

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 1-2 2020 - prezzo di copertina. € 10,00

**Prostata, un rischio
da non sottovalutare**

**Mutilazioni genitali,
un doppio crimine**

**Innovabiomed,
eccellenze a confronto**

**Sorpresa! L'anziano
è tecnologico e felice**

**FORMAZIONE MEDICA,
SVOLTA ALLA SAPIENZA**



Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment



Multilayer Flow Modulator
MFM[®]

Aortic

Peripheral



The healing flow

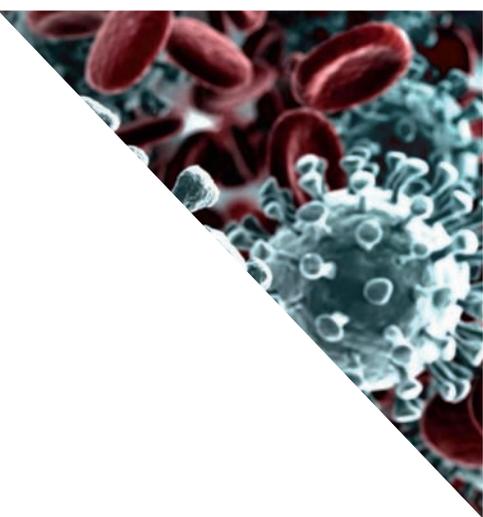


Bioquantek

Hic et nunc

Il Nobel a Li Wenliang! Senza se e senza ma del cavolo

di *Pietro Romano*



Sei morti e 1716 infettati. Purtroppo, tutto lascia prevedere che questo elenco non si esaurisca qui. Prim'ancora che enumerare le vittime dell'epidemia di Coronavirus, in continuo aumento e in crescente espansione geografica, va ricordato il sacrificio dei tanti medici e operatori sanitari, a cominciare da uno dei dottori defunti, Li Wenliang, il primo a parlare del virus, costretto al silenzio e rinchiuso in carcere dal governo liberticida di Pechino, che ora sta facendo pagare non solo alla Cina ma a tutto il mondo la sua folle politica. Per inciso, Li Wenliang meriterebbe sicuramente il Nobel per la Medicina o per la Pace ma difficilmente il conformismo dominante tra gli accademici di Stoccolma permetterà di insignirlo.

Ricadute economiche a parte, il coronavirus ci obbliga a numerose riflessioni, su temi potenti, tali da mettere in discussione molte nostre radicate convinzioni. E tanto da far temere al presidente dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus, addirittura che questa epidemia, finora tutto sommato contenuta quanto a numero di decessi, potrebbe avere sul piano politico, economico e sociale un impatto peggiore di qualsiasi azione terroristica. Un secondo inciso. Anche questa volta l'Onu, attraverso il suo braccio sanitario Oms, non ha brillato per

efficienza. Prona come al solito ai potenti di turno, l'Oms ha atteso giorni e giorni per riconoscere che ci fosse un'epidemia (casomai si offendessero i governanti cinesi) e ha poi impiegato altro tempo prezioso per definire l'epidemia in maniera che la denominazione non avesse connotati in qualche modo razzisti. Roba da matti! Da ridere se non ci fosse da piangere i tanti morti già contati e quelli che, si spera non altrettanti, presumibilmente potranno contarsi.

Anche senza rimanere preda di millenarismi di ogni sorta, il coronavirus sta sfumando quel senso di onnipotenza che la cavalcata tecnologica degli ultimi decenni ha instillato nell'umanità. Tutto sembrava diventato possibile ma all'improvviso scopriamo che non è così, quasi un monito divino a ridimensionare la nostra sopravvalutazione.

Sicuramente un altro dogma che l'epidemia mette in discussione è quello del mondo senza frontiere. La storia stessa della sanità pubblica, ha osservato lo storico della medicina e della salute Patrick Zylberman, pone da sempre la questione delle frontiere, dalle quali non si può prescindere, tanto più di fronte al pericolo di contagio. Un fronte sul quale il buonismo delle classi dirigenti italiane rischia di far pagare a tutti noi la fallacia delle sue convinzioni. Mentre i politici italiani si insultavano in Parlamento e tramite intermediari mediatici sull'opportunità che i ragazzi che tornavano dalle vacanze in Cina dovessero sottoporsi alla cosiddetta quarantena (che in questo caso dura solo due settimane), la comunità cinese in Italia ha deciso di farlo per conto proprio. La scuola italo-cinese di Padova, a esempio, ha semplicemente comunicato alle famiglie che "i bimbi rientrati dalla Cina restino a casa per 14 giorni". Esattamente quanto avevano chiesto, inascoltati, il professor Roberto Burioni e il magistrato Carlo Nordio. Per certi aspetti ancora più pericolosa è la porosità del cosiddetto fronte sud. La diffusione del coronavirus in Africa mette il cosiddetto carico da dodici sulla pericolosità della politica delle porte spalancate all'immigrazione sostanzialmente incontrollata, anche dal punto di vista sanitario. E rilancia ancora una volta il tema dell'aiuto a casa loro, mai come in questo caso tutt'altro che pilatesco. Lo stato della sanità nel continente africano è tale da invocare gli aiuti a casa loro per i fratelli africani, vittime anche loro dei buonisti nostrani. Un ulteriore argomento di riflessione da coronavirus.



Cambia passo
la formazione medica



Innovabiomed
il network place all'avanguardia



ECCELLENZA
ITALIANA
IN LIBIA

19

GRANDE RACCORDO
ITALIA - LIBIA

21

LAVORATORI E AZIENDE
METALMECCANICHE

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA

14

IL CANCRO
SI PUÒ VINCERE



SALUTE
LA TECNICA
NON É TUTTO

SOM



Diagnosi prenatale



Le mutilazioni genitali



**ANZIANO A CHI?
ULTRA 60ENNI
E TECNOLOGIA**

40

TG5 SALUTE

41

**UROLOGIA:
SPECIALE UOMO**

37

ATTIVITÀ FISICA

SEGUICI SU:
WWW.OREI2ITALIA.EU



TWITTER
OREI2GROUP



FACEBOOK
OREI2GROUP



LINKEDIN.COM
COMPANY/OREI2



ISTAGRAM
@OREI2ITALIA



LA NOSTRA APP
WWW.OREI2ITALIA.EU/12APP

MARIO

ORE12 SANITÀ

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:

Stefano Bini, Giosetta Ciuffa, Andrea De Tommasi, Caterina Del Principe, Eugenio Gaudio, Danilo Quinto, Riccardo Romani, Flavia Scicchitano, Sofia Sereni

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 REALTÀ AUMENTATA

E' FACILE E GRATUITO!

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

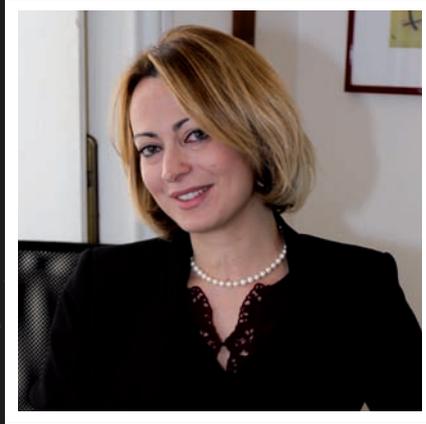
1 SCARICA GRATIS L'APP ZAPPAR DAL TUO STORE

2 APRI L'APP CON IL TELEFONO O IL TABLET E INQUADRA L'APPALTO CODICE...

3 VEDI LO SCHERMO ANIMATO! SCOPRI EXTRA E MOLTO ALTRO.

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

• N U M E R O •



Cari lettori,

il Governo italiano ha deciso, alla fine di gennaio di decretare 6 mesi di emergenza sanitaria rispetto al diffondersi nel mondo, e in particolare in Cina, del virus 2019-nCoV, detto "Coronavirus". Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo un primo momento di cautela, ha ammesso la pericolosità di questo virus, per il quale sarà molto difficile avere - in tempi brevi - un vaccino.

Qualche considerazione va fatta su quest'evento, anche se la situazione è in continua evoluzione. La Cina, rispetto al suo modello di comunismo misto al cosiddetto "turbo-capitalismo", sconta una situazione in cui il suo Governo tende ad occultare all'esterno quello che avviene in quello sterminato Paese. Questo è accaduto rispetto a quest'epidemia, se è vero - come sembra - che già nel dicembre scorso 5 milioni di persone avevano abbandonato la città di Wuhan, una metropoli di 11 milioni di abitanti. La sottostima del pericolo che si stava espandendo - che ha costretto ora ad isolare numerosi agglomerati urbani, coinvolgendo milioni di persone - è stata ammessa dallo stesso Governo cinese. Questo fatto rende evidente la necessità, per il futuro, che in un mondo globalizzato come il nostro, dove persino la parola viaggia quasi alla velocità della luce, dove gli spostamenti riguardano centinaia di milioni di persone al giorno, dove in dodici ore si può passare da un capo all'altro del mondo, di prevenire la diffusione di virus (già individuati o sconosciuti) e di focolai di malattie e di non adottare tutti gli strumenti che la tecnologia offre per impedire che si propaghino. E' anche necessario delegare ad autorità sovranazionali il tema della sicurezza dei cittadini, soprattutto in materia di salute.

Prevenzione non significa chiudere le frontiere. Significa, a nostro avviso, garantire che i flussi della popolazione da un Paese all'altro, da un territorio all'altro, siano controllati, anche in tema di sanità. Ci sono territori nel mondo dove sono ancora diffuse malattie che in Occidente sono state debellate decine di anni fa o dove mancano elementari principi di rispetto dell'igiene personale o dove sono presenti abitudini alimentari potenzialmente pericolose. Fissare delle regole attraverso le quali sia possibile effettuare, da parte degli organi competenti, degli screening di massa delle persone che si spostano da una frontiera all'altra, ci sembra una cosa più che ragionevole e urgente da programmare, per evitare di essere colpiti - per nostra negligenza - da situazioni che con grandissima rapidità possono divenire ingovernabili e foriere di catastrofi.

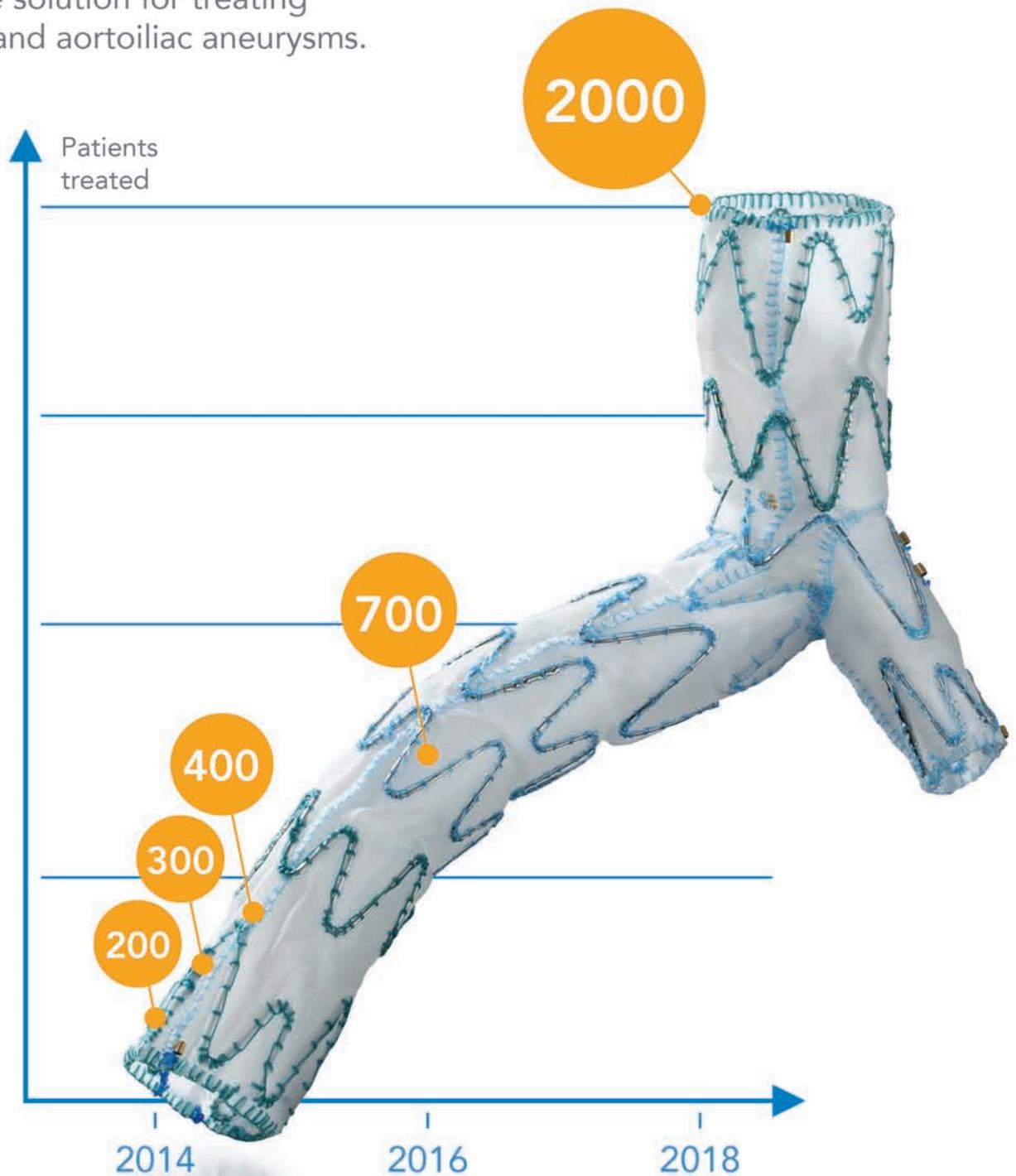
Per quanto riguarda l'Italia, prevenzione significa far conoscere alle persone la realtà "normale" che viviamo: l'anno scorso, solo nel nostro Paese, l'influenza stagionale, con le sue complicazioni, ha causato la morte di oltre 5.000 persone. Una strage quasi silenziosa, nei confronti della quale il panico suscitato dalla diffusione del coronavirus, deve far riflettere. Occorre maggior cautela nel diffondere le informazioni e maggior consapevolezza della necessità delle regole della prevenzione, compresa la maggiore diffusione dei vaccini.

Roberto D'Onofrio

E-liac® Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.





Cambia passo la formazione medica

*SIMULATION TRAINING, AMBIENTI VIRTUALI E MANUALI INTERATTIVI
PER AUMENTARE LA CURVA DI APPRENDIMENTO:
LA SCELTA STRATEGICA DELLA SAPIENZA MIRATA A MIGLIORARE
LA DIDATTICA E VA A COMBATTERE GLI ABBANDONI*

di *Eugenio Gaudio**

Viviamo tempi in cui i cambiamenti si susseguono repentini e ci pongono di fronte a una sfida ineludibile: non solo quella di stare al passo con l'innovazione, ma quella di saperla anticipare come formatori, compiendo scelte didattiche efficaci affinché i professionisti del futuro abbiano la capacità di orientarsi tra scenari e strumenti non ancora ipotizzabili. Non è un compito facile, ma questo è il senso dei progetti che come università abbiamo scelto già da alcuni anni di portare avanti, in linea con quanto emerso dai recenti studi sull'argomento. L'obiettivo strategico è quello di superare lo stile di insegnamento didascalico e favorire la partecipazione attiva degli studenti al processo di apprendimento, per migliorare la qualità della didattica e formare professionisti consapevoli.

Il campo medico è uno di quelli in cui il cambio di passo è tangibile e necessita risposte concrete, perché attiene a una professione caratterizzata da situazioni non sempre prevedibili in cui la capacità di operare scelte tempestive e di gestire le emergenze è importantissima. In quest'ottica, si collocano i laboratori ad alta tecnologia che Sapienza ha messo a disposizione di una platea di oltre 25.000 tra studenti e specializzandi di area medica: sono costituiti da ambienti simulati dove è possibile fare training in condizioni prive di rischio, aumentando la capacità di prendere decisioni in autonomia e riducendo l'impatto emotivo connesso alle prime esperienze sul paziente. Si tratta di strutture ad alta efficienza in cui si sperimentano pratiche mediche nelle situazioni di crisi e di emergenza,

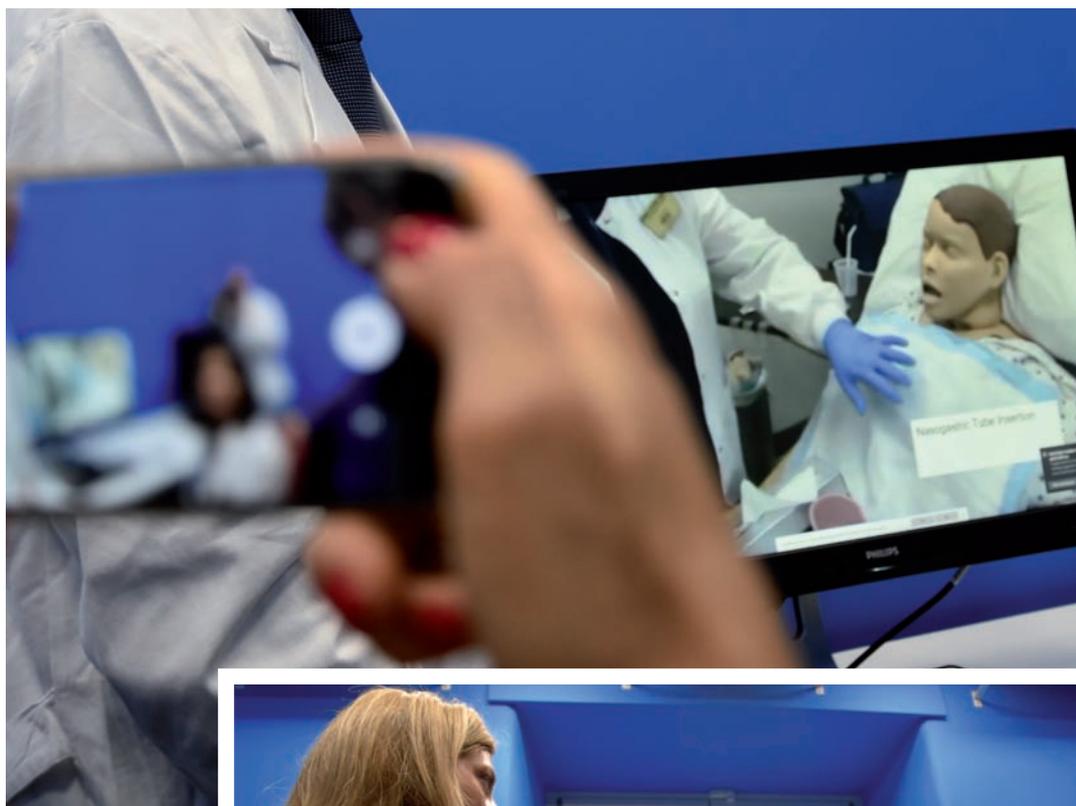
avvalendosi di “pazienti virtuali”: questi sono collegati a monitor identici a quelli utilizzati in corsia, che consentono di valutare in tempo reale l’adeguatezza degli interventi effettuati da studenti. Questa metodologia rende possibile rallentare il tempo del soccorso, una sorta di “messa in pausa” dell’azione che nella realtà ospedaliera e ambulatoriale non è ovviamente possibile, assai utile per ragionare a caldo sullo scenario, discutere e correggere. L’esperienza pratica comincia dunque in un ambiente controllato, in assoluta sicurezza, e su casistiche ampie e variegata, proposte in gradi di complessità crescenti, permettendo agli aspiranti medici di approcciare una gamma di casi maggiore rispetto a quelli disponibili in corsia. Un aspetto da non trascurare, infatti, è che negli skill labs di area medica si lavora su tecniche a bassa tecnologia, come accessi venosi, inserimento di sondini o cateteri, ma sono proposte anche procedure molto complesse, con manichini altamente sofisticati: gli studenti possono sperimentare per esempio le manovre del parto – è presente una sala parto completa - o attività legate al primo soccorso, come intubazioni in condizioni di traumi gravi o alterazioni cardiocircolatorie, respiratorie e renali. La strumentazione all’avanguardia è completata dalla tavola anatomica digitale da 65 pollici, l’unica presente su tutto il territorio nazionale, che propone la visualizzazione in 3d di organi interni e facilita la comprensione delle conoscenze anatomiche utilizzando immagini reali

raccolte in cloud da centri medici sparsi in tutto il mondo. Alla base di questo nuovo approccio formativo dunque c’è una vera e propria rivoluzione del paradigma di insegnamento, in cui il punto focale non è solo evitare l’errore, il cosiddetto “error avoidance training”, ma sviluppare la capacità di gestire l’errore individuando la migliore strategia per portare comunque a compimento la procedura medica, quello che le recenti teorie pedagogiche chiamano “error management training”. Personalizzare l’insegnamento e renderlo a misura di studente, dunque, è nei fatti la strategia che si è andata consolidando e che ormai troviamo - un po’ a sorpresa forse per alcuni - anche nel campo della letteratura medica. Il cambio di passo, infatti, si è realizzato anche in questo ambito, grazie alla possibilità di accedere in modo “fluidico” al patrimonio bibliografico, grazie alle banche dati e a strumenti informatici sempre più potenti. Da qualche anno, in particolare, il nostro patrimonio bibliografico si è arricchito di una nuova risorsa, il portale Access Medicine. Questo strumento mette a disposizione oltre 140 volumi pubblicati della casa editrice americana McGraw Hill, aggiornati periodicamente e che consentono di aver accesso alle novità in campo scientifico, superando i tempi di traduzione, pubblicazione e diffusione delle testi, e questo rappresenta un indubbio vantaggio sia per l’aggiornamento professionale sia per la didattica. Alla consultazione delle fonti si associa la presenza di risorse

**L’attività didattica
deve trasfondere
nei medici del futuro
esercizio critico
e flessibilità**



Eugenio Gaudio



multimediali visuali, fotografiche e sonore, collegamenti ipertestuali a motori di ricerca bibliografici (PubMed, McMaster), ma anche calcolatori per la gestione quotidiana dei pazienti, casi clinici standardizzati e un prontuario farmaceutico.

Da un punto di vista didattico, la piattaforma consente non solo di utilizzare ebook comodamente da casa ma è un'opportunità di personalizzare l'insegnamento in relazione agli obiettivi formativi. Il docente, infatti, ha la possibilità di creare un proprio percorso, individuando sulla piattaforma l'elenco di risorse disponibili a partire da parole chiave e cioè di costruire un proprio manuale composito, assemblando i vari elementi a disposizione: collegamenti ipertestuali, immagini, video, audio, copiando e incollando parti di testo tratti da volumi

differenti. Una prassi che sostituisce i libri "chiusi" con libri "aperti", stimolando un'analisi critica del testo "fluida" diventato così esso stesso un ambiente di apprendimento in cui lo studente è al centro, attivamente coinvolto in un processo formativo.

A fronte dei tanti stimoli e delle tante informazioni disponibili, oggi più che mai il sapere è legato al saper discernere, e il campo medico non fa eccezione. L'esercizio critico nelle pratiche mediche e la flessibilità nell'approccio diagnostico-terapeutico sono elementi imprescindibili che l'attività didattica deve saper trasfondere ai medici del futuro.

**Rettore
Sapienza Università di Roma*

ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

Innovabiomed, il network place all'avanguardia

di *Katrin Bove*

CARLO ADAMI



L'evento sarà aperto dal convegno intitolato "The Health Care (R)evolution: Innovabiomed 2018-2020, dove eravamo rimasti e dove stiamo andando. Nanotecnologie, decellularizzazione, medicina rigenerativa, teranostica, oncologia di precisione, cuore umano, meccanico e biologico". Presenterà e modererà Carlo A. Adami, chirurgo vascolare, innovatore, pioniere di tecniche chirurgiche, *ideatore di Innovabiomed e Presidente del Comitato Scientifico. Seguirà il dibattito, preceduto dalla Lettura* introduttiva di Domenico

Il 10 e l'11 marzo si terrà a Verona Fiere la seconda edizione di Innovabiomed, il network biomedicale che fa incontrare tre settori: la ricerca scientifica con i suoi protagonisti, i professionisti del comparto biomedicale e le aziende che hanno sviluppato e stanno sviluppando tecnologie e dispositivi medici.

Mantoan, Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Interverranno: Mauro Ferrari, Presidente del Consiglio Europeo della Ricerca; Gino Gerosa, Professore Ordinario di Cardiocirurgia della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, Direttore del Centro di Cardiocirurgia e del Programma Trapianto di cuore e Assistenza Meccanica dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova e Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, componente del Comitato Scientifico di Innovabiomed; Tommaso Ghidini, Responsabile della divisione Strutture, Meccanismi e Materiali dell'ESA, l'Agenzia Spaziale Europea; Walter Ricciardi, Presidente del Mission Board for Cancer della UE; Giampaolo Tortora, Professore Ordinario di Oncologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica

Innovabiomed

THE NETWORK PLACE FOR MEDICAL INDUSTRY

10-11
MAR 2020

INNOVABIOMED
VERONAFIERE | CENTRO CONGRESSI PALAEXPO

del Sacro Cuore di Roma e Direttore del Cancer Center e della Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma, componente del Comitato Scientifico di Innovabiomed.

Chiediamo al Carlo A. Adami: quali aspettative ci sono per questa seconda edizione?

C'è un grande entusiasmo per le nuove produzioni e per le tecnologie d'avanguardia, che costituiscono la "cartina di tornasole" su come stia funzionando il sistema Italia e come faccia da traino nel panorama biomedicale. Infatti, rispetto alla ricerca, siamo, senza ombra di alcun dubbio, i primi in Europa. Il percorso che ci ha portato alla realizzazione di questa seconda edizione, è stato rigoroso e ineccepibile, perchè è stato fondato sulle basi solide della scienza e costruito in modo da intercettare il valore dell'innovazione nel settore biomedicale.

C'è un aspetto che ritiene di dover sottolineare, anche considerando gli esiti della prima edizione e il lavoro svolto in queste due anni di preparazione per la seconda?

Si ed è una cosa che sinceramente non ci aspettavamo. Nella prima edizione, si è registrata l'assenza della politica. Una cosa grave, perchè in un settore come questo, che rappresenta una forza trainante per l'economia, per le nuove generazioni e per l'Italia che produce, la mancata partecipazione attiva dei rappresentanti delle Istituzioni lascia perplessi e non si comprende. E' necessario che la politica mostri maggiore interesse e svolga il suo compito principale: quello di guardare al futuro, di dare una visione del futuro. In questa direzione abbiamo operato in vista della seconda edizione, nella speranza che la politica recepisca la necessità di essere presente e di confrontarsi, nella cornice che abbiamo scelto come tratto distintivo della nostra iniziativa: regole precise e ferre relativamente alla partecipazione dei settori medici,



produttivi e delle giovani generazioni. Nel nostro network place tutti hanno lo stesso diritto di sedere al tavolo e vogliamo che questa peculiarità venga mantenuta.

In Italia sono diffusi molti eventi dedicati all'innovazione. Quali diversità ci sono rispetto ad Innovabiomed?

Si tratta di eventi che restano fuori dal format che abbiamo scelto e dal target al quale ci rivolgiamo. Noi mettiamo in relazione i diversi attori che lavorano ad una continua innovazione delle componentistiche. Abbiamo punti di contatto con aree scientifiche ampie, come la fisica, la meccanica, la biologia, l'elettronica e l'ingegneria. Non abbiamo la pretesa di rappresentare qualcosa di nuovo, ma all'interno di un settore vario e complesso, proponiamo un format particolare, dedicando grande attenzione anche ai prodotti. Oltre agli stakeholder a cui ho già accennato, punti di riferimento imprescindibili per noi sono Confindustria Dispositivi Medici e Confapi Sanità, con cui abbiamo contatti e rapporti di collaborazione, tanto che saranno presenti all'evento con convegni da loro organizzati. Confindustria Dispositivi Medici coordinerà il convegno intitolato "Dispositivi Medici: le sfide del settore tra regolamenti europei e governance nazionale", mentre Confapi Sanità presenterà due convegni: "La robotica nella

riabilitazione delle persone con disabilità: stato dell'arte e prospettive future" e "Il fondo sanitario integrativo Enfea Salute". Sottolineo anche un altro convegno che ha grande importanza, organizzato da Unicredit Start Lab, intitolato "Life Science Open Innovation Day: Accelerating Ideas".

Non è semplice mettere in relazione il mondo della ricerca e quello dell'industria. Su quale terreno si può fondare una collaborazione?

Siamo onorati di constatare come la nostra idea di evento sia stata compresa sin dall'inizio. Alcuni prodotti ora molto enfatizzati sul mercato – come, ad esempio, gli esoscheletrici artificiali, sono stati lanciati proprio alla prima edizione di Innovabiomed. Anche nella prossima edizione tratteremo argomenti come il cuore bionico artificiale e la decellularizzazione. Così come, sul versante etico, affronteremo il tema del rapporto tra uomo e tecnologia, ossia su chi debba guidare e chi debba essere controllato. Si tratta di un tema che ritengo fondamentale, proprio perchè il turn-over tecnologico è così rapido da creare uno stato di confusione potenzialmente capace di sovvertire l'essere umano stesso. Sul tema, abbiamo realizzato una tavola rotonda prestigiosa, dal titolo "Salute e sanità fra umanesimo e tecnologia: scenario pubblico-privato, aspetti assicurativi e finanziari, visioni futuribili, temi etico-religiosi", che vedrà la partecipazione di: Francesca Clementi, Health Care Business Development IBM; Andrea Manto, Direttore del Centro per la Pastorale della Famiglia e dell'Ufficio per la Pastorale Sanitaria della Diocesi di Roma; Alberto Minali, Consigliere Cattolica Assicurazioni; Gianfranco Pacchioni, Pro Rettore alla Ricerca dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca; Mario Piccinini, Amministratore Delegato dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar; Giancarlo Ruscitti, Dirigente Generale Provincia Autonoma di Trento (Dipartimento Salute e politiche sociali). Non sappiamo quanto stretti saranno i

rapporti con il mondo delle assicurazioni e della finanza e soprattutto dobbiamo capire come i temi etici e religiosi entreranno a far parte del dibattito sulla salute.

E' prevista anche l'assegnazione di un premio per l'innovazione?

Sì. Nella giornata conclusiva, dopo la tavola rotonda intitolata "Virtual Hospital, small & big data management and Digital Health", un forum tecnologico sugli ospedali del domani, nei quali anche la struttura ospedaliera dovrà essere concepita in modo diverso – alla quale parteciperanno Luigi Bertinato, Coordinatore della Struttura della Clinical Governance, presso la Direzione Generale dell'Istituto Superiore di Sanità; Cosimo Distante, CNR; Francesco Gabrielli, Direttore del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità; Antonio Gatti, Digital Transformation Lead di Microsoft; Fabrizio Renzi, President & Ceo RnBGate, Rnb4Culture, Rnb4Africa e Walter Ricciardi, Presidente del Mission Board for Cancer della UE – sarà premiata la migliore tecnologia presentata, selezionata da una giuria ineccepibile.

In conclusione, una domanda sul presente: quali ambiti della ricerca hanno raggiunto negli ultimi mesi scoperte interessanti che necessitano dell'apporto dell'industria per tradursi in innovazione?

In questo momento è indubbiamente estremamente importante l'oncologia di precisione, che assumerà un ruolo di altissimo livello nella medicina del futuro. Poi, sta diventando sempre più rilevante il dibattito sulle relazioni tra cuore umano, meccanico e biologico. Questi sono gli argomenti sui quali punteremo durante l'evento, al fine di stimolare l'ingegno dei tanti giovani che mi auguro saranno presenti e a far comprendere gli aspetti più rilevanti di questi temi, destinati, senza dubbio alcuno, ad essere i prossimi protagonisti della ricerca.



Il cancro si può vincere

di *Danilo Quinto*

WALTER RICCIARDI



Tra i relatori di Innovabiomed, ci sarà un grande scienziato, Walter Ricciardi. Già commissario e poi presidente dell'Istituto Superiore di Sanità da settembre 2015 a dicembre 2018, rappresentante dell'Italia nell'Executive Board dell'Organizzazione mondiale della sanità per il triennio 2017-2020 e alla guida della World Federation of Public Health Associations, Walter Ricciardi è professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università

Dal presidente del "Mission Board for Cancer" una panoramica sulla lotta ai tumori.

Cattolica e direttore del Dipartimento Scienze della salute della donna, del bambino e di sanità pubblica della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli Ircs. Recentemente è stato insignito della laurea honoris causa in "Dottore della scienza" dalla Thomas Jefferson University di Philadelphia «per i risultati raggiunti e il contributo dato al mondo della sanità pubblica». Ricciardi è stato nominato Presidente del "Mission Board for Cancer", istituito dalla Commissione Europea nel quadro di Horizon Europe, il prossimo programma di ricerca e innovazione dell'Unione Europea (2021-2027). Il gruppo di 15 esperti si occupa di valutare e approvare i finanziamenti per progetti di ricerca in ambito oncologico.



In base a quale motivazione e con quale “mandato”, la Commissione europea ha designato lei – grande scienziato, ma pur sempre medico di sanità pubblica – a guidare il board anticancro e quindi a decidere le strategie anticancro dell’Europa?

Al di là delle competenze del board, penso che servisse la mia esperienza di medico di sanità pubblica. A questo elemento si aggiunge il fatto che l’Italia era stata esclusa da nomine parimenti importanti. Questi due elementi hanno concorso alla mia designazione, che mi onora di una grande responsabilità, ma nello stesso tempo sento di poter affermare che riverserò in questo lavoro il più grande impegno professionale e umano di cui sono capace. Ci occuperemo di individuare e di rafforzare le competenze presenti nell’Unione Europea per la ricerca, la prevenzione, l’ottimizzazione delle cure e gli interventi e per garantire ai pazienti il meglio per la loro vita e, al contempo, rafforzare la competitività dell’Europa in questo settore strategico.

Quali sono le forme di cancro più diffuse in Europa?

Le forme più diffuse, in Europa come in Italia, sono il cancro alla mammella e al polmone, il cancro gastro-intestinale, al colon retto e alla prostata. Avranno sempre più importanza gli screening oncologici, che devono essere fatti in maniera scientifica. Rispetto a questa strategia che definirei fondamentale, l’Italia è in una situazione a “macchia di leopardo”: esiste una diversità profonda da Regione a Regione.

Può descrivere la situazione in Europa della formazione dei giovani ricercatori e più in generale della ricerca?

La ricerca scientifica in Europa è di altissimo livello. L’Italia, da questo punto di vista, è tra le nazioni più competitive al mondo. Il dato da sottolineare è relativo al fatto che i ricercatori sono molto pochi, perchè sono assai scarsi gli investimenti in questo settore così decisivo.

Il cancro sarà mai debellato?

Alcune tipologie di cancro sì, altre no. Bisogna perseguire una strategia che prevede una combinazione di attività: la

prevenzione, la diagnosi e la cura. Nei prossimi anni sarà sempre più necessario seguire coloro che convivono con la malattia oncologica.

Quale ruolo ha assunto la tecnologia nella lotta contro il cancro?

La tecnologia negli ultimi anni ha assunto un ruolo essenziale e irrinunciabile, sia nella diagnostica sia per quanto riguarda la terapia.

Quale impatto ha l'invecchiamento della popolazione sulla strategia di gestione dei malati cronici di cancro? Lei parla spesso di "responsabilità sociale" a questo proposito. Che cosa significa?

L'invecchiamento della popolazione pone indubbiamente nuove sfide assistenziali. E' una vera e propria "responsabilità sociale": questo sarà sempre più vero, perchè si percepirà sempre di più. Le patologie, come sappiamo, sono legate a comportamenti individuali (cattiva alimentazione, mancanza di attività fisica, uso del tabacco e dell'alcool). Per affrontarli in modo serio e contenerli, limitarli o annullarli, ci sarà sempre più bisogno di una consapevolezza diffusa della loro pericolosità in termini di salute per l'uomo. Questa consapevolezza non può essere delegata ai Governi che si susseguono, ma deve divenire una consapevolezza collettiva.

Qual è il livello della sanità pubblica italiana rispetto alla cura del cancro?

Siamo certamente ad un livello buono, in certi casi ottimo, in certi altri casi scadente. C'è bisogno di uno sforzo molto grande per migliorare e renderci ancora più competitivi rispetto agli altri Paesi del mondo.

Quali sono le più evidenti disparità tra Nord e Sud?

La disparità riguarda molti "fronti". In particolare, la prevenzione, gli screening ed anche il trattamento. L'offerta è molto alta nel Nord, minore nel Sud. E' una grave penalizzazione per gli operatori, che sono bravi dappertutto. Aggiungo che trovo sia una profonda, dolorosa ingiustizia viaggiare per curarsi.

Lei è stato per oltre quattro anni Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. Può descriverci i risultati raggiunti?

In quattro anni è stato riorganizzato radicalmente l'Istituto. Sono state stabilizzate oltre 700 persone ed abbiamo affrontato sfide nuove ed emergenti, simili a quella che ora si sta affrontando relativamente al coronavirus.

Quali sono le scelte politiche da affrontare subito per "salvare" e rilanciare il sistema pubblico nazionale?

Negli ultimi anni sono stati tagliati 36 miliardi nella sanità. E' denaro in gran parte da recuperare e bisogna farlo in fretta, non solo perchè mancano migliaia di medici e decine di migliaia di infermieri, ma perchè è un obbligo ammodernare – e in alcuni casi restituire all'agibilità – molti ospedali sparsi sul territorio.

Nei suoi interventi pubblici, lei sottolinea spesso la necessità di compiere un salto di qualità in tema di sanità pubblica. Qual è il primo passo da compiere?

Affrontare il tema della nostra arretratezza culturale rispetto a molti Paesi dell'Occidente. E' un gap che scontiamo in tutti i settori: la scuola, la ricerca, la sicurezza ed anche la sanità. Occorre tutelare il talento e le capacità degli italiani, che devono essere aiutati dallo Stato nel loro sviluppo culturale. E' un percorso lungo, ma se non lo iniziamo mai, non risolveremo mai il problema.



Eccellenza italiana in Libia

di Riccardo Romani

MASSIMO PULIN



La Orthomedica di Padova, azienda leader nel panorama dell'ortopedia e delle protesi, a quasi cent'anni dalla sua fondazione – è nata nel 1927 – ha realizzato il nuovo e unico laboratorio ortopedico presente in Libia al servizio della popolazione che necessita di protesi. Il presidente di Orthomedica, Massimo Pulin e il suo direttore Mattia Milan, nel dicembre scorso, sono stati a Misurata per l'installazione delle apparecchiature che andranno a costituire.

La Orthomedica è stata tra le prime aziende ad acquisire importanti tecnologie quali il robot per la stilizzazione di ortesi per la scoliosi e la stampante 3D per la realizzazione di protesi ed ortesi su misura. L'azienda

È di un'azienda veneta il primo laboratorio ortopedico a Misurata.

è specializzata in busti per scoliosi, plantari su misura, protesi d'arto inferiore e superiore, calzature su misura, ortopedia pediatrica e tutori d'arto inferiore e superiore.

A Massimo Pulin – che presenterà il suo progetto in Libia nel corso della II edizione di Innovabiomed, che si terrà a Verona il 10 e 11 marzo 2020 – chiediamo: **può raccontarci la storia della sua azienda?**

Orthomedica nasce nel 1927, dalla famiglia Pulin. Siamo alla terza generazione e nel corso di questo tempo abbiamo svolto un'attività imprenditoriale manifatturiera in un settore prettamente artigianale ed oggi, a quasi cent'anni di attività, sto traghettando Orthomedica verso un nuovo, ambizioso obiettivo: essere una società strutturata per le sfide di innovazione che ci sono e dobbiamo affrontare.

Ci descrive dimensioni e fatturato dell'azienda?

Ad oggi, abbiamo 36 collaboratori, di cui 3 ingegneri biomedici, che seguono la bio-robotica e la ricerca e lo sviluppo e contiamo su una rete capillare nelle regioni Veneto, Trentino e Friuli, dove operiamo con operatori specializzati ed avendo all'interno di tutte le filiali un laboratorio ortopedico che consente ai nostri clienti di potersi recare senza doversi sobbarcare spostamenti. Mentre, nel 2019 abbiamo trasferito la sede produttiva e il negozio di Padova in un'unica struttura di circa 1.500 mq, dove abbiamo potuto inserire tutte le nuove tecnologie,



che in questo settore si pongono come miglioramento sia del sistema produttivo sia del confort e delle prestazioni per il cliente, come – ad esempio – stampanti 3D di ultima generazione, la gestione della raccolta delle misure non più con calchi gessati, ma con scanner ad alta capacità di risoluzione, che ci permettono una migliore gestione e una migliore velocità di esecuzione. Abbiamo chiuso il 2019 con un fatturato di circa 4 milioni di euro, guardando al futuro in maniera abbastanza fiduciosa.

Qual è il know how della sua attività imprenditoriale?

Il know how viene dalla passione, da tanta dedizione, dalla ricerca quotidiana di nuove soluzioni per le persone che hanno perso l'autonomia o che hanno problematiche legate a patologie come la scoliosi o i difetti posturali in generale. Ma la cosa cui tengo più di tutte è la formazione continua, che noi facciamo in azienda. Siamo certificati ISO 900 dal 1996 e a breve ci certificheremo con la nuova direttiva 13485 sulla produzione.

Quali risultati sono stati raggiunti attraverso le nuove tecnologie?

Le tecnologie, come dicevo prima, hanno cambiato il mondo dell'ortopedia classico. Ho cercato sin da subito di dotarmi di questi sistemi, pur insegnando a tutti i miei giovani collaboratori d'imparare anche le tecniche tradizionali, ma stampanti 3D, robot e cad cam ci hanno portato – questo è fuori discussione – ad ingegnerizzare il nostro modo di operare.

A quanto ammontano gli investimenti per la ricerca?

Negli ultimi 3 anni, grazie all'aggiudicazione di 3 bandi POR, per un totale di circa 300.000 euro, abbiamo potuto sviluppare e brevettare un sistema per monitorare con dei sensori il tempo di utilizzo e quanto otteniamo di correzione con un corsetto per il trattamento della scoliosi, in cooperazione con altre due importanti aziende Protolab e Meccanica Marcato e l'Università di Padova, Dipartimento

di Ingegneria Meccanica. Un'altra importante cooperazione è quella in corso con l'azienda Nadir di Mestre e l'Università. Stiamo sviluppando dei filamenti per la stampa 3D sterili in maniera tale che si possano applicare anche ortesi nel post-chirurgia.

Com'è nato il progetto di Misurata?

Il progetto nasce da lontano, ovvero dal 2012.

Ce lo può descrivere?

Nel 2012 fui chiamato dalle nostre Istituzioni dopo la caduta di Gheddafi, per aiutare il centro protesi di Tripoli, in quanto l'Italia era in prima fila per aiutare i feriti e gli imputati di guerra. Da quell'opportunità siamo partiti ed oggi, dopo molte difficoltà, abbiamo trovato un partner serio, che ha compreso che oltre il business, c'è la necessità di aiutare centinaia di persone a recuperare una propria autonomia e, di conseguenza, la propria dignità.

dignità.

Quale sinergia ha potuto trovare con le autorità locali?

Le autorità locali, grazie al Dott. Aboufannas, hanno visto di buon grado quest'operazione, in quanto in questo momento, in tutta la Libia, siamo solo noi, con il nostro centro ed expertise, a dare concrete risposte a tutti i bisognosi, senza che si debbano spostare o andare all'estero per avere una protesi od un ausilio adatto e costruito su misura.

Com'è la situazione in Libia?

La situazione è sicuramente difficile da tutti i punti di vista, ma dove abbiamo ubicato la OLIC – quando siamo stati a dicembre e presto ritorneremo per cominciare le attività di misurazione e messa in opera di tutte le attrezzature – non ho visto particolari disagi, nelle città dove abbiamo circolato con tranquillità, assistiti dai nostri amici e colleghi.

Quali sono i progetti per il futuro?

Il futuro è pieno di aspettative e progetti di miglioramento di processi e prodotti e aperture di nuove filiali, sia in Italia sia all'estero.



GRANDE RACCORDO ITALIA - LIBIA

di Sofia Sereni

Grazie a Luciano Scorrano, assistente del capo missione, siamo riusciti a porre alcune domande a Sua Eccellenza, il Console Generale libico in Italia, Salem A Jamoum, sul progetto che l'azienda Orthomedica di Padova sta curando a Misurata, in Libia.

Misurata si trova sul golfo della Sirte, in Tripolitania. Nella città si è consumata la battaglia più lunga della guerra civile libica, un conflitto scoppiato nel 2014 tra due coalizioni e due governi rivali: da una parte il governo internazionalmente riconosciuto, basato nella città orientale di Tobruch e sostenuto dalla Camera dei rappresentanti e dall'operazione Dignità del generale Haftar; dall'altra parte il governo basato nella capitale Tripoli e sostenuto dal Nuovo Congresso Nazionale Generale e dalla coalizione di Alba Libica. Dopo ottobre 2014, una terza forza, i militanti affiliati allo Stato Islamico (ISIS), ha fatto ingresso nella guerra, prendendo il controllo prima della città di Derna e poi di Sirte. A partire da marzo 2016, un accordo di pace negoziato sotto l'egida dell'ONU ha portato all'insediamento a Tripoli di un nuovo Governo di Accordo Nazionale internazionalmente riconosciuto, che ha la lealtà delle autorità e delle milizie dell'Ovest del paese, ma non ha ancora ottenuto l'appoggio della Camera dei rappresentanti di Tobruch e del generale Haftar. Sin dalle prime fasi della guerra, l'Egitto e gli Emirati Arabi Uniti hanno sostenuto il generale Haftar, intervenendo anche con attacchi aerei contro Alba Libica e contro l'ISIS. Il Qatar e la Turchia hanno aiutato Alba Libica. Dal 2016, un crescente coinvolgimento delle potenze occidentali ha visto lo schieramento di forze speciali e bombardamenti statunitensi contro l'ISIS a Sirte. Nel 2020, la Turchia ha inviato un vasto contingente di uomini e mezzi a supporto del Governo di accordo nazionale, mentre

continuano i tentativi di mettere pace tra le due fazioni in conflitto.

Signor Console, come giudica il progetto realizzato?

E' un progetto che ci può garantire un grande aiuto. Non per ragioni legate al business, ma per ragioni umanitarie e di miglioramento della qualità della vita di coloro che sono stati colpiti in maniera seria dalle conseguenze della guerra. Spero fortemente che il progetto, che per ora riguarda solo la zona di Misurata, possa essere esteso in tutta la nostra Nazione, che ne ha estremo bisogno.





Quanto tempo è stato necessario per realizzarlo?

Abbiamo dovuto superare una serie di importanti difficoltà, di ordine burocratico e non solo. Abbiamo iniziato a lavorare su questo progetto oltre un anno fa, superando molte difficoltà. Alla fine, tenacemente, dopo un anno, siamo riusciti a metterlo in pratica e a farlo vivere. Ci sono voluti dodici mesi, ma è stato un tempo speso bene. Costituisce sicuramente un esempio da imitare al fine di dare nuove speranze ad un territorio che è stato fortemente segnato dalla guerra.

Quali sono state le difficoltà da superare?

In genere, la più importante difficoltà è quella di superare la diffidenza delle imprese italiane a venire a realizzare in Libia i loro progetti. In questo caso, l'azienda Orthomedica di Padova ha avuto un grande slancio e un grande interesse sin da subito nella realizzazione del progetto ed ha instaurato un ottimo rapporto con le autorità libiche, che contano moltissimo in un buon rapporto con l'Italia e vogliono agire con il vostro Paese per realizzare il futuro.

Quante persone, a suo avviso, riuscirà ad aiutare nella deambulazione?

Spero e sono certo che il progetto riuscirà ad aiutare molte persone, più di quante ora ne potremmo immaginare. La tappa successiva sarà quella di estendere il progetto in tutto il Paese, che ne ha estremo bisogno, visto il numero delle persone che è stato finora colpito.

Pensa che questo tipo di progetti siano importanti per i Paesi che si trovano in difficoltà dal punto di vista socio-sanitario? Sono fondamentali. Dev'essere il più possibile esteso l'aiuto nei confronti di quei Paesi che hanno conosciuto e conoscono le guerre o altri tipi di disagi della popolazione derivanti da situazioni di fame e povertà.

A suo parere, i Paesi europei, attraverso aziende che sviluppano know how e tecnologie specifiche, devono impegnarsi maggiormente su queste finalità?

Mi sembra evidente che occorra mobilitarsi, da ogni punto di vista, perché i popoli non abbandonino i Paesi dove sono nati e dove sono vissuti e traggano, invece, alimento e sostegno anche economico e di aiuto strutturale per fronteggiare le crisi in atto.

Com'è oggi la situazione di Misurata?

Direi stabile, tranquilla, pur considerando tutto quello che la popolazione di quella città ha dovuto subire

Quali sono le sue valutazioni sul futuro?

Vedo il futuro della Libia con occhi molto speranzosi. Il mio Paese è un Paese ricco di risorse economiche e materiali e sono certo che con l'aiuto soprattutto del "fratello italiano" che aiuta la Libia, potremo iniziare a considerare presto di uscire dal nostro "tunnel".

LAVORATORI E AZIENDE METALMECCANICHE SEMPRE PIU' SODDISFATTI DEL WELFARE MIX

di Caterina Del Principe

Il 57% delle aziende metalmeccaniche e il 61% dei metalmeccanici, degli installatori di impianti, degli orafi e argentieri italiani aderenti, si dichiara soddisfatto delle prestazioni sanitarie integrative al Sistema Sanitario Nazionale erogate dal Fondo Metasalute, il Fondo integrativo obbligatorio di categoria. Questi alcuni dei dati più significativi che emergono da una ricerca Nielsen, commissionata dallo stesso Fondo a gennaio 2019. Quattro i momenti di somministrazione dell'indagine, di cui tre finora realizzati da febbraio a settembre 2019, su un campione di 3400 interviste complessive tra lavoratori, aziende e strutture sanitarie. Nel corso dei mesi è emerso un aumento del gradimento. In particolare nelle aziende che aderiscono al Fondo la soddisfazione cresce dal 46% della prima wave (febbraio-marzo 2019), al 47% della seconda (maggio-giugno 2019), fino al 57% nella terza analisi a settembre. La possibilità di una sanità integrativa rispetto al Sistema Sanitario Nazionale soddisfa anche i lavoratori metalmeccanici, gli installatori di impianti e gli orafi, come emerge chiaramente dalla ricerca: la prima wave (febbraio-marzo 2019) registrava una soddisfazione del 55%; la seconda (maggio-giugno) del 57%; la terza, a settembre, del 61%.

I dipendenti in particolare apprezzano la vasta offerta sanitaria del Fondo Metasalute, il sito internet, nonché la qualità e la vicinanza delle strutture sanitarie convenzionate. I lavoratori sottolineano anche la necessità di minore burocrazia e maggiore chiarezza nelle motivazioni di rifiuto dei rimborsi. Mediamente soddisfatte anche le strutture sanitarie che, secondo la rilevazione di luglio 2019, dichiarano un gradimento del 44%, dato che cresce al 56% nella rilevazione di ottobre 2019.

“Siamo davvero soddisfatti dei risultati di questa analisi Nielsen, perché oltre ad avere una fotografia reale del livello di apprezzamento delle prestazioni sanitarie integrative abbiamo anche una visione precisa sui margini di miglioramento dei servizi offerti – dichiara Silvano Simone Bettini, Presidente del Fondo Metasalute – il nostro obiettivo è quello di offrire ai nostri iscritti un servizio qualitativamente sempre più elevato e prestazioni mirate e tarate sulle esigenze di quello che per noi è il motore dell'Italia, ovvero i suoi lavoratori e le sue aziende”

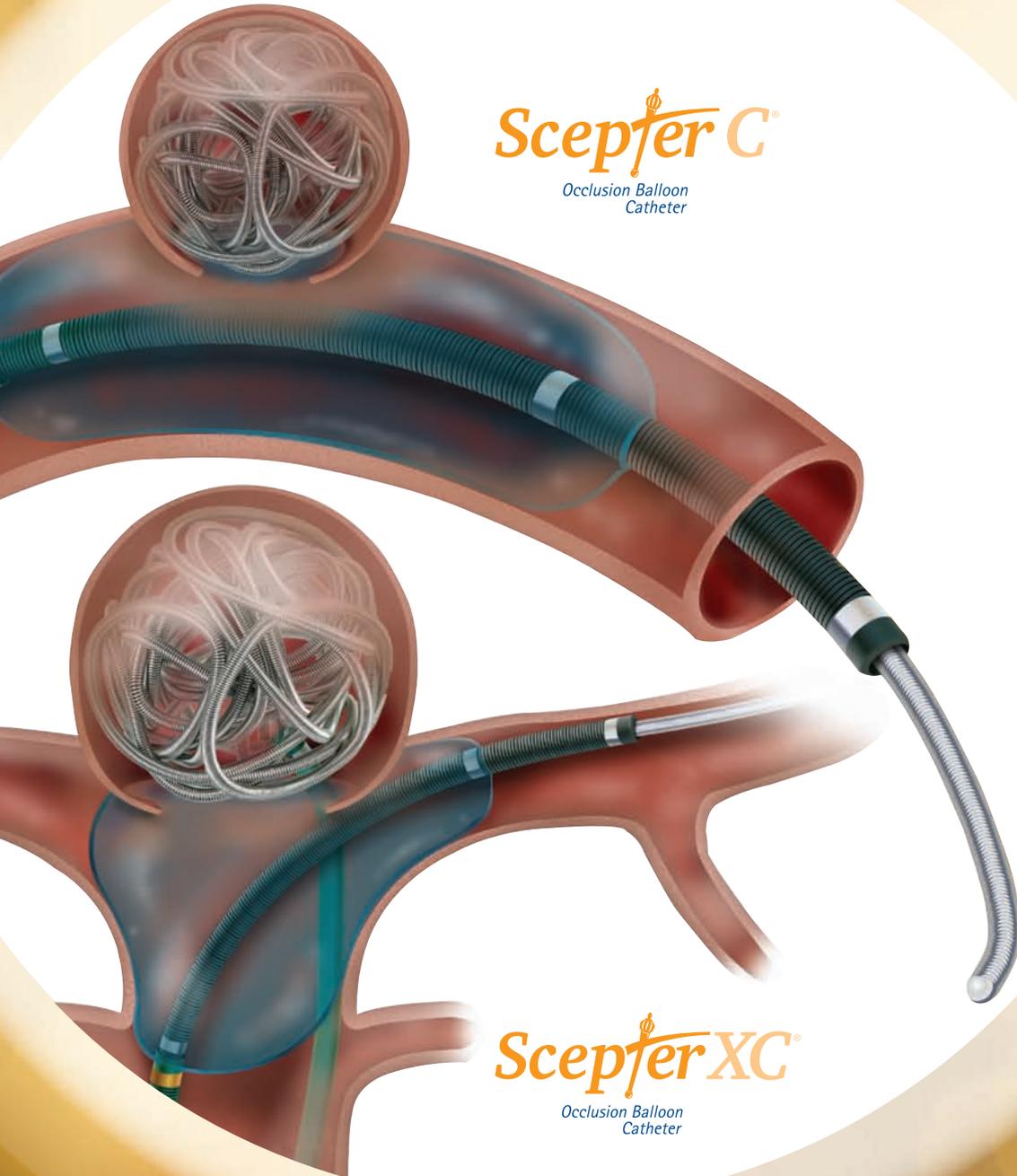
Negli ultimi due anni il Fondo Metasalute ha visto crescere esponenzialmente sia il numero delle aziende aderenti, da 32.433 del dicembre 2017 a 38.227 del settembre 2019,

sia quello dei lavoratori iscritti, che sono passati da 1.051.695 della fine 2017 a 1.234.692 al settembre del 2019 e che con i familiari arrivano ad un totale di 1.700.000.

“La rilevazione mette in luce uno scenario positivo su tutti e tre i fronti: aziende, lavoratori e strutture sanitarie. Certamente aumentare la Customer Satisfaction – spiega Giorgio Pedrazzini di Nielsen – richiede tempo e impegno, concettualmente si tratta di un processo senza fine, ma già nell'arco di pochi mesi abbiamo assistito ad azioni da parte del Fondo mirate al miglioramento della soddisfazione per i servizi offerti”.



Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE



Salute

La tecnica non è tutto

*LA PROFESSIONE MEDICA SEMPRE PIU' SUGLI SCUDI,
MA LE SOLUZIONI DEVONO ESSERE INTEGRALI.
DAGLI STIMOLI DI MONSIGNOR DELPINI UNA POSSIBILE RICETTA*

di *Giosetta Ciuffa*

“Stimato e caro dottore”: così esordisce l’arcivescovo di Milano, Mario Delpini, autore della lettera aperta dedicata a tutti i medici, che quotidianamente si impegnano in questa professione fondamentale, impegnativa, piena di soddisfazioni ma anche di sofferenza. E a seguito della pubblicazione, lo scorso 7 febbraio l’arcivescovo si è recato in visita in una delle strutture forse più rappresentative dei successi che costellano la professione e, ahimè, anche dei fallimenti: l’IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, dove con medici, pazienti, personale sanitario e amministrativo si è tenuta una riflessione che ha toccato temi come l’umanizzazione delle cure, la vocazione che purtroppo accade diminuisca con le difficoltà, la stanchezza e le pretese dei degenti, la complessità nel dare loro la giusta

attenzione, fino a temi più delicati quanto impenetrabili come il rapporto tra la vita e la morte.

A tal proposito Augusto Caraceni, direttore Cure palliative, Terapia del dolore e Riabilitazione, ha osservato come “il paziente non può e non deve essere mero esercizio retorico: non si può tralasciare l’aspetto della psicologia, dell’accompagnamento e della dimensione spirituale”, secondo la strada aperta dall’infermiera, assistente sociale e medico Cicely Saunders, pioniera britannica delle cure palliative e fondatrice nel 1967 del primo hospice come lo intendiamo oggi, il St. Christopher’s a Beckenham.

“È meraviglioso sentirsi di nuovo al sicuro”: così si esprimeva nell’ultima conversazione (registrata) la signora Hinson, paziente oncologico che, descrivendo la propria



condizione di ormai cronica sofferenza fisica, psichica, sociale e spirituale, contribuì a definire il “dolore totale” che affligge il malato terminale. “Un giorno un paziente mi disse: ‘Dottore, è iniziato dalla schiena, ma ora sembra che tutto mi faccia male,’ parlò di uno o due altri sintomi, e aggiunse: ‘Avrei potuto implorare per ricevere le pillole e le iniezioni ma sapevo che non dovevo. Nessuno sembrava capire come mi sentissi e mi sembrava che tutto il mondo fosse contro di me. Mio marito e mio figlio sono stati meravigliosi ma hanno dovuto lasciare il lavoro perdendo i loro soldi. Ora è meraviglioso ricominciare a sentirsi di nuovo bene, al sicuro’. Rispondendo ad una sola semplice domanda era veramente riuscita a rendere l’idea della sua sofferenza, delle sue preoccupazioni. L’ho citata in numerose occasioni come esempio di quello che nella letteratura hospice oggi è definito come dolore totale”. (*Cicely Saunders, intervista con David Clark, 3 maggio 2003*). “Non un esercizio retorico né solidaristico

La lettera aperta dell’arcivescovo di Milano apre un confronto che si prospetta molto costruttivo

quindi, ma epistemologico e scientifico per vedere come agiscono le cure, che si esprimono nella guarigione o altrimenti nell’accompagnamento. I pazienti non sono e non dovrebbero essere ridotti a utilizzatori di servizi e le componenti burocratiche possono essere svolte da uomini e donne sensibili”, chiosa Caraceni.

“La verità non deve essere brutalità: occorre una cultura della comunicazione, che vuole cuore e intelligenza” fa eco Maura Massimino, direttrice Pediatria oncologica. “Domande ne avremo sempre, soprattutto come si chiede Dostoevskij ne ‘Il grande inquisitore’, perché mai esiste la sofferenza dei bambini, e in che modo possiamo noi alleviare anche di un briciolo la disperazione. Oggi so che non tocca a me la risposta ultima”.

Ugo Pastorino, direttore Chirurgia toracica, ha invece osservato come la vocazione e il servizio non richiedano adesione a un credo religioso e non devono rientrare in logiche di marketing: frasi come “il paziente al centro” risultano essere solamente slogan in cui i concetti di umanità e cura si perdono. Anzi, sono le persone che devono adeguarsi alle cure e non il contrario: “In un testo perfettamente moderno, il ‘Consiglio ai medici’ di Seneca, i pazienti vengono chiamati ‘clientes’ ma non vanno considerati tali, anzi; con i nostri errori si può arrivare a uccidere. Prendiamo ad esempio il caso delle sperimentazioni cliniche: non si conosce la cura migliore e al paziente si



chiede se acconsente a partecipare. Tale ammissione di ignoranza è ciò che caratterizza la ricerca medica stessa. Oggi invece troppo spesso si proclama di conoscere la cura migliore per attirare clienti". Pastorino non ha tralasciato di chiedere aiuto all'arcivescovo Delpini perché con un appello incentivi le donazioni, come un tempo avveniva per la Ca' Granda: "Donazioni intese non dai ricchi per i ricchi quindi, ma di carattere solidaristico, sul terreno che ci accomuna al fine di dare un servizio a tutti".

"Sono qui con modestia e gratitudine. Vi ho scritto più come apprezzamento che insegnamento: un tentativo di dialogo quindi", così monsignor Delpini ha introdotto la sua relazione sollecitando prima di tutto alla cura di sé, secondo il precetto evangelico "Medico, cura te stesso!". "Ciò che oggi emerge – ha continuato - è che anche chi accudisce i malati può sentirsi affaticato e oppresso. La cura di sé diviene pertanto condizione per essere un bravo professionista ma deve essere anche creata dal sistema. Il medico non va spremuto con ritmi esasperanti, anzi, deve avere tempo da trascorrere in famiglia, tempo di riflettere, affrontare le domande, confrontarsi con i colleghi: per aiutare gli altri non si può mortificare la propria vita e questo vale in generale anche per mestieri analoghi".

In risposta al quesito sollevato sulle inspiegabili malattie dei bambini, l'arcivescovo ha ammesso l'imperscrutabile: "Siamo tutti attraversati dalla domanda sul significato del dolore e qui il vescovo, il sacerdote, prende le difese di

Dio, anche se non ne ha bisogno. È una domanda che non ha risposta perché è una cosa assurda che in effetti non dovrebbe esistere. Ma io, da cristiano, posso parlare del cieco nato: per la concezione dell'epoca il peccato merita punizione e se si è ciechi dalla nascita è per colpa di qualcuno. I discepoli chiedono infatti a Gesù chi ha peccato perché il cieco fosse privato della vista, se lui o i suoi genitori, e anche a questi chiedono di chi sia la colpa della sua cecità; Gesù risponde loro: 'perché si manifesti la gloria di Dio'. Il dolore è una cosa insensata che tutti dobbiamo affrontare; la rivelazione cristiana ci dice che non viene da Dio ma il modo di viverlo può condurre a Dio". Dolore visto quindi non più come punizione ma come occasione: monsignor Delpini si rifà al concetto cardine della proposta pastorale dell'arcidiocesi per l'anno in corso, "La situazione è occasione", espresso inoltre nella lectio tenuta il giorno successivo, XXVIII Giornata mondiale del malato: la situazione di malattia può essere occasione, tempo propizio per la salvezza, la santità, la carità. "Persino in una situazione difficile è possibile amare, cioè vivere alla maniera di Dio. Io che soffro in che modo posso amare?", questo l'arcivescovo invita a chiedersi. Infine, alla richiesta di un intervento per sollecitare maggiori donazioni, monsignor Delpini scherza con la platea: "Potrei scrivere una lettera ai ricchi. E voi qui vedo che approvate ma nessuno che pensi a se stesso come a un ricco che potrebbe fare una donazione". La situazione è occasione, appunto.

Diagnosi prenatale

di *Flavia Scicchitano*

CLAUDIO GIORLANDINO



Negli ultimi anni la diagnosi prenatale è radicalmente cambiata, a seguito di un importante impatto delle metodologie genetiche nell'approccio e sugli effetti ed efficacia di questa branca della medicina. Test di screening meno invasivi hanno sostituito la diagnosi prenatale tradizionale nella capacità di selezionare i casi ad alto rischio. Ma oggi siamo in un momento di grande transizione che porterà certamente ad una definizione dei ruoli di screening mediante NIPT sempre più accurati e di test invasivi sempre più completi e sofisticati.

I pro e i contro dei test diagnostici e dei test di screening, una panoramica a tutto fondo per capire che cosa è cambiato.

Claudio Giorlandino, direttore generale dell'Italian college of fetal maternal medicine, quali sono le più recenti tecniche per monitorare lo stato di salute del feto durante la gravidanza?

Bisogna, innanzitutto, fare una premessa: la diagnosi prenatale tradizionale, quella relativa alla esecuzione delle amniocentesi, ha raggiunto la sua saturazione circa cinque anni fa e sta attraversando una epoca di declino che la porterà ad un livello molto basso di test. Qui in Italia si eseguivano, infatti, cinque anni fa oltre 150.000 amniocentesi, mentre attualmente si pensa che non si superino i 30.000; al suo posto stanno nascendo progressivamente i cosiddetti test prenatali non invasivi (NIPT). Va però detto che questi non sono test diagnostici ma test di screening che non forniscono certezze, ma



rappresentano una metodologia di selezione di casi ad alto rischio le cui risposte, in particolari sulle principali trisomie (13, 18, 21), sono particolarmente efficaci. Le previsioni portano ad un aumento drammatico di questi test di screening che tenderanno a superare, entro pochi anni, il numero delle amniocentesi.

Esistono altri test di screening in grado di rivelare anomalie durante la gestazione?

Sì, tra questi c'è la translucenza nucale, un'ecografia esterna con cui si misura la distanza tra la cute della nuca e l'osso occipitale del cranio, un importante marcatore fetale per la previsione di eventuali anomalie. La presenza di altri test di screening, dunque, quali lo studio della translucenza nucale e il test combinato (translucenza nucale + biochimica), spesso indicano l'esistenza di un rischio di trisomia che ha portato, contrariamente per quanto avvenuto per le amnio, ad un aumento della richiesta delle villocentesi. Tale metodica, infatti, è diagnostica come l'amniocentesi ma la si esegue in un'epoca molto precoce, quella, appunto, dove si praticano le NIPT e i test combinati (10/12 settimana). La villocentesi, pertanto, è oggi l'unico test invasivo che si attesta su valori stabili nella richiesta dei medici e dei pazienti.

Amniocentesi e villocentesi, però, nel sentire comune, sono considerati esami diagnostici piuttosto rischiosi per la salute del bambino: è corretto?

Va detto che, nella percezione della gestante, l'amniocentesi (16/18 settimana) e la villocentesi (11/12 settimana) risultano essere test diagnostici che,



sebbene molto affidabili, rimangono ad alto rischio di aborto. Sempre nella percezione dei pazienti, la NIPT, che si esegue soltanto attraverso un prelievo di sangue alla madre, è evidentemente un esame a basso rischio la cui affidabilità però appare elevata al contrario del bitest o test combinato la cui affidabilità, anche nella percezione dei pazienti, risulta piuttosto bassa. I medici hanno invece chiara l'idea che, sia la villocentesi che l'amniocentesi, sono test totalmente affidabili con un rischio estremamente basso e con la potenzialità di poter eseguire diagnosi molto accurate e complete. Nonostante ciò le pazienti continuano a preferire sempre di più lo screening.

E' esatto. In tutto il mondo la NIPT è in crescita con una percentuale in salita tra il 16% e il 20% di test eseguiti ogni anno. Vale la pena di dare alcuni dati relativamente ai vari test di screening diagnostici: si stima che nel 2018 siano stati eseguiti circa 200.000 screening con translucenza nucale e test combinato, circa 80.000 NIPT,

meno di 30.000 amniocentesi ma ben 15.000 villocentesi in salita rispetto al passato. Bisogna sottolineare che i test, come la translucenza nucale e il test combinato, sono screening caratterizzati da un alto numero di falsi positivi (di qui l'aumentata richiesta di villocentesi) mirati alla individuazione di soggetti a rischio solo di malattie cromosomiche. La NIPT, invece, è caratterizzata da un numero inferiore di falsi positivi (anche se presenti) e bassi falsi negativi essenzialmente per le maggiori cromosopatie.

Quali sono le principali anomalie individuate attraverso i NIPT?

Benché le linee guida nazionali, oramai datate poiché risalenti al 2015, indichino l'opportunità di ricercare attraverso la NIPT solo l'esistenza delle maggiori cromosopatie, è ormai diffuso l'uso di cercare anche le aneuploidie cromosomiche cioè gli errori dei cromosomi sessuali. Quest'ultima indagine è infatti foriera di maggiori errori. Va detto, però, che molto recentemente alcuni tra i maggiori laboratori sono stati in grado di mettere in atto, attraverso la NIPT, ricerche sempre più sofisticate tra le quali quelle di tutte le altre anomalie cromosomiche, di molte malattie monogeniche (quali la fibrosi cistica, il nanismo, etc.) e diverse microdelezioni (errori molto piccoli all'interno dei cromosomi). Questi test, però, hanno un valore molto limitato, sono imprecisi e insicuri perciò le loro riposte devono essere poi confermate mediante i test invasivi tradizionali quali, soprattutto, l'amniocentesi o la villocentesi.

Bisogna seguire alcuni accorgimenti nel sottoporsi a questi test?

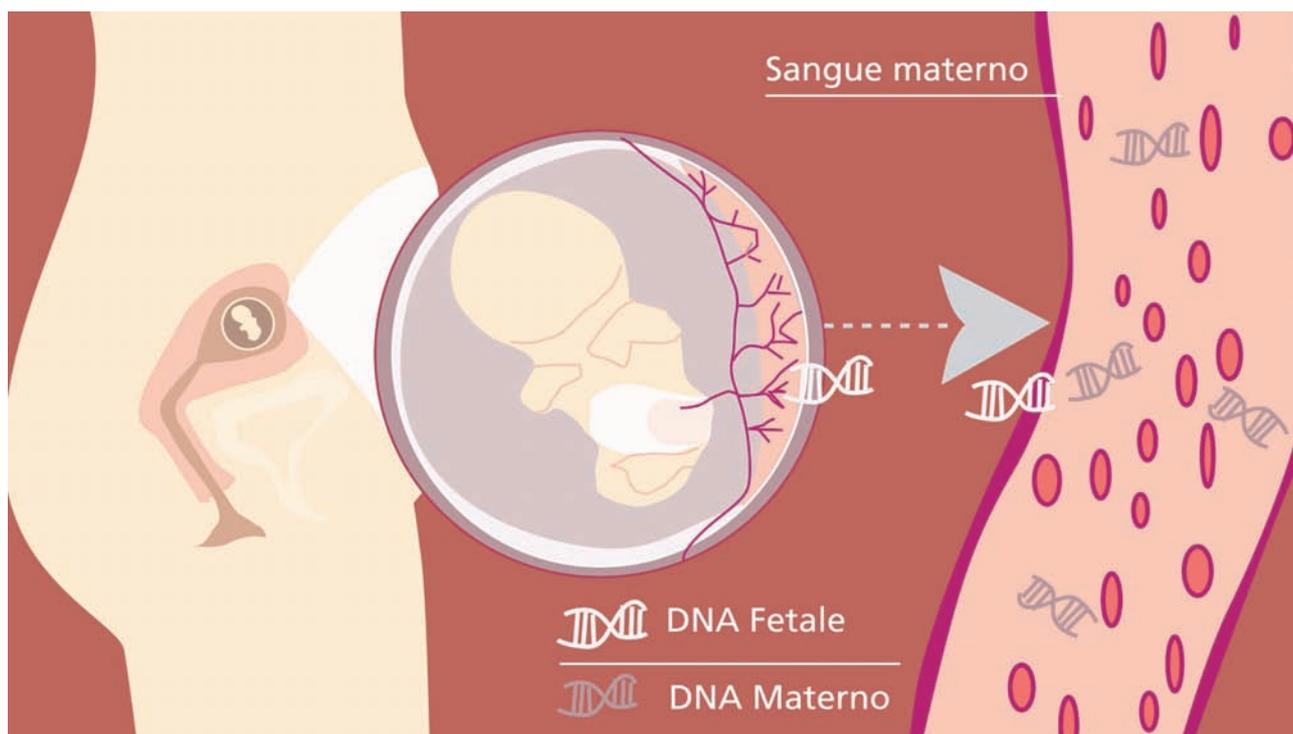
Una delle più importanti raccomandazioni è quella di far precedere ogni esame di screening NIPT da una valutazione ecografia del feto, giacché non è consigliabile eseguire tali esami senza vedere le condizioni dell'embrione nel grembo materno, il loro numero, lo stato di vitalità, le più grossolane anomalie.

Quali sono, invece, le ultime novità relative ai test diagnostici invasivi?

I test diagnostici invasivi sono capaci di fornire diagnosi estremamente sofisticate e approfondite soprattutto grazie all'introduzione nella diagnostica di metodologie genetiche estremamente raffinate in grado di valutare, in brevissimo tempo, non solo le semplici cromosopatie, come nelle tecniche tradizionali, ma addirittura l'intero genoma umano andando a rilevare migliaia di alterazioni potenzialmente o effettivamente responsabili di un numero imprecisato ma molto elevato di patologie genetiche. Tali test, oggi definiti Next Generation Prenatal Diagnosis, vengono riservati ai casi con maggiore rischio o dove sussista una indicazione precisa quali la familiarità o la presenza di sospetti ecografici.

Previsioni per il futuro?

Oggi siamo in un momento di grande transizione: si arriverà certamente ad una definizione dei ruoli di screening mediante NIPT sempre più accurati e di test invasivi sempre più completi e sofisticati.



LE MUTILAZIONI GENITALI CRIMINE DEVASTANTE PER LE DONNE, DISASTRO CRESCENTE PER L'ECONOMIA

di *Andrea De Tommasi*

Sofferenze, traumi, danni permanenti. 200 milioni di donne hanno subito nella loro vita una pratica di Mutilazioni genitali femminili (Mgf). Con costi globali altissimi: 1,4 miliardi di dollari all'anno.

Una pratica rischiosa per la salute delle donne, una violazione dei diritti fondamentali, un crimine condannato dalle Nazioni unite. Tutto questo sono le mutilazioni genitali femminili. Un trattamento che è anche economicamente insostenibile per i Paesi dove viene ancora eseguito. I costi delle cure necessarie a rimediare ai danni alla salute provocati dai tagli effettuati sugli organi riproduttivi soprattutto su bambine tra i cinque e i 15 anni sono, infatti, altissimi.

Secondo un documento dell'Organizzazione mondiale della sanità dal titolo "Fgm Cost Calculator", diffuso il 6 febbraio scorso in occasione della Giornata internazionale della tolleranza zero per le Mgf), l'impatto economico globale provocato da questi trattamenti è di 1,4 miliardi di dollari all'anno. Utilizzando i dati di 27 Paesi in cui la pratica è ancora diffusa, i ricercatori hanno simulato i vantaggi

economici che deriverebbero dalla rinuncia a una prassi così pericolosa. Se si smettesse ora di eseguire le mutilazioni genitali femminili, entro il 2050 si registrerebbe un risparmio in costi per la salute pari al 60%. Al contrario, se non venisse intrapresa alcuna azione, i costi sanitari sarebbero destinati ad aumentare del 50% nello stesso periodo di tempo, dato l'aumento demografico previsto e il maggior numero di ragazze sottoposte alle mutilazioni. Ogni Paese destina circa il 10% dell'intera spesa annuale in assistenza per le vittime delle mutilazioni genitali, una quota che in taluni casi può arrivare addirittura al 30%. Attualmente si stima che nel mondo vivano più di 200 milioni di donne che sono state sottoposte alle mutilazioni genitali femminili, concentrate in 30 Paesi tra Africa, Medio Oriente e Asia. Le mutilazioni genitali femminili rappresentano dunque una preoccupazione globale. In alcuni casi vengono operate bambine con meno di un anno di vita, come accade nel 44% dei casi in Eritrea e nel 29% dei casi in Mali, o persino neonate di pochi giorni, come nello Yemen.

**DUECENTO MILIONI
LE VITTIME
DI QUESTA PRATICA
VIOLENTA, UMILIANTE
INCIVILE**





Le bambine e le donne che hanno subito mutilazioni genitali corrono gravi rischi per la loro salute fisica e mentale. Nell'immediato c'è il pericolo di infezioni, emorragie, traumi psicologici. A lungo termine, possono insorgere complicazioni durante il parto, malattie psichiche e infezioni croniche, dolori durante il ciclo mestruale o durante i rapporti sessuali.

Dal 1997 sono stati fatti grandi sforzi per porre fine alle mutilazioni genitali femminili, attraverso il lavoro all'interno delle comunità, la ricerca e i cambiamenti nella legi-

slazione degli Stati. Ventisei Paesi in Africa e in Medio Oriente ora hanno leggi che vietano esplicitamente le mutilazioni genitali. L'Unicef ha chiesto un maggiore impegno per porre fine definitivamente entro il 2030 a questo orribile atto di violenza di genere, così come promesso al momento di sottoscrivere l'Agenda degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Dal 2007, inoltre, il programma congiunto di Unicef e Fondo delle Nazioni unite per la popolazione (Unfpa) ha posto fine alle Mgf in migliaia di comunità di villaggio africane.

I tassi di mutilazioni genitali femminili sono diminuiti negli ultimi trent'anni, ma non abbastanza da tenere il passo con la crescita demografica. Se la tendenza rimane questa, il numero di ragazze e donne che subiscono questi trattamenti aumenterà in modo significativo nei prossimi 15 anni. Secondo l'Oms, sarà fondamentale investire risorse aggiuntive per campagne di sensibilizzazione e di reale contrasto alle Mgf. (www.asvis.it)

L'impatto economico globale provocato da questi atti ammonta annualmente a 1,4 miliardi di dollari



Anziano a chi? Ultra 60enni e tecnologia

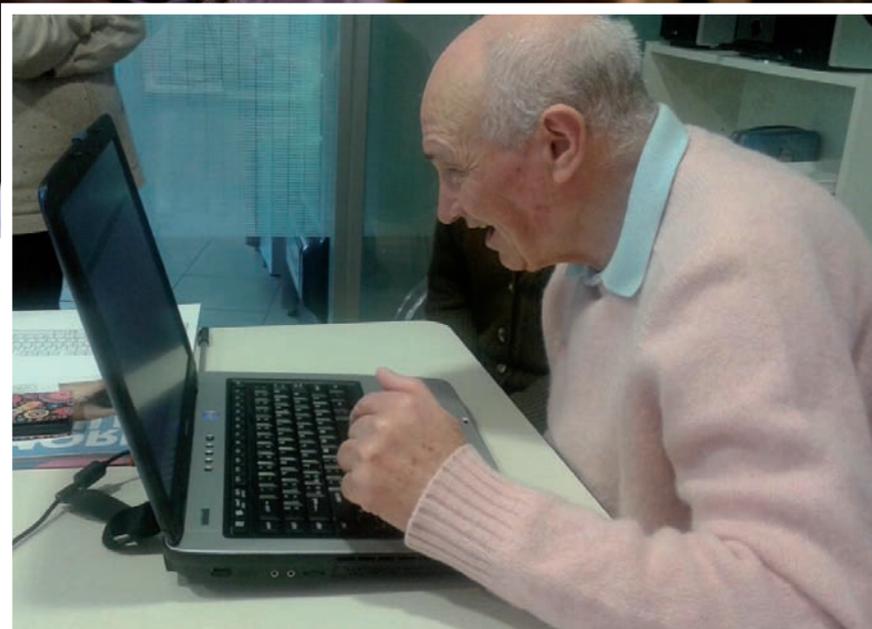
I BABY BOOMER? PIU' PRONIPOTI CHE ANTENATI
UNA RICERCA SWG-CNA SFATA MOLTI LUOGHI COMUNI

di *Pietro Romano*

Dimenticate gli Antenati. E pensate piuttosto ai Pronipoti. Tra i due fumetti cult dei primissimi anni sessanta prodotti dalla prolifica ditta americana Hanna&Barbera gli anziani italiani cresciuti ai tempi di Antenati e Pronipoti puntano con decisione, a sorpresa, sullo stile di vita dei secondi. E, lontani anni luce dalla caverna e dalla clava di Fred Flintstone (e relativa moglie Wilma), sempre più danno l'idea di vivere proiettati nel futuro di George e Jane Jetson alle prese con le nuove tecnologie. E' quanto emerge dalla indagine condotta su un campione rappresentativo di

"capelli grigi" da Swg per conto della CNA sul "clima sociale degli anziani".

Il risultato dell'indagine sfata prima di tutto un luogo comune, evidentemente poco attinente alla realtà. Gli anziani non sono allergici alle nuove tecnologie. Tutt'altro. Soltanto il 3% degli interpellati considera i dispositivi di ultima generazione estranei alla loro vita. E per il 9% del campione risultano superflui. Al contrario, il 5% confessa di provare per l'hi-tech un'autentica passione. Anche la disaggregazione territoriale del dato totale può sorprendere: è al Sud che vivono gli anziani



più tecnologici (7% a fronte del 3% al Nord). Ritornando al campione complessivo, il 13% degli anziani è convinto che i tablet, gli smartphone e gli ultimi ritrovati tecnologici rappresentino un divertimento. Il 39% li ritiene una comodità che facilita la vita delle persone. E il 31% una necessità della quale non è consentito fare a meno.

Sarà l'apporto delle nuove tecnologie, sarà molto più probabilmente la saggezza derivata dall'età, gli anziani italiani si sentono mediamente felici. Oltre un quinto del campione (21%) si dichiara molto felice. Quasi la metà (49%) felice. Il rimanente 30% infelice. La felicità veste di rosa più che d'azzurro (si sentono felici il 73% delle donne e il 66% degli uomini) e risiede soprattutto nelle regioni settentrionali (dove il 74% si dichiara felice) più che al Sud (66%) o al Centro (64%).

In un Paese spesso definito rancoroso e rabbioso, tra gli anziani non prevalgono emozioni negative. Le impressioni più frequenti sono speranza (33%) e attesa (39%). Gli anziani hanno scarsa fiducia (14%) ma anche poca paura, mentre il sentimento di gioia è, purtroppo, quasi sconosciuto.

L'indagine spazza via anche un altro dei luoghi comuni sugli anziani, spesso descritti come persone che vivono ai margini della vita sociale. Se ne sente del tutto escluso solo il 6% e parzialmente escluso il 15%. All'opposto, il 6% del campione si sente completamente dentro la società e il 31% "in buona misura dentro". La sensazione di inclusione sociale è più diffusa al Sud che al Nord.

Le maggiori differenze territoriali emergono in relazione alle paure degli anziani. In cima a questa scala il timore



di perdere l'autonomia (56%), preoccupazione che rispetto alla media nazionale sale al 61% nelle regioni settentrionali e scende al 47% nelle meridionali. Il rischio di perdere la capacità di ragionare e di comprendere è al secondo posto con il 45%. La malattia è terza tra le apprensioni.

Per quanto riguarda gli aspetti economici, i maggiori timori interessano la possibilità di perdere i propri risparmi e il rischio di non disporre dei mezzi finanziari per le cure personali o di un familiare. Entrambe le risposte totalizzano il 38%. Seguite a poca distanza (36%) dalla paura di non riuscire ad aiutare economicamente i propri figli. Atteggiamenti molto differenziati emergono a livello geografico. Al Sud il 48% del campione indica la paura di non poter aiutare i figli contro il 28% segnalato al Nord, dove sono più avvertite le preoccupazioni per i propri risparmi (42%).

Nelle regioni del Centro il principale timore (49%) riguarda l'eventuale impossibilità di fare fronte alle cure mediche, tallonato dalla prospettiva di non essere in grado di mantenere un tenore di vita costante. Infine, le vacanze. L'estate scorsa ne ha goduto il 63% del campione, percentuale che sale al 70% al Nord e scende al 49% nelle regioni meridionali.

Oltre un quinto del campione di anziani interpellati (21%) si è dichiarato molto felice. Quasi la metà (49%) felice

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





Un quarto degli italiani rinuncia alle cure mediche

OUTLOOK SALUTE ITALIA 2021.
I RISULTATI DELLA RICERCA DEMOSCOPICA PROMOSSA DA DELOITTE

di Danilo Quinto

Nello scorso mese di gennaio si è svolta a Roma la prima edizione dell'evento Deloitte "Outlook Salute Italia 2021 – Prospettive e sostenibilità del Sistema Sanitario" curato da Guido Borsani, Senior Partner Deloitte e Government and Public Services Industry Leader dell'area Central Mediterranean (Italia, Grecia, Malta) e patrocinato da Amcham (American Chamber of Commerce in Italy).

Davanti ad una platea composta, tra gli altri da Maria Chiara Carozza (Prof.ssa di Bioingegneria Industriale dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Direttore Scientifico della Fondazione Don Carlo Gnocchi e già Ministro dell'Istruzione), Fiammetta Fabris (Responsabile divisione Health, Allianz), Vito Montanaro (Direttore Generale, Regione Puglia), Michele Perrino (Presidente e Amministratore Delegato Medtronic Italia e Consigliere di American Chamber of Commerce in Italy) e Flavio Ronzi (Segretario Nazionale, Croce Rossa

Italiana), l'On. Angela Iannaro (Membro della Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati) e Silvio Brusaferrò (Presidente, ISS), sono stati presentati i risultati di una ricerca demoscopica realizzata da Deloitte, basata su oltre 3.500 interviste, mirata a verificare se e come si stanno modificando abitudini e modalità di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

Dall'indagine sono emersi tre aspetti importanti: 1) più di un quarto del campione afferma di essere stato costretto a rinunciare a cure mediche nell'ultimo anno per motivazioni economiche (29%), quota che raggiunge oltre un terzo dei residenti al Sud e nelle Isole (36% al sud; 40% nelle isole); lo spostamento di un terzo degli italiani dalla propria regione di residenza per usufruire di Centri di eccellenza; 3) il giudizio sulla sanità pubblica – nonostante questi problemi – è giudicato sufficiente (6,3 su una scala da 1 a 10), quello sulla sanità privata, buono (7,3).

Importanti criticità sono state evidenziate relativamente ai tempi di attesa, che non raggiungono la sufficienza in alcun ambito indagato (il voto medio è inferiore a 5 per tempi di attesa relativi a ricoveri ospedalieri, diagnostica e visite ambulatoriali), e soprattutto, denotano un peggioramento nel corso dell'ultimo anno.

Dallo studio si rileva che le polizze salute risultano note agli italiani, anche se solo 1 su 5 dichiara di averne sottoscritto una. Emerge un problema di diffidenza: il 49% di coloro che non hanno una polizza salute non sono intenzionati all'acquisto, principalmente a causa di costi troppo elevati (44%) e perché non ne avvertono l'esigenza (30%). Viceversa, la soddisfazione presso coloro che hanno già sottoscritto una polizza assicurativa salute appare pienamente positiva, in quanto il 76% dei clienti attuali consiglierebbe la sottoscrizione ad amici e parenti.

Per quel che riguarda il fenomeno del "turismo sanitario", emerge che negli ultimi 3 anni circa un terzo degli italiani si è spostato dalla propria regione. La mobilità sanitaria è stata effettuata principalmente verso altre regioni italiane (72% tra coloro che hanno viaggiato per motivi di salute) per visite specialistiche o ricoveri ospedalieri.

Un giudizio non soddisfacente è stato dato sull'innovazione digitale, perchè considerata ancora limitata: la valutazione delle competenze digitali degli operatori sanitari in Italia

è "buona" o "ottima" per circa un terzo dei rispondenti (29%), e il livello di digitalizzazione del comparto sanitario è inferiore ad altri settori per il 38% dei partecipanti. Poco più della metà della popolazione conosce il fascicolo elettronico (59%) e l'utilizzo digitale dei servizi sanitari appare ancora circoscritto: poco più di un terzo del campione ha ricevuto un referto medico via e-mail (37%) o ha prenotato online una prestazione sanitaria (35%). Infine, solo l'8% ha fruito di servizi di telemedicina, quota inferiore rispetto a quanto registrato a livello globale (dal 13% al 29%).

Anche se i risultati della ricerca confermano il livello del Sistema Sanitario Nazionale, uno dei migliori al mondo, il dato su coloro che rinunciano alle cure mediche – soprattutto per ragioni di carattere economico – è inquietante e può mettere in discussione uno dei pilastri su cui si basa il SSN: la sua universalità. La maggioranza degli intervistati ha espresso, a questo proposito, il timore di dover fare ricorso sempre di più in futuro a fonti proprie di finanziamento per accedere alle cure. In questo contesto, potranno ricoprire un ruolo le polizze assicurative salute - che sono ancora poco diffuse e l'innovazione digitale, che rappresenta una formidabile opportunità per la sostenibilità futura del Sistema Sanitario, destinato inevitabilmente a cambiare molti degli aspetti e delle dinamiche che attualmente lo contraddistinguono.



L'ATTIVITÀ FISICA protegge davvero il nostro cuore?

25 DONNE SU 100 E 22 UOMINI SU 100
SONO ASSOLUTAMENTE PIGRI

di Sofia Sereni

Svolgere attività fisica in modo intelligente non significa necessariamente allenarsi per partecipare alle Olimpiadi: significa che **ognuno di noi deve trovare il tempo, ogni giorno e in mezzo alle mille attività di ciascuno, da dedicare all'esercizio fisico, ciascuno in funzione delle proprie possibilità e caratteristiche.** Più attività significa più salute per il cuore, il cervello, le arterie e le vene: non solo, ma migliora la salute delle ossa, dei muscoli e l'umore. Queste le raccomandazioni di **ALT- Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari – Onlus**, rappresentante in Italia di **EHN – European Heart Network** alla luce del report **Physical Activity Policies for Cardiovascular Health** sulla relazione fra attività fisica e salute cardiovascolare <https://urly.it/346t6>
25 donne su 100 e 22 uomini su 100 sono assolutamente pigri

Essere pigri significa moltiplicare la probabilità di andare incontro prima o poi a Infarto, Ictus, Trombosi, Embolia, diabete, ipertensione, aumento dei livelli di colesterolo nel sangue e conseguente aterosclerosi e demenza. Dovremmo saperlo tutti: **eppure 25 donne su 100 e 22 uomini su 100 sono assolutamente pigri** e non svolgono alcun tipo di attività fisica. Non serve esagerare: svolgere attività fisica in modo organizzato e costante fa bene a tutti, a coloro che sono in buona salute e si credono invincibili, e a coloro che hanno già avuto un incontro ravvicinato con un problema cardiovascolare e si sentono fragili.

Le raccomandazioni

Il report di EHN, network europeo nel quale ALT rappresenta l'Italia, dimostra chiaramente che nei Paesi nei quali non esistono leggi che rendano l'ambiente



favorevole a una attività fisica moderata le persone si muovono meno e si ammalano di più. **150 minuti alla settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti alla settimana di attività fisica intensa: sono le raccomandazioni indicate dal rapporto europeo.**

“Partendo da questi numeri – sottolinea la dottoressa Lidia Rota Vender - presidente di ALT - ognuno può, o meglio dovrebbe, impostare il proprio programma, in funzione del luogo in cui abita e degli impegni che ha: ma il tempo va trovato e, come ci ricorda anche il

professore Valentin Fuster, Presidente del Comitato Scientifico di ALT e Director of Mount Sinai Heart, and Physician-in-Chief at The Mount Sinai Hospital, New York City, United States of America nel suo libro pubblicato da Planeta “Abbi cura del tuo cuore: non è mai troppo presto, non è mai troppo tardi”.

Il report sottolinea quanto **sia fondamentale che i pazienti** che hanno già avuto un evento cardio o cerebrovascolare, come una Trombosi, un Infarto, un Ictus cerebrale, che hanno subito un bypass o un'angioplastica o un intervento di chirurgia vascolare, o che soffrono di diabete o ipertensione o hanno livelli di colesterolo alti troppo a lungo nel tempo o aterosclerosi già diagnosticata abbiano bisogno di decidere di scegliere un programma di attività fisica strutturata in modo organizzato, perchè ne hanno “bisogno”: un programma che ovviamente deve essere compatibile con le fragilità e le caratteristiche di ognuno, che si aggiunga alla riabilitazione guidata da professionisti fisiatra o fisioterapisti. Per ogni persona “un abito su misura”: è questa, per fortuna e finalmente, la strada che sta riprendendo la medicina, non solo in termini di prevenzione ma anche di cura: perchè ognuno di noi può essere classificato in funzione delle caratteristiche

TG5 SALUTE, *una rubrica comprensibile a tutti*

di Stefano Bini



Luciano Onder, classe 1943, è il giornalista che meglio rappresenta la medicina in tv, in Italia. Per quasi cinquant'anni in forza alla Rai, dove tra gli altri ha condotto con enorme successo *Tg2 Medicina33*, dal 2014 è in forza al Tg5 con la rubrica "Salute", facendo anche qualche sporadica apparizione in alcune trasmissioni di Rete4.

Il *Tg5 Salute* è un punto fermo del telegiornale diretto da Clemente Junior Mimun; la particolarità di questa rubrica sta nella sua estrema chiarezza, ovvero il buon Onder fa in modo che tutti possano comprendere l'argomento del giorno. Che sia un video o un'intervista in studio, Luciano Onder spiega il pezzo in maniera eccelsa e semplice, per arrivare anche a quel pubblico meno ferrato in materia; di contro, se c'è un'intervista a "tu per tu", incalza l'ospite con

domande, tornando anche più volte su una questione, finché il nocciolo non è stato ben scoperto. L'estrema attenzione al pubblico a casa è sintomo di un grande rispetto verso di esso che, sotto tanti punti di vista, premia ogni giorno *Tg5 Salute*; la salute è un tema molto delicato, oggi più che mai, e Luciano Onder infonde quella sicurezza di cui l'italiano medio ha tanto bisogno.

Questa rubrica ricalca molto ciò che era *Tg2 Medicina33*, ma Luciano Onder questo sa fare; è indiscutibilmente il giornalista/divulgatore medico più preparato e popolare che abbiamo nel nostro paese. Se una rubrica seguita per così tanti anni, specialmente in una tv commerciale come Mediaset, vuol dire che in primis viaggia a braccetto con il telespettatore e di conseguenza con gli ascolti o lo share. Se a tutto questo, ci aggiungiamo la stima del direttore di testata, è facile comprendere che il *Tg5 Salute* andrà avanti per ancora molto tempo.





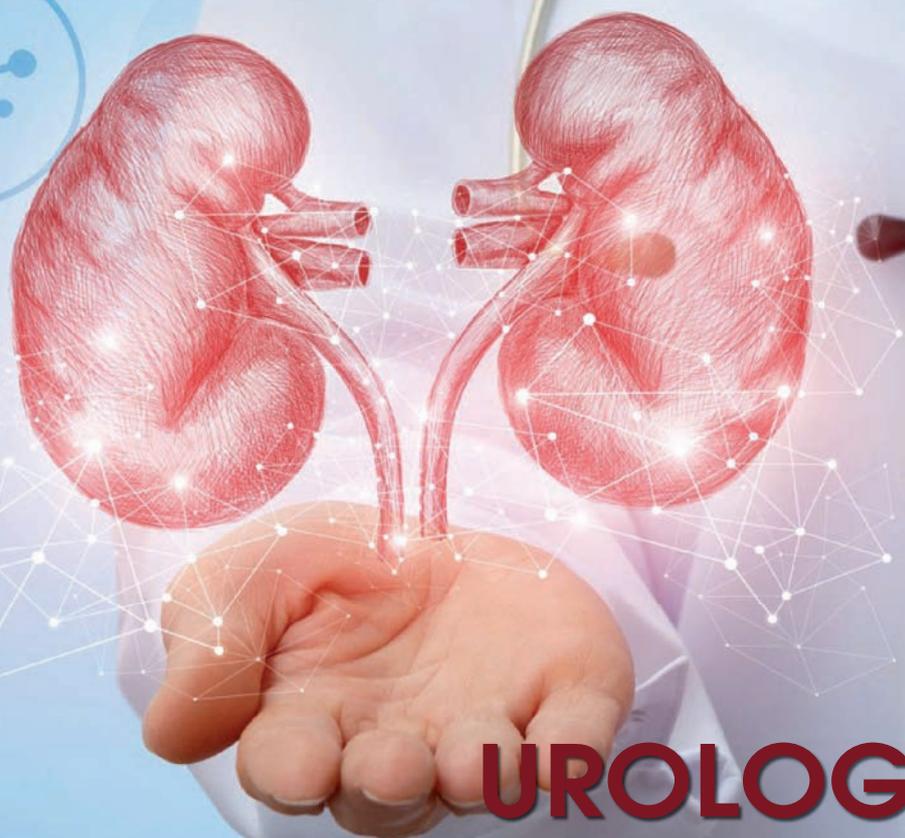
CI VUOLE IMMAGINAZIONE PER RENDERE LA SCIENZA PIÙ INNOVATIVA

Questa è la differenza fra produrre e progredire.

Ricerca l'eccellenza senza compromessi. Concentrarsi costantemente sulle soluzioni che impatteranno maggiormente sulla vita dei pazienti. Ascoltare attentamente e lavorare al fianco dei medici per comprendere i loro problemi più complessi. Questi sono i principi alla base di ogni prodotto e di ogni relazione che sviluppiamo. Questo è ciò che facciamo ogni giorno per far progredire la scienza, per i pazienti e per la vita.

Per scoprire come far progredire la scienza per la vita, visita **www.bostonscientific.eu**.

ORE12 SANITÀ
ITALIA



**UROLOGIA:
SPECIALE UOMO**

CHI ORDINA LA STRAGE DEI MASCHI

di Danilo Quinto

Professor Artibani, a che età un uomo deve cominciare a interessarsi della sua prostata?

Prevenire è meglio che curare. Un uomo dovrebbe cominciare a controllare il proprio benessere urinario e sessuale a cominciare dai 40-45 anni, in assenza di sintomi. Questo significa: controllare i valori ematici del PSA (antigene prostatico specifico); eseguire una ecografia addomino-pelvica, per controllare reni, vescica e prostata; eseguire un controllo dei genitali esterni ed un'esplorazione rettale. Se prima dell'età indicata, sono presenti dei sintomi urinari o sessuali di allerta, la valutazione deve essere anticipata.

Ci sono dei segnali o dei sintomi che devono far allarmare?

Anzitutto, l'aumento della frequenza minzionale diurna e o notturna. Si considera normale un numero di 7-8 minzioni nell'arco delle 24 ore. Un getto urinario fiacco, prolungato, intermittente, di calibro ridotto; uno sgocciolio post-minzionale significativo; la presenza di bruciori durante la minzione; il comparire di un'urgenza minzionale o di episodi di incontinenza urinaria notturna: sono tutti sintomi di allarme.

Tra i segni urinari: l'emissione di urine ematiche o scure come la coca-cola; urine torbide e maleodoranti, l'aumento di volume di un testicolo o della borsa scrotale, un progressivo gonfiore dell'addome inferiore con necessità di allargare la cintura. Altrettanto importanti sono i sintomi e i segni nell'ambito della sfera sessuale: il comparire di arrossamenti del glande e del prepuzio (possibili spie di un diabete incipiente); l'impossibilità di scoprire il glande per il sopravvenire di una fimosi post-infiammatoria; la presenza di zone alterate o ulcere sul glande; la comparsa improvvisa o progressiva di un deficit della prestazione sessuale (eiaculazione precoce o ritardata; difficoltà a ottenere o mantenere l'erezione); l'incurvamento del pene in erezione con comparsa di placche fibrose; l'emissione di sangue con lo sperma.

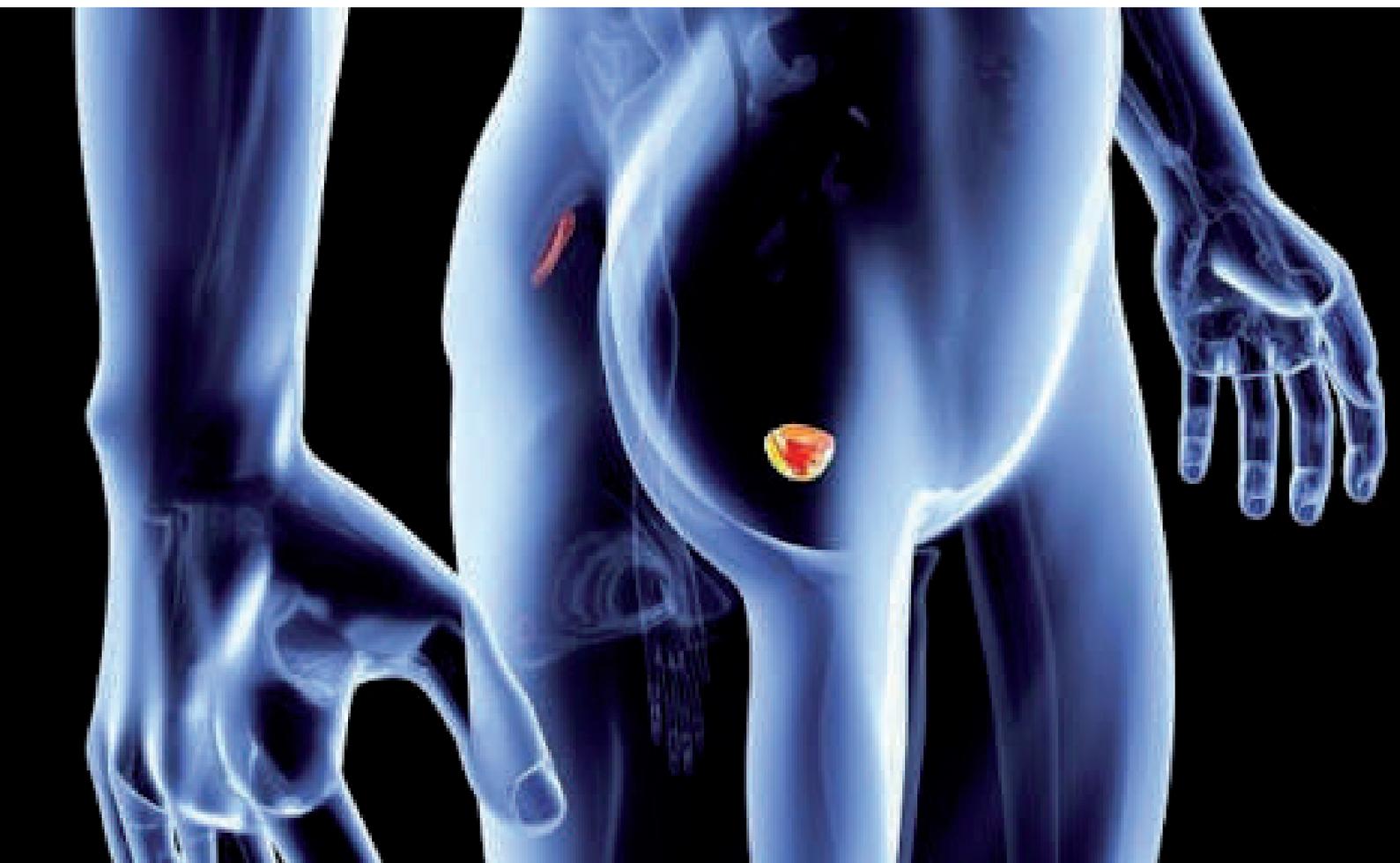
Quanto sono diffusi i problemi relativi alla ipertrofia della prostata?

Il fatto di essere maschi e l'invecchiamento sono i due promotori delle malattie della prostata.

Con l'aumentare dell'età la prostata tende a crescere progressivamente di volume a partire dai 40 anni. Le

**IL CANCRO
DELLA PROSTATA
È IL TUMORE
MALIGNO
PIÙ FREQUENTE
NELL'UOMO,
MELANOMI ESCLUSI**





alterazioni sono inizialmente microscopiche; con il tempo, aumentano le dimensioni (ipertrofia prostatica), con il formarsi di noduli multipli adenomatosi nella zona periuretrale (lobi laterali) o verso la vescica (lobo medio). Nella metà delle situazioni di ipertrofia prostatica compare un disturbo dello svuotamento vescicale con ritenzione urinaria acuta o cronica (ipertrofia prostatica ostruttiva). L'iperplasia-ipertrofia prostatica avviene a livello della zona interna-centrale della prostata, attraversata dall'uretra. Il cancro della prostata compare invece nella stragrande maggioranza dei casi nella porzione periferica.

Che cos'è il PSA e che valore ha?

Il PSA è una sostanza dosabile nel sangue, specifica per la prostata e indice di possibili alterazioni prostatiche. Non è un marcatore tumorale, perché può elevarsi per motivi completamente diversi da un cancro della prostata, come l'aumento di dimensioni della prostata, l'infezione/inflammatione della prostata, traumatismi sulla prostata (ad esempio, una lunga bicicletata). Oltre ai valori assolutati del PSA, vengono dosati o calcolati il PSA libero (non coniugato a proteine circolanti), il rapporto PSA libero/totale, la densità del PSA (il rapporto tra PSA

e dimensioni della prostata) la velocità del PSA (il suo tempo di raddoppiamento).

Ritiene opportuno introdurre uno screening generalizzato della popolazione?

Il PSA non è utilizzabile in termini di screening di massa, poiché il numero di soggetti da esaminare per ottenere una riduzione significativa della mortalità specifica o globale è troppo alto per giustificarlo. Ciò è dovuto anche al fatto che il cancro della prostata è per lo più una malattia a lenta/lentissima evoluzione, per cui gli eventuali vantaggi si vedono a 15 anni dalla diagnosi e in teoria soprattutto nei casi più aggressivi.

È tuttavia in atto in Italia un cosiddetto screening opportunistico, per cui l'aumento della sensibilità preventiva, in particolare nelle mogli, compagne, madri o figlie, porta comunque all'esecuzione del test in una discreta fascia della popolazione maschile.

Se viene accertata l'ipertrofia prostatica benigna, quali esami devono essere prescritti?

In caso di disturbi minzionali e/o ipertrofia prostatica sono da eseguire: esame urine, dosaggio ematico del PSA e della funzione renale, profilo endocrino (testosterone,

FSH, LH, prolattina), uroflussometria (documenta quanto bene o male il paziente urina), e ecografia addominopelvica (con studio dei reni, della vescica –spessore della parete vescicale e residuo post-minzionale-, e della prostata, eventuale protrusione endovesicale di lobo medio).

Come si cura l'ipertrofia prostatica benigna?

Il trattamento iniziale dell'ipertrofia prostatica sintomatica è medico, con tre categorie principali di farmaci: gli alfa-bloccanti (agiscono sui recettori alfa a livello del tessuto muscolare prostatico, rilassandolo e migliorando il getto urinario e lo svuotamento vescicale; gli effetti collaterali possono essere l'ipotensione ortostatica e la eiaculazione retrograda); gli inibitori della 5-alfa-reduttasi (5-ARI) - un enzima che permette la trasformazione del testosterone in diidro-testosterone a livello prostatico (finasteride, dutasteride) - che assunti cronicamente inducono una riduzione del volume prostatico iniziale di circa il 15% e dimezzano nell'arco di 6 mesi i valori del PSA (gli effetti collaterali possono essere riduzione della libido, riduzione del volume dell'eiaculato e, raramente, ginecomastia); i fitoterapici, in particolare i derivati della serenoa repens, che interferiscono con i meccanismi infiammatori a livello della prostata. Può essere utilizzato anche il tadalafil (inibitore della fosfodiesterasi) a basso dosaggio, che ha effetti non solo sulla prestazione erettiva, ma anche di miglioramento del getto urinario.

E se la terapia risultasse inefficace?

Se la terapia medica è inefficace, i disturbi minzionali impattano significativamente sulla qualità della vita ed è presente una ostruzione allo svuotamento vescicale, è indicato il trattamento chirurgico, che si avvale di queste opzioni: le incisioni endoscopiche diatermiche o laser, la resezione endoscopica mono- o bi-polare, varie forme di terapia laser dalla vaporizzazione (green laser) alla enucleazione, con successiva morcellazione (HOLEP: enucleazione con laser ad olmio; TULEP: enucleazione con laser al tulio); la idro-ablazione (AQUABEAM: ablazione ecoguidata della prostata con getto laser ad acqua); la classica adenomectomia chirurgica; la adenomectomia laparoscopica robotica. Ogni tecnica ha vantaggi e svantaggi. L'indicazione nasce da una condivisione dei risultati con il paziente.

L'alimentazione, il fumo, l'attività fisica, l'attività sessuale hanno un ruolo nell'ipertrofia prostatica benigna?

Non vi sono correlazioni note tra alimentazione e fumo di sigaretta e ipertrofia prostatica benigna (in ogni caso, obesità e tabagismo sono correlati con numerose patologie dismetaboliche e tumorali). Per quanto riguarda l'attività fisica, l'impatto negativo dell'utilizzo della bicicletta è una leggenda metropolitana. La bicicletta ha una controindicazione solo quando la prostata è infiammata (prostatite acuta o cronica), perchè in tal caso può aggravare i sintomi. Le evidenze scientifiche non

hanno dimostrato una possibile relazione patogenetica con le abitudini sessuali. Sia l'astinenza prolungata sia un'intensa attività sessuale non sono nè protettive nè promotrici della insorgenza o della progressione della ipertrofia prostatica. Tuttavia, è rilievo clinico comune che quando sono presenti intensi disturbi minzionali, ciò può influire in senso negativo sulla libido e sulla prestazione sessuale. Non è infrequente, di converso, quando i disturbi sono trattati con successo, un miglioramento anche nell'ambito della sfera sessuale.

L'ipertrofia prostatica può evolvere in carcinoma prostatico?

L'ipertrofia prostatica benigna non evolve in carcinoma della prostata. In una discreta percentuale di casi (intorno al 40%) la terapia medica può migliorare o stabilizzare i sintomi ed evitare gli interventi chirurgici.

Quali conseguenze può avere l'ipertrofia prostatica non trattata?

Un'ostruzione allo svuotamento vescicale causata da ipertrofia prostatica, se non trattata, può provocare significative complicanze, quali infezioni urinarie, ematuria e calcolosi vescicale.

Possono sopravvenire episodi di ritenzione acuta d'urina, con l'improvvisa impossibilità di urinare e lo sviluppo di un globo vescicale molto doloroso, risolvibile solo mediante il cateterismo vescicale. Più insidiosa e pericolosa è la ritenzione cronica d'urina, con residui post-minzionali crescenti, progressiva sovra-distensione vescicale, fino all'evenienza di incontinenza notturna e di dilatazione delle vie urinarie superiori con insufficienza renale.

Che cos'è il carcinoma prostatico? Quanto è diffuso?

L'adenocarcinoma della prostata è un tumore maligno della prostata, che comunemente insorge nella porzione periferica della prostata. Il cancro della prostata ha una prevalenza altissima, ed è il tumore maligno più frequente nel maschio, escludendo i melanomi: è più frequente del tumore al colon-retto (secondo) e del tumore al polmone (terzo). Invece, la mortalità è piuttosto bassa (è una malattia a lenta o lentissima evoluzione, con casi indolenti e clinicamente non significativi), per cui in termini di mortalità il cancro della prostata è terzo dopo polmone e colon-retto, con una sopravvivenza globale a 5 e 10 anni del 92 e 89% rispettivamente. Nel 2018 vi erano in Italia 458mila persone in vita con una diagnosi di cancro della prostata, e 102mila con una diagnosi risalente a più di 10 anni prima. I nuovi casi per anno sono circa 35mila.

Con quali esami viene diagnosticato?

Nelle sue fasi iniziali, e non solo, il carcinoma della prostata non ha sintomi specifici. La diagnosi precoce si basa sul dosaggio ematico del PSA, sulla esplorazione rettale, sulla risonanza magnetica multi-parametrica e sulla biopsia.

Un PSA normale non esclude completamente la presenza



di un tumore, così come un PSA alterato può essere indice di patologie non tumorali. Perciò l'informazione che deriva dai valori di PSA deve essere inserita in un mosaico diagnostico.

L'esplorazione rettale mira a definire le caratteristiche della porzione periferica posteriore della prostata, in termini di dimensioni, simmetria, regolarità, consistenza, presenza di noduli o indurimenti.

L'ecografia transrettale della prostata non ha una significativa capacità diagnostica, pur essendo utile nel determinare le dimensioni e la conformazione della prostata e utilizzata nella esecuzione delle biopsie prostatiche. Per dirimere il sospetto di un eventuale carcinoma prostatico, si esegue la risonanza magnetica multi-parametrica (RMm), basata su tre parametri:

intensità, diffusione e vascolarizzazione. Una RMm bene eseguita ha una predittività diagnostica negativa molto alta, intorno al 90%. Al contrario, la predittività diagnostica positiva (la capacità di far diagnosi) è inferiore, intorno al 60%, per l'incapacità di differenziare alterazioni focali su base infiammatoria o tumorale. Ne consegue la necessità di eseguire biopsie, con il vantaggio di avere anche aree specifiche da campionare. Nella maggioranza dei casi viene utilizzato un campionamento standard a doppio sestante, 12 prelievi, mirati alle zone dove più frequentemente si annida il tumore della prostata, con l'aggiunta di prelievi aggiuntivi nelle zone di alterazione focale evidenziati dalla RMm.

Quali sono gli effetti e i rischi della biopsia?

Viene eseguita sotto controllo ecografico (una sonda



ecografica introdotta nell'ampolla rettale attraverso l'ano). L'ago che preleva i frammenti di tessuto prostatico può essere inserito per via rettale (biopsia transrettale) o per via perineale, nella zona tra scroto ed ano (biopsia transperineale).

L'accesso transrettale espone al rischio di possibili infezioni post-biopsia e richiede una profilassi antibiotica, mentre la frequenza di infezioni con la tecnica transperineale è molto bassa.

Dopo la biopsia, possono esserci fenomeni di ematuria o di emospermia (sangue nelle urine e nello sperma) per qualche giorno, a scomparsa spontanea con il tempo.

Che cosa s'intende per sorveglianza attiva?

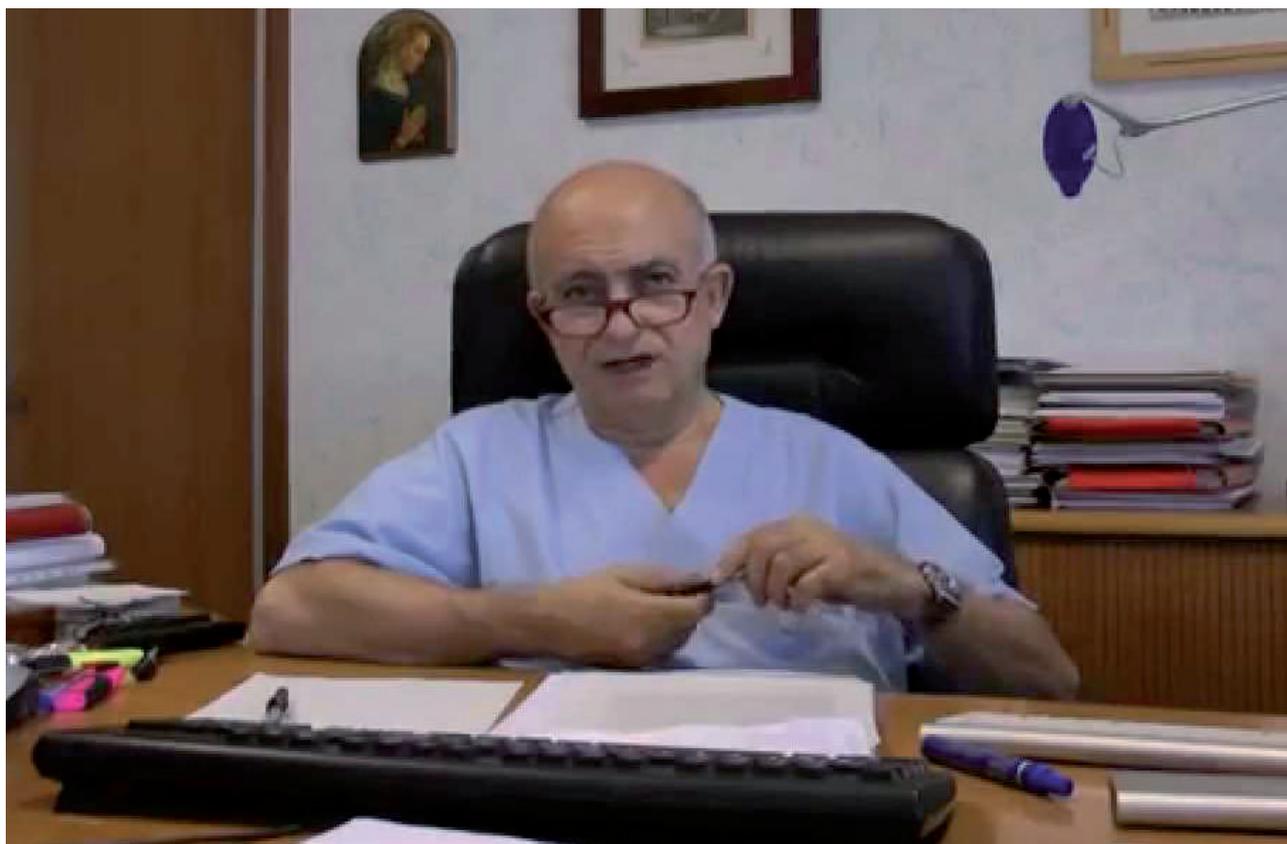
In circa un terzo dei casi il carcinoma della prostata ha caratteristiche tali da poterlo considerare come una malattia indolente, clinicamente non significativa,

**Prevenire è meglio che curare:
un uomo dovrebbe cominciare
a controllarsi a 40, 45 anni,
anche in assenza di sintomi**

a lenta o lentissima progressione. Queste situazioni sono definite con precisione in base alle linee guida, in termini di numero di frustoli biotici positivi (non più di tre), di gradazione della malattia (Gleason 6; ISUP 1), di valori del PSA (meno di 10) e di caratteristiche alla risonanza magnetica multi-parametrica (assenza di PIRADS 4 o 5). In questi casi, tenendo conto di età, comorbidità, motivazioni e aspettative, è indicabile un regime di sorveglianza attiva: uno stretto monitoraggio dell'evoluzione della malattia, con PSA ripetuto all'incirca ogni 4 mesi, nuova RMm dopo 12 mesi, e nuove biopsie prostatiche per protocollo. Il rationale della sorveglianza attiva è di non attuare nell'immediato terapie attive, che avrebbero comunque un impatto sulla qualità della vita, monitorando l'evoluzione della malattia, pronti a cogliere un eventuale viraggio negativo. La sorveglianza attiva è al momento la migliore risposta al problema della sovra-diagnosi (diagnosi di malattie non significative) e del conseguente sovra-trattamento (trattare malattie che non avrebbero vantaggi).

In quali casi s'interviene chirurgicamente o con la radioterapia?

Nel caso di malattia organo confinata (in cui si escluda la possibilità della sorveglianza attiva), le terapie con finalità



di guarigione sono essenzialmente due: la chirurgia o la radioterapia. E' necessaria innanzitutto un'adeguata stadiazione clinica che si avvale, oltre della RMm, di una TAC addominale con mdc più una scintigrafia ossea 'total body' o in alternativa di una PET-colina. Altrettanto importante è la valutazione generale in termini di comorbidità (malattie generali associate, farmaci assunti) e di aspettativa di vita.

La chirurgia consiste nell'asportazione completa della prostata e delle vescichette seminali (prostatectomia radicale) e dei linfonodi pelvici che hanno a che fare con la prostata (linfadenectomia pelvica). L'intervento può essere eseguito con tecnica in aperto, o laparoscopica convenzionale o laparoscopica robotica.

Il trattamento radioterapico può essere di vario tipo: brachiterapia (con inserimento di semi radioattivi all'interno della prostata) o radioterapia esterna. Le moderne tecnologie consentono di modulare l'intensità del trattamento e di mirare accuratamente le radiazioni sotto continuo controllo radiologico ("image guided"). Vengono irradiate la regione prostatica e se necessario i linfonodi pelvici. In base allo stato della malattia può essere indicata l'associazione di una terapia ormonale per periodi variabili da sei mesi a due anni.

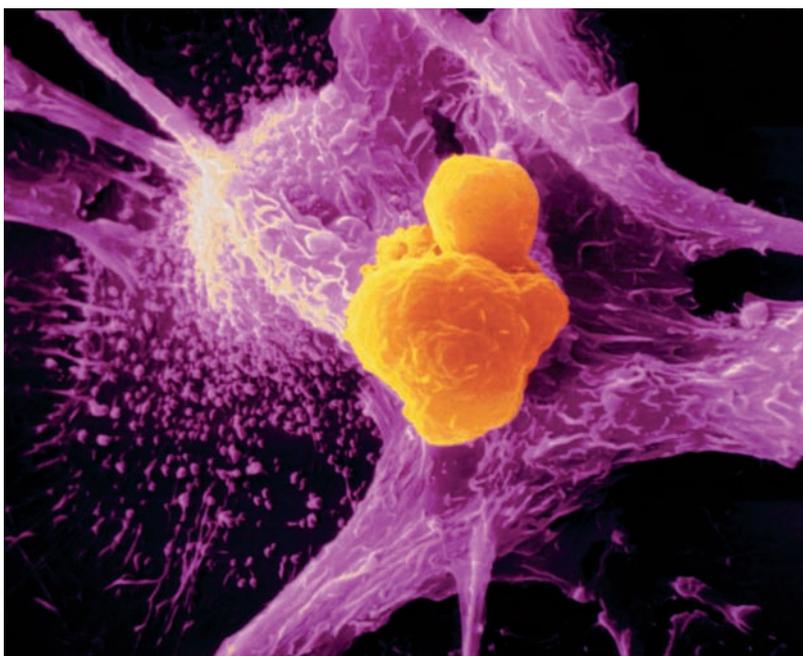
Quali sono i rischi dell'operazione chirurgica?

La prostatectomia radicale ha una conseguenza certa e alcune conseguenze possibili.

La conseguenza certa è la perdita della eiaculazione (tolte prostata e vescichette seminali non c'è più fuoriuscita dello sperma). L'orgasmo è conservato, perché il riflesso orgasmico è indipendente dall'erezione e si può raggiungere anche a pene flaccido. Il mantenimento dell'erezione è possibile e dipende da numerose variabili, quali l'età, la qualità e la quantità dell'attività sessuale precedente, la presenza di una partner interessata, e l'esecuzione di tecniche di risparmio dei nervi erettori.

La prostatectomia radicale espone al rischio di sviluppare un'incontinenza urinaria post-chirurgica. L'evento di un'incontinenza urinaria permanente è diventato eccezionale con l'introduzione della chirurgia robotica. Più frequente è la possibilità di un'incontinenza transitoria, che si risolve progressivamente nell'arco di 2-5 mesi e si può avvalere, per accelerare il recupero, di programmi di riabilitazione del pavimento pelvico.

**Più facile morire
con il cancro alla prostata
che di cancro alla prostata:
una diagnosi tempestiva
può permettere di guarire**



Quando sono indicate l'ormonoterapia e la chemioterapia?

L'utilizzo di farmaci in grado di abbassare il testosterone a livelli di castrazione (ormonoterapia) è efficace nel trattamento del carcinoma della prostata avanzato o metastatico. Può essere utilizzato come mono-terapia o nell'ambito di programmi terapeutici integrati (prima o dopo chirurgia, in associazione a radioterapia). Esistono oggi, oltre ai farmaci classici (LH-RH analoghi o antagonisti), nuove opportunità terapeutiche (abiraterone, enzalutamide, apalutamide) ed altre sono all'orizzonte.

Nella malattia metastatica trova indicazione la chemioterapia sistemica variamente integrata e sequenziata con le altre possibilità terapeutiche. Nelle rare malattie ad alta aggressività biologica sin dalla diagnosi, la chemioterapia può essere un'opzione fin dalle fasi iniziali di trattamento.

Si può guarire definitivamente?

Il cancro della prostata è una malattia speciale, a lenta evoluzione, in cui i risultati oncologici si valutano a 10, 15, 20 anni dalla diagnosi iniziale. È più facile morire "con" il cancro della prostata, piuttosto che "a causa" del cancro della prostata. Ci sono sicuramente situazioni in cui si guarisce del cancro della prostata, soprattutto, ma non solo, quando la diagnosi è stata tempestiva.

Quali sono i problemi che vanno risolti con maggiore urgenza del sistema-salute italiano?

Il nostro Servizio sanitario nazionale è una realtà stupenda, con l'offerta universale di servizi sanitari, impareggiata in altri Paesi. Tuttavia, l'introduzione del concetto di "azienda sanitaria" ha drammaticamente svilito la professionalità e il ruolo del medico, deviando il fuoco sui processi organizzativi e di bilancio economico,

relegando a una valenza minore la professionalità e i risultati clinici. Oggi il 70% dell'attività "clinica" è di tipo burocratico e solo quanto resta è dedicato al paziente, che teoricamente dovrebbe essere al centro del sistema. Il medico è impropriamente gravato di ruoli non medici per la grave carenza di personale amministrativo.

Come mai tanti medici italiani di grande professionalità o all'inizio della loro carriera si trasferiscono all'estero e spesso riscuotono fuori dai confini nazionali grande successo?

Le risposte sono semplici: in numerosi Paesi esteri i medici che lasciano l'Italia trovano realtà ben organizzate che sono orientate a sfruttare al meglio la loro professionalità, permettendo loro di fare il medico e non il segretario o l'amministrativo di sé stesso, premiando

non a parole, ma nei fatti il merito dal punto di vista delle risorse per la tecnologia e per la ricerca, e con la commisurata gratificazione economica. Tutto ciò avviene al di fuori di contratti nazionali in base ai quali la prestazione medica è pagata allo stesso modo, indipendentemente dalla complessità delle prestazioni e dal risultato clinico ottenuto, con il frequente paradosso che la retribuzione è talora più alta dove si lavora meno e con minor complessità. Nel nostro Paese, per un concetto errato di uguaglianza, il fuoriclasse – e ce ne sono - viene trattato come la media. Questo, insieme all'imperante invidia sociale per chi ha successo, livella verso il basso le professionalità, le svisciva attraverso un opprimente controllo burocratico e politico. La meritocrazia è costantemente nominata, ma eccezionalmente messa in pratica.

Colpa del controllo politico sulla sanità?

Le leggi vigenti, in effetti, consentono il controllo politico della sanità non solo e non tanto in termini organizzativi e di sostenibilità (punti non opinabili), quant'anche nella scelta degli attori, spesso in base alla contiguità politica e alla condivisione acritica degli indirizzi.

È urgente valorizzare i risultati clinici delle prestazioni mediche e introdurre meccanismi che premino il merito in termini economici e di gratificazione professionale, con progressioni di carriera non ancorate esclusivamente all'anzianità, bensì ai risultati clinici ottenuti.

Come uscire da questa situazione?

Cercando, e trovando, una terza via tra un sistema liberistico e iper-competitivo che promuove l'eccellenza e affossa la mediocrità e un sistema iper-regolamentato che promuove la mediocrità e affossa l'eccellenza.



VIOLATECH

TELEMEDICINE SOLUTIONS

La piattaforma di telemedicina e di sanità connessa che mette il **PAZIENTE** al centro del processo di cura preventiva, predittiva, personalizzata e partecipativa.

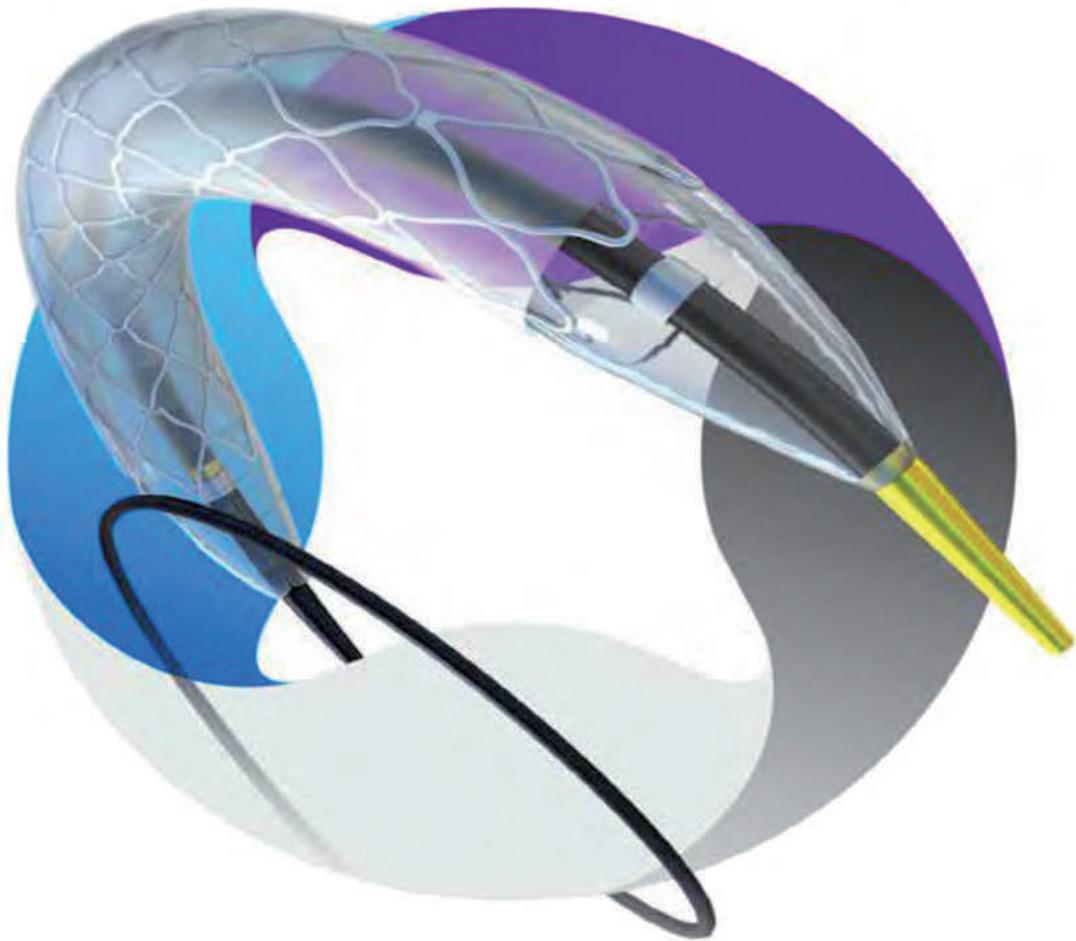


VIOLATECH S.R.L

Via Kenia, 74 - 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it



Extending Life and Improving Health™

Silene™
Stent Ricoperto Periferico