

ORE12 SANITÀ

ITALIA

CASA DI CUF



Santa
FAMIGLIA

**Payback,
imprese in ginocchio**

**Sanità pubblica,
è allarme rosso**

**Uroclinic,
rivoluzione romana**

**Intelligenza artificiale,
già vicina ai cittadini**

NATALITÀ

A MISURA DI DONNA

HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

LAMS montato su un sistema di rilascio con elettrocauterizzazione (procedura one-step)



Il sistema di rilascio intuitivo rende la procedura di drenaggio ecoguidato semplice, agevole e sicura

**ENDOVASCULAR
SERVICE**
ENDOVASCULAR SERVICE S.r.l.

ENDOVASCULAR SERVICE

Via dell'Acqua Traversa 143

00135 Roma

Partita IVA 09175331009

E-mail info@endoser.it

PEC endovascularservice@pecposta.it

Tel. +39 06 3629081

Certificazione ISO 9001 2015

TaeWoong
MEDICAL 

Hic et nunc

“Payback sanitario” e non solo, un rimpiazzino troppo pericoloso

di *Pietro Romano*



A scagliare da Palazzo Chigi quel boomerang chiamato ‘payback sanitario’ nel dicembre 2014 fu l’allora presidente del Consiglio, Matteo Renzi. A porgerglielo era stata la ministra della Salute al tempo in carica, Beatrice Lorenzin, che lo fece inserire nella Legge di Bilancio 2015. Negli anni di questo boomerang si erano perse le tracce, in verità, ma nel luglio scorso l’arma è stata resuscitata dall’esecutivo di Mario Draghi, con Roberto Speranza successore della Lorenzin. Per tornare pericolosamente a piazza Colonna coinvolgendo due personaggi incolpevoli: il premier Giorgia Meloni e il suo ministro Orazio Schillaci. Ora chiamati a togliere dal fuoco castagne arroventate. Il ‘payback sanitario’ nacque appunto a fine dicembre 2014. L’obiettivo? Quello di costruire un meccanismo che potesse fronteggiare in maniera automatica, o giù di lì, l’incremento della spesa sanitaria pubblica, praticamente sfuggito di mano alle Regioni, alle prese con anni di tagli imposti dai governi che si sono succeduti dal 2011 in poi. In sostanza, questo meccanismo chiama le imprese - che nell’annualità di riferimento hanno fornito dispositivi

medici alle strutture sanitarie pubbliche - a contribuire con le Regioni a ripianare lo scostamento dal tetto di spesa stabilito. E così per la prima volta dal 2015 è capitato nel 2022: proprio nel tardo autunno scorso i fornitori pubblici sono stati chiamati a versare entro trenta giorni dall’avviso somme ingenti.

L’attuale governo ha cercato di assicurare una boccata di ossigeno a queste imprese allungando i termini di pagamento di quattro mesi e promettendo una rapida riscrittura del “payback sanitario”, nel quale far rientrare anche la crescita del tetto di spesa destinato a dispositivi e apparecchiature. Il primo di questi interventi è già in vigore. Il secondo si vedrà. In ogni caso il governo Meloni si trova ad affrontare un provvedimento che non ha eguali. Perché nasce da un paio di convinzioni tutte italiane. Che insieme creano un meccanismo perverso.

La prima è un’idea fissa della nostra amministrazione pubblica: i fornitori dello Stato, delle Regioni e di ogni altro ente gonfiano i prezzi. Quindi, perché pagare entro i termini, a esempio? La seconda un’autodifesa (e non sempre solo un’autodifesa) delle imprese che, conoscendo i tempi pubblici di pagamento (biblici di solito), aumentano i prezzi alla fonte per poter rientrare dei danni finanziari causati dai ritardi. In questo pericoloso rimpiazzino rischia di rimetterci le ossa la parte più sana di un comparto di tutto rispetto nel sistema Italia. Il settore delle forniture sanitarie è vastissimo. Va dalle gare agli stent coronarici, dai cerotti a meccanismo sofisticatissimi. Vale oltre 16 miliardi di euro, conta più di 4.500 aziende, comprende 110mila e passa addetti. E una parte di aziende, con i loro addetti, rischierebbe di saltare.

Insomma, il problema è tutt’altro che agevole da risolvere. Perché, aumentando il tetto di spesa destinato ai dispositivi, le Regioni dovranno tagliare altrove. Chissà dove, visti i bilanci ridotti già all’osso. E gli allarmi sui conti della sanità pubblica, e sulla sua efficienza, che si vanno moltiplicando. A monte, però, è sempre più necessario un radicale cambio di mentalità negli appalti pubblici e in genere nei rapporti tra imprese fornitrici e Pubblica amministrazione a tutti i livelli. Rapporti che devono uscire una volta per tutte da questa sorta di perenne confronto guardie-ladri.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Direzione Web e Social

Annachiara Albanese
direzioneweb@ore12web.it

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione

Giosetta Ciuffa è giornalista

Jessica Davis Pluss è giornalista

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Martina Mangialardi è laureata in lettere

Danilo Quinto è giornalista

Walter Rodinò è giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Lidia Tamburrino è giornalista

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via degli Orti della Farnesina, 9/A
00135 Roma
tipografiabrandisnc@gmail.com

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: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

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



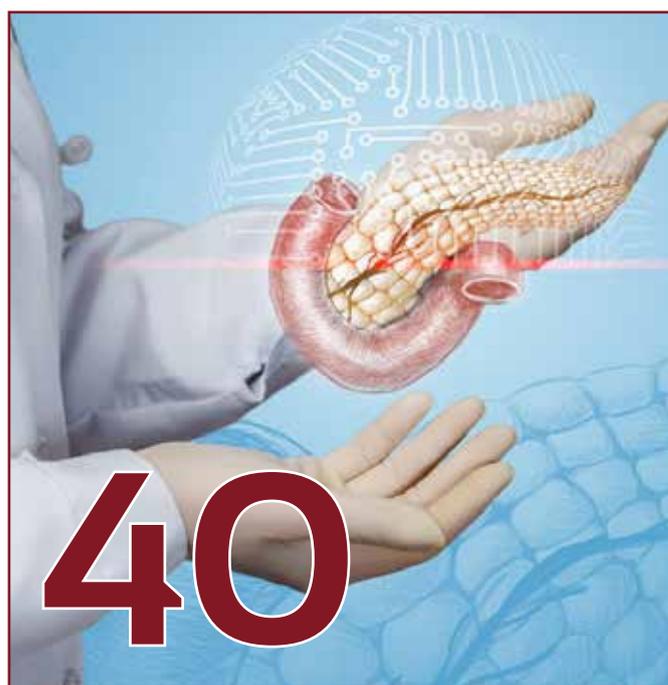
Pubblicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.183 del 22/11/2018.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

1	HIC ET NUNC
5	LA LETTERA
7	SANTA FAMIGLIA
11	CONFINDUSTRIA
15	CONFIMI
19	RIEM
22	PAY BACK
25	SANITÀ PUBBLICA
29	UROCLINIC
SOMM	



TUMORE DELLA VESCICA



TUMORE AL PANCREAS



33

IDI



42

**ANZIANI
UN PATRIMONIO
PREZIOSO**



36

**CANCRO
IN AFRICA**

45

POST PARTO

47

LEUCEMIA

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:

confimiindustria
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata **SANITÀ**

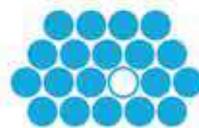


**I BAMBINI
SORDOCIECHI,
IL TUO AIUTO
LO TOCCHERANNO
CON MANO.**

Sono ancora tanti i **bambini sordociechi** che sognano un futuro migliore. Per ridurre le lunghe liste d'attesa e garantire una maggiore qualità dei servizi la **Lega del Filo d'Oro** sta costruendo il nuovo **Centro Nazionale**. Un posto che chi non vede e non sente potrà conoscere con le proprie mani. **Costruiamo il futuro dei bambini sordociechi**, insieme possiamo realizzare cose straordinarie.

#UNASTORIADIMANI

DONA ORA AL
45514
DAL 1 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE



lega del filo d'oro
www.unastoriadimani.it

2 € con SMS da cellulare

5 o 10 € con chiamata da rete fissa

5 € con chiamata da rete fissa



TIM Vodafone Iliad postemobile coopvoce TISCALI

TIM Vodafone WINDIE FASTWEB TISCALI

TWT Convergenze postemobile

• NUMERO •



L'AGENAS, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, ha aggiornato di recente i dati all'anno 2021 della situazione dei medici di famiglia. Nel 2019 erano 42.428. Nel 2021 il numero è sceso a 40.250. I professionisti in meno sono 2.178, il 5%. Questo ha fatto sì che per circa 2,7 milioni italiani la conseguenza è stata di rimanere senza il loro dottore e di dover avere un medico diverso. La convenzione con il sistema sanitario nazionale prevede che un medico di base possa assistere fino a 1.500 persone. Molti medici sono stati costretti all'over booking, a superare il massimale fissato dai contratti. Fatto che ha causato una fisiologica riduzione del tempo da dedicare ai singoli pazienti. La situazione, insomma, aggravata dalle conseguenze della pandemia, sta divenendo insostenibile.

I medici che vanno in pensione sono molti più di quelli che entrano ogni anno. Nel 2021 hanno lasciato in 3.337 e sono entrati in 973. Nei primi sei mesi del 2022 i due dati sono stati 2.173 e 226. Eccetto la Provincia di Bolzano, tutte le Regioni presentano un calo dei medici. In Calabria tra il 2019 e il 2021 si è passati da 1.496 a 1.089, in Lombardia da 6.091 a 5.774, nel Lazio da 4.462 a 4.244 e in Campania da 4.037 a 3.631. Dal rapporto tra cittadini assistibili e medici, si comprende meglio la situazione: a livello nazionale in due anni si è passati da 1.224 a 1.237 persone per camice bianco. I dati regione per regione relativi al 2021 sono questi: Provincia di Bolzano 1.494, Lombardia 1.450, Calabria 1.423, Veneto 1.370, Provincia di Trento 1.367, Friuli Venezia Giulia 1.337, Valle d'Aosta 1.323, Emilia-Romagna 1.316, Campania 1.271, Piemonte 1.258, Liguria 1.239, Sardegna 1.226, Marche 1.218, Toscana 1.184, Lazio 1.136, Basilicata 1.064, Abruzzo 1.048, Puglia 1.051, Sicilia 1.034, Molise 1.030, Umbria 1.020. La grande Regione in maggiore difficoltà è la Lombardia, seguita dal Veneto.

Il precedente Governo, grazie ai fondi del PNRR, aveva previsto per le nuove leve 900 borse in più all'anno per tre anni, fino al 2025, ma il concorso è previsto solo nel marzo 2023 e lo stesso presidente dell'Ordine dei Medici ha di recente dichiarato che le carenze sul territorio sono tali che, per i prossimi 5 anni, occorrerebbero 4.000 borse all'anno.

Insieme alla risoluzione dei problemi che presentano questi numeri, emerge l'urgenza, per il Governo, di una riforma della figura del medico di famiglia, anche tenendo conto degli investimenti che derivano dai fondi del PNRR, che prevedono una nuova Sanità territoriale con al centro le Case di comunità.



Soteria
Medical



Prokast

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma
Email info@prokast.it
Tel. 0636290832



NATALITA', LA RICETTA DELLA "SANTA FAMIGLIA" DI ROMA

TUTELA E RILANCIO DELLE PROFESSIONALITA',
PERCORSO NASCITA E ASSISTENZA A MISURA DI MAMMA

di *Giosetta Ciuffa*

Uno splendido risveglio è stato quello del primo gennaio scorso per quelle famiglie che hanno trascorso Capodanno in clinica, in seguito alle avvisaglie di un parto imminente, concretizzatosi poi nel lieto evento. Il primo dell'anno è quel giorno in cui si può momentaneamente mettere da parte il tema del calo demografico italiano e concentrarsi sulle nascite, che a Roma, nella clinica Santa Famiglia, sono state ben tre e, anzi, hanno sfiorato la cinquina se due gemelli non avessero deciso di venire al mondo con qualche ora di anticipo.

Sono quindi Chiara, Giulia e Filippo i primi nati del 2023 nelle sale parto dell'unica monospecialistica in ginecologia e ostetricia in Italia. A mezzanotte in punto nascono con parto cesareo Chiara, terzogenita di 2,645 kg di peso; dopo un travaglio di oltre 10 ore Giulia di 3,400 kg., secondogenita; immediatamente dopo, Filippo di 3,150 kg., secondogenito. Tra vagiti e pianti liberatori, tre nuove vite: fa inoltre ben sperare il fatto che nessuno di questi bimbi sia un primogenito. Consapevoli che il dramma demografico non si argina certo



Donatella Possemato



parole della direttrice della Santa Famiglia Donatella Possemato: “Le tre nascite in contemporanea di Chiara, Giulia e Filippo segnano forse l’inizio di un trend della natalità nuovamente in ascesa? Questo il mio augurio più grande per il Paese”. Difficile pensarlo, se si guarda ai dati Istat, che rilevano un nuovo record negativo per la natalità: nel 2021 i nati scendono a 400.249, facendo registrare un calo dell’1,1% sull’anno precedente (-4.643) inoltre, secondo i dati provvisori di gennaio-settembre scorso, le nascite sono circa seimila in meno rispetto allo stesso periodo del 2021. Tempi e società cambiano, e ci si rivolge alla maternità e alla paternità in maniera del tutto diversa rispetto a decenni fa. Ciò si rileva anche nei casi stessi dei neonati nella clinica romana: insieme al fiocco azzurro “nella media” di Giulia e Andrea ci sono anche Elisabetta e Andrea che festeggiano Giulia a diciannove anni di distanza dal primogenito, mentre Chiara nasce proprio il giorno del compleanno di mamma Giovanna, che insieme a papà Claudio festeggia 43 anni. “La nascita di Giulia e di Chiara sono un esempio di come oggi le donne decidano di diventare mamma a un’età sempre più adulta e questo comporta una cura e un’attenzione maggiori alla salute della mamma e del bambino, per cui

è fondamentale un modello assistenziale del percorso nascita che sia all’altezza delle sfide contemporanee - dichiara Possemato - Si fanno pochi figli, ma soprattutto si fanno figli unici, quando va bene: è una società che fa confluire nel futuro i propri limiti. La scelta di un figlio non è più un punto di partenza ma diventa il punto di arrivo della coppia. Per invertire questa tendenza occorre dare sostegno, non soltanto economico, alle coppie e partire dai giovani per trasferire loro il significato della genitorialità oggi, rilanciando il valore della famiglia”. Sembra essere una priorità per questo Governo, che aggiunge “Natalità” al ministero di Famiglia e Pari Opportunità e che alla promozione di essa ha destinato un miliardo e mezzo: per invertire la rotta non è sufficiente, ma aiuta a cambiare la mentalità imperante della rinuncia ai figli, o al numero di figli che si desidera, accontentandosi di uno. Mentalità che purtroppo si è nel tempo radicata per tanti motivi tra i quali gli alti costi, la paura di perdere il lavoro, la mancanza di servizi per l’infanzia e il senso generale di precarietà che non abbandona facilmente i giovani e li porta a restare con i genitori, come se questo fosse naturale dopo i 25 anni. Tutti fattori che contribuiscono a posticipare quindi la decisione di fare un figlio proprio nella fascia



d'età naturalmente deputata a risollevarlo il tasso di fecondità. Un'ulteriore – e paradossale – conseguenza è tra l'altro la diminuzione di specialisti del settore: la precarietà fa sì che molti studenti non si specializzino più in questa branca della medicina, optando per studi con uno sbocco professionale meno competitivo poiché, calando le gravidanze, si chiudono i centri specializzati, fomentando un circolo vizioso che contribuisce alla crisi della natalità e creando serie difficoltà alle future mamme. Commenta la direttrice della Santa Famiglia: “Tutela e rilancio delle professionalità, percorso nascita e assistenza a misura di mamma. Covid permettendo, vorrei realizzare il progetto di portare i giovani studenti a visitare il nido nella nostra struttura dove nasce la vita”, da cui sicuramente si esce rinfrancati e con tanta energia in più, a contrastare il senso di rassegnazione cui ormai ci si è abituati. I dati dimostrano che la società è cambiata: un calo drammatico delle nascite, la chiusura dei centri nascita, le coppie che decidono di avere figli ad un'età sempre più avanzata con un conseguente aumento delle criticità legate alla salute di mamma e neonato e all'assistenza sanitaria della donna. Ai nuovi nati 2023 intanto la ministra Eugenia Roccella ha dato il benvenuto con una lettera delicata, che lascia presagire quantomeno tentativi per arginare il fenomeno sempre più marcato della denatalità, sulla cui rapida risoluzione



gli esperti hanno perso le speranze. In questa lettera si elencano le misure nella legge di bilancio: dal potenziamento dell'assegno unico per il primo figlio e dal terzo figlio in su, per i figli con disabilità e per i nuclei con quattro o più figli, alla riduzione dell'IVA su latte, seggiolini e pannolini; dall'estensione del congedo parentale a una riduzione dei contributi per l'assunzione di giovani e donne; dalla carta risparmio al reddito alimentare e ai mutui agevolati per la prima casa delle giovani coppie. Interventi utili e necessari ma il timore è che siano solo palliativi poiché è stato già superato il punto di non ritorno: l'Italia ha l'inquietante record di primo Paese al mondo in cui gli under 15 sono scesi sotto gli over 65, che hanno ora raggiunto l'entità degli under 25 e forse già entro il 2035 supereranno anche gli under 35. È un Paese senza futuro, dove il saldo delle nascite è sempre negativo e questo può voler dire solo una cosa: in un futuro neanche troppo lontano la base che regge il Paese sarà sempre più assottigliata a favore di anziani sempre più longevi, creandosi – già ora, in realtà – le condizioni per dover pagare sempre più pensioni e sempre meno stipendi, e senza questi ultimi le prime non ci sono e neanche un SSN come lo intendiamo adesso. Per ora, pensiamo al primo mese di vita di Chiara, Giulia e Filippo (un gentleman che ha ceduto il passo alle bambine, già dalla nascita) e di tutti gli altri neonati venuti alla luce nella notte più celebrata del mondo.



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS



Paradise
Ultrasound Renal Denervation System

ReCor Medical
Ultrasound Denervation Therapies

Paradise™ Ultrasound Renal Denervation System

**Advancing the treatment
of uncontrolled hypertension.**

Innovativo sistema per denervazione renale che utilizza gli ultrasuoni per ottenere l'ablazione termica dei nervi renali. Il catetere a pallone eroga ultrasuoni in senso circolare con penetrazione tissutale di 6 mm e durata della singola erogazione di 7 secondi. Paradise massimizza la denervazione tramite una procedura semplificata, sicura ed efficace.

CONTATTACI



VIOLATECH

Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · info@violatech.it
www.violatech.it

Payback è un danno per la salute

di Danilo Quinto

MASSIMILIANO BOGGETTI



GLI STANZIAMENTI PREVISTI DAL PNRR PER IL SISTEMA SALUTE NON BASTANO E SULLE IMPRESE DI SETTORE GRAVANO L'AUMENTO DEI COSTI ENERGETICI E DELLE MATERIE PRIME. LE RISORSE ATTESE DAL PAYBACK POTREBBERO ESSERE RECUPERATE NELLE PIEGHE DEL DEP A PRIMAVERA.

Lei di recente ha dichiarato che il payback non rappresenta uno strumento di contenimento della spesa, ma un forte danno per la salute dei cittadini. Può spiegare questa sua affermazione?

Il tema è complesso, ma nello stesso tempo semplice. Faccio una premessa. Il nostro Paese è uno dei pochi che garantisce un servizio universalistico e pubblico. Il problema è che questo servizio ha un costo alto e i tagli lineari alla sanità che vengono operati da anni, certamente non aiutano a garantirlo. Il risultato è che oggi ci troviamo in una situazione caratterizzata da

bassi investimenti per la salute dei cittadini, in termini di rapporto col PIL rispetto ai Paesi sviluppati. Questo comporta avere ospedali con tecnologie obsolete, nel senso che molti dei macchinari che vengono utilizzati sono vecchi e superati e registrare una carenza importante di personale sanitario, sia medico, sia infermieristico. Tutto questo si traduce in liste d'attesa eterne e in una popolazione che non è in buona salute. Perché l'Italia è il secondo Paese più longevo al mondo, ma negli ultimi dieci anni è crollato nella parte bassa delle classifiche, in quanto mantiene i propri anziani in una condizione di salute pessima. In questo contesto, la tassa del

payback, che va a gravare sulle imprese, sottraendo loro risorse, ha come conseguenza il fatto che diminuiscono gli investimenti per le tecnologie di ultima generazione. Il risultato è che se già oggi l'Italia è in cattiva salute, rischia di esserlo ancora di più, perché di fatto questo provvedimento impoverisce le risorse destinate alla sanità.

Che risposte ci sono state a questa presa di posizione sua e di Confindustria?

Il Governo – che si è trovato ad ereditare una situazione che si trascina da troppo tempo - ha espresso preoccupazione e ha preso atto che esiste un problema grave, perché le coperture finanziarie non ci sono, ma l'urgenza di investire nel sistema sanitario è altrettanto chiara. Il punto, adesso, sarà quello di trovare le risorse, perché è evidente che lo strumento del payback, che richiede indietro alle aziende fornitrici una parte dei soldi, non può essere una forma strutturata attraverso la quale il Governo fornisce salute ai propri cittadini. Le strade sono sostanzialmente due: o lo Stato dice ai cittadini che le risorse non possono più garantire una sanità pubblica universalistica, oppure mette mano ad un piano di recupero di risorse, nelle pieghe del DEP della prossima primavera, che vadano nella direzione del rifinanziamento, che può derivare da una riconversione di risorse previste su altre voci di spesa meno prioritarie o recuperando il sommerso. Tra l'altro, penso che sia

stato un errore fondamentale non aver avuto accesso ai soldi del MES, perché la "finestra" si è chiusa lo scorso dicembre: avrebbero potuto essere risorse da iniettare nel sistema per mettere mano alle carenze attuali, che in linea prospettica, se rimanessero, avrebbero una ricaduta drammatica. Basta solo pensare al fatto che nel 2030 il 50% della popolazione italiana sarà over 60 ed è evidente che la soluzione non può essere quella che qualcuno ha paventato, di usare il TFR per previdenza integrativa o piani sanitari integrativi, a meno che non si voglia dire ai cittadini che ci sono dei servizi che lo Stato non è più in grado di fornire e rispetto ai quali i cittadini devono far fronte alle loro necessità in maniera personale.

A suo avviso, gli interlocutori governativi sono consapevoli che se le cose rimanessero così come sono, sarebbe compromesso il diritto pubblico alla salute?

La mia aspettativa è che ci sia da parte dei soggetti tecnici, a cominciare dai Ministri, questa consapevolezza, perché la situazione è certificata da tutti gli osservatori del sistema salute, che da anni sostengono che la quota destinata al SSN è insufficiente. Si è anche registrato un richiamo da parte dell'Europa di non scendere sotto il 6,4% rispetto al PIL, perché considerato un limite rispetto al quale si compromette la salute e la vita dei cittadini. Il Covid ci ha dimostrato quanto il SSN sia fragile e quanto la salute degli italiani non sia in un



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici



buono stato. Gli elementi, quindi, ci sono tutti. Il tema non è la comprensione, ma quello di mettere mano ad una spesa consistente e questo rappresenta una scelta strategica. Anche le risorse previste dal PNNR, 20 miliardi, non rappresentano quasi nulla rispetto ad una spesa sanitaria complessiva che tra pubblico e privato supera i 170 miliardi. Oltretutto, quest'anno gravano sul SSN l'aumento dei costi energetici e delle materie prime e questo vuol dire che ci sono molte meno risorse rispetto agli anni scorsi per curare i cittadini. Il problema riguarda anche questi ultimi, che penso non abbiano compreso fino in fondo quanto la loro salute sia a rischio e quanto si vada verso un sistema sanitario a due marce: chi ha disponibilità economica potrà curarsi nelle strutture private con tecnologie all'avanguardia e con medici competenti; chi è costretto ad accedere al servizio pubblico, rischia di non avere tecnologie nuove, oltre a non disporre di assistenza adeguata per la carenza di personale. C'è anche il rischio che le eccellenze fuggano dal comparto pubblico, che non permette neanche più di esercitare la professione in maniera corretta.

Oltre alla questione del payback, il comparto "dispositivi medicali" quali altre problematiche deve affrontare?

Il principale problema deriva dalla pressione fiscale, già alta di per sé e che nel nostro caso aumenta ancora a causa di altre due tasse che il nostro comparto ha e gli altri non hanno: la prima sulle attività fieristiche; la seconda è lo 0,75% sui fatturati delle imprese che è stato deciso un anno e mezzo fa, per pagare al Ministero le risorse che dovrebbero servire per l'applicazione dell'aspetto regolatorio. L'altra sfida importante è quella produttiva:



oggi non siamo più in un mondo globalizzato, ma polarizzato e molte delle materie prime non sono prodotte in Italia, molta parte della produzione di "dispositivi medicali" non è realizzata in Italia e quindi c'è anche un tema che riguarda la capacità di approvvigionarsi, dei costi delle materie prime e della loro disponibilità. Poi, c'è un tema regolatorio, che pone delle grandi opportunità per il comparto, perché lo rende più sicuro per operatori e pazienti rispetto alla qualità dei prodotti, ma comporta dei costi molto significativi. Infine, c'è un tema dimensionale, nel senso che la "partita" del comparto "dispositivi medicali" si gioca sulla dimensione e le aziende italiane non hanno una dimensione simile ai loro concorrenti: l'azienda più grossa al mondo di "dispositivi medicali" fattura 300 miliardi l'anno, mentre l'azienda più grossa italiana fattura un miliardo. Anche qui la scelta è politica: volere o non volere che il comparto salute sia un comparto strategico per l'Italia, da difendere, da promuovere e da sviluppare.



iTotal[®]: l'unica protesi al ginocchio **su misura**


CONFORMIS

KASTER

Via Italo Panattoni, 160 - 00189 Roma
Tel. +39 063629081 - Fax +39 063294776
infokaster.it - C.F. e P.IVA 04966401004



PAYBACK SUI DISPOSITIVI MEDICI

SECONDO MASSIMO PULIN SI TRATTA DI UNA NORMA A IMPATTO MORTALE PER LE PMI DEL SETTORE DOVUTA AGLI ERRORI COMMESSI DA ASL E REGIONI

Scivolare su una superficie sdruciolevole è tra le prime definizioni sotto la voce slittare. E proprio perché il terreno non era affatto lineare, capiamo perché sia stata la scelta intrapresa dal Governo in termini di payback sui dispositivi medici.

Si è detto molto – forse tutto – sul tema. Eppure, rimane l'incognita più grande: arrivati al 30 aprile potremo finalmente archiviare il fascicolo? È quello che si chiedono gli imprenditori di Confimi Industria Sanità che sul tema hanno portato avanti una serrata azione di rappresentanza.

“Il Governo ha preso seriamente in mano il

fascicolo sul payback dei dispositivi medici percorrendo la strada da noi auspicata di sospendere il tutto rimandando le scadenze al 30 aprile. Ci auguriamo sia un tempo congruo per valutare il da farsi e che non sia solo lo spostare in avanti una norma a impatto mortale per le PMI del settore” è stata di fatto la dichiarazione a valle dell'ultimo decreto in merito.

Massimo Pulin, che è alla guida di Confimi Industria Sanità e rappresenta oltre 1200 imprese del comparto di certo non si è trattenuto dal dire che “non può ricadere sulle imprese l'errore di bilancio delle

Regioni”.

Di certo il problema non si risolverà da sé ma le indiscrezioni sembrano andare nella direzione indicata e richiesta anche da Confimi Sanità “Abbiamo fatto diversi incontri istituzionali in questi mesi per chiedere che il meccanismo fosse del tutto abbandonato perché perverso, iniquo e a detta dei legali incostituzionale. Ad aprile si avranno nuovi dati del Bilancio statale e l’augurio è che si faccia il possibile per recuperare i 2.2 miliardi di spesa pubblica oggi richiesti alle imprese del comparto sanità come fossero un bancomat” ha ribadito Pulin.

In estrema sintesi, ogni azienda sanitaria è stata chiamata a verificare l’eventuale sfioramento di bilancio per gli anni che vanno dal 2015 al 2018, rispetto al tetto massimo previsto per i dispositivi medici.

Sfioramento stimato in circa 4 miliardi di euro che oggi si cerca di pianare chiedendo ai fornitori di contribuire per il 50% dell’importo dello scostamento.



Massimo Pulin

Nel frattempo, le imprese non sono di certo rimaste a guardare. “Sono migliaia i ricorsi presentati ai differenti TAR. I legali arrivano a ravvisare profili di incostituzionalità nella norma. Con tutti i costi delle spese legali che questo comporta per il nostro sistema produttivo e l’inevitabile ingolfamento dei tribunali regionali” spiega Pulin,

“Com’è possibile rifarsi sulle imprese fornitrici per degli errori commessi da Asl e Regioni?” è l’interrogativo che anima il dibattito.

E le prospettive di questi mesi – il meccanismo è entrato in vigore il 15 settembre negli ultimi giorni del Governo Draghi – sono state molteplici.

“Ci sono state Regioni che hanno proposto alle aziende di compensare il payback con quanto dovuto per le nuove forniture, ma così facendo molte imprese andranno incontro ad uno shock finanziario fatale. E non possiamo permetterci neppure di non consegnare i prodotti perché parlando di SSN saremmo accusati di interruzione di pubblico servizio”.

C’è da dire inoltre che il meccanismo del payback è di matrice tutta italiana e il timore forte è quello di veder svanire gli investimenti esteri.

“Verranno meno gli investimenti dei gruppi internazionali nel nostro paese, i costi del payback saranno inoltre sottratti agli investimenti che le aziende fanno in ricerca, sviluppo e innovazione, mentre la chiusura di alcune realtà piccole e medie comprometterà le filiere di produzione e, inevitabilmente, la disponibilità stessa dei dispositivi medici con gravi danni per la salute pubblica”.

“Se esiste una sanità di livello in Italia – tiene a precisare il presidente Pulin - è proprio grazie a imprenditori che sviluppano soluzioni innovative, che esplorano continuamente il mercato mondiale alla ricerca di prodotti nuovi e più funzionali. Imprese che sono costantemente di supporto in ogni fase dell’attività sanitaria di amministrativi, medici, infermieri e pazienti. Imprese che occupano personale della più alta professionalità e forniscono continuo supporto alla pubblica amministrazione centrale e alla ricerca accademica, con l’unico scopo di portare sul mercato - e quindi a disposizione dei cittadini pazienti - dispositivi sempre più efficaci e accessibili”.

Un danno a cui seguirà inevitabile la beffa dei conti del SSN. “Sarà inoltre inevitabile, per le aziende superstiti – verosimilmente i colossi e non certo le pmi - rinegoziare le forniture con un rialzo dei prezzi” fa presente Confimi Sanità.

“Non è forse il caso di rivedere il tetto di spesa pubblica destinato ai dispositivi medici?” si è interrogata Confimi Sanità in questi mesi.

“Se dal 2014 la spesa per i DM è stata ridotta e fissata



al 4,4% di quella sanitaria ma a ben guardare i bilanci delle Asl raggiunge strutturalmente percentuali ben più elevate, non è forse arrivato il tempo di rivedere le voci di spesa piuttosto che rifarsi dopo anni e senza alcun titolo sulle imprese?”.

Un cambio di passo che sembra essere nelle intenzioni del Governo, secondo voci di corridoio del Tesoro. “Incrementare la spesa per i dispositivi medici al 5.2% è un segnale di attenzione alla salute pubblica, dimostra che si sta guardando in faccia la realtà”.

Non sembra eppure l'affermazione è seguita da un “ma”. “In una prospettiva a lungo termine occorre investire in una revisione sistematica che consenta ai gestionali regionali di comunicare tra di loro, creando un sistema efficiente anche di interscambio e di organizzazione dei magazzini” sottolinea il presidente Pulin riportando a noi un mantra che ripete a ogni incontro istituzionale.

Occorre una revisione sistematica che consenta ai gestionali regionali di comunicare tra di loro e l'istituzione di un Osservatorio di controllo e coordinamento

Il tutto con l'onere allo stato centrale di istituire un Osservatorio di controllo e coordinamento. Il problema altrimenti si ripresenterà e verosimilmente a breve.

Ma siamo anche il paese del qui e ora: “Salvaguardiamo il comportato produttivo o diremo comunque addio non solo a garze o siringhe ma anche a tac, risonanze e ausili salvavita”.

a cura di Confimi industria Sanità

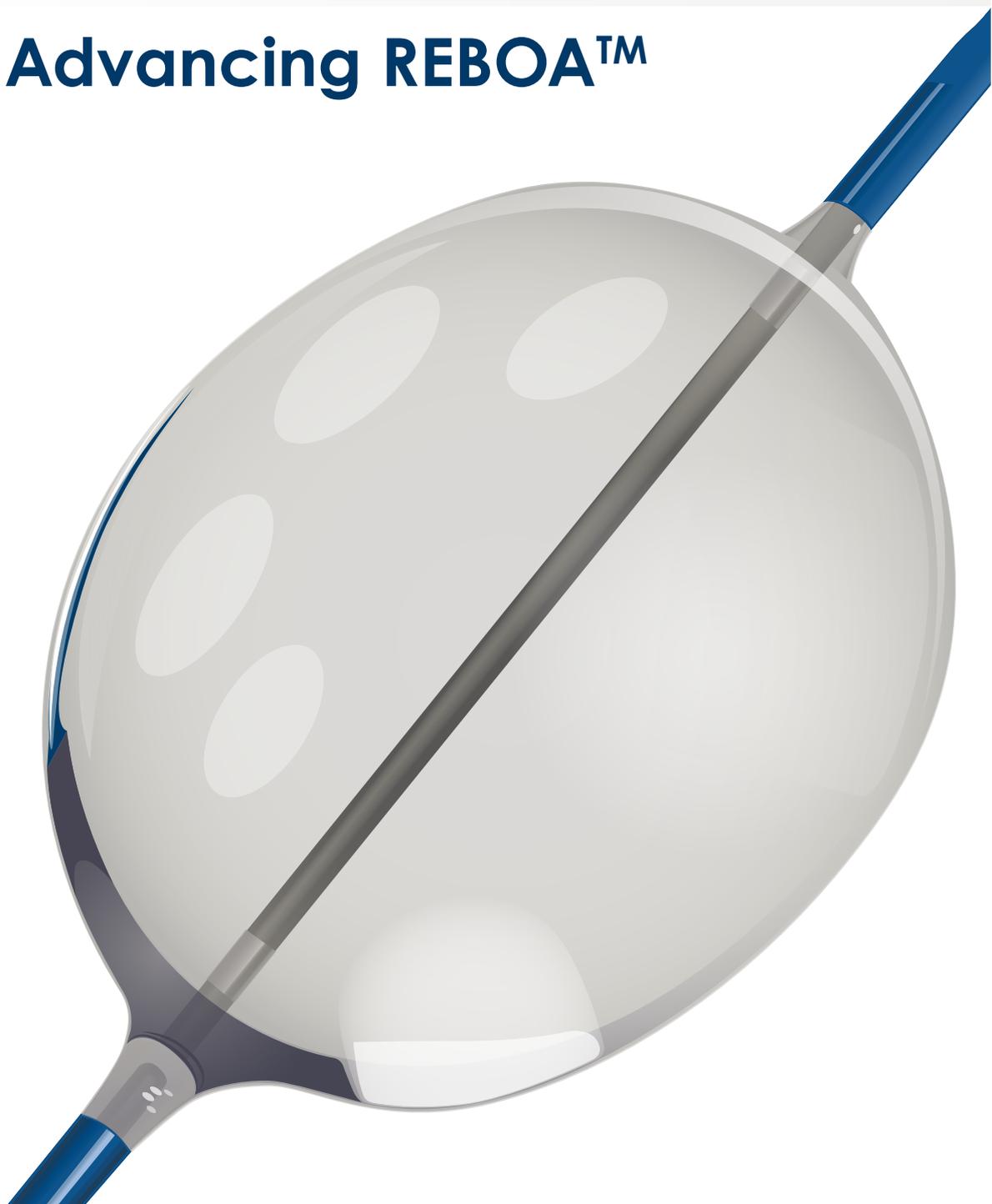


PRYTIME
MEDICAL™

KASTER
Medical Technology

ER-REBOA™ PLUS

Advancing REBOA™



KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma

Certified SQS ISO 9001 2015

E-mail info@kaster.it
Tel. +39 063629081

Partita IVA 04966401004

PAYBACK, una catastrofe nel SSN

di Danilo Quinto

A Massimo Riem, presidente della FIFO Sanità, la federazione tra le Associazioni regionali delle imprese per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere, chiediamo: che cos'è e da dove nasce il payback applicato ai dispositivi medici?

Il payback nasce dall'obiettivo, per noi assolutamente giusto, di perseguire una spesa sanitaria oculata e razionale, per limitare ed impedire ogni forma di spreco. La legge 111/2011 art.17 ha introdotto un tetto alla spesa pubblica in dispositivi medici. Fissato originariamente al 5,2% del Fondo Sanitario Ordinario (FSO), il tetto in questione è stato successivamente oggetto di ripetute revisioni al ribasso che l'hanno portato dapprima al 4,9%, poi al 4,8% e infine al 4,4%, a decorrere dal 2014. La logica di tali revisioni è sempre stata di natura contabile, mai economica, ovvero ha dato copertura puramente sulla carta alle varie ipotesi finanziarie che si sono succedute, prescindendo da valutazioni riguardanti la congruità del tetto rispetto ai livelli di assistenza da assicurare. La misura del tetto, per come si è arrivati a determinarla, rappresenta dunque un primo problema.

Con la manovra finanziaria 2015, venne stabilito che, in caso di sfioramento del tetto da parte di una Regione, una parte (pari al 40% nel 2015, al 45% nel 2016 e al 50% a decorrere dal 2017) della spesa in eccesso dovesse venir rimborsata dalle imprese fornitrici. In analogia al meccanismo del payback già in vigore per

FIFO Sanità: "Una legge incostituzionale che rischia di cancellare un settore, determinando una tragedia nel Servizio Sanitario Nazionale"



Massimo Riem



la spesa pubblica farmaceutica (introdotto dalla manovra finanziaria 2007).

Facciamo chiarezza. La Regione X acquista per l'ospedale Y 100 bisturi nel 2016 per 100 € totali. Poi, dopo anni, lo Stato si accorge che la Regione X poteva acquistarne massimo 60, con uno sfioramento di 40 € sul budget. L'azienda che glieli ha forniti deve rimmetterci 20 €, ossia metà dello sfioramento?

Semplificando, è esattamente così.

Ma è illogico...

Non solo, ma attraverso i legali che hanno curato le centinaia di ricorsi con le aziende associate, abbiamo sollevato un vero e proprio problema di incostituzionalità. Noi siamo assolutamente d'accordo nel perseguire un obiettivo di spesa sanitaria oculata, ma è folle pensare che se una Regione sfiora è legittimata a chiedere metà dello sfioramento alle aziende che hanno venduto i dispositivi di cui la stessa Regione si è servita.

In qualità di associazione di categoria, come FIFO Sanità avete pensato ad uno sciopero?

Rischieremo il penale. Le spiego perché. In primis, il nostro è un settore che permette diagnosi e cure ai cittadini italiani. Quindi, per una questione di etica e coscienza non vorremmo mai arrivare a non consegnare dispositivi medici compromettendo la salute di pazienti che non hanno alcuna responsabilità. Poi c'è un altro fattore da analizzare. Avendo vinto gare d'appalto,

rischiamo un'accusa per interruzione di pubblico servizio. Una fattispecie penale. Quindi abbiamo le mani legate: o interrompiamo le forniture per salvare le aziende rischiando una denuncia penale oppure continuiamo a fornire e falliamo come imprese.

Avete mai avuto colloqui con le Istituzioni per concordare una modalità di applicazione di questa norma?

Absolutamente no. Più volte abbiamo richiesto, e stiamo continuando a farlo in tutte le sedi, d'istituire un tavolo tecnico con l'obiettivo di evitare una crisi prima economica e poi socio-sanitaria.

In che senso? A cosa può portare il payback?

Sono mesi che esprimiamo, come associazione di categoria delle pmi, grande preoccupazione per l'approvazione di tale normativa. Questo comparto è composto nel 95% dei casi da micro, piccole e medie imprese, con oltre 100mila lavoratori coinvolti. Gettare sulle aziende le responsabilità di una cattiva gestione della spesa pubblica a livello regionale mette in crisi non solo le aziende, che sono costrette a chiudere, ma l'intero Sistema Sanitario Nazionale.

Perché le aziende arrivano a fallire?

Le faccio degli esempi molto concreti di aziende associate. Nella regione Toscana: una pmi con 12 milioni di fatturato, una richiesta di payback di 9 milioni; una con 1.2 milioni di fatturato, payback richiesto di 700mila euro. In Emilia-Romagna, un'azienda con fatturato di 1.5 milioni, richiesta

di payback da 700mila euro. Potrei continuare all'infinito. Sono tutte piccole imprese che, se pagassero domani mattina, porterebbero direttamente i libri in tribunale. E naturalmente metterebbero in mezzo alla strada decine di migliaia di famiglie.

Quali sarebbero le conseguenze per la Sanità?

È molto semplice e allo stesso tempo drammatico. Mancherebbero i dispositivi medici a disposizione del personale sanitario. Le faccio degli esempi concreti: sterilizzatori, prodotti per circolazione extracorporea, protesi cardiache, valvole cardiache, stent coronarici e cardiaci, dispositivi di protezione per radiologia e radioterapia, strumentario e ferri chirurgici, disinfettanti e antisettici. Ci sarebbero conseguenze catastrofiche per i nostri ospedali.

Cosa si sta facendo per evitare tutto ciò?

Purtroppo è una situazione estremamente complessa da cui venire fuori. Perché a onor del vero, questo Governo si è trovato con la norma del payback sui dispositivi medici che era stata attuata dal Governo uscente. Le Regioni entro il 15 dicembre hanno inviato tutte le richieste coattive di payback, con esecuzione entro 30 giorni (15 gennaio 2023). Come FIFO Sanità ci siamo impegnati per dialogare con le Istituzioni e siamo riusciti ad ottenere almeno una proroga della scadenza al 30 aprile, con

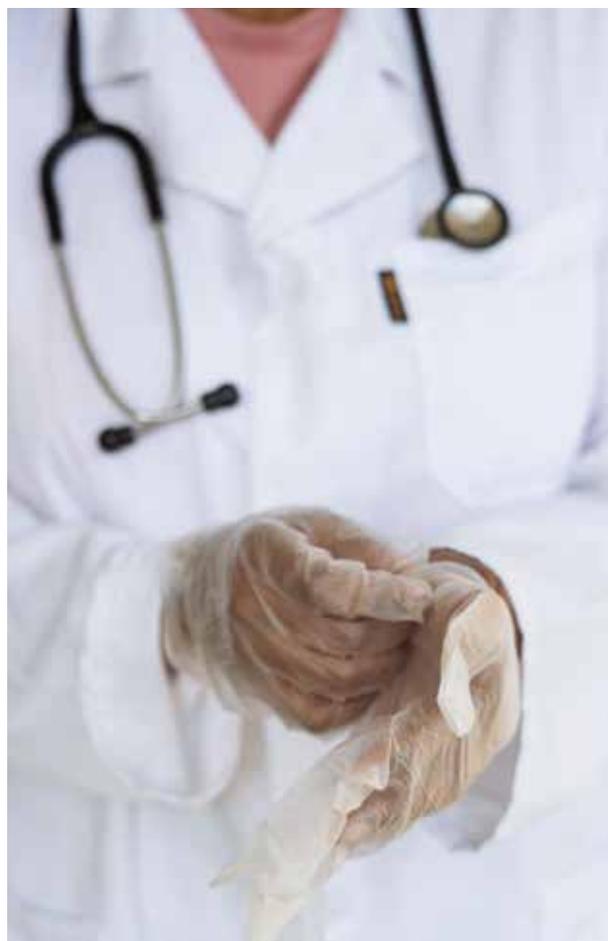
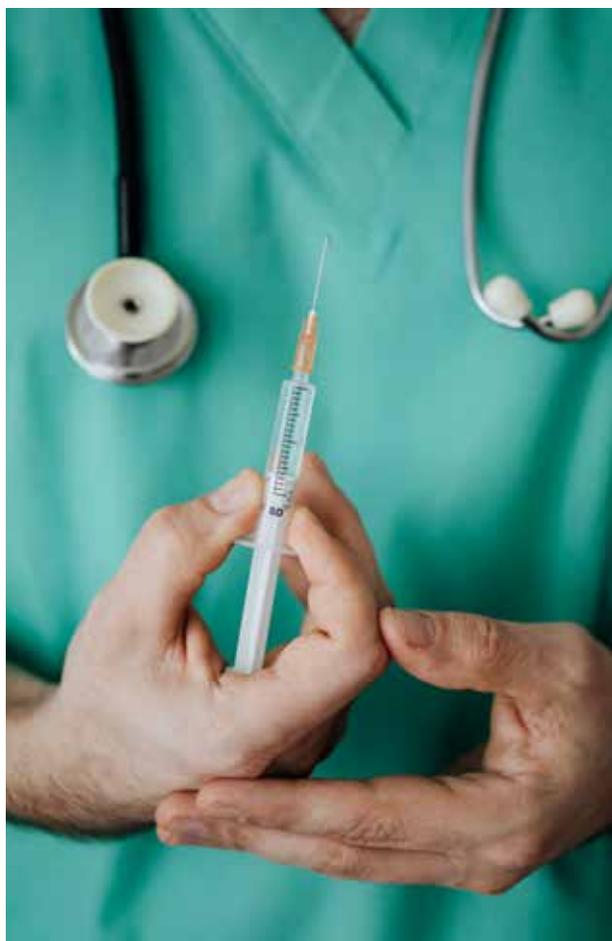
l'obiettivo di istituire un tavolo tecnico. Ora la palla passa al Governo.

Voi sareste disposti a contribuire attivamente al superamento della norma?

Assolutamente sì. Anzi, da mesi, se non anni, chiediamo alle Istituzioni di partecipare ai tavoli tecnici come associazione di categoria che può aiutare concretamente il Ministero a trovare una soluzione rispetto a questa assurda situazione.

Cosa state chiedendo alle Istituzioni in sede di confronto?

La cancellazione del payback, che penalizza in particolar modo le pmi e ci stiamo proponendo attivamente per istituire un tavolo tecnico che preveda il superamento della norma stessa. Vogliamo contribuire ad una spesa sanitaria oculata e razionale, senza però che questa rischi di cancellare un settore che sostiene il Sistema Sanitario Nazionale. È assolutamente necessario trovare le risorse per la cancellazione della norma che prevede il payback e devo sottolineare che un'altra proroga a quella disposta per il 30 aprile, costringerebbe - come ho detto - le aziende a portare i libri in tribunale, perché non sarebbero in grado di sostenere un impatto sulla loro attività di questa portata. Verrebbe in tal modo compromesso irrimediabilmente il servizio sanitario pubblico e si verificherebbero conseguenze drammatiche per la salute dei cittadini.



CHE COS'È IL PAYBACK?

IL DIFFICILE EQUILIBRIO TRA LE ESIGENZE DELLE REGIONI
E QUELLE DELLE AZIENDE DI SETTORE.
LA PROROGA AD APRILE E I POSSIBILI SCENARI

di *Martina Mangialardi*

Il payback è quel sistema di tassazione che obbliga le imprese a ripianare una parte dello sfioramento dei tetti di spesa, imposto dalle Regioni. Solo per il periodo che va dal 2015 al 2018, è previsto un esborso da parte delle aziende di 2,2 miliardi di euro.

Il Consiglio dei Ministri, con un decreto legge di un solo articolo da far confluire nel Milleproroghe, ha deciso una proroga di quattro mesi per dare tempo alle aziende di “dispositivi medici” di trovare le risorse per ripianare lo sfioramento di spesa. Per il Governo, la decisione – che non convince

le associazioni del settore – è la soluzione migliore, almeno per il momento. Lo ha confermato, il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti su “Il Sole 24 Ore” del 10 gennaio: “Questa” – ha detto – è la soluzione migliore possibile al momento per salvare le aziende del settore. Il nostro disegno tiene in equilibrio esigenze delle Regioni che su quelle somme contano per non tagliare risorse per funzioni fondamentali e dall'altro per tutelare le imprese che dovendo pagare una cifra così elevata in una volta sola rischierebbero il fallimento”. La proroga dovrebbe consentire



Giancarlo Giorgetti

ai tecnici di aprire un confronto con le aziende per provare a trovare delle risorse che almeno in parte coprano i 2,2 miliardi su cui le Regioni fanno affidamento per chiudere i loro bilanci, ma anche per rivedere al rialzo il tetto di spesa sui dispositivi medici.

Molte aziende del settore hanno ricevuto nelle scorse settimane le lettere delle Regioni con richiesta di pagamento del payback da evadere entro trenta giorni: un'iniziativa che mette le imprese, già in difficoltà a causa della crisi energetica e delle problematiche derivanti dall'approvvigionamento delle materie prime, davanti al rischio chiusura e comporta altresì un grosso pericolo per la salute pubblica: potrebbero perfino non essere garantite le forniture di prodotti, anche salvavita, agli ospedali e i servizi ad essi correlati.

In questo scenario, il 17 gennaio si è verificato un fatto nuovo: il Tar del Lazio, che si sarebbe dovuto esprimere in merito alla richiesta di sospensiva del provvedimento da parte delle aziende, ha deciso per il rinvio della decisione sulla sospensiva stessa (ad aprile), fissando tuttavia un'udienza pubblica – che giudicherà nel merito della questione (con un giudizio definitivo) – a giugno, in tempi decisamente più rapidi rispetto a quelli che ci si



potrebbe attendere in presenza di un rito ordinario.

La scelta del TAR del Lazio - accolta con soddisfazione dal comparto "dispositivi medici" – non cambia però in modo sostanziale il quadro della situazione, a meno che non vi sia, entro il 30 aprile, una decisione del Governo di cancellare il provvedimento o una correzione delle modalità applicative. In caso contrario, le aziende dovranno sborsare quanto richiedono le Regioni, a meno che non ricorrano al TAR competente entro 60 giorni dal provvedimento regionale.



ARTIVION™

Formerly CryoLife | Jotec

Advancing Aortic Technologies with Purpose™

Our decades of expertise in providing cardiac and vascular surgeons with solutions to treat patients with aortic diseases—coupled with our recent acquisitions and partnerships—have collectively empowered our intentional focus on offering life-changing aortic-centric technologies.

Artivion, CryoLife, and Jotec are trademarks owned by Artivion, Inc. or its subsidiaries. © 2022 Artivion, Inc. All rights reserved. Note: All products and indications are not available/approved in all markets. MLENG1528.000 (2022-01)



Learn more at artivion.com



Sanità pubblica, una situazione disastrosa

*IN MEZZ'ITALIA PEGGIORANO I DATI SUI TEMPI DI ATTESA
DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI, LE ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE E LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE*

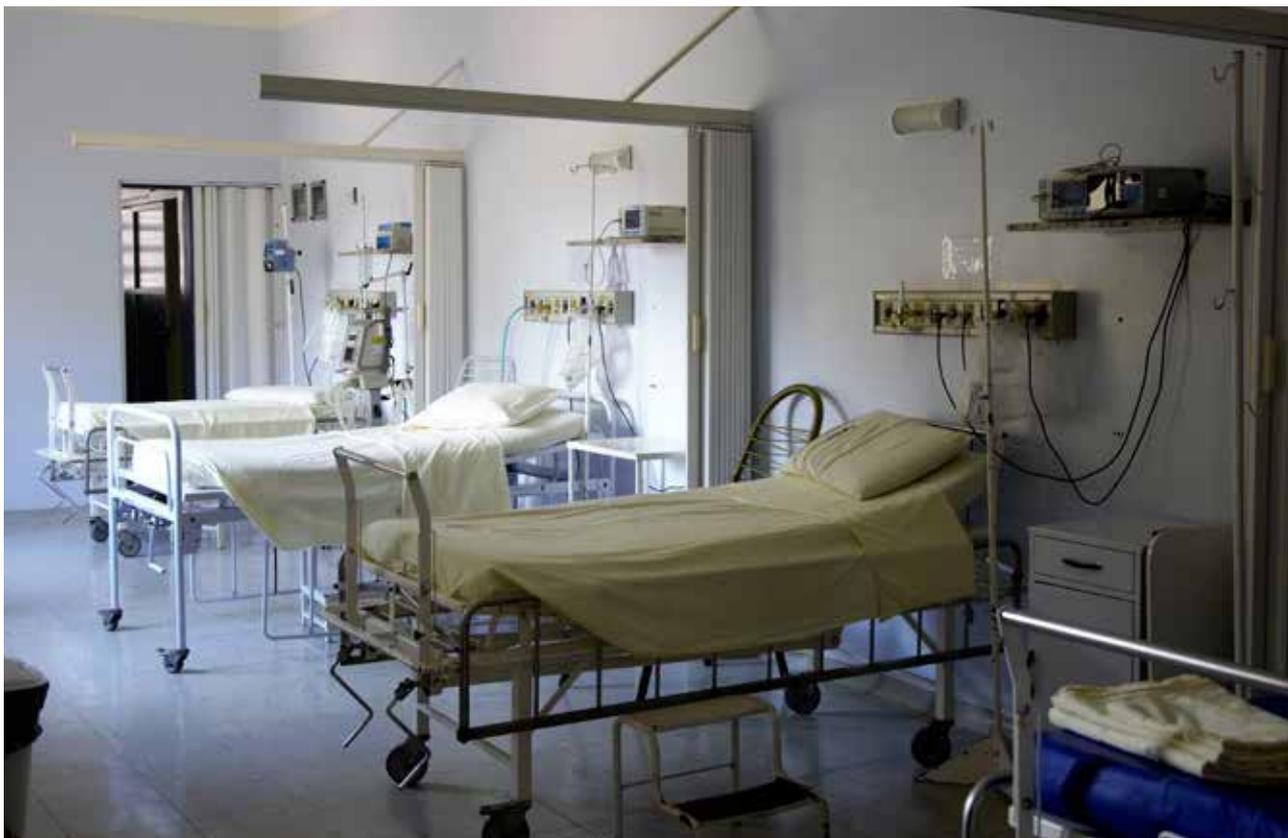
di Martina Mangialardi

Nelle scorse settimane, il Consiglio Regionale della Puglia ha approvato una mozione per abbattere le liste di attesa per le prestazioni sanitarie e per consentire agli assistiti di poter usufruire di un ampliamento dell'offerta delle prestazioni sanitarie, comprese quelle strumentali e di diagnostica per immagini, incrementando l'orario delle prestazioni ambulatoriali nei giorni festivi, nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e nella fascia oraria serale dei giorni feriali dalle 20.00 alle 24.00. La ASL 5 di Roma, invece, ha deliberato un "numero di prestazioni per ora", da un minimo di una a un massimo di 4, per ogni settore specialistico, andando a fissare nuovi intervalli di prenotazione tra un appuntamento e l'altro, da un minimo di 15 a un massimo di 60 minuti.

Solo due esempi di iniziative che testimoniano l'affanno in cui versa la sanità pubblica, documentato dai dati diffusi da AGENAS, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali,

sui tempi di attesa degli interventi chirurgici e le attività di specialistica ambulatoriale e la mobilità sanitaria interregionale.

Sui tempi d'attesa, l'analisi dell'area dedicata ai tumori maligni, per il periodo 2019-2021, indica come la pandemia da COVID-19 abbia ancora degli effetti sui volumi, sebbene si riscontrino dei miglioramenti nella garanzia di ricevere gli interventi nella classe di maggiore urgenza - Classe A - da effettuarsi entro 30 giorni. Il primo dato che emerge è che tra il 2019 e il 2021 ben 10 regioni su 21 abbiano peggiorato le loro performance sui tempi di attesa per quanto riguarda i tumori maligni. La peggiore performance è stata la Pa di Trento, che ha registrato un calo del 25,4%. A seguire l'Emilia Romagna con -14,1% e il Piemonte con il -10,7%. Migliorato invece del 19,3% il rispetto dei tempi di attesa in Valle d'Aosta. Bene anche l'Abruzzo (+14,5%) e la Toscana (+13,4%).



Sempre sui tempi di attesa il portale di AGENAS contiene anche i dati delle singole regioni sul rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di classe di priorità A (30 giorni) per l'area cardiologica e per i tumori maligni mettendo anche a confronto il pubblico con il privato accreditato. In nessuna regione italiana si registra il rispetto al 100% dei tempi di attesa.

Nel corso del 2021 il valore dell'attività osservata sulla mobilità sanitaria è di quasi 2,5 miliardi di euro - in aumento rispetto al 2020 - e al di sotto dei valori degli anni 2017, 2018 e 2019.

Sono 14 le Regioni che hanno saldi negativi. Fanalini di coda sono la Campania, che nel 2021 registra un saldo negativo di 185,7 mln. A seguire la Calabria (-159,5 mln), la Sicilia (-109,6 mln), la Puglia (-87,6 mln), la Liguria (-60,7 mln), l'Abruzzo (-49,5 mln), la Basilicata (-40,3 mln), la Sardegna (-34,4 mln), le Marche (-21,1 mln), l'Umbria (-9,8 mln), la Valle d'Aosta (-7,1 mln), il Friuli Venezia Giulia (-6,8 mln), la Pa di Bolzano (-4,3 mln) e la Pa di Trento (-0,03 mln). In attivo a guadagnarci di più dalla mobilità è nel 2021 l'Emilia Romagna, che supera la Lombardia con un saldo attivo di 293,9 mln. La Lombardia segue con un +274,9 mln. In attivo anche il Veneto (+102 mln), la Toscana (+38,1 mln), il Lazio (+34,2 mln), il Piemonte (24,8 mln) e il Molise (+8,7 mln).

Un numero rilevante è quello d'appropriatezza delle cure fuori regione, rispetto alla quale Agenas stima che 800 mln sui 2,5 mld di giro d'affari riguardano prestazioni per cui

non sarebbe occorso recarsi fuori dalla propria regione. Dal 5° Rapporto sul Servizio Sanitario Regionale redatto dalla Fondazione GIMBE, si evince che patologie e fattori ambientali che condizionavano lo stato di salute del SSN nell'era pre-COVID sono rimasti sostanzialmente irrisolti, fatta eccezione per il netto rilancio del finanziamento pubblico. Nel 2021 - rileva GIMBE - la spesa sanitaria totale in Italia è sostanzialmente pari alla media OCSE in termini di percentuale di PIL (9,5% vs 9,6%), ma inferiore come spesa pro-capite (\$4.038 vs \$ 4.435). Soprattutto, la spesa pubblica pro-capite è al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa l'Italia si colloca al 16° posto. Sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Rapporto sottolinea che: non si è mai concretizzato il loro aggiornamento continuo per mantenere allineate le prestazioni all'evoluzione delle conoscenze scientifiche; le nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica non sono esigibili su tutto il territorio nazionale perché il cd. "Decreto Tariffe" non è mai stato approvato per carenza di risorse economiche; il Nuovo Sistema di Garanzia, la nuova "pagella" con cui lo Stato darà i "voti" alle Regioni, non è uno specchio fedele per valutare la qualità dell'assistenza. È necessario, secondo GIMBE, tra l'altro: garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le disuguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni; rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato

sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi; rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei. programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale; rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze; ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il value della spesa sanitaria; disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare diseguaglianze e iniquità di accesso; avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle diseguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche; rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie; diffondere la



cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini; potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute; destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

A questo quadro si aggiunge la situazione drammatica di carenza del personale sanitario, medici e infermieri. Il Report recente di Cittadinanzattiva – che parla di “desertificazione sanitaria” – dimostra che il sovrappioppamento negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri riguarda soprattutto il Nord, mentre la carenza di ginecologici ospedalieri colpisce, oltre Caltanissetta (dove c'è un ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne), anche Macerata, Viterbo, La Spezia e tre province della Calabria (Reggio Calabria, Vibo Valentia e Cosenza). Nel dettaglio: Asti e provincia contano meno pediatri per numero di bambini (ogni professionista segue 1.813 bambini fra gli 0 e i 15 anni, la media nazionale è di 1/1.061 e la normativa prevede un pediatra per 800 bambini); nella provincia di Bolzano ogni medico di medicina generale segue in media 1.539 cittadini dai 15 anni in su (la media nazionale è di un medico ogni 1.245 pazienti, sebbene la normativa fissi tale rapporto a 1/1.500); a Caltanissetta e provincia c'è un ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne (la media italiana è di 1/4.132); il miglior dato si registra a Roma, con un rapporto di 1/2.292. Considerando invece i cardiologi ospedalieri, la situazione nella Provincia autonoma di Bolzano è 71 volte peggiore rispetto a chi vive in provincia di Pisa. In merito ai farmacisti ospedalieri, invece, il rapporto peggiore si segnala nella provincia di Reggio Emilia, dove c'è un professionista ogni 264.805 abitanti (la media è di 1/26.182), il dato migliore arriva dalla provincia di Forlì-Cesena con 1/9.982.

Tenendo presente le 39 province dove gli squilibri tra il numero di professionisti e cittadini sono più marcati, primeggiano Lombardia (Bergamo, Brescia, Como, Lecco, Lodi, Milano) e Piemonte (Alessandria, Asti, Cuneo, Novara, Torino, Vercelli) con sei province, seguite dal Friuli Venezia Giulia (Gorizia, Pordenone, Udine, Trieste) e dalla Calabria (Cosenza, Crotona, Reggio Calabria, Vibo Valentia) con quattro province. Poi Veneto (Treviso, Venezia, Verona), Liguria (Imperia, La Spezia, Savona) ed Emilia Romagna (Parma, Piacenza, Reggio Emilia), con tre province a testa, Trentino Alto Adige (entrambe le province autonome di Bolzano e Trento) e Lazio (Latina e Viterbo) con due.

UROCLINIC, la prima clinica urologica in Italia

di Flavia Scicchitano

MAURO DE DOMINICIS



Dottor De Dominicis, direttore della Struttura complessa di Urologia Casa di cura Nuova Villa Claudia-Villa Salaria Hospital, quando è nato Uroclinic e con quale ambizione?

Il Centro Uroclinic è attivo da inizio gennaio e in questo primo mese abbiamo registrato una forte richiesta da parte dei pazienti. Nuova Villa Claudia, a Roma nord, in via Flaminia, forniva già prestazioni urologiche ma non disponeva di un centro strutturato in grado di soddisfare

Tecnologia robotica, laparoscopica ed endoscopica-percutanea miniaturizzata. Per trattare, e risolvere, qualunque patologia dell'apparato urogenitale maschile e femminile. A Roma, nella Casa di Cura "Nuova Villa Claudia", nasce Centro urologico di alta specializzazione e moderna tecnologia, il primo in Italia a offrire, all'interno della stessa struttura, prestazioni per tutti i disturbi urologici dell'uomo e della donna. Diretto dal dottor Mauro De Dominicis, il Centro urologico Uroclinic può contare su un team selezionato di urologi certificati e altamente specializzati nelle diverse aree di diagnosi e cura

la domanda nel suo complesso. Ho così espresso il desiderio - accolto dai proprietari - di reclutare una serie di professionisti esperti in tutti i campi dell'urologia, e siamo riusciti a realizzare un centro di eccellenza, l'unico nel panorama italiano a disporre di strumenti di diagnostica e terapia di ultima generazione per il trattamento di tutti i disturbi e le malattie uro-genitali. Le stesse prestazioni sono offerte dalla Casa di cura Villa Salaria Hospital, in zona Prati Fiscali-Nuovo Salaria, unica struttura di riferimento del territorio per il privato. Villa Salaria Hospital ha attivato, inoltre, un servizio di assistenza medica 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per emergenze mediche, chirurgiche o



traumatologiche.

Quali sono le principali patologie urologiche maschili e femminili trattate dal Centro?

Il team, composto da sette urologi specializzati in diversi campi, si occupa di patologie oncologiche urologiche, quindi tumore del rene, dell'uretere, della vescica e dell'uretra, offrendo prestazioni di chirurgia robotica e laparoscopica, con un trattamento multidisciplinare. E ancora, patologie benigne come la calcolosi renale maschile e femminile, attraverso tecniche avanzate endoscopiche e percutanee; patologie malformative, come la stenosi del giunto, stenosi dell'uretere, reflusso vescico-ureterale, incontinenza urinaria maschile e femminile. Uroclinic dispone poi di un ambulatorio specialistico di uroginecologia per il trattamento, ad esempio, di prolapsi vescicali che determinano disturbi urinari nella donna, di un ambulatorio di andrologia, e di strumenti di diagnosi e terapia per le patologie urologiche

pediatriche. Il Centro si afferma, inoltre, come struttura di eccellenza di chirurgia dell'uretra e per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna. Proprio per quest'ultima patologia Uroclinic mette a disposizione dei pazienti tecniche avanguardistiche minimamente invasive.

Più nel dettaglio quali sono le tecniche all'avanguardia per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna?

Parliamo, in primo luogo, del Rezum, un trattamento innovativo di chirurgia mininvasiva per curare l'ipertrofia prostatica benigna, sviluppato negli Stati Uniti e approdato in Europa alcuni anni fa, come alternativa all'intervento chirurgico di asportazione dell'ipertrofia prostatica ostruttiva. Nuova Villa Claudia è il centro con la più grande casistica di trattamenti in Italia. Si tratta di una terapia con vapore acqueo che usa l'energia naturale immagazzinata in poche gocce d'acqua: in questo modo è possibile eliminare l'eccesso di tessuto prostatico che causa i sintomi urinari.



Il vapore acqueo viene iniettato con un ago sottilissimo all'interno del tessuto prostatico ipertrofico (adenoma prostatico), ne consegue una progressiva riduzione del volume della ghiandola prostatica. Questo comporta la normale ripresa della funzione urinaria e non modifica la morfologia dell'apparato preservandone tutte le funzioni.

Quali sono i vantaggi rispetto alla Turp, l'intervento classico di Resezione transuretrale della prostata?

Innanzitutto l'intervento si esegue in day hospital o in regime ambulatoriale senza anestesia generale e dura 15 minuti. Poi, il vantaggio della tecnica Rezum, rispetto alla chirurgia classica, è che l'85% dei pazienti preserva perfettamente la funzione eiaculatoria. I risultati definitivi si ottengono a distanza di 2-3 mesi dal trattamento, che consente la completa sospensione dei farmaci. In qualche settimana si nota un netto miglioramento delle difficoltà urinarie sino alla completa remissione della sintomatologia. I risultati sono particolarmente duraturi: nell'arco di 4 anni, in media, solo il 4% dei pazienti deve sottoporsi di nuovo all'intervento. La mini invasività, la possibilità di eseguire la procedura in day hospital, la rapida ripresa delle attività quotidiane e la certezza di preservare l'eiaculazione fanno sì che il Rezum sia, ad oggi, l'avanguardia della tecnologia per la cura e

risoluzione definitiva alla ipertrofia prostatica. Ma ci sono anche altre soluzioni.

Quali?

Sempre nell'ambito dei trattamenti chirurgici innovativi mininvasivi per la cura dell'ipertrofia prostatica benigna, bisogna ricordare Urolift e iTind. Urolift utilizza piccoli impianti, tipo grappette, per aprire il canale ostruito della prostata. iTind consiste, invece, in un dispositivo inserito al livello dell'uretra prostatica. Una volta in sede, iTind si apre e i puntoni di pressione esercitano forza sull'uretra prostatica e sul collo della vescica. Dopo 5, o massimo 7, giorni i nuovi canali sono formati e il dispositivo viene rimosso. In entrambi i casi l'intervento avviene in regime ambulatoriale o day hospital in sedazione e la ripresa è rapidissima. E anche qui il vantaggio principale rispetto alla Turp è che la funzione eiaculatoria viene preservata, eliminando l'inconveniente dell'eiaculazione retrograda. Per questo, nonostante la Turp rimanga il gold standard, questi trattamenti sono principalmente indicati in pazienti giovani che hanno l'esigenza di mantenere l'eiaculazione per avere figli. Dipende poi dalla conformazione della prostata e dai disturbi che il paziente ha. Sarà l'urologo a decidere il trattamento migliore a seconda delle esigenze del caso specifico.

La robotica, così come altre tecnologie innovative, arrivano in soccorso di tutte le patologie urologiche. Di quali altri strumenti dispone il Centro?

Gli strumenti di diagnostica e terapia di ultima generazione riguardano, come detto, il complesso dei disturbi uro-genitali. Per le patologie oncologiche e malformative, abbiamo il Robot Da Vinci, che consente di procedere alla rimozione del tumore come alla demolizione e ricostruzione dell'organo. Il chirurgo, fisicamente lontano dal campo operatorio in una postazione dotata di monitor e comandi, muove i bracci del robot, collegati agli strumenti endoscopici, che vengono introdotti attraverso piccole incisioni. Il campo operatorio è proiettato tridimensionalmente, con immagini ad altissima risoluzione. Nuovissime metodiche riguardano anche il trattamento della calcolosi urinaria, la causa più frequente di accesso al pronto soccorso per patologie urologiche: eseguiamo accessi per via endoscopica retrograda e per via percutanea, tecniche mininvasive che permettono di risolvere la patologia del paziente con un rapido recupero alle normali funzioni quotidiane. Il centro dispone di due sale operatorie tre volte a settimana, quindi parliamo di sei sale operatorie a settimana. Le prestazioni sono eseguite sia in regime privato sia in regime convenzionato.



Tumore della vescica

Ventuno esperti per nuovo modello di cura

di Lidia Tamburrino

Il tumore uroteliale è un tumore maligno che interessa l'urotelio, ovvero il tessuto che riveste internamente le vie urinarie. Può essere localizzato in queste sedi anatomiche: la pelvi renale, l'area che occupa la porzione centrale del rene; gli ureteri, il condotto che consente all'urina di passare dai reni alla vescica; la vescica, l'organo muscolare cavo che raccoglie l'urina prodotta dai reni; l'uretra, il canale che trasporta l'urina dalla vescica verso l'esterno.

I carcinomi uroteliali sono rappresentati, per il 95% dal carcinoma vescicale e si collocano al quarto posto di frequenza rispetto agli altri tipi di tumore, interessando circa 315.000 persone in Italia.

Ogni anno sono circa 30.000 le nuove diagnosi della malattia che colpisce nell'80% dei casi il sesso maschile. Si tratta, infatti, di tumori quattro volte più frequenti negli

uomini e che mediamente si manifestano principalmente dopo i sessant'anni.

A differenza di quanto si potrebbe pensare, il percorso di cura di questo tipo di tumori si sviluppa in un arco temporale di molti anni e spesso finisce per concludersi, dopo una serie di azioni che mirano al mantenimento della vescica, in una probabile cistectomia radicale.

Oltre alle difficoltà legate alla qualità della vita dei pazienti, elevatissimi sono i costi che il Servizio Sanitario Nazionale deve sostenere per i controlli e le terapie di mantenimento. Allo stato attuale, inoltre, non si sono ancora affermati trattamenti capaci di garantire una guarigione definitiva.

Per tentare di dare delle risposte a queste tematiche, il Progetto U-CHANGE (<https://uchange.it/>) - ideato e realizzato da Nume Plus e presentato in occasione del

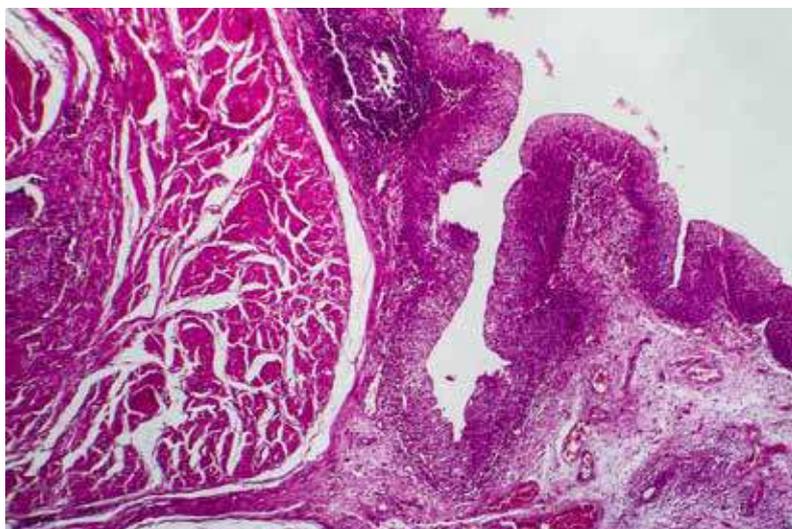
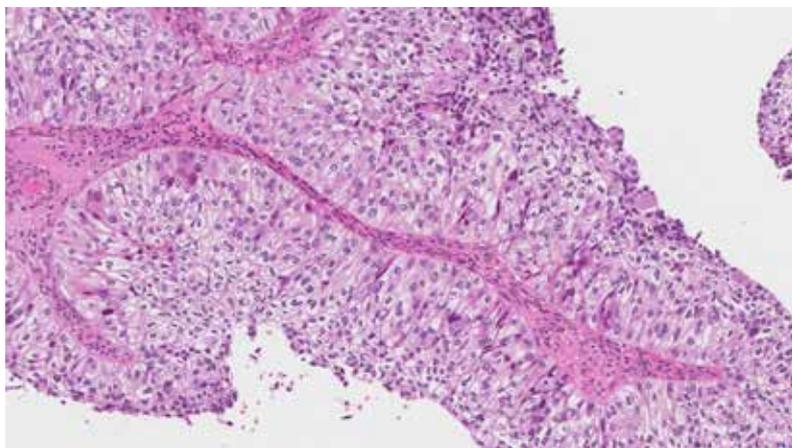
5° congresso dell'associazione Palinuro - ha generato degli approfondimenti al fine di declinare una serie di attività e di programmi di sensibilizzazione a diversi livelli (popolazione, operatori sanitari, politici, istituzioni) per non dimenticare un tumore così invalidante e di grande impatto sociale e sanitario. Una task-force di 21 esperti tra clinici, pazienti e istituzioni analizzerà l'attuale modello di cura per il tumore della vescica, con l'obiettivo di identificarne le criticità e disegnare un futuro modello di cura.

Il Progetto si sviluppa in due fasi: la prima, di riflessione sui modelli di gestione clinica, organizzativa (anche regionale) e di Patient Journey, riproducendo due istantanee: uno scenario "AS IS" di oggi ed uno scenario "TO BE", che arriverà nell'immediato futuro, mentre una seconda fase, successiva, si occuperà della divulgazione dei nuovi modelli di cura che saranno a disposizione in prospettiva.

Entrambe le fasi sono caratterizzate da tre diverse dimensioni di analisi e di comunicazione: clinici (medici, società scientifiche, specialisti di settore oncologico ed urologico); pazienti (associazioni dei pazienti, caregivers, infermieri, giornalisti); istituzioni (farmacisti ospedalieri, direttori di ASL e di strutture ospedaliere, economisti della sanità nazionale, regionale e locale).

"Nell'ambito del progetto" - ha dichiarato Sergio Bracarda, direttore Dipartimento di Oncologia e S.C. Oncologia Medica e Traslationale Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni e Presidente SIUrO, Società Italiana di Uro-Oncologia - "abbiamo dato vita ad una Consensus multidimensionale, con l'ambizioso obiettivo, per la prima volta, di mettere sullo stesso piano i diversi attori che intercettano il paziente colpito da carcinoma avanzato della vescica nelle varie tappe del suo viaggio: clinici, associazioni dei pazienti, caregivers, fisioterapisti, infermieri, giornalisti di settore, farmacisti ospedalieri, direttori di ASL e di strutture ospedaliere, economisti della sanità nazionale, regionale e locale. In questo modo, tutto il panel degli esperti ha esplorato le diverse dimensioni, discutendo e concordando sia le attuali limitazioni dei modelli di cura e sia le proposte di miglioramento per la costruzione di un futuro modello di cura ancora più efficace". In Italia, nel 2021 questa neoplasia è stata diagnosticata in 25.500 persone e ha causato oltre 6.000 decessi. "Questo tumore" - ha spiegato il dottor Bracarda - "si sviluppa inizialmente

nel rivestimento interno della vescica (urotelio), ma può diffondersi alla parete muscolare che la circonda e raggiungere i linfonodi o altri organi come polmoni, fegato, ossa. Per questo motivo, una diagnosi tempestiva è fondamentale, perché influenza la sopravvivenza futura, così come l'approccio terapeutico che, a seconda dello stadio del tumore, prevede interventi anche combinati tra chirurgia, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia". Da un sondaggio condotto da Nume Plus su 1.000 persone dai 18 anni in su, è emerso che il 61% non è mai andato dal proprio medico per segnalare segni o sintomi come sangue nelle urine o bruciore durante la minzione. Il 34% non sa qual è lo specialista che si occupa di questa patologia, soltanto il 52% sa che la causa principale è il fumo mentre quasi il 50% è convinto che il principale fattore di rischio sia la predisposizione genetica.



MEDICINA DI PRECISIONE, il futuro è oggi

di *Caterina Del Principe*

PAOLO MARCHETTI

I professor Paolo Marchetti è direttore scientifico dell'IDI-IRCCS di Roma, ordinario f. r. di Oncologia Medica all'Università degli Studi La Sapienza, presidente della Fondazione per la Medicina Personalizzata. Dal 1988, prima presso l'Università di L'Aquila e dal 2006 presso l'Università La Sapienza, è stato docente di oncologia medica, ricoprendo il ruolo di responsabile dei rispettivi reparti assistenziali. Inoltre, tra i diversi compiti che ha svolto, è stato membro del Comitato Scientifico Nazionale della Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT), membro della Commissione Tecnico-scientifica della Regione Lazio a sostegno della attività del presidente in tema di riorganizzazione del SSR, esperto in oncologia medica a supporto della attività del direttore generale e del Consiglio di Amministrazione di AIFA e, dal 2014 presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica degli IFO-IRCCS (Regina Elena e San Gallicano) di Roma. Autore di oltre 470 lavori scientifici, con un H-index di 49 con circa 10.000 citazioni, ha partecipato come relatore a centinaia di Congressi nazionali ed internazionali. Attualmente, coordina con il Dott. Mauro Biffoni dell'Istituto Superiore di Sanità, uno studio nazionale altamente innovativo (ROME Trial – From the histology to the target), che si propone di utilizzare la valutazione delle mutazioni in oltre 320 geni per definire specifiche modalità di trattamento con farmaci a bersaglio molecolare, indipendentemente dalla tipologia della neoplasia per la quale questi farmaci sono stati autorizzati

Trasformare tutte le informazioni bigdata in saggezza e in sapienza clinica tramite l'intelligenza artificiale per trattamenti sempre più specifici e mirati

all'immissione in commercio o sono stati studiati fino ad ora. La sua ricerca si è sempre rivolta verso le necessità quotidiane dei pazienti oncologici, attraverso l'ideazione di specifici strumenti di valutazione della evoluzione clinica della malattia anche presso il loro domicilio ed ha collaborato con il Prof. Maurizio Simmaco dell'Università La Sapienza ed il Prof. Robert Preissner dell'Università di Berlino alla realizzazione di una piattaforma che consente



Paolo Marchetti



la riconciliazione terapeutica nei pazienti politrattati.

Professore, può spiegare cos'è la medicina di precisione?

La medicina di precisione, ed in particolare l'oncologia di precisione, riguarda quei trattamenti che cercano, all'interno della malattia, degli specifici bersagli molecolari. Ricordo un paziente che mi disse: "Si parla tanto di medicina di precisione. Perché, fino ad oggi la medicina era meno precisa?". La medicina non era meno precisa prima dell'avvento della medicina di precisione; erano meno precisi i bersagli su cui si lavorava.

Può chiarire questo concetto?

Soffermiamoci sull'oncologia. Anche la chemioterapia ha dei suoi bersagli all'interno delle cellule malate, ma questi bersagli non sono così specifici e soprattutto non rispondono in maniera così selettiva come quelli presenti a seguito di alterazioni del DNA, che determinano un'alterazione della sintesi di alcune proteine, che possono essere neutralizzate da un farmaco. Ed ecco, quindi, che i farmaci a bersaglio molecolare rappresentano la concretizzazione di una parte di quella che è stata definita la medicina di precisione, che riconosce, all'interno delle cellule ammalate, uno specifico bersaglio (una proteina alterata a seguito di un'alterazione genomica), la cui neutralizzazione si traduce in un vantaggio terapeutico per il paziente, quando abbiamo un farmaco in grado d'interferire specificatamente con l'alterazione.

Come si è evoluta la ricerca?

Il passo successivo che abbiamo fatto è stato quello di capire che a volte non è sufficiente interagire con uno specifico bersaglio, ma quello che può essere più utile è interagire con una via di segnale e per questo esistono dei farmaci che interagiscono con alcune vie di segnale oppure ci sono più farmaci a bersaglio molecolare che vengono utilizzati insieme per bloccare in maniera più efficace una determinata via di segnale.

Quali risultati sono stati conseguiti con la medicina di precisione?

Ha costituito un progresso straordinario, perché ci ha consentito di conseguire risultati importanti relativi ad alcuni tumori. Penso al melanoma, ai tumori del polmone, al cancro della mammella, ma questo non significa che la medicina di precisione abbia risolto tutti i problemi relativi al trattamento migliore da operare nei confronti dei pazienti. Perché, molto spesso, quando ricerchiamo questo tipo di alterazioni ed applichiamo gli studi di Fase 1, Fase 2, Fase 3 e Fase 4 – gli studi convenzionali, nei quali la popolazione oggetto di studio viene suddivisa in maniera random, casuale, in due gruppi di pazienti, per cercare di neutralizzare le interferenze di meccanismo che non conosciamo, che è la base di quella che si chiama medicina dell'evidenza – abbiamo capito che tutto questo era migliorabile mettendo insieme alcuni fattori individuali dei singoli pazienti, che pur in presenza di un bersaglio suscettibile di indurre un vantaggio evolutivo di quella

cellula, pur utilizzando un farmaco in grado di annullare l'effetto di stimolo della crescita o di vantaggio evolutivo, non rispondevano, perché c'erano altri meccanismi d'interazione in quelle vie di segnale che facevano sì che in quel tumore non ci fosse la risposta che desideravamo. Proseguendo nella ricerca, abbiamo compreso che ci sono anche altri sistemi che interferiscono con il bersaglio: abbiamo visto che il percorso dell'immunoterapia può essere alterato perché il microbiota non è nelle condizioni migliori per aiutare una risposta immunitaria ed abbiamo imparato che è necessario porre molta attenzione nei confronti di altri farmaci che il paziente assume.

Come avete affrontato questi problemi?

Abbiamo messo a punto con l'ospedale universitario della Charité di Berlino una piattaforma che si chiama Drag Pin, che consente di riconciliare le prescrizioni. Calcoli che solo in Italia vi sono circa 11 milioni di pazienti che assumono ogni giorno più di 5 farmaci, quantità che per l'OMS definisce il paziente politrattato. Queste interazioni negative, se non conosciute, vengono considerate un fallimento della terapia. Ecco perché si pone il problema di come studiare le interazioni tra sistemi complessi.



Che cosa sono i sistemi complessi?

Il cancro è un sistema complesso, come il microbiota, il fegato, il nostro organismo, anche l'ambiente dove vive il nostro organismo è un insieme complesso. In passato, quando venivano sollevati questi problemi si tendeva a semplificare il più possibile; gli studi – si diceva – dovevano essere fatti su gruppi di pazienti più omogenei possibile, perché si doveva capire l'effetto del farmaco. Ma poi, nella realtà, i pazienti non sono affatto omogenei e questo si traduce spesso in un fallimento clinico. Ci ha aiutato molto l'aumento enorme della possibilità – rispetto agli inizi degli anni duemila – di riconoscere i bersagli all'interno della cellula, grazie all'acquisizione di profilazioni del DNA sempre più estese delle cellule malate e del DNA dell'individuo, che ci consentono di capire le sue fragilità o le stazioni metaboliche dei farmaci più attive o meno attive ed anche le informazioni relative all'ambiente dove vive il paziente. Di fronte a questi big data, abbiamo la necessità di trasformarli in informazione, in conoscenza e di trasformare quest'ultima in saggezza e in sapienza clinica. Ecco, quindi, il progetto che abbiamo iniziato - grazie anche alla collaborazione di molte

organizzazioni, tra cui la Fondazione FOEDUS, che si sta impegnando per la ridefinizione dei laboratori di ricerca dell'IDI – con il quale si ha la possibilità di ottenere una raccolta sistematica di tutte le informazioni che riguardano uno specifico paziente, direttamente dalle immagini sorgenti degli esami a cui è stato sottoposto. Grazie a complessi meccanismi d'intelligenza artificiale, è possibile incrociare questi dati con una piattaforma che abbiamo realizzato con l'Università Sapienza e con il CINECA, uno dei più grandi centri di calcolo dei consorzi universitari, per trasformarli in conoscenza e in sapienza clinica.

Quale sarà il ruolo dei medici in questa prospettiva?

Qualcuno potrebbe dire: i medici non serviranno più a nulla. È vero esattamente il contrario: libereremo i medici da una serie di lavori ripetitivi e dal timore di commettere degli errori ed i medici avranno sempre più tempo da dedicare al rapporto con il paziente, che ritengo veramente insostituibile. Non ci sarà mai una macchina in grado di dare il calore di una stretta di mano o di uno sguardo che fa capire al paziente che si sta lavorando con lui e per lui, in un percorso comune. Quest'innovazione si tradurrà in vantaggi per il paziente, con la possibilità per il medico di spiegare in maniera chiara e fruibile nella clinica quotidiana quali sono quelle interazioni tra sistemi complessi che determinano non il successo delle terapie, ma molto spesso il loro insuccesso.

IL CALVARIO DELLE MALATE DI CANCRO IN AFRICA

UN SUPPORTO PSICOLOGICO E' NECESSARIO
IN QUESTA FASE DI PASSAGGIO, CARATTERIZZATA DA CAMBIAMENTI
IN TUTTE LE AREE DELL'IDENTITA' PERSONALE

di *Jessica Davis Plüss*

Quando Lucia Syokau Muli ha scoperto di avere un tumore al seno a 27 anni, nessuno nella sua comunità ha indossato la spilletta con il nastro rosa. Nella sua città natale nel sud-est del Kenya, il cancro non innesca un'ondata di solidarietà e sostegno ma piuttosto di paura, brutti presagi e rifiuto.

"La gente pensa: anche se ti curiamo, alla fine morirai, quindi semplicemente ti trascurano e ti ignorano, ti lasciano a te stessa", racconta la giovane madre single di una bambina di 5 anni, davanti alla caratteristica porta viola della clinica oncologica della contea di Makueni, a circa tre ore d'auto da Nairobi.

"Ho dovuto affrontare tutto da sola".

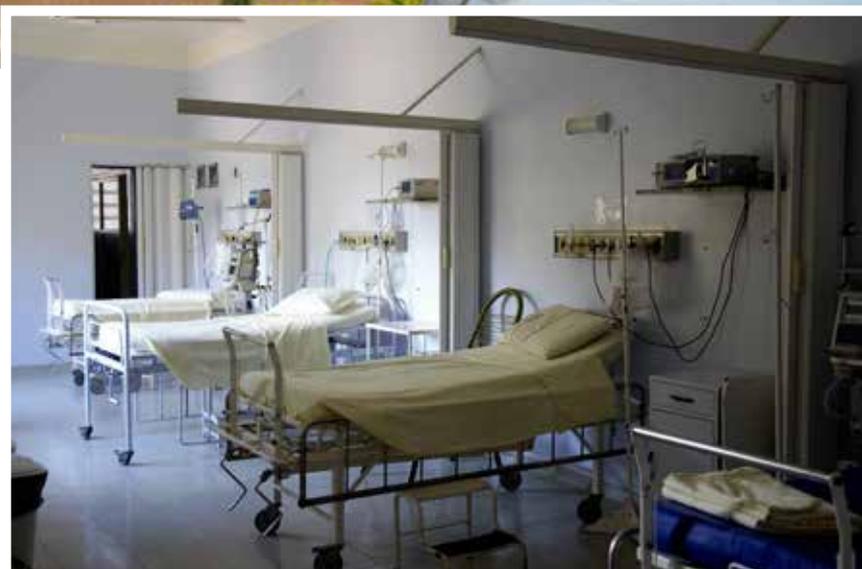
Lucia indossa una camicetta bianca fresca di bucato e occhiali da sole scuri. Il suo aspetto elegante e sicuro cela una lotta angosciante, iniziata quando i medici trovarono un nodulo sospetto nella sua mammella destra durante uno screening diagnostico. Esami successivi rivelarono che non solo aveva un tumore al seno, ma che si trattava di una forma aggressiva chiamata HER2 positivo (ovvero con valori più alti del normale di una proteina coinvolta nella crescita cellulare, la HER2 appunto).

"Ero devastata. Avrei voluto prendere a



schiaffi il medico. Non riesco a crederci”, rievoca Lucia, che non aveva mai conosciuto nessuno col cancro. Negli ultimi due anni, ha sopportato lo stress fisico ed emotivo di interi cicli di chemioterapia, un mese di radioterapia e una dolorosa mastectomia.

Ma altrettanto traumatico è stato il contraccolpo economico, che incombe ancora su di lei. Benché il National Hospital Insurance Fund NHIF abbia rimborsato la maggior parte delle cure, Lucia ha dovuto vendere il suo divano a tre piazze e altri beni personali per pagare alcuni test diagnostici



**Tra carenza di medicine
e prezzi alle stelle
l'alternativa è
quasi sempre
tra morte e povertà**

che non sono coperti dall'assicurazione sanitaria, nonché le spese di viaggio e di alloggio per un mese di trattamento a Nairobi.

E questo era solo l'inizio. Gavin Orangi, farmacista oncologo che dirige l'ambulatorio, le ha prescritto un farmaco mirato chiamato trastuzumab, un anticorpo

monoclonale lanciato dalla multinazionale svizzera Roche con il nome di Herceptin, approvato nel 1998 dalla US Food and Drug Administration FDA (agenzia statunitense per gli alimenti e dei medicinali).

L'assicurazione copre solo quattro delle 18 iniezioni endovenose mensili raccomandate, che costano quasi il triplo di quel che guadagna Lucia in un mese vendendo abiti usati. Sebbene i suoi introiti siano più alti delle paghe medie della contea di Makueni, è comunque ben oltre le sue possibilità e la costringe alla disperata ricerca di modi per pagare i restanti 14 cicli.

Il dilemma di Lucia è fin troppo diffuso in tutto il Kenya, Paese che deve far fronte ad una rapida crescita dei casi di cancro al seno a causa di fattori generici, cambiamenti nello stile di vita e alla migliorata diagnosi dopo anni di impegno su altri fronti (l'HIV e altre malattie infettive).

Farmaci come il trastuzumab, che negli ultimi 25 anni hanno incredibilmente aumentato la sopravvivenza al tumore al seno nei Paesi ricchi, restano perlopiù inaccessibili nel Paese africano.

Il tumore al seno è attualmente la più diffusa neoplasia in Kenya con quasi 7'000 nuovi casi all'anno, ma considerati lo screening limitato e i pochi registri oncologici, l'incidenza è probabilmente sottostimata, dicono i medici.



L'ultima speranza

Ogni giovedì mattina, un centinaio di pazienti si accalca su panche di legno e attende l'apertura del Chandaria Cancer Centre, una clinica specializzata in tumori al seno che si trova a Eldoret, circa 300 chilometri a nordovest di Nairobi. Le donne restano in coda per ore, qualche volta anche di notte, per consultare l'équipe di specialisti che lavorano al centro, il quale è parte del Moi Teaching and Referral Hospital, uno dei più grandi ospedali del Paese. Molte pazienti che si presentano per la prima volta hanno un tumore così avanzato che ha penetrato la cute, formando una ferita visibile. In molti casi, la malattia si è estesa alle ossa, ai polmoni o alla spina dorsale, rendendo difficile camminare.

“È molto raro che una paziente arrivi con un piccolo nodulo”, riferisce Lucy Najala Wabende, studentessa di master in salute globale e coordinatrice della clinica. Una ragione è che “molte persone non conoscono i sintomi e trascurano la presenza di un nodulo, oppure chiedono aiuto a un erborista seguendo le loro credenze religiose o culturali”. Per le donne, la situazione è anche peggiore perché spesso dipendono dai loro mariti per il pagamento delle cure e l'accompagnamento in ospedale. Tutto questo ritarda una corretta diagnosi.

La cosa più preoccupante è che molte pazienti hanno una forma aggressiva di cancro al seno.

Per loro il trastuzumab è l'ultima speranza. Diversi studi mostrano che il farmaco, combinato con la chemioterapia, contribuisce ad allungare di cinque o più anni la vita di pazienti con tumori che un tempo avremmo definito incurabili.

“Prima del trastuzumab, il cancro HER2 positivo era davvero una cattiva notizia”, spiega Benjamin Anderson, un chirurgo specialista di tumore al seno che è a capo della Global Breast Cancer Initiative dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). “Il suo arrivo ha cambiato tutto. Con esso si ottengono risultati che in passato erano considerati semplicemente impossibili”.

La lunga attesa

Quando apparve sul mercato era inaccessibile a causa del prezzo, ricorda Nicholas Abinya, oncologo del Nairobi Hospital che cura malati di cancro da oltre trent'anni. Da quando i brevetti della Roche sull'Herceptin sono scaduti, qualche anno fa, sono apparsi sul mercato alcuni farmaci biosimilari approvati dalla FDA, ma i prezzi faticano a scendere. Al Moi Hospital, il trastuzumab costa l'equivalente di nove volte il reddito familiare medio del Kenya occidentale.

Poiché circa il 70% dei kenioti non ha alcuna forma di assicurazione, molte malate di cancro al seno non iniziano neppure le cure perché non possono permetterselo. Altre fanno come Lucia: completano solo i cicli coperti dalla loro assicurazione.



“Una volta che le pazienti hanno esaurito la loro copertura assicurativa, di solito non le vediamo più”, conferma a SWI il dottor Naftali Busakala, che una decina d’anni fa ha guidato la fondazione del centro del cancro al Moi. “Secondo gli studi, la maggior parte di queste pazienti muore”.

Il prezzo dei farmaci è una delle ragioni per cui un po’ in tutto il Kenya il cancro comincia ad essere considerato la via più rapida verso la povertà e il motivo per cui le pazienti devono affrontare lo stigma e il rifiuto della loro comunità, testimoniano i dottori.

La fine dei farmaci a prezzi accessibili

Nel giugno scorso, la Roche ha firmato un accordo di cinque anni con il ministero della salute per fornire l’Herceptin a un prezzo col quale la NHIF dichiara di poter rimborsare tutti e 18 i cicli di trattamento. Né la multinazionale né il ministero hanno rivelato a quanto ammonti.

L’accordo riguarda una formulazione sottocutanea che può essere somministrata con un’iniezione in cinque minuti, anziché con un’infusione di quattro o cinque ore. Non ci sono produttori di biosimilari che possano competere col prezzo. Ma a mesi di distanza, i colloqui sull’attuazione del programma sono ancora in corso, rivelano i medici.

Un dilemma crudele

Il Kenya non è un caso unico, sottolineano all’OMS:

“L’impossibilità di completare il trattamento a causa del costo è il problema principale che riscontriamo nei Paesi a basso e medio reddito. È il peggiore dei mondi: le pazienti subiscono gli effetti collaterali senza beneficiare dell’effetto terapeutico”.

Tutto questo mette i dottori di fronte a un dilemma disumano: sanno che esiste una cura che può salvare la vita alla paziente, ma sanno anche che quella cura ridurrà la paziente in povertà.

Gavin Orangi, il medico di Lucia, aggiunge che l’alto prezzo del farmaco crea pure problemi di disponibilità, perché gli ambulatori più piccoli come quello di Makueni hanno un budget limitato e possono acquistare pochi cicli alla volta, fino a quando non ricevono il rimborso dall’assicurazione o dal paziente.

L’ospedale della Contea di Makueni ha aperto una clinica di oncologia con il sostegno della Roche due anni fa. Il dottor Gavin Orangi, che la dirige, ha curato da allora oltre 300 pazienti.

Lucia ha convinto un amico a lasciarla fingere di essere sua moglie, per poter beneficiare di altri quattro cicli di trastuzumab. Poi ha dovuto attendere mesi. In agosto ha ripreso le cure, ma dopo due cicli la clinica le ha detto di aver esaurito il farmaco e che dovrà posticipare l’infusione successiva. Benché Lucia al momento stia bene, non è chiaro come queste interruzioni incideranno sulla sua prognosi.

NUOVI FARMACI per il tumore al pancreas?

IDENTIFICATA UNA NUOVA POPOLAZIONE DI CELLULE STAMINALI TUMORALI
COINVOLTA NELLA FORMAZIONE DELLE METASTASI EPATICHE

di *Annachiara Albanese*

Uno studio realizzato dall'Istituto di genetica e biofisica "Adriano Buzzati Traverso" del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) di Napoli, sostenuto dalla Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro e dalla Fondazione italiana per la ricerca sulle malattie del pancreas (FIMP) e pubblicato sul "Journal of Experimental & Clinical Cancer Research", potrebbe portare allo sviluppo di nuovi farmaci contro il tumore al pancreas, che fino a non molto tempo fa, era considerato raro. Oggi è diventato un'emergenza. Secondo il rapporto Global Burden of Disease, fra il 1990 e il 2017 la sua incidenza è aumentata di 2,3 volte e l'Europa occidentale è una delle regioni con i tassi più elevati. È la quarta causa di morte per cancro in Europa ed è l'unica forma di tumore che negli ultimi trent'anni non

ha visto miglioramenti rispetto alle aspettative di vita, tanto negli uomini quanto nelle donne. Le statistiche attuali e le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prevedono che l'incidenza di questa malattia aumenterà notevolmente nei prossimi quarant'anni.

Il pancreas è una ghiandola lunga poco più di 15 centimetri che si trova in profondità nell'addome, tra lo stomaco e la spina dorsale, circondata da fegato, intestino e altri organi. La malattia rimane asintomatica per lungo tempo: solo nel 7% dei casi viene diagnosticata in stadio iniziale e circa l'80%-85% delle forme tumorali risulta non resecabile al momento della diagnosi. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni è pari soltanto all'8% in Italia e a circa il 6% nel mondo. Tra tutti i tumori che colpiscono il





pancreas, l'adenocarcinoma è il tipo più comune. È legato all'invecchiamento - per una persona di 70 anni, il rischio di morire è circa 15 volte più alto rispetto ad un trentenne - al fumo, al consumo di alcolici, al diabete e all'obesità. La frequenza di diagnosi positive è dal 20 al 50% più alta fra le persone obese.

La diagnosi può essere tardiva perché i sintomi possono essere sfumati e attribuibili ad altre cause. Può causare: dolore, all'altezza dello stomaco e che si irradia alla schiena; calo di peso, a volte associato a steatorrea - forma di diarrea dovuta al cattivo funzionamento dell'organo; ittero, quando il tumore è nella testa del pancreas e comprime la via biliare; diabete, a volte unico sintomo che il tumore provoca. È, quindi, fondamentale la prevenzione: sia primaria, riducendo i fattori di rischio, sia secondaria, effettuando screening (TAC, risonanza magnetica e, se necessaria, biopsia), in caso di familiarità o predisposizione genetica. Acquisita la diagnosi, la terapia - che viene indicata grazie al parere di diversi specialisti - prevede la chemioterapia, che può far arretrare la malattia e rendere possibile l'operazione, che comporta una chemioterapia successiva.

Il tasso di sopravvivenza netta a cinque anni è dell'11% per gli uomini e del 12% per le donne; il tasso di recidiva a sei mesi dall'intervento è del 50%. In Italia, nel 2020, sono state stimate oltre 14.000 nuove diagnosi e nello stesso anno si sono registrati oltre 12.000 decessi. Il tumore al pancreas rappresenta attualmente la terza causa di morte per cancro dopo il carcinoma polmonare e quello del colon retto, superando il numero di decessi per carcinoma della mammella.

Lo studio del CNR ha portato all'identificazione di una sottopopolazione di cellule staminali tumorali altamente metastatica e caratterizzata dall'espressione della proteina LAMC2.

“La presenza di questa proteina” - ha spiegato Enza Lonardo, che ha coordinato il team di ricerca - “favorisce la migrazione delle cellule tumorali in organi secondari e ne incrementa il potenziale di staminalità, rendendole altamente resistenti ai trattamenti chemioterapici e favorendo l'insorgenza di metastasi, in particolare nel fegato”. Lo studio ha permesso d'identificare un meccanismo molecolare alla base dell'elevata espressione di questo marcatore. Si tratta di una proteina assente nelle cellule del pancreas normale e invece presente e attiva in cellule tumorali che risiedono in un microambiente ricco della molecola TGFbeta1. La presenza di TGFbeta1 induce l'espressione di LAMC2, promuovendo così l'insorgenza di un cancro più aggressivo, che risponde meno alle terapie farmacologiche convenzionali”, aggiunge la ricercatrice. “Abbiamo osservato, però” - ha aggiunto la Lonardo - “che il trattamento dei tumori con il farmaco vactosertib, un nuovo inibitore del recettore del TGFbeta1, potenzia l'effetto del chemioterapico gemcitabina portando a una completa eliminazione delle cellule LAMC2 positive e a una drastica riduzione delle metastasi epatiche”. La scoperta potrebbe portare allo sviluppo di nuovi farmaci in grado di agire in modo specifico sia sulla riduzione diretta dell'espressione di LAMC2, sia in maniera indiretta sul microambiente tumorale, influenzando sulla via di segnalazione mediata dal TGFbeta1.

ANZIANI

Un patrimonio prezioso da valorizzare nell'interesse di tutti

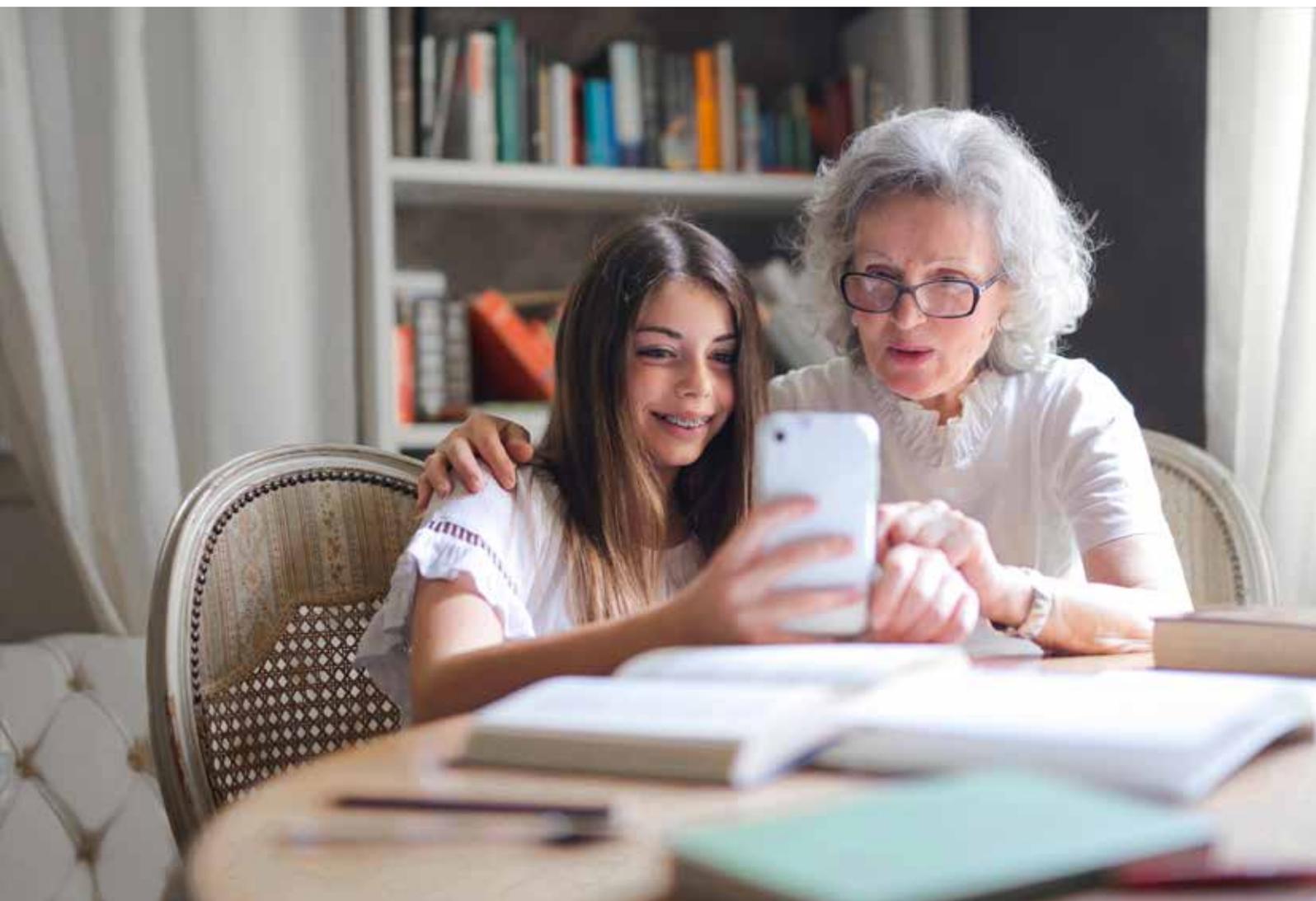
di Walter Rodinò

Chi l'ha detto che il tempo che rimane da vivere sia l'unico criterio valido per stabilire il valore di una persona? A volte dimentichiamo che gli anziani sono un patrimonio prezioso da stimare e valorizzare e, come scrisse Giovanni Paolo II in una sua lettera, "escluderli è come rifiutare il passato, in cui affondano le radici del presente". Nella società contemporanea, in cui tutto oramai è velocità, prevale una concezione materiale della vita che pone al primo posto la produttività e l'utilità immediata, e che tende a isolare tutto ciò che è lento e per ciò stesso considerato vecchio. La senilità è sì caratterizzata da un rallentamento delle attività vitali, ma è pur vero che la lapidaria sentenza di Terenzio "Senectus ipsa morbus", oggi, a distanza di 2000 anni può essere candidamente smentita dai fatti. Grazie al sistema sanitario che in particolare in Italia è tra i più evoluti a livello globale, e a uno stile di vita e ad un modello alimentare sano basato sulla dieta Mediterranea, come ha sottolineato Flavia Bustreo dell'OMS, oggi la senilità richiede un approccio diverso.

Un recente studio dell'Università di Göteborg certifica come i nostri anziani siano più performanti dei loro coetanei di trent'anni fa. Il sessantacinquenne nostro dirimpettaio è paragonabile al quarantenne al piano di sotto di trent'anni fa sia dal punto di vista fisico che cognitivo.

Un patrimonio prezioso da valorizzare nell'interesse di tutti





Una ricerca del laboratorio di Brain Connectivity dell'IRSS San Raffaele, pubblicato sulla rivista scientifica *Geroscience*, ha provato che il cervello dei giovani, rispetto a quello degli anziani, mostra una maggiore entropia (tendenza al disordine e dunque caos celebrale) nei ritmi veloci.

Non si tratta, però, di procedere ad uno scontro generazionale dal quale gli anziani possano uscirne rivalutati rispetto al passato.

Al contrario, facendo cassa degli avvenuti cambiamenti in meglio, è opportuno intervenire ulteriormente a livello sociale e sanitario, oltre che culturale, al fine di preservare i nostri senior che, oltre alle patologie più frequenti, tra cui diabete, ischemie, cataratta, sordità, purtroppo sono spesso vittime di un dramma più nascosto, ma devastante a livello psicologico con importanti risvolti sulla sfera fisica, l'isolamento sociale. E sì, l'isolamento, la mancanza di contatti sociali e interazioni, un drammatico fenomeno che, secondo l'Associazione Anziani Rete Associativa (AIRA) interessa

due italiani su dieci. In Italia sono 2,5 milioni gli over 74 che vivono soli e che rappresentano complessivamente il 4% della popolazione complessiva. Alle patologie proprie della senilità, dunque, si aggiunge la solitudine i cui effetti possono a volte sfociare nella demenza.

Da qui la richiesta da parte dell'AIRA di maggiori investimenti sui centri di aggregazione.

Anche mandare mail e messaggi dal cellulare può essere un buon metodo per contrastare l'isolamento sociale e dunque il rischio di demenza senile. Due studi, condotti da ricercatori della John Hopkins Medicine e della Bloomberg School of Public Health di Baltimora, pubblicati sul *Journal of the American Geriatric Society*, hanno dimostrato che l'accesso a queste tecnologie di comunicazione può ridurre del 31% il rischio di andare incontro a isolamento sociale.

Allo stesso modo un altro studio americano, questa volta pubblicato sul "*Journal of Aging and Physical Activity*", ha dimostrato come i balli di gruppo siano un valido strumento per migliorare le funzioni cognitive e

contrastare la demenza senile e il rischio di sviluppare l'Alzheimer.

I nostri anziani devono quindi essere considerati parte integrante e soprattutto attiva della società civile, anche perché di fatto rappresentano una risorsa preziosa per tutta la comunità. La storia, maestra di vita, la si studia sui libri di scuola, ma quanto è più efficace affiancare quelle letture alla viva voce di chi quella storia l'ha vissuta sulla propria pelle? Di chi è stato testimone in carne ed ossa di quegli avvenimenti, anche terribili, che purtroppo a volte la storia ci ripresenta ciclicamente?

Ma i nostri senior non sono solo saggezza e insegnamento per le future generazioni, sono oggi anche welfare familiare in veste di amorevoli nonni, preziosissimi per famiglie con bambini, senza con ciò nulla togliere a babysitter e asili nido. E sono ammortizzatori sociali per figli disoccupati o che hanno ridotto o addirittura perso il lavoro. Secondo le ultime rilevazioni Istat, nelle famiglie in cui è presente almeno un pensionato, la pensione rappresenta in media il 64% del reddito disponibile per quel nucleo, riducendo in tal modo anche il rischio di povertà, tema quest'ultimo tornato purtroppo di drammatica attualità.

Oggi l'Italia è il Paese con più anziani, dopo il Giappone, e le rilevazioni Istat ci dicono che siamo sulla buona

strada per mantenere salda o addirittura migliorare la nostra posizione in classifica. I residenti con 65 anni e più a inizio 2022 nel Bel Paese erano 14 milioni, circa 3 milioni in più rispetto a vent'anni fa e nel 2042 saranno quasi 19 milioni.

Le giovani generazioni rappresentano il nostro futuro e i senior possono dare un prezioso contributo affinché le prime possano fare ancora meglio. Non si tratta di contrapporre giovani e anziani in un confronto-scontro generazionale, ma di ragionare in termini di complementarità tra le due generazioni. Da considerare come due ali che per volare verso un futuro migliore devono necessariamente battere insieme e con forza.



POST PARTO,

LA CHIRURGIA PLASTICA IN SOCCORSO ALLE NEO MAMME

di Flavia Scicchitano

Diastasi addominale, lassità vaginale, cicatrici troppo evidenti in seguito a un cesareo e, ancora, accumuli adiposi. La gravidanza e, soprattutto, il parto portano numerosi cambiamenti nel corpo della donna. E, spesso, si fa fatica a riconoscersi nella nuova silhouette: i tessuti perdono elasticità, l'addome o la zona intima potrebbero cambiare aspetto a causa di incisioni chirurgiche preordinate alla nascita del bebè, anche il décolleté potrebbe svuotarsi dopo l'allattamento.

A Daniele Spirito, specialista in chirurgia plastica a Roma e Como e docente presso la Scuola di specializzazione in Chirurgia Plastica dell'Università di Milano, chiediamo come i diversi rimedi offerti dalla chirurgia plastica possono andare in soccorso delle neo mamme?

“La premessa è che molte donne dopo avere partorito sono ancora più belle rispetto al periodo precedente la gestazione, ma è innegabile che si tratta di un percorso che può apportare molti cambiamenti fisici e psicologici in un breve lasso di tempo: dall'aumento del peso, alla distensione dell'addome, a uno svuotamento del seno. E se da alcune donne tutto questo viene accettato con serenità, per altre può avere ripercussioni negative a livello psicologico”.

Quali sono i casi in cui è indicato procedere con un intervento chirurgico per correggere gli inestetismi causati da gravidanza e parto?

“L'impatto sul corpo della donna che ha affrontato nove mesi di gestazione, in determinati casi, può essere molto forte. Possono insorgere insicurezze, frustrazioni e disagi. La donna può non riconoscersi più nel nuovo aspetto acquisito e ciò può compromettere anche il modo di affrontare la maternità. Sono sicuramente questi i casi, molto soggettivi, in cui è consigliato rivolgersi a uno specialista e intervenire per recuperare la forma di un tempo. L'obiettivo principale da conseguire è consentire di vivere al meglio il periodo successivo alla nascita, nell'interesse non solo della mamma ma anche del bambino”.

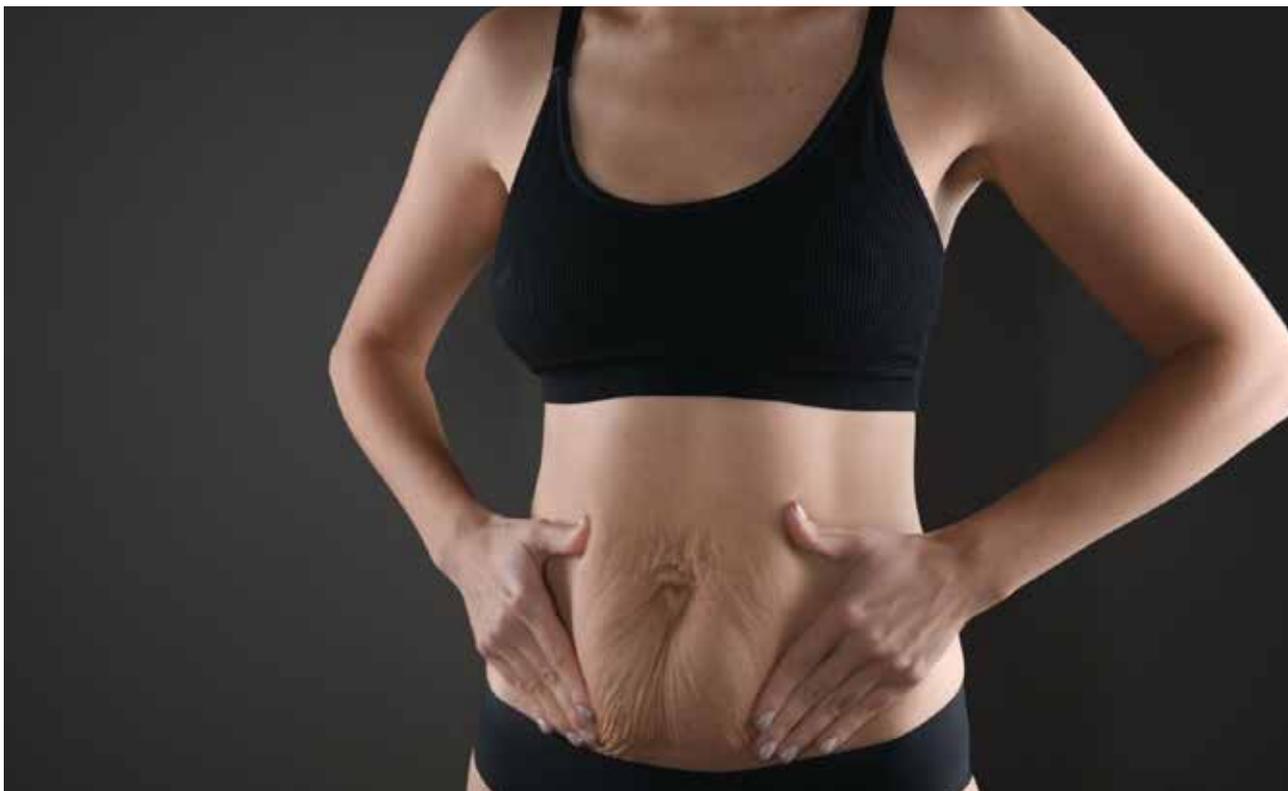
Quali sono allora gli interventi di chirurgia plastica a cui è possibile sottoporsi dopo il parto?

“L'addominoplastica è l'intervento che si esegue per



Daniele Spirito

**COME CONSENTIRE
DI VIVERE AL MEGLIO
IL PERIODO SUCCESSIVO
ALLA NASCITA**



risolvere un problema molto comune dopo il parto, la diastasi addominale, ovvero la separazione del muscolo retto dell'addome lungo la linea alba, che tende a sfibrarsi a causa della distensione dell'utero. L'intervento prevede la ricongiunzione dei muscoli retti addominali con suture o reti sintetiche. In caso di eccesso di pelle si rimuove anche il tessuto adiposo, restituendo la giusta tensione muscolare. Dopo l'operazione va indossata una fascia addominale per un mese, poi si può riprendere l'attività sportiva. E' consigliabile sottoporsi a questo tipo di intervento quando non si intende avere altri figli, per scongiurare la possibilità che il problema si ripresenti. Poi abbiamo mastoplastica additiva e mastopessi. Dopo la gravidanza, ma soprattutto dopo l'allattamento, il seno potrebbe apparire sceso o svuotato. Entrambi gli interventi consentono di aumentare il volume del seno con protesi mammarie nonché di rimodellarlo e sollevarlo, ottenendo così un seno sodo e tonico. Mastoplastica e mastopessi non pregiudicano l'allattamento ma è consigliabile sottoporvisi una volta che questo sia concluso per assicurare una maggiore stabilizzazione dei tessuti".

Molto spesso a subire ripercussioni, soprattutto dopo il parto naturale, è la zona intima. Quali sono gli strumenti a disposizione?

"In seguito a un parto naturale con episiotomia, incisione che si effettua alla vagina e ai muscoli sottostanti per facilitare il parto, la zona intima potrebbe essere modificata. In questi casi si può ricorrere a procedure di

medicina estetica in grado di ripristinare il tono vaginale, restringendo il muscolo e i tessuti molli circostanti. La ninfomeiosi (ninfe: piccole labbra; meiosi: riduzione), invece, riadatta il tessuto danneggiato delle piccole labbra, da vigore alle grandi labbra (lipofilling) e può perfino ripristinare il punto clitorideo (clitoridopessi), intervento in day hospital, molto di impatto. Per un mese è necessario seguire il massimo riposo della regione interessata".

Come diceva, le zone del corpo che possono andare incontro a modifiche sono molteplici, tra queste anche cosce, fianchi, glutei, pancia. Come correre ai ripari in questi casi?

"Nel corso dei nove mesi di gravidanza è possibile mettere su diversi chili, su cosce, fianchi, glutei e pancia. La liposuzione permette di rimodellare le diverse parti del corpo aspirando il grasso in eccesso mediante microcannule. E' consigliato aspettare circa un anno dalla fine dell'allattamento, per permettere prima al fisico di sgonfiarsi in modo naturale. Infine la medicina estetica offre la possibilità di intervenire per correggere le smagliature, uno degli inestetismi più indesiderati e frequenti. Le smagliature sono causate dall'aumento repentino di peso nella fase della gravidanza e dal successivo dimagrimento post-parto. Possono essere trattate in medicina estetica con il laser non ablativo frazionato. Il calore penetra negli strati più profondi del derma, attivando collagene ed elastina, stimolando così la rigenerazione di nuovi tessuti a livello cutaneo".

LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA

La sfida delle cellule Car-Natural killer

di Annachiara Albanese

La leucemia mieloide acuta è un tumore raro del sangue che origina nelle cellule staminali presenti nel midollo osseo e si sviluppa rapidamente diffondendosi in tutto l'organismo. Rappresenta il 20% di tutti i casi di leucemia acuta osservati in età pediatrica, dato che si traduce - in Italia - in circa 70 nuove diagnosi all'anno nella fascia 0-18. La LMA è una malattia ancora non del tutto caratterizzata dal punto di vista genetico e molecolare, così come rimangono da chiarire compiutamente i meccanismi che portano allo sviluppo di forme recidivanti e refrattarie ai trattamenti convenzionali.

Un network italiano per la LMA

Il progetto di ricerca e sviluppo di terapie innovative per la LMA finanziato da Fondazione Umberto Veronesi avrà una durata di 5 anni e coinvolgerà l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù come Centro di riferimento, il Laboratorio di diagnostica centralizzata della Clinica Oncoematologica di Padova, il Dipartimento di oncologia sperimentale dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e il Department of Leukaemia dell'MD Anderson Cancer Center (Houston, USA) come Centri collaboranti e contributivi allo svolgersi del progetto. I ricercatori del network si dedicheranno: all'identificazione di nuove alterazioni molecolari predittive di outcome; alla scoperta dei meccanismi responsabili della resistenza alle cure o delle ricadute

Nasce la Rete italiana finanziata da Fondazione Umberto Veronesi: al Bambino Gesù la sperimentazione di una nuova terapia con cellule geneticamente modificate

di malattia e alla messa in atto di sperimentazioni cliniche basate sull'uso delle cellule CAR- Natural Killer per i pazienti con LMA recidiva e/o refrattaria.

Alla ricerca di nuove alterazioni molecolari

Le leucemie mieloidi acute sono caratterizzate da alterazioni molecolari ricorrenti che, in un terzo dei casi, non vengono identificate. Tale limite oggi può essere superato con tecnologie di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing, NGS), disponibili negli istituti della Rete, ottenendo così nuove informazioni sulla malattia: le alterazioni molecolari, infatti, possono essere predittive di buona o cattiva prognosi; possono diventare indicatori di sensibilità alle cure e facilitare la scoperta di bersagli tumorali da colpire con terapie mirate.

Questo tipo di indagine (caratterizzazione molecolare) verrà eseguita per tutti i casi di LMA pediatrica diagnosticati in Italia nei Centri AIEOP - Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica, con la quale Fondazione Umberto Veronesi già collabora da anni per il sostegno delle spese di apertura e gestione dei protocolli di cura nei reparti di oncologia pediatrica di tutta Italia.

Come si comporta il tumore: Indagini cellula per cellula

L'impiego di tecniche di sequenziamento di nuova generazione e di analisi su singole cellule (single cell analysis) aiuterà i ricercatori della Rete a comprendere meglio i meccanismi alla base della resistenza ai



Presentazione del progetto PALM.

Da sinistra: Monica Ramaioli Direttore Generale Fondazione Umberto Veronesi; Franco Locatelli Responsabile Area Oncoematologia Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; Chiara Tonelli Presidente Comitato Scientifico Fondazione Umberto Veronesi; Mariella Enoc Presidente Bambino Gesù; Andrea Onetti Muda Direttore Scientifico Bambino Gesù; Arcangelo Prete Presidente AIEOP.

trattamenti o delle ricadute di malattia. Le cellule malate di un singolo tumore non sono tutte uguali: ce ne sono alcune (definite sottocloni) con caratteristiche diverse rispetto al tipo predominante. Anche se poche - e per questo più difficili da intercettare - possono influire sulla direzione che prenderà la malattia nel tempo. Indagare sull'eterogeneità delle popolazioni cellulari leucemiche è, dunque, una delle chiavi per chiarire il comportamento del tumore e per orientare le scelte terapeutiche.

Cellule Car-Natural killer: La nuova frontiera della cura "pronta all'uso"

L'attività terapeutica cardine della Rete "PALM" è l'avvio della sperimentazione clinica - la prima in ambito europeo - della terapia genica con cellule CAR-Natural Killer per il trattamento della leucemia mieloide acuta recidivata o resistente alle cure convenzionali. Concluso con risultati significativamente promettenti lo studio pre-clinico condotto all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, il trial partirà alla fine del 2023 su una coorte di pazienti sia pediatrici che adulti. La sfida è quella di replicare i risultati ottenuti con le cellule CAR nell'ambito delle leucemie linfoblastiche acute anche nella LMA.

Nella nuova terapia genica progettata al Bambino Gesù per questo tumore, è stata utilizzata una popolazione di cellule difensive dell'organismo diversa dai linfociti T: si tratta delle cellule Natural Killer (NK) allogeniche (cioè

prelevate da un donatore sano), poi riprogrammate geneticamente per esprimere sulla propria superficie il CAR (Chimeric Antigen Receptor), molecola che intercetta il bersaglio tumorale e consente la distruzione delle cellule malate.

Il ricorso alle cellule NK ingegnerizzate, anziché ai linfociti T, nella costruzione dell'immunoterapia contro la LMA, è stato dettato da una serie di vantaggi dimostrati scientificamente: a differenza dei linfociti T, le NK non danno luogo a reazioni immunitarie incontrollate (la cosiddetta "tempesta di citochine") né alla malattia del trapianto contro l'ospite, vale a dire che - per loro natura - non aggrediscono i tessuti del ricevente. Per queste caratteristiche le NK di un donatore possono essere impiegate per il trattamento di persone diverse. Inoltre, da un singolo prelievo di cellule tramite aferesi è possibile generare un numero di cellule CAR sufficiente per curare molti pazienti (almeno un centinaio): una vera e propria "banca" di cellule CAR-NK immediatamente disponibili per l'infusione.

Nella sperimentazione della terapia genica con CAR-NK condotta dai ricercatori del Bambino Gesù su modelli animali sono state osservate un'elevata efficacia antitumorale e una tossicità significativamente minore rispetto alle cellule CAR-T, confermando la sicurezza dell'approccio.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



ASUS health solution



Sistemi ad Ultrasuoni Wireless



APP dedicata per IOS,
WINDOWS e ANDROID.
Suite completa.
Software gratuito
scaricabile on line.