente queste 26 sostanze, al pari di tutte le altre parti da trattare.

la black list

Le 26 sostanze più a rischio irritazione cutanea in soggetti sensibili elencate nella direttiva europea sono divise in due gruppi: quelle più a rischio allergia perché causa di numerose reazioni allergiche segnalate dai consumatori (lista A) e quelle con meno segnalazioni in tal senso, ma pur sempre a rischio (lista B).

Nella lista A:

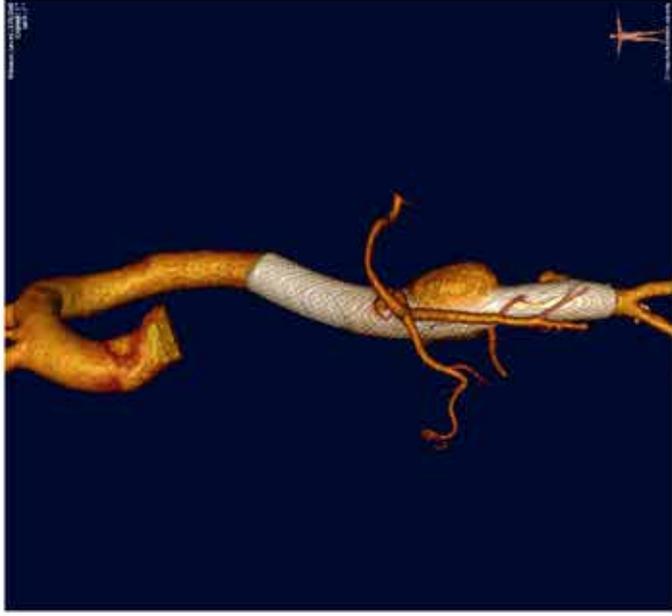
- Amyl cinnamal
- Amylcinnamyl alcohol
- Benzyl alcohol
- Benzyl salicylate
- Cinnamyl alcohol
- Cinnamal
- Citral
- Coumarin
- Eugenol
- Geraniol
- Hydroxycitronellal
- Hydroxymethylpentyl-cyclohexenecarboxaldehyde
- Isoeugenol

Nella lista B:

- Anisyl alcohol
- Benzyl benzoate
- Benzyl cinnamate
- Citronellol
- Farnesol
- Hexyl cinnamaldehyde oppure Hexyl cinnamal
- Lilial oppure Butylphenyl methylpropional
- d-Limonene
- Linalool
- Methyl heptine carbonate o Methyl 2-Octynoate
- 3-Methyl-4-(2,6,6-trimethyl-2-cyclohexen-1-yl)-3-buten-2-one o Alpha-isomethyl ionone
- Oakmoss extract o Evernia prunastri extract
- Treemoss extract o Evernia furfuracea extract

Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment

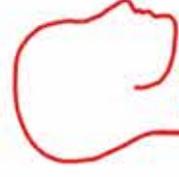


The healing flow

Multilayer Flow Modulator
MFM[®]

Aortic

Peripheral



Bioquantek

YES DISC

SISTEMA PER IL TRATTAMENTO DELLE PROTRUSIONI DISCALI

Yes Disc

Innovativa tecnologia per il trattamento delle protrusioni discali e del dolore cronico lombare in grado di integrare due principi d'azione in un unico dispositivo.

Coblazione

Coagulazione del tessuto discale tramite tecnologia al plasma.

Radiofrequenza

Ablazione del tessuto tramite innalzamento della temperatura.

Risultato finale: rimodellamento del disco intervertebrale e riduzione del dolore.



**Posizionamento
elettrodo all'interno del
disco intervertebrale**

