

ORE 12

ITALIA

● **Radiologia,**
Roma fa storia

● **Oncologia,**
nuove terapie

● **Reducer,**
migliora la vita

● **Cardiologia,**
obiettivi della Fic

Innovabiomed
THE NETWORK PLACE FOR MEDICAL INDUSTRY


VERONAFIERE

23-24 GENNAIO 2018
VERONAFIERE | CENTRO CONGRESSI PALAEXPO

L'INDUSTRIA BIOMEDICALE IN FIERA A VERONA
INNOVABIOMED

Tutti i giochi con vincite in denaro
sono vietati ai minori di 18 anni.
Facciamo girare la voce.



Il rispetto del divieto è la prima regola da seguire.

Campagna informativa a tutela dei minori promossa da:

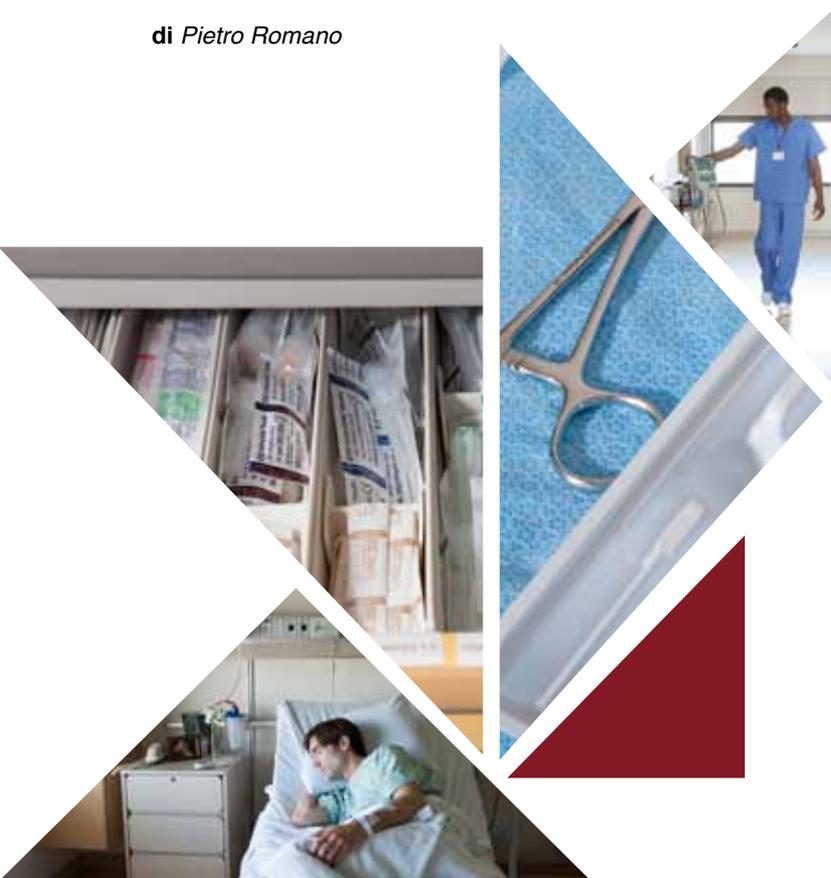


Seguici su  [facciamogirarelavoce](#)

La legge N.111 del 2011 disciplina il divieto di partecipazione ai giochi con vincite in denaro per i minori.

Hic et nunc

Sistema sanitario nazionale, una proposta per prevenire

di *Pietro Romano*

L'indagine non ha lasciato indenne il settore sanitario. Anzi, a occhio e croce, ci pare che ne sia uno dei più affetti. Con molti lavori che, al di là del loro valore scientifico, vengono spesso presentati con titoli bomba e ripresi dagli organi d'informazione tradizionale e social.

Complice la crisi, vanno molto di moda gli studi relativi alla difficoltà, vera o presunta, per un numero crescente di italiani di accedere all'assistenza medico-farmaceutica. Dieci anni di caduta non potevano certo fare bene anche a questo aspetto della vita italiana. Ora che molti indicatori volgono timidamente al bello lascia perlomeno perplessi, però, che le indagini allarmanti sulla crisi dell'assistenza medico-farmaceutica in Italia si stiano proprio moltiplicando. Benché, come in un numero precedente di Ore 12 Sanità abbia dimostrato il professor Costa, incrociando tutti i dati a disposizione del sistema sanitario

l'esorbitante numero di italiani che non possono accedere alle cure mediche si restringa sensibilmente.

Questa congerie di dati rischia di far finire nel calderone delle polemiche, purtroppo, anche indagini serie e utili. Sarebbe un disastro, perché dai numeri possono prendere spunto riforme di un sistema che è certamente migliorabile. E non di poco. E' il caso del secondo Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale della Fondazione Gimbe, presieduta dal professor Nino Cartabellotta, considerato uno dei maggiori esperti italiani sul funzionamento della sanità e illustre collaboratore di Ore 12 Sanità.

Da questa indagine emerge che diversi sono i fattori che minano la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari (non solo quello italiano, quindi). Tra di essi, il progressivo invecchiamento della popolazione, il costo crescente delle innovazioni, il costante aumento della domanda di servizi e di prestazioni anche alla luce della maggiore richiesta di benessere a ogni età, a ogni livello sociale, a ogni latitudine. Una maggiore disponibilità finanziaria, da sola, non sarebbe sufficiente a garantire però la sostenibilità, perlomeno nei Paesi occidentali e sviluppati, senza il superamento di criticità come l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, l'eccessiva medicalizzazione, la scarsa prevenzione, soprattutto gli sprechi.

Per quanto riguarda l'Italia, il Rapporto analizza in maniera dettagliata quattro criticità specifiche: il de-finanziamento pubblico, i nuovi Lea, gli sprechi e le inefficienze del sistema, l'ipotrofia della spesa privata intermedia. Suggerendo plausibili soluzioni: 1) offrire ragionevoli certezze su quantità, tempi e modalità dell'erogazione delle risorse al Sistema sanitario nazionale; 2) rimodulare i Lea sotto il segno del valore, destinando alla spesa privata servizi e prestazioni a limitato valore e impedendo l'erogazione di quelli a valore negativo; 3) ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per spese sanitarie ai fini Irpef; 4) attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa; 5) avviare un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi; 6) mettere la salute al centro di tutte le decisioni e in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo socio-economico del Paese per evitare che un domani la sanità paghi con gli interessi quello che oggi viene fatto passare per una importante conquista.

Alla vigilia delle elezioni, ci verrebbe voglia di suggerire a tutti i candidati la lettura, sia pure in sintesi, del Rapporto Gimbe. Una proposta (per parafrasare Giuseppe Berto) per prevenire.



INNOVABIOMED DEVICE IN FIERA

di Riccardo Romani



COME TRATTARE IL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

INTERVISTA di Katrin Bove



CARDIOLOGIA

INTERVISTA
di Caterina Del Principe



RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

di Roberto Cianni

01 HIC ET NUNC

05 LA LETTERA

31 UN SORRISO
DA RIDARE

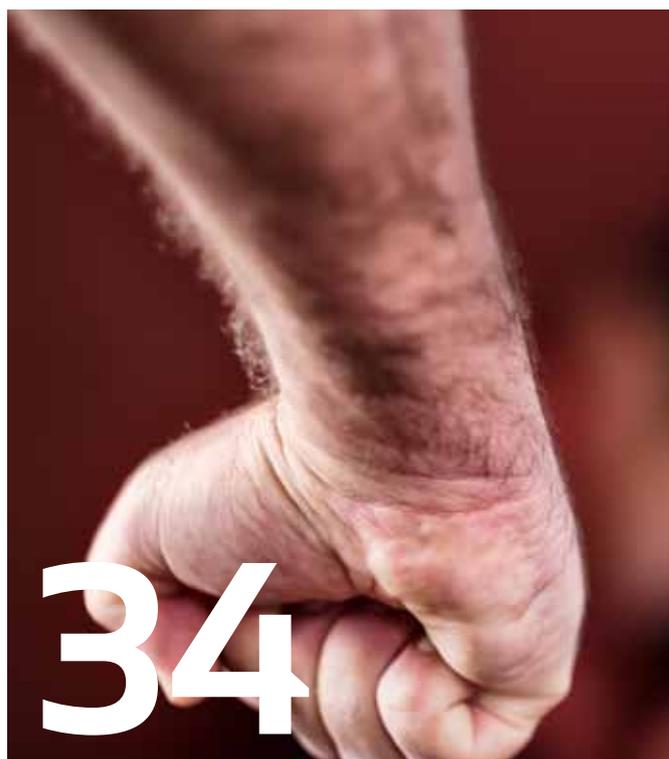
39 INNOVAZIONE
MADE IN ITALY

SOM



ONCOLOGIA INTERVENTISTICA, EXTRA VASCOLARE

di Luca Carmignani



VIOLENZA DI GENERE

di Martina De Vivo



LA SCLEROSI MULTIPLA

di Maurizio Calipari



TERMOABLAZIONE TERAPIA RIVOLUZIONARIA

di Martina De Vivo

43 IO LA PENSO COSÌ

44 IL GUSTO DELLE PAROLE STAMPATE

47 L'AGENDA DEL CUORE

37 REDUCER

SEGUICI SU:
WWW.ORE12ITALIA.EU



TWITTER



FACEBOOK

IMMARIO

Mensile d'Informazione Economico Sanitaria

WWW.ORE12ITALIA.EU

Direttore Responsabile

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Katrin Bove
katrin.bove@ore12italia.it

Associate Publisher

Nicola Carrassi

Redazione

redazione@ore12italia.it

Dipartimento Grafico

Progetto grafico: Jordi De La Renta
Graphic designer & Photo Editor: Fabrizio Orazi

Divisione WEB:

RYANCREATION COVE, Fluid creativity

Web Editor in charge:

Naoko Watanabe
www.ore12italia.eu
Registrazione Tribunale di Roma n.99 del 24/05/2016



WWW.RICOMUNICARE.COM

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

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

Stampa

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

Hanno collaborato a questo numero:

Katrin Bove, Maurizio Calipari, Luca Carmignani,
Nicola Carrassi, Roberto Cianni, Raoul D'Alessio,
Martina De Vivo, Caterina Del Principe,
Gaetano Lanza, Riccardo Romani.



LE FIRME



Dr. Maurizio Cariatì

Presidente ICIR, Italian College of Interventional Radiology - SIRM
Direttore Dipartimento Scienze Diagnostiche,
Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano



Dr. Luca Carmignani

Oncologia Interventistica Extravascolare,
Ospedale San Jacopo, Pistoia
Azienda USL Toscana Centro



Dr. Roberto Cianni

Direttore UOC Radiologia Interventistica
Azienda San Camillo Forlanini, Roma



Prof. Gaetano Lanza

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



Prof. Raoul D'Alessio

Specialista in Odontoiatria e Protesi dentaria
Scuola di Specializzazione Ortognatodonzia,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



Cari lettori,

Stiamo chiudendo questo ultimo mese del 2017 con lo stesso entusiasmo che, a inizio anno, ha caratterizzato il primo numero di ORE12 Sanità. "La cultura dell'informazione sanitaria" è il nostro impegno che ora, dopo un anno insieme, possiamo confermare con maggior vigore e convinzione.

Abbiamo affrontato varie tematiche di questo settore cercando di "porgere" la scienza medica alla portata di tutti.

I mezzi di comunicazione, proprio per la loro struttura comunicativa, spesso condizionano, e a volte modificano, la nostra percezione della realtà e della cultura.

L'interesse della collettività per le notizie in materia di salute e sanità, e quindi per gli sviluppi della scienza medica, è argomento di notevole diffusione: la salute è un bene primario in qualunque contesto sociale.

Informare e diffondere argomenti di sanità che rientrano nel quotidiano significa sviluppare anche "la cultura della prevenzione": una giusta comunicazione può aiutare a correggere stili di vita non proprio sani. Temi e termini spesso difficili sono entrati a far parte della "dieta mediatica" degli italiani. ORE12 Sanità punterà sempre oltre gli obiettivi prefissi, comunicare bene la scienza è il nostro dovere professionale, etico e morale.

Un ringraziamento speciale a quanti hanno collaborato con i loro prestigiosi contributi a rendere unica la nostra rivista.

Un augurio di cuore a voi lettori, con la promessa che continueremo il nostro impegno anche nel nuovo anno per un sempre più intenso coinvolgimento sociale su tematiche che reputiamo di fondamentale importanza per tutti.

Karin Bone



L'ASSOCIAZIONE DEGLI ARTIGIANI
E DELLE IMPRESE ITALIANE.

CNA e le IMPRESE CONNESSI AL CAMBIAMENTO

Se vuoi gli strumenti e le conoscenze più avanzate
per competere al meglio con la tua impresa,
connettiti al futuro, rivolgiti alla CNA.

Oltre 1100 sedi e 9000 esperti sono pronti a darti
tutti i suggerimenti e le consulenze che ti servono.





VERONAFIERE

Innovabiomed, device in fiera

*INNOVABIOMED È IL LUOGO IN CUI GLI ESPERTI DELLA PRODUZIONE
DI DISPOSITIVI MEDICI AVRANNO LA POSSIBILITÀ DI INCONTRARSI
E CONFRONTARSI PER MANTENERE L'INDUSTRIA BIOMEDICALE ITALIANA
COMPETITIVA NEL MONDO.*

di Riccardo Romani

Presidi medico-chirurgici, dispositivi impiantabili attivi e passivi, protesi e sistemi ortopedici, apparecchiature e strumentazioni medicali e diagnostiche, stampanti in 3D. Il settore dei dispositivi medici in Italia vale oltre 10 miliardi di euro e dal 2018 con Innovabiomed-The network place for medical industry si dà appuntamento alla Fiera di Verona. Il 23 e il 24 gennaio del prossimo anno, infatti, è in programma al Centro Congressi Palaexpo la prima edizione del nuovo evento di riferimento nazionale per l'industria biomedicale, organizzato da Veronafiere e supportato da distrettobiomedicale.it.

Quello dei dispositivi medici è un comparto caratterizzato da alta tecnologia e rapido tasso d'innovazione in cui l'Ita-

lia gioca un ruolo di primo piano a livello internazionale e che riguarda diverse aree scientifico-tecnologiche: dalla fisica alla meccanica, dalla biologia alla scienza dei materiali, dall'ingegneria clinica all'elettronica.

Innovabiomed, evento nato grazie all'intuizione del chirurgo Carlo A. Adami, innovatore e pioniere di tecniche chirurgiche, e del manager Marco Gibertoni, professionista nel settore biomedicale, si propone di mettere in relazione gli attori del settore, con l'obiettivo di fornire una risposta alle nuove esigenze mediche. Il comitato scientifico è composto, oltre che dal Dott. Carlo A. Adami, da altri due professionisti di altissimo profilo scientifico, il Prof. Gino Gerosa Direttore del Centro Cardiochirurgico dell'Azienda



I componenti del Comitato Scientifico di Innovabiomed, da sinistra: Prof. Gino Gerosa, Dott. Carlo A. Adami (creatore di Innovabiomed), Prof. Giampaolo Tortora.

da Ospedaliera Universitaria Integrata di Padova e il Prof. Giampaolo Tortora Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

“Il Comitato Scientifico di Innovabiomed – spiegano i tre illustri professionisti – per la propria esperienza in ambito medico-specialistico maturata nei corsi degli anni sia in Italia che all'estero nei settori più avanzati della ricerca e delle tecnologie mediche, ha voluto portare il raggio d'interesse delle novità tecnico-scientifiche del settore in un contesto come la Fiera di Verona per poter presentare e divulgare quanto di più attuale, fattibile ed innovativo è disponibile ad oggi in campo biomedicale. A Innovabiomed sono quindi invitate tutte le realtà interessate, non solo di estrazione medica e specialistica, ma anche del mondo produttivo e delle “idee”, che possono avere un ruolo determinante nell'ampliare gli orizzonti di quanto fino a poco tempo fa era di pertinenza solamente della classe

Il network place per l'industria medicale

medica. Managers, ingegneri, fisici, chimici, ricercatori, avvocati, professionisti dell'economia e della finanza e, più in generale, operatori di un corollario interessato e afferente alla materia, saranno presenti a Verona il 23 e 24 gennaio 2018 per discutere, vedere, valutare e realizzare quanto verrà esposto in anteprima sia da eminenti relatori che da aziende specializzate nel settore”.

L'evento sarà quindi un luogo di incontro e confronto per stimolare la riflessione su nuovi sviluppi e nuove applicazioni delle scoperte più recenti e mettere in connessione il mondo della ricerca e il mondo della produzione. A Veronafiere gli specialisti dell'industria biomedicale potranno incontrare le aziende che hanno sviluppato innovazioni in grado di migliorare l'efficienza produttiva e la competitività dei produttori di dispositivi ed apparecchiature mediche. Le innovazioni presentate a Innovabiomed potranno riguardare materiali, componenti, tecnologie e servizi, potenzialmente applicabili a qualsiasi specialità medica. Il convegno di apertura di Innovabiomed, alla presenza di eminenti cariche istituzionali sarà incentrato sul tema “The Health Care (R)Evolution” e consentirà di fare luce sui nuovi scenari della ricerca scientifica che costituiscono un faro per chi deve fare innovazione a livello industriale. Il progresso in questo settore consente di ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita delle persone e solo



Tavolo dei Relatori. Da sinistra:
 Alberto Nicolini, Editore di Distrettobiomedicale.it
 Carlo A. Adami, Inventore Innovabiomed e Componente del Comitato Scientifico
 Federico Sboarina, Sindaco di Verona
 Maurizio Danese, Presidente Veronafi SpA
 Luca Coletto, Assessore alla Sanità della Regione Veneto e Presidente AGENAS
 Giovanni Mantovani, Direttore generale di Veronafi SpA

sapendo in che direzione sta andando la ricerca scientifica è possibile immaginare quali innovazioni potrebbero già essere disponibili in ambito sanitario nel prossimo futuro. Se da un lato la scienza ha il compito di indicare la strada, spetta infatti al mondo dell'industria realizzare gli strumenti necessari per raggiungerla. Saranno le lectio magistralis del Prof. Mauro Ferrari (Presidente e CEO Methodist Hospital Research Institute di Houston-Texas) e dell'Ing. Tommaso Ghidini (Responsabile della sezione di Tecnologia dei materiali all'Agenzia Spaziale Europea – ESA, L'Aia-Olanda) - illustri scienziati e ricercatori che rappresentano un vanto per il nostro Paese a livello internazionale – ad aprire il convegno affrontando da un lato il tema della nanomedicina e delle nanotecnologie nella cura delle patologie e, dall'altro, quello delle nuove frontiere della ricerca aperte dalle spedizioni spaziali, con riferimento in particolare alla stampa in 3D.

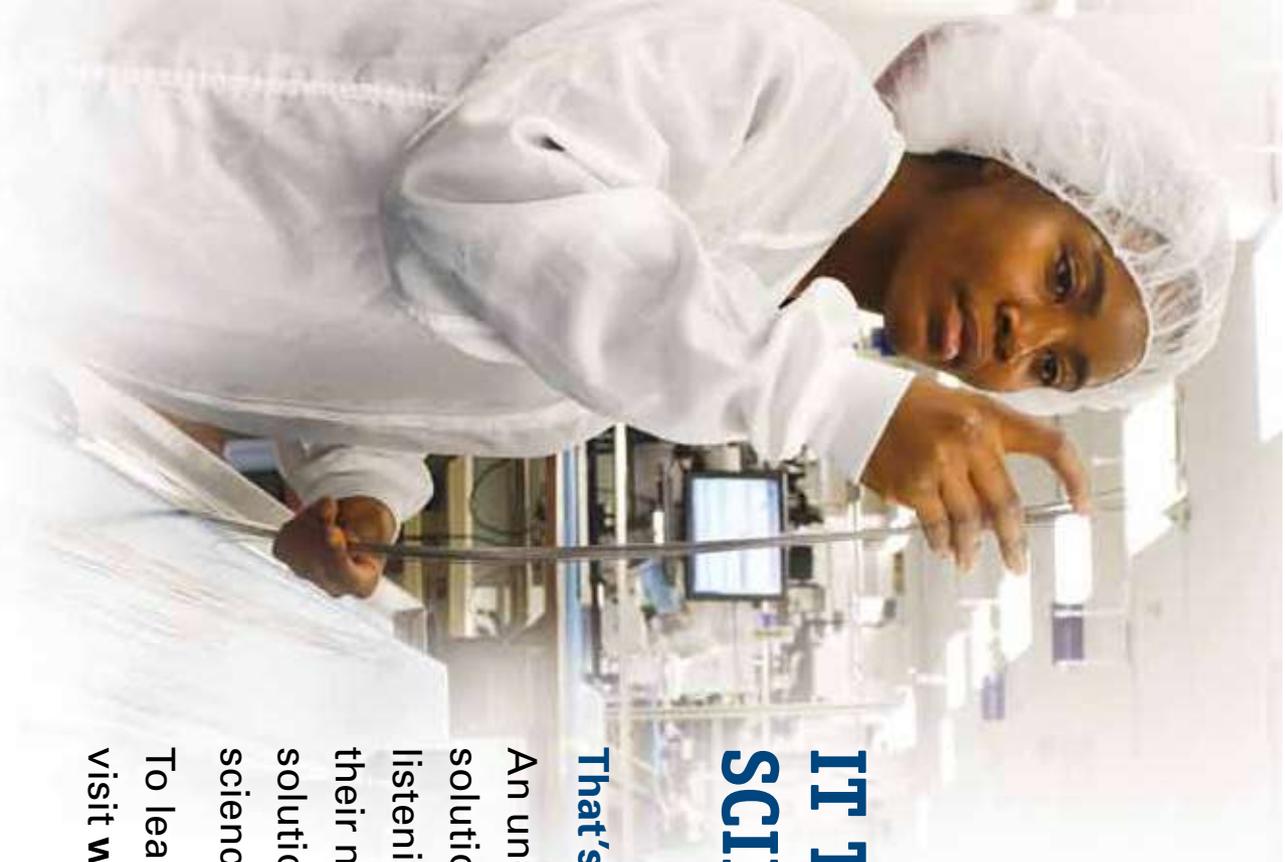
A seguire si svolgerà una tavola rotonda nella quale interverranno, oltre al Prof. Mauro Ferrari e all'Ing. Tommaso Ghidini, il Dott. Carlo A. Adami (Ideatore di Innova-

biomed), il Dott. Luca Coletto Assessore alla Sanità della Regione Veneto, il Prof. Gino Gerosa (Comitato Scientifico di Innovabiomed), il Prof. Walter Ricciardi (Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità), il Prof. Rosario Rizzuto (Rettore dell'Università di Padova), il Prof. Nicola Sartor (Rettore dell'Università di Verona) e il Prof. Giampaolo Tortora (Comitato Scientifico Innovabiomed).

Il programma di Innovabiomed prevede poi seminari tecnici che costituiranno un'interessante opportunità di aggiornamento in ambito scientifico, tecnico e gestionale. Attraverso testimonianze di relatori provenienti dal mondo istituzionale, sanitario ed imprenditoriale, si affronteranno le prospettive e le problematiche del settore in merito allo sviluppo e all'introduzione sul mercato di nuove tecnologie, trattando anche i temi degli incentivi fiscali e degli finanziari fino alle novità legate alla cyber security. A Innovabiomed si terranno anche una serie di workshop organizzati da aziende che fanno dell'innovazione il punto centrale della loro attività e che sono interessate a presentarsi ai produttori di dispositivi medici. Partner organizzativo di Veronafi sarà Gruppo RPM Media Srl, società operante nel settore della comunicazione con una forte specializzazione in ambito biomedicale.

“Questo campo – precisa il Comitato Scientifico - è caratterizzato da un'evoluzione continua ed è con molta ambizione e altrettanta convinzione che a Innovabiomed vogliamo fissare, insieme a tutti gli operatori coinvolti, un nuovo punto di partenza per un settore affascinante e trainante, che vede noi italiani protagonisti a livello mondiale”.

**La prima edizione
 dell'evento
 è in programma
 a Veronafi
 il 23 e 24
 gennaio 2018**



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

IT TAKES IMAGINATION TO MAKE SCIENCE MORE GROUNDBREAKING.

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

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

To learn more about what it takes to advance science for life, visit www.bostonscientific.com.

COME TRATTARE IL TROMBOEMBOLISMO VENOSO IN CASI DI EMERGENZA

500 MILA DECESSI DOVUTI A TEV OGNI ANNO IN EUROPA: I NUOVI TRATTAMENTI CHE CONSENTONO DI CONTRASTARE QUESTA PATOLOGIA DI GRANDE IMPATTO SOCIALE.

INTERVISTA di *Katrin Bove*

Che cos'è il tromboembolismo venoso?

“Il tromboembolismo venoso (TEV) si manifesta clinicamente con la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP): la TVP, solitamente negli arti inferiori, precede spesso l'EP. In particolare, la TVP consiste nella formazione di un coagulo di sangue in una vena profonda, che ostruisce il flusso, parzialmente o totalmente a seconda dell'entità del coagulo stesso: questo coagulo, o soltanto parte di esso, si può staccare (embolo) e fermarsi nelle arterie polmonari o in qualche ramo di esse, provocando l' embolia polmonare che, se massiva, può causare la morte del paziente. “

Ad affermarlo il dottor Maurizio Cariati, presidente ICIR, Italian College of Interventional Radiology, SIRM.

Qual è l'entità del problema: che percentuale della popolazione colpisce?

Il tromboembolismo venoso ha dei numeri di incidenza impressionanti: si stima che ci siano circa 10 milioni di casi ogni anno, in tutto il mondo, di TEV; solo in Europa si verificano più di 500 mila decessi all'anno correlati alla TEV. Se consideriamo poi la realtà degli Stati Uniti e dell'Europa, gli eventi correlati alla TEV uccidono più persone di AIDS, cancro della mammella, cancro della prostata e incidenti automobilistici insieme. In Italia si verificano ogni anno 150-200 nuovi eventi e 70-100 ricoveri per embolia polmonare, per 100 mila abitanti. Inoltre, circa il 15-20% dei casi riguarda pazienti con tumore: le cellule tumorali producono sostanze che favoriscono la trombosi. Inoltre, i pazienti oncologici vengono spesso sottoposti a

procedure invasive come interventi chirurgici e ricevono chemioterapici che a volte possono favorire la trombosi. Pertanto l'entità di questa patologia è ancora più grave, se consideriamo che rimane spesso sottostimata e soprattutto sotto diagnosticata.



dott. Maurizio Cariati

Quali sono le cause?

Le cause della TVP vanno ricercate in molteplici fattori di rischio: in primis, la familiarità con problemi di coagulazione del sangue, una predisposizione genetica, ma anche uso di estrogeni e contraccettivi orali, e ancora l'età, l'obesità, il fumo, la immobilizzazione, il trauma, i trattamenti chemioterapici, una complicanza della gravidanza. In generale possiamo tuttavia dire che ad essere colpiti dal tromboembolismo venoso sono i pazienti ricoverati in ospedale che hanno subito interventi chirurgici.

Qual è la terapia medica in uso? Ed è ancora valida?

L'attuale trattamento medico, detto trattamento conservativo, comporta l'uso di terapia anticoagulante ed elasto-compressione, effettuata con l'impiego di apposite calze elastiche. E' il trattamento ancora in uso ed è considerato lo standard care.

Cosa succede alla gamba dopo una trombosi venosa profonda?

I classici sintomi della trombosi venosa profonda sono solitamente: dolore , gonfiore, indolenzimento , calore, rossore o perdita di colorito della pelle, la presenza di vene prominenti superficiali nell'arto interessato; ma la trombosi venosa profonda può anche essere asintomatica.

In che percentuale questa patologia esita verso la sindrome post trombotica?

La sindrome post trombotica è una complicanza a lungo termine della TVP, che si può manifestare con sintomi e segni clinici di diversa entità, fino ad arrivare a delle forme più gravi e severe che comportano la claudicatio e la formazione di ulcere, con un importante impatto sulla qualità di vita del paziente nonché gravi implicazioni di

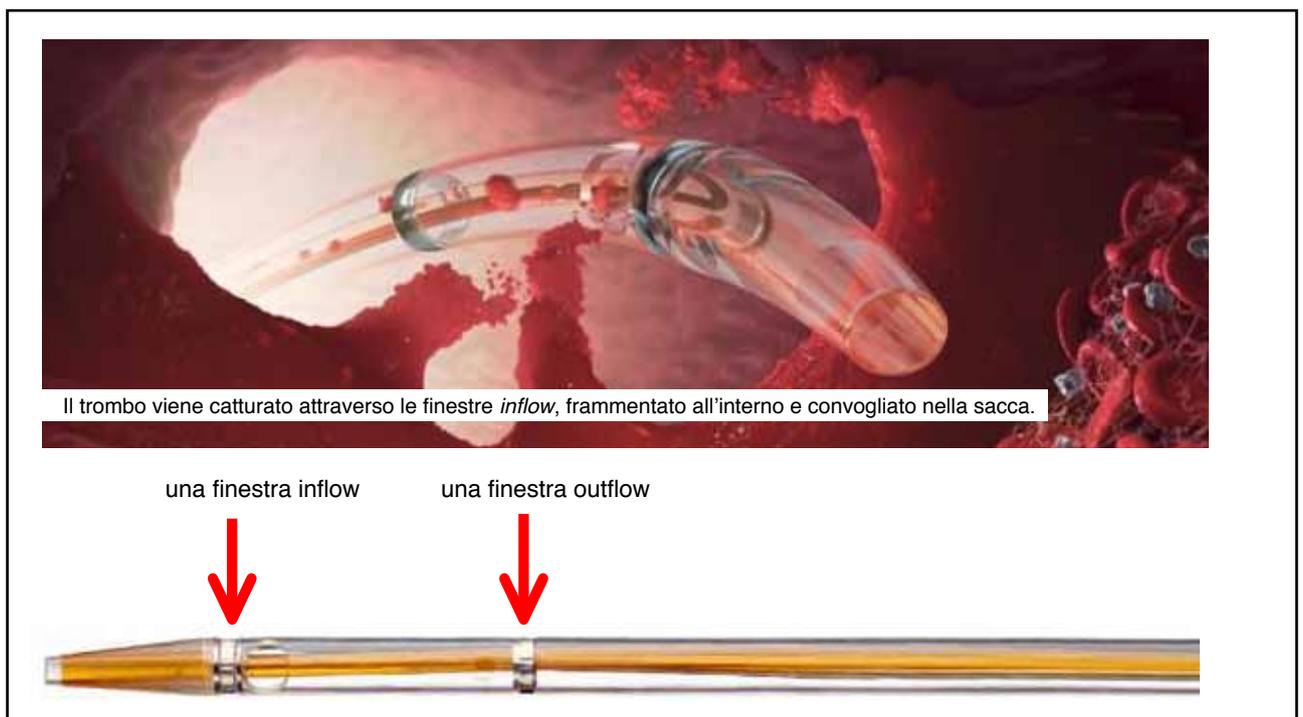
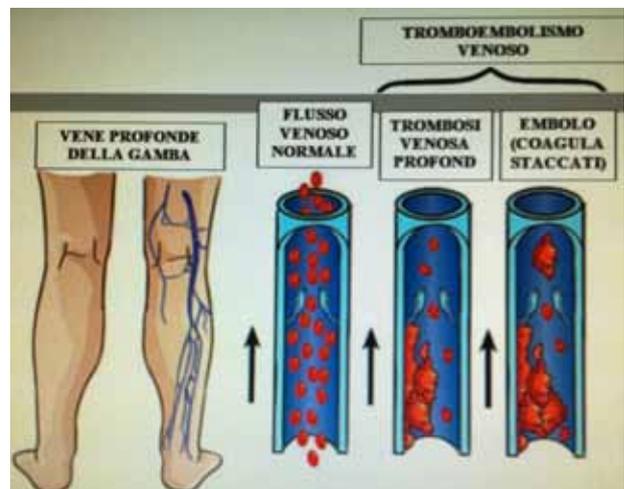
carattere socio-economico. Più del 50% dei pazienti affetti da TVP sviluppa la sindrome post-trombotica già nei primi due anni e di questi circa il 10% nella forma più grave con formazione di ulcere.

Perché si è sentita la necessità di "fare di più" della sola terapia medica?

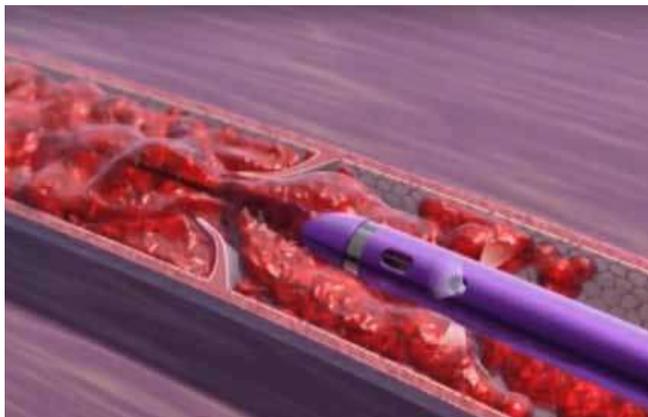
La sola terapia medica non basta e anche i dati di efficacia a lungo termine nella prevenzione della sindrome post trombotica sono contrastanti. Per non dimenticare il rischio della embolia polmonare che può avere effetti letali sul paziente.

Quali sono le nuove opzioni terapeutiche? Ci può descrivere queste nuove terapie? Sono invasive?

Le nuove opzioni terapeutiche si basano su un principio molto semplice che viene definito con l'espressione inglese di "Early Thrombus removal" ovvero rimozione precoce



La consolle del sistema AngioJet™, realizzato da Boston Scientific, per la trombectomia periferica



Informazione pubblicitaria

Il catetere per il trattamento della DVT, grazie alla funzione Power Pulse™, rilascia un trombolitico direttamente nel trombo e successivamente agisce con l'aspirazione meccanica.

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

Boston Scientific
Advancing science for life™

© 2016 Boston Scientific Corporation.
All rights reserved.

del trombo. In pratica si tratta di rimuovere materialmente il trombo dal vaso venoso in cui si è formato, attraverso una procedura mininvasiva, efficace, sicura e rapida che prende il nome di trombectomia meccanica. Questa procedura endovascolare ha il vantaggio di ripristinare il flusso sanguigno nel vaso, dando sollievo immediato al paziente e riducendo così il rischio di embolia polmonare e di altre ulteriori complicanze a lungo termine.

Quali “device” vengono utilizzati per questa trombectomia meccanica e farmaco-meccanica?

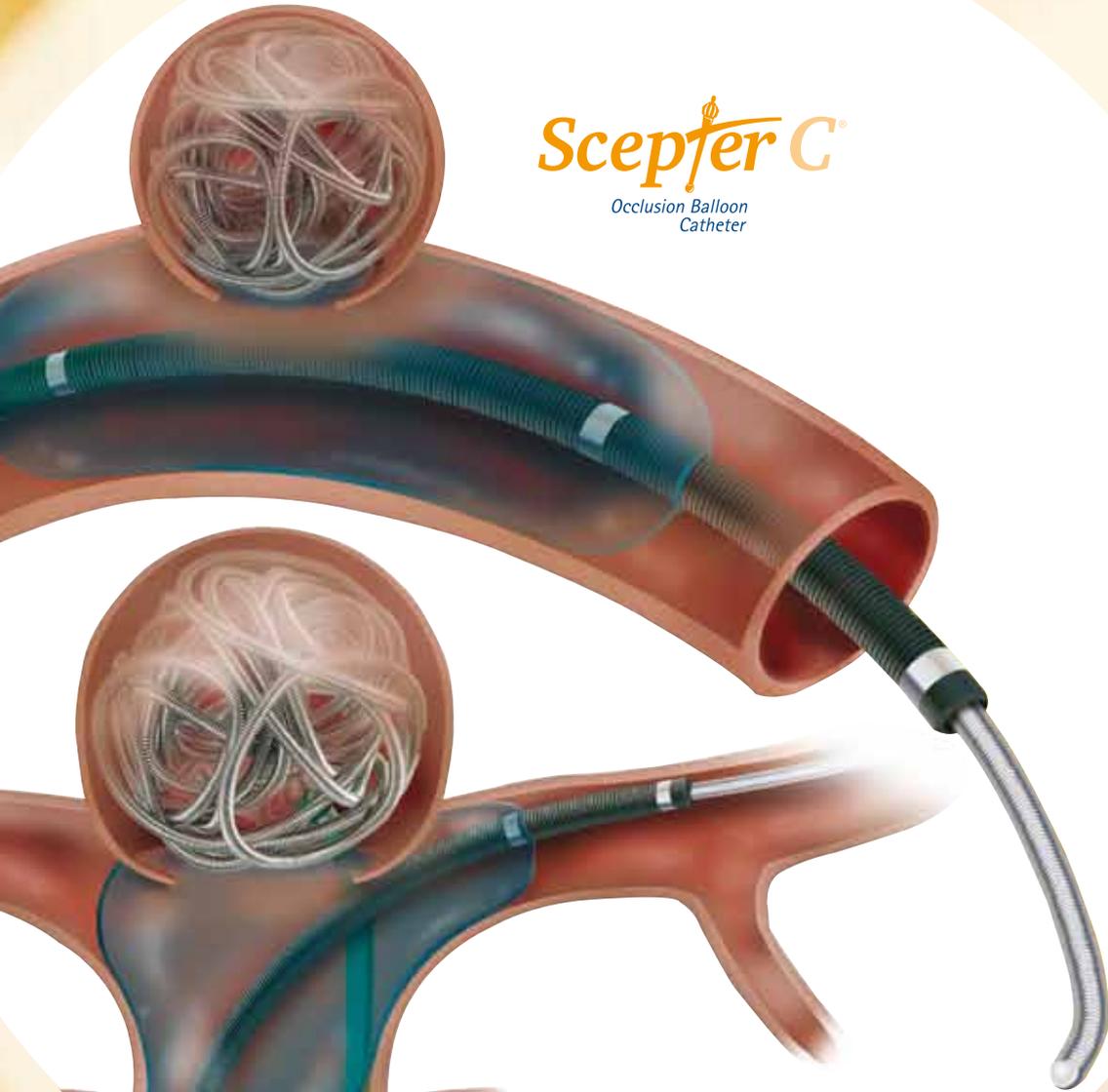
La trombectomia meccanica è una procedura endovascolare, che si avvale dell'uso di una consolle a cui sono collegati una serie di accessori, tra cui un catetere dedicato in grado di navigare attraverso il vaso venoso, scorrendo su una guida precedentemente inserita. Il catetere, monitorato e controllato dal sistema, è così in grado di attraversare il trombo per aspirarlo: il trombo, una volta aspirato attraverso una apposita finestra presente sul corpo del catetere, viene frantumato e convogliato in un contenitore. Il sistema consente inoltre anche di effettuare la trombectomia farmaco-

meccanica, a cui si ricorre in caso di trombi più complessi e organizzati: tramite la consolle, il catetere viene prima utilizzato per effettuare l'infusione di trombolitico direttamente nel trombo, e poi, dopo una tempo di attesa di circa 20 minuti, lo stesso catetere viene impiegato per l'aspirazione meccanica. La procedura è minimamente invasiva, rapida e sicura.

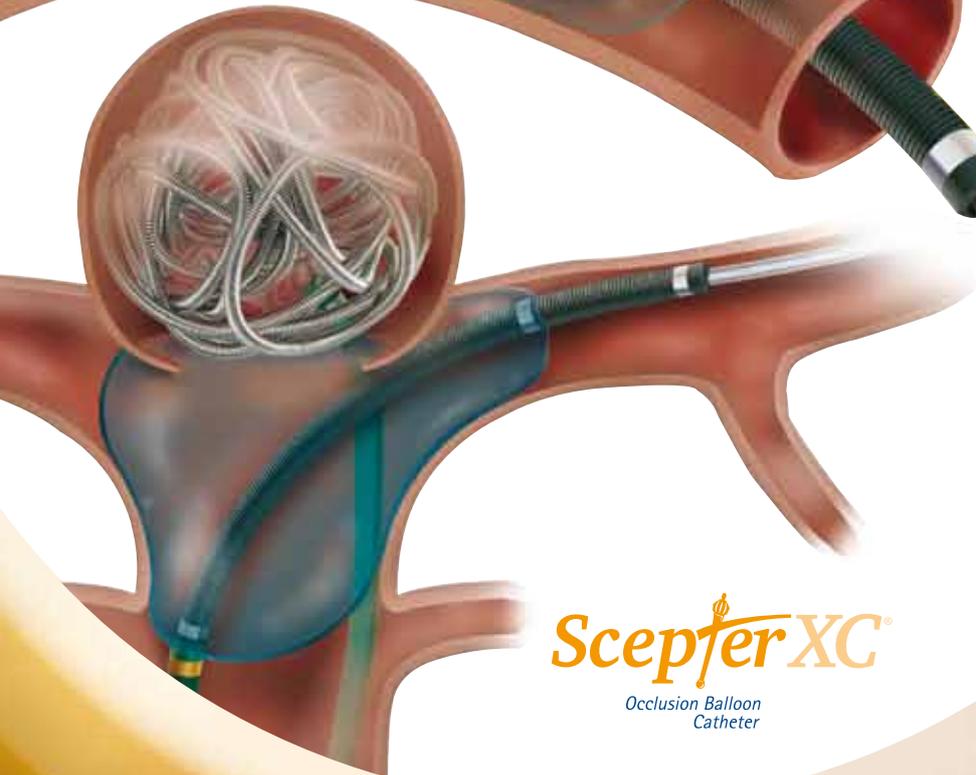
Potranno queste nuove terapie modificare lo stile di vita di questi pazienti, a volte giovani?

Sicuramente sì, con un importante miglioramento della qualità di vita. La rimozione del trombo infatti porta con sé una serie di vantaggi nel breve e lungo termine: la possibilità immediata di ripristinare il flusso sanguigno, consentendo così alle valvole venose di tornare al normale funzionamento e fornire al paziente un immediato sollievo dei sintomi di dolore e gonfiore; inoltre, nel lungo termine, consente di diminuire il rischio di propagazione dei coaguli che possono provocare l'embolia polmonare e potenzialmente ridurre anche gli effetti della sindrome post-trombotica. Infine anche la terapia anticoagulante potrebbe non essere protratta a lungo termine.

Scepter C[®]
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC[®]
Occlusion Balloon
Catheter



**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE



Radiologia Interventistica

UNA UNITA' OPERATIVA COMPLESSA IN ATTIVITA'
ANCHE AL SAN CAMILLO - FORLANINI DI ROMA

di *Roberto Cianni*

Dal 15 maggio us hanno preso avvio le attività della UOC di recente istituzione di Radiologia Interventistica, presso l'Azienda San Camillo Forlanini di Roma. In realtà una unità di Radiologia Vascolare ha operato all'interno del Padiglione Puddu, nel corso degli ultimi 50 anni con vicende alterne, nell'ambito della programmazione aziendale. Basti ricordare che proprio presso codesta Azienda fu introdotta la prima Unità Operativa Complessa in Italia, con le caratteristiche tipiche della diagnostica mininvasiva e delle procedu-

re mininvasive interventistiche in ambito vascolare ed extravascolare. Il Prof. Augusto Castrucci ha diretto le attività di questa nuova gloriosa specialità nel panorama nazionale (prima ed unica all'epoca Unità Operativa Complessa ospedaliera in Italia) , dal 1968 fino al 1992 contribuendo a dare uno straordinario impulso, assieme fondamentalmente grazie alla scuola romana di Radiologia Interventistica della Università La Sapienza (Prof. Plinio Rossi, Prof. Roberto Passariello, Prof. Giovanni Simonetti), alla formazione di giovani ra-

diologi che iniziavano a muoversi nell'ambito della diagnostica mininvasiva e delle procedure radiologico interventistiche in ambito nazionale. Ma dopo l'ultima esperienza legata alla direzione della UOC di Radiologia Vascolare da parte del dr. Lorenzo de Medici nel periodo 1992 – 2009 e caratterizza da ulteriore impulso alle attività di radiologia interventistica in campo extravascolare, si apre un periodo di incertezze legato al declassamento ad unità operativa semplice, concomitante ad una crescita repentina delle attività mininvasive effettuate dai chirurghi vascolari, che riconvertivano nel frattempo, le loro attività prevalentemente chirurgiche fino all'inizio degli anni 2000 in attività cosiddette endovascolari (radiologico interventistiche).

E quindi dopo un interregno durato 8 anni, La Direzione Generale ha ritenuto opportuno in un ambito strategico, reindividuare nell'Atto Aziendale, una unità operativa complessa di Radiologia Interventistica che desse impulso alle attività prevalentemente extravascolari legate al POIT (Centro Trapianti) alle UOC di Epatologia Aziendali alla Chirurgia d'urgenza e sostanzialmente a tutte le UOC di area chirurgica e medica che sempre più frequentemente si rivolgono ai radiologi interventisti.

Da qui il progetto affidato al sottoscritto di favorire ed incrementare le procedure di chemioembolizzazione per i tumori primitivi e secondari epatici, le termoabla-



zioni nello stesso ambito in quello dei tumori renali e polmonari, dei drenaggi e degli stenting delle vie biliari e nei tumori pancreatici etc.

Le attività di radiologia interventistica rappresentano anche un supporto alle procedure di Chirurgia vascolare, attraverso l'esecuzione di ricanalizzazioni con trombolisi meccanica e farmacologica nella patologia ostruttiva acuta degli arti inferiori, nel trattamento endovascolare o percutaneo (TC assistito) degli endoleak, secondari all'impianto di protesi aortiche addominali. La collaborazione con la UOC di Chirurgia Vascolare diretta dal prof. Nicola Mangialardi verterà



dott. Roberto Cianni



a sviluppare in un prossimo futuro , rapporti di collaborazione nell'ambito del trattamento di ricanalizzazione della patologia ostruttiva cronica degli arti inferiore, patologia molto frequente in pazienti diabetici.

Uno dei progetti concordati con i vertici Aziendali , con i Direttori del POIT e della Chirurgia Generale riguardo l'introduzione della tecnica della Radioembolizzazione con isotopo radioattivo ^{90}Y nell'ambito dell'oncologia epatica, cosa che ha caratterizzato parte dell'esperienza personale presso l'Azienda Usl di Latina.

Nel periodo 2005-2017 il sottoscritto ha organizzato e diretto una delle più importanti esperienze al mondo in tale ambito, con l'applicazione di tale metodica nei tumori primitivi e metastatici del fegato effettuando più di 1100 trattamenti, con risultati di Progression Free Survival incoraggianti nell'ambito delle patologie meta-

Avviato un percorso per individuare un'area destinata a installare una sala ibrida

statiche del fegato, ed ancor di più nell'ambito dei tumori primitivi del fegato (Epatocarcinomi) esperienza, sviluppata particolarmente con il dr. Giuseppe Ettore e la sua equipe, che ha portato nel corso degli anni al trapianto, pazienti esclusi prima del trattamento con tecnica SIRT(Radioembolizzazione).

La Direzione Generale dell'Azienda San Camillo Forlanini, nella figura del dr. Fabrizio d'Alba ha avviato un percorso che porterà alla individuazione di un'area, deputata alla installazione di una sala ibrida Radio-Chirurgica, al fine di raggiungere lo stato dell'arte per quanto riguarda l'obbligazione dei mezzi da un punto di vista tecnologico. Questo al fine di permettere alle varie equipe di Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Radiologia Interventistica e Neuroradiologia interventistica di poter effettuare le prestazioni mininvasive all'avanguardia in spazi dedicati , con tecnologia e personale altamente qualificato nel pieno utilizzo, h 24 di sale operatorie radio chirurgiche.

Un progetto assolutamente in linea con le ambizioni dell'Azienda San Camillo Forlanini, DEA di II livello e struttura sanitaria di interesse nazionale. Uno spunto di alto valore tecnologico, oltrechè di carattere motivazionale con possibili ricadute, nell'ambito della qualità delle prestazione e della produttività in generale.

ONCOLOGIA INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE

I NUOVI SISTEMI DI ABLAZIONE SONO DIVENTATI VERE E PROPRIE ALTERNATIVE ALLA CHIRURGIA TRADIZIONALE, AFFIANCANDOSI ALLE NECESSITÀ D'INTEGRAZIONE CON LA CHIRURGIA ONCOLOGICA, L'ONCOLOGIA MEDICA E LA RADIOTERAPIA.

di *Luca Carmignani*

Da sempre il caldo e il freddo suscitano grande interesse in chi si occupa di medicina. Niente può spiegare meglio del famoso aforisma di Ippocrate il loro potenziale curativo: "Le malattie che le medicine non curano sono curate dal ferro, quelle che il ferro non cura sono curate dal fuoco, quelle che il fuoco non cura sono da considerare incurabili". Molti sforzi sono stati compiuti nell'intento di sfruttare i potenziali effetti letali delle alte e basse temperature sulle cellule tumorali, con l'obiettivo di distruggerle selettivamente in modo mininvasivo. Si è pensato inoltre di usare la temperatura in associazione o in sostituzione alla chirurgia, qualora questa risultasse insufficiente o controindicata. A partire dagli anni 90 del secolo scorso sono stati messi a punto sistemi che permettono di "abla-

re", cioè distruggere, i tumori mediante il caldo (TERMOABLAZIONE) o il freddo (CRIOABLAZIONE), avvalendosi dell'esperienza maturata in Radiologia Interventistica relativamente all'uso delle modalità di guida radiologica (ecografia/TC/RM). Grazie agli avanzamenti tecnologici e alle competenze acquisite, questi sistemi sono divenuti vere e proprie alternative alla chirurgia tradizionale, rispondendo sempre più puntualmente alla necessità d'integrazione con la Chirurgia Oncologica, l'Oncologia Medica e la Radioterapia, tanto che si è costituita un'importante branca della Radiologia Interventistica che si occupa dell' "Ablazione tumorale", definita Oncologia Interventistica Extravascolare.

ABLAZIONE

tumorale

di Luca Carmignani

I tipi di ablazione tumorale più utilizzati nel panorama oncologico interventistico internazionale sono la Termoablazione con Radiofrequenze (RF) e con Microonde (MW) e la Crioablazione. Si tratta di procedure che consentono di distruggere in modo selettivo il tessuto tumorale con danno nullo, o molto ridotto, sui tessuti sani. Sono attualmente utilizzate per il trattamento di tumori primitivi e secondari di fegato, polmone, rene, osso, linfonodi, tiroide, pancreas, utero, prostata, mammella, tessuti molli, tessuti superficiali. Trovano indicazione nei pazienti in cui è sconsigliata una terapia chirurgica a causa delle condizioni cliniche generali, comorbidità, età, rifiuto dell'intervento e/o dell'anestesia generale, o per i quali esistono indicazioni specifiche in base al tipo di tumore e alla sua localizzazione. Possono attenuare e in certi casi risolvere il dolore provocato da tumori che interessano l'osso, i plessi nervosi o i tessuti molli. Non interferiscono con chemio e radioterapia e non precludono eventuali futuri interventi chirurgici. Le coagulopatie incorreggibili e la sepsi sono controindicazioni assolute.

TERMOABLAZIONE RF/MW

Consiste nel posizionamento all'interno del tumore di uno o più applicatori sterili monouso costituiti da aghi-elettrodo RF e/o da aghi-antenne MW, collegati al rispettivo generatore. Le RF producono un'induzione ionica che genera calore per attrito. Ne risulta una corrente elettrica che viene scaricata mediante piastre. Le MW determinano l'insorgenza di campi magnetici alternati che invertono

continuamente la loro polarizzazione provocando una vorticoso rotazione delle molecole d'acqua con generazione di calore nel tessuto tumorale. Entrambe possono essere eseguite sia per via percutanea, con guida eco/TC in anestesia locale e analgo – sedazione, sia in corso di intervento chirurgico.

CRIOABLAZIONE

Nel tumore vengono posizionati uno o più crioaghi sterili monouso collegati a un criostato cui perviene gas Argon ad alta pressione (congelante) e gas Elio a bassa pressione (scongelante). Il rapido congelamento seguito dal lento scongelamento determina la necrosi della massa tumorale per morte cellulare da congelamento citoplasmatico e del microcircolo, con microtrombosi e successiva rottura delle membrane citoplasmatiche e nucleari.



La formazione di una criosfera (iceball) che contenga anche una parte di tessuto sano peritumorale (margine di sicurezza) è programmabile e ben visualizzabile con eco/TC/RM. Può essere eseguita in corso di intervento chirurgico oppure, più frequentemente, per via percutanea in sola anestesia locale o in blanda analgo-sedazione. Il ghiaccio di solito non provoca l'insorgenza di dolore significativo.

Subito prima del trattamento ablativo percutaneo viene eseguita antibiotico – profilassi. Al termine viene posto un bendaggio sulla cute (medicazione in caso di crioblazione di lesioni superficiali). La degenza è quel-

la relativa all'intervento chirurgico per l'ablazione intraoperatoria, di 1 - 2 giorni per l'ablazione percutanea. E' raccomandato il riposo di 1 - 2 settimane nell'ambito di un *modus vivendi* improntato al buon senso. La sintomatologia dolorosa locale, qualora presente, è in genere contenuta e controllabile con analgesici e può perdurare anche per alcune settimane, così come la febbre da riassorbimento in circolo di sostanze pirogene formatesi dalla necrosi tumorale.

FOLLOW UP. Esami contrastografici (eco, TC, RM) a 1,5 – 2 , 3 – 6, 12, 18, 24 mesi; in seguito su base annuale in assenza di recidiva o di ripresa di malattia.

VANTAGGI DELLA TERMOABLAZIONE E DELLA CRIOABLAZIONE. Sono meno invasive della chirurgia tradizionale e consentono un'ottima qualità di vita. Se necessario (persistenza, recidiva, nuove lesioni), possono essere ripetute anche più volte. Distruggono la parte centrale del tumore (meno sensibile alla chemio/radioterapia) e permettono di trattare lesioni multiple con ridotti tempi di ospedalizzazione. Nonostante vengano ablate lesioni inoperabili, i dati di sopravvivenza delle principali casistiche internazionali sono sovrapponibili a quelli della chirurgia. La scelta tra l'utilizzo di RF, MW o crio è di competenza dell'oncologo interventista e dipende da morfologia, sede e dimensioni delle lesioni da trattare.

La crioblazione è sostanzialmente priva di dolore procedurale, tanto che i trattamenti percutanei vengono spesso eseguiti con la sola anestesia locale. La rottura delle membrane cellulari determina l'esposizione di antigeni tumorali, che in precedenza l'organismo non riconosceva come tali, verso i quali possono innescarsi reazioni immunitarie cellulo-mediate che potenziano la risposta globale dell'organismo.



RISCHI E COMPLICANZE. Termo e crioblazione sono procedure sicure, con mortalità e complicanze nettamente inferiori alla chirurgia. L'incidenza di complicanze è compresa nelle varie casistiche tra il 2% e il 10%. Si tratta per la maggior parte di quadri lievi, come la "sindrome post-ablativa" (modico dolore nel punto di inserzione e febbre) controllabili con terapia medica. Raramente possono verificarsi complicanze "maggiori" che richiedono un intervento chirurgico o un trattamento correttivo percutaneo (ematomi, pneumotorace, perforazione intestinale, fistole urinarie, danni a strutture nervose). Solo in casi molto rari le complicanze si manifestano con gravità tale da mettere in pericolo la vita del paziente (0,2 %).



Dr. Luca Carmignani

Cardiologia

FRANCESCO FEDELE, PRESIDENTE FIC



MENO BUROCRAZIA,
FACILITÀ NELL'ACCESSO
AI FARMACI INNOVATIVI
E PREVENZIONE FIN DALL'ETÀ
GIOVANILE.

SONO QUESTI ALCUNI
DEGLI OBIETTIVI DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DI CARDIOLOGIA.
PUNTO DI PARTENZA IL COORDINAMENTO
DELLE DIVERSE ANIME DELLA DISCIPLINA

Meno burocrazia, facilità nell'accesso ai farmaci innovativi e prevenzione fin dall'età giovanile. Sono questi alcuni degli obiettivi della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), presieduta dal professore del Policlinico Umberto I di Roma Francesco Fedele. Punto di partenza il coordinamento delle diverse anime della cardiologia per interloquire in maniera adeguata in Italia e in Europa.

Quali sono stati gli obiettivi di questo suo anno di presidenza? E in che percentuale è riuscito a realizzarli?

“Ho cercato di riattivare e rispettare i dettami del nostro statuto perché la FIC è nata dall'unione tra le due maggiori società cardiologiche, la SIC (Società Italiana di Cardiologia) e l'ANMCO (Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri) per avere una rappresentanza unica a livello nazionale, europeo e internazionale. A livello europeo si è fatto già molto perché siamo riusciti nel 2016, grazie ai miei predecessori, a portare il Congresso Europeo di Cardiologia a Roma. Quello che bisogna fare



di più è coordinare tutte le nostre forze per una migliore aderenza ai registri che sono stati iniziati a livello europeo e per contribuire in maniera fattiva al cosiddetto Atlas che è un Atlante di tutte le attività cardiologiche, cliniche e non solo, che si svolgono in Europa per valutare il loro impatto non soltanto in termini quantitativi ma anche in termini di outcome. Per quanto riguarda l'Italia c'è la partecipazione attiva all'Alleanza cerebro vascolare, promossa dal ministero della Salute, per un coordinamento di tutte le attività cardiologiche, similmente a quanto viene fatto in ambito oncologico. Inoltre abbiamo davanti a noi la sfida rappresentata dal Decreto Gelli che prevede la consultazione delle società scientifiche per verificare che cosa siano le Linee Guida a cui si deve far riferimento per evitare la responsabilità penale e in questo senso stiamo lavorando per l'accreditamento”.

Ovviamente la federazione che lei presiede avrà delle priorità, può indicarci quali sono?

“Le priorità sono l'interfaccia con le istituzioni per quanto riguarda il Decreto Gelli. Una per tutte, se adeguamento alle linee guida effettivamente significhi aderenza in maniera pedissequa alle norme o se piuttosto si riferisca ad un comportamento aderente alla buona pratica clinica. Un'altra nostra priorità è l'accesso alle cure perché c'è troppa burocratizzazione per avere accesso sia a terapie innovative farmacologiche e non, sia a metodologie diagnostiche non invasive di nuova generazione come la risonanza magnetica nucleare che adesso è più in mano ai radiologi e vede un accesso limitato dei cardiologi”.

La prevenzione cardiovascolare va effettuata a tutte le età. In Italia, però, l'attenzione dedicata ai fattori di rischio è ancora scarsa

Qual è l'attuale collocazione della cardiologia italiana in ambito internazionale?

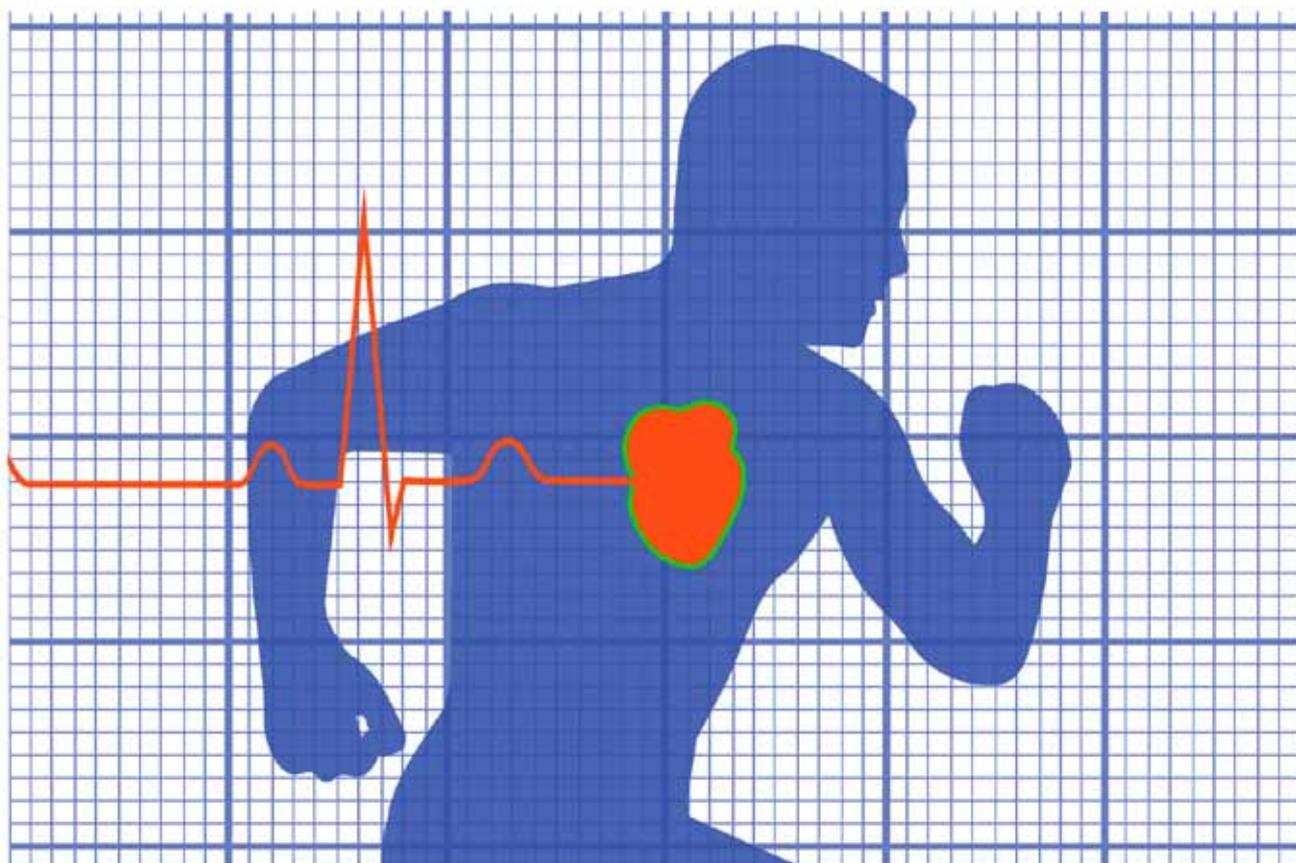
“La cardiologia italiana in ambito internazionale è posizionata molto bene dal punto di vista scientifico perché è al secondo posto in Europa dopo la Germania per quanto riguarda la partecipazione ai congressi e per quanto riguarda i lavori pubblicati. Inoltre, a livello internazionale, esiste un'ottima collaborazione con l'American College of Cardiology e con l'American Heart Association, le due principali società scientifiche americane, le quali stanno promuovendo, anche con il contributo italiano, una collaborazione a 360 gradi con altre realtà mondiali, vedi la Cina, il Giappone, il Medio Oriente e l'America Latina”.

Ci conferma che l'incidenza delle malattie cardiovascolari nel panorama mondiale, e in particolare italiano, è aumentata?

“L'incidenza delle patologie cardiovascolari è sempre al primo posto, sia in Italia che nel mondo, e non è soltanto appannaggio dei Paesi industrializzati, questo incremento si verifica anche nei Paesi non industrializzati. Per quanto riguarda l'Italia, l'Europa e il Nord America l'aumento è anche legato alla cosiddetta 'epidemia' dell'insufficienza cardiaca perché i cardiologi sono riusciti ad evitare morti dovute per esempio alle valvulopatie, alle sindromi coronariche acute, all'infarto miocardico acuto; questi pazienti che non muoiono più però spesso vanno incontro all'insufficienza cardiaca, vanno intercettati e vanno trattati perché l'insufficienza cardiaca diventa nel tempo una patologia che ha una “malignità” superiore a quella del cancro”.

La prevenzione come è noto, risulta essere la migliore terapia. Quali sono i suggerimenti che lei ha da dare?

“La prevenzione cardiovascolare deve essere effettuata a tutte le età. In tema di prevenzione possiamo dire che in Italia c'è una maggiore attenzione per quanto riguarda la



prevenzione dei tumori, meno per quanto riguarda la prevenzione delle patologie cardiovascolari. Da anni stiamo collaborando sia con il Ministero dell'Istruzione sia con il Ministero della Sanità, per far sì che venga istituzionalizzata l'esecuzione dell'elettrocardiogramma nelle scuole, con almeno un elettrocardiogramma, al fine di identificare patologie che possono essere responsabili della morte cardiaca improvvisa nei giovani: questa evenienza è relativamente sottovalutata, anche se i numeri parlano di mille casi l'anno in Italia. Il nostro scopo è, quindi, prevenzione in età giovanile, prevenzione nelle donne, prevenzione in età adulta e nella popolazione anziana. Conosciamo e identifichiamo bene i fattori di rischio, tra cui primeggiano gli elevati livelli di colesterolo. È possibile fare prevenzione identificando nelle popolazioni le persone che sono a maggior rischio, al fine di trattarle con terapie farmacologiche che possono rivoluzionare la loro storia naturale, perché abbiamo tanti farmaci innovativi, i nuovi anticoagulanti, i nuovi farmaci per la 'Dislipidemia', per l'insufficienza cardiaca che se vengono impiegati, anche se più costosi, hanno tuttavia un valore aggiunto".

Leggiamo quotidianamente di importanti innovazioni, che hanno un alto costo nel trattamento delle patologie cardiovascolari. Ciò può rappresentare un limite all'accesso per tutti i pazienti?

"Un conto è il costo, un conto è il valore. Spesso invece

si guarda al costo in se stesso e non si considera il ragionamento inverso: se io non applico quella procedura, non adotto quel farmaco che ha quei costi cosa succede a quel paziente? E quel paziente poi che costi aggiuntivi può avere in termini di inabilità al lavoro e/o ospedalizzazione? Penso che bisogna fare un ragionamento a 360 gradi per vedere quello che può essere il valore assoluto del nostro intervento che evita nuovi processi patologici, inabilità al lavoro e continui ricoveri ospedalieri".

E per concludere, una curiosità di carattere più personale: in che modo la presidenza FIC influenza il suo tempo libero?

"La presidenza della FIC influenza molto il mio tempo libero perché è un altro lavoro. Oltre ad avere la mia attività di professore universitario al Policlinico Umberto I di Roma c'è anche questo lavoro di coordinamento perché è vero che la ricchezza della cardiologia è rappresentata dalle sue diverse sfaccettature e dalle numerose società di settore estremamente valide, tuttavia, senza interferire minimamente con le identità delle singole società, ritengo necessaria un'azione di raccordo per avere un'unica voce nei confronti dell'Europa e dei nostri politici perché su alcuni argomenti di carattere generale bisogna essere uniti e coordinati".

Intervista di Caterina Del Principe.

...CHOOSE FROM THE HEART..



***SECORD
MEDICAL***



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

LA SCLEROSI MULTIPLA

NUOVE SCOPERTE SUI RAPPORTI
TRA BATTERI E SISTEMA IMMUNITARIO

di *Maurizio Calipari*

Che il nostro intestino sia l'abituale dimora di miliardi di batteri, virus e lieviti è cosa arcinota. L'insieme di questi microrganismi forma il cosiddetto "microbiota" che, vivendo in simbiosi col nostro organismo, contribuisce in modo determinante ai nostri processi digestivi, soprattutto per alcuni alimenti. Questo modello di "collaborazione" organismica fra noi e il nostro microbiota è stato il più accreditato fra gli studiosi, almeno fino a qualche anno fa. Più di recente, infatti, si è potuto scoprire che, in realtà, la presenza di questi numerosi microrganismi nel nostro intestino riveste un ruolo molto più complesso e differenziato, che finisce per incidere su molti aspetti della salute psicofisica umana. Purtroppo, talvolta, con importanti effetti negativi. È quello che risulta da una recente ricerca (pubblicata sui "Proceedings of the National Academy of Sciences"), condotta da un team di studiosi dell'Università della California di San Francisco (Usa), coordinati dall'italiano Sergio Baranzini. Dallo studio, in-

fatti, è emersa un'evidente correlazione tra l'azione dei batteri dell'intestino sul sistema immunitario e lo sviluppo di alcune malattie neurodegenerative, come la sclerosi multipla (negli esseri umani) e l'encefalite autoimmune sperimentale (un analogo della sclerosi multipla che colpisce i topi).

Per giungere a questi risultati, Baran-

zini e i suoi colleghi hanno analizzato il microbiota di 71 pazienti affetti da sclerosi multipla e di 71 soggetti sani (che hanno svolto la funzione di gruppo di controllo), con un'età compresa tra i 19 e i 71 anni, riscontrando tra i due gruppi significative differenze nella composizione del microbiota stesso. Più in dettaglio, è stata riscontrata una



ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

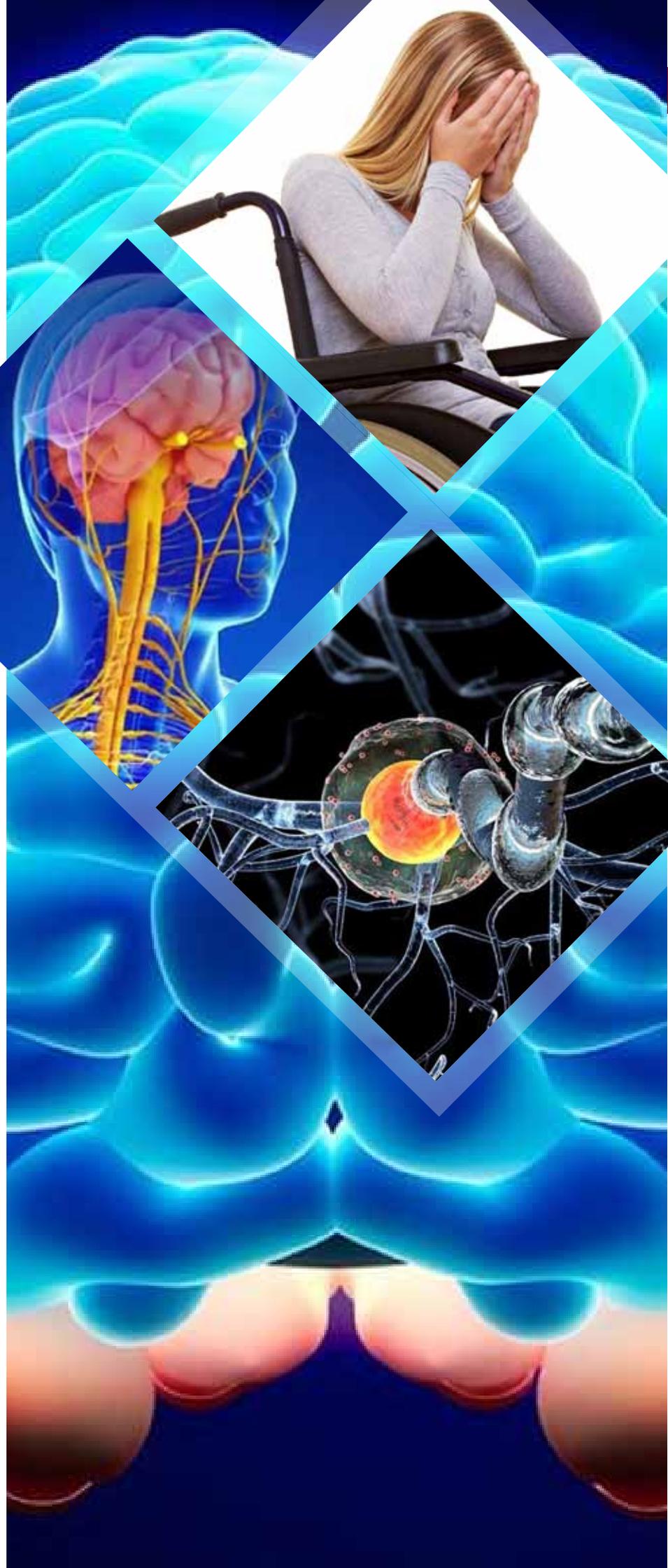
KASTER
Medical Technology

quantità molto più abbondante di batteri del genere *Acinetobacter* e *Akkermansia* nei pazienti con sclerosi multipla, rispetto ai soggetti del gruppo di controllo; al tempo stesso, si è osservata nei pazienti malati una diminuzione di microrganismi del genere *Parabacteroides*.

I ricercatori hanno inoltre voluto mettere a contatto alcuni tipi cellulari del sangue con estratti di batteri *Acinetobacter* e *Akkermansia*, rilevando come nei linfociti T-helper proinfiammatori (un'importante tipo di cellule del sistema immunitario) aumentasse il processo di differenziazione, che prelude alla loro attivazione contro un "invasore" dell'organismo. Al tempo stesso, gli estratti di *Acinetobacter* inibivano la differenziazione di linfociti T regolatori (un'altra categoria di cellule infiammatorie), mentre gli estratti di *Parabacteroides* stimolavano la differenziazione di linfociti T regolatori. Le medesime differenze nel differenziamento dei linfociti T sono poi state osservate in alcuni topi privati del microbiota, ma colonizzati con batteri di un singolo tipo.

A parere del team di studiosi, i risultati ottenuti aprono la strada a possibili terapie per le malattie autoimmuni che abbiano origine – almeno in parte – dal microbiota.

Un secondo studio correlato, condotto da Gurumoorthy Krishnamoorthy, del Max-Planck-Institut per la biochimica di Martinsried (Germania), insieme ai suoi colleghi, ha preso in esame 34 coppie di gemelli identici, di età tra i 21 e i 63 anni, in cui soltanto uno dei due era affetto da sclerosi multipla. Trapiantando il microbiota derivato dai gemelli in topi suscettibili alla encefalite autoimmune sperimentale, si è verificato che quelli che avevano ricevuto il microbiota dei malati di sclerosi multipla manifestavano con maggiore frequenza segni della malattia rispetto agli altri. Un'ulteriore conferma che le componenti del microbiota umano possono effettivamente contribuire all'insorgenza della sclerosi multipla.



TERMOABLAZIONE TERAPIA RIVOLUZIONARIA

LE MICROONDE PER LA CURA DELLE LESIONI EPATICHE

di *Martina De Vivo*

Il carcinoma del colon-retto costituisce il terzo tipo di tumore più frequente nel mondo occidentale, con un'incidenza annuale di circa 250.000 casi in Europa.

Recenti studi hanno dimostrato che tra i pazienti affetti da tale patologia, circa il 15-25% presenta metastasi epatiche già al momento della diagnosi primaria, mentre nel 40-50% dei casi l'interessamento epatico potrebbe insorgere in differenti momenti della malattia. Lo stadio clinico e l'espansione locale del tumore influisce in modo decisivo sull'aspettativa e la qualità di vita del paziente.

I notevoli progressi scientifici, chirurgici e farmacologici hanno consentito la diffusione di svariate tecniche per il trattamento delle suddette lesioni e, ad oggi, 1/3 dei pazienti trattati non manifesta recidive di malattia per i successivi 10 anni.

Tra le alternative attualmente disponibili, la termoablazione epatica rappresenta una delle opzioni più rivoluzionarie e valide, attualmente praticata da equipe mediche altamente qualificate in centri di grande rilievo.

I vantaggi connessi a tale metodica sono rappresentati da una ridotta invasività della procedura, che le con-

feriscono un minor tasso di mortalità e complicanze periprocedurali, nonché una riduzione dei giorni di degenza per il paziente, rispetto alla resezione epatica chirurgica.

La termoablazione è indicata in pazienti opportunamente selezionati, con un'unica lesione epatica di diametro inferiore a 5 cm o in caso di lesioni multiple con diametro inferiore a 3 cm, in stadio non avanzato e in assenza di metastasi extraepatiche e/o di scompenso d'organo. E' invece controindi-

cata in presenza di più di 4-5 lesioni o in caso di una lesione singola con diametro superiore a 6-7 cm.

La termoablazione comporta la distruzione irreversibile del tessuto tumorale attraverso l'applicazione di energia termica. L'ipertermia della lesione può essere indotta mediante diverse fonti di energia: le microonde, il laser e la radiofrequenza. Queste, interagendo con la massa tumorale, determinano un surriscaldamento della stessa, fino a provocarne la morte cellulare. Tem-



Dott. Matteo Stefanini



perature superiori a 60 °C, infatti, causano in pochi minuti la necrosi dei tessuti.

“Attualmente le microonde rappresentano la più valida alternativa per il trattamento di lesioni epatiche. Si tratta di onde elettromagnetiche prodotte da un apposito generatore che, attraverso un cavo, raggiungono l’antenna inserita all’interno del tumore e qui determinano un’oscillazione delle molecole d’acqua con conseguente produzione di calore” – spiega il Dott. Matteo Stefanini, del servizio di Radiologia Interventistica presso il Policlinico Casilino di Roma. “La procedura è altamente miniminvasiva, con un’incisione di 2-3 mm per l’accesso dell’antenna. Regolando la potenza e la durata del trattamento è possibile trattare lesioni di diverse grandezze, con la sicurezza di rispettare i contorni dell’area selezionata” prosegue il Dott. Stefanini. Le microonde garantiscono un’efficienza termica nettamente superiore rispetto alla radiofrequenza, grazie alla capacità di propagarsi attraverso il tessuto e di agire direttamente su tutto il volume raggiunto dall’onda elettromagnetica.

La velocità di riscaldamento delle microonde comporta, da un lato, la riduzione della durata del trattamento termoa-blattivo e, dall’altro, una notevole diminuzione dell’effetto di drenaggio del calore (*heat sinking*) dovuto al transito di fluidi corporei, che nel caso della radiofrequenza rende difficile l’ottenimento di una necrosi tissutale completa e omogenea in prossimità di vasi sanguigni di grosso calibro. La termoaablazione prevede l’introduzione di un’apposita antenna, sotto guida ecografica o sotto guida TC, all’interno della lesione da trattare (**Figura 2**: l’antenna è stata inserita anteriormente a livello del II segmento epatico, sede di una metastasi da carcinoma del colon, di circa 1,5 cm di diametro).



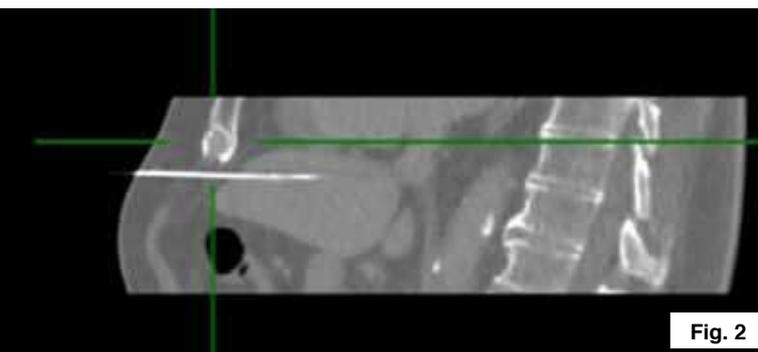


Fig. 2

La risonanza magnetica e la TC sono le metodiche di imaging più utilizzate per la valutazione post-procedurale. Con queste indagini strumentali si può verificare l'effettiva e la completa ablazione della lesione trattata e valutare la necessità di eventuali trattamenti secondari (Figura 3: controllo con risonanza magnetica a un mese dal trattamento; Figura 4: si nota la comparsa di una nuova lesione in prossimità del VI segmento epatico).

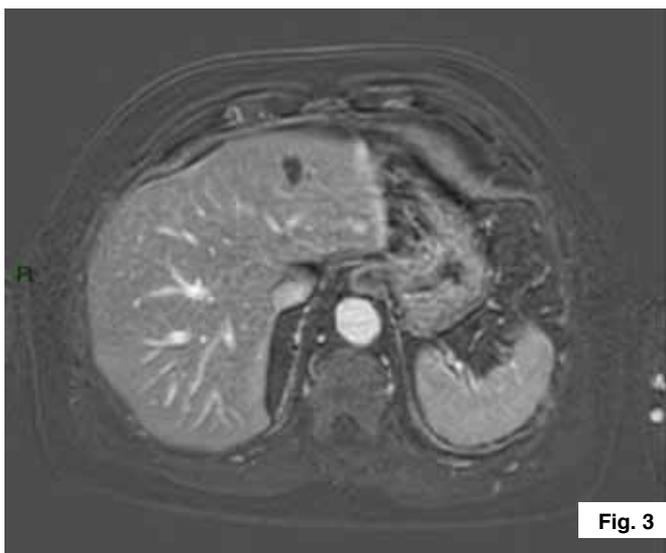


Fig. 3

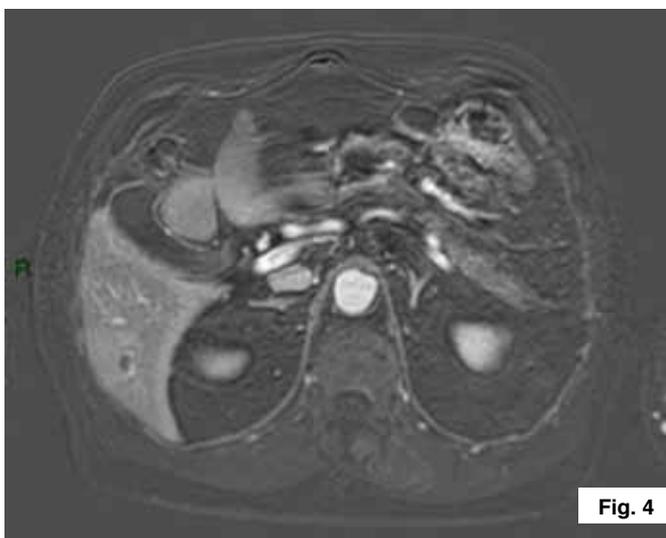


Fig. 4

Un ulteriore vantaggio connesso alla termoablazione è rappresentato dalla ripetibilità della procedura, senza comportare particolari rischi per il paziente (Figura 5: inserimento dell'antenna a microonde per il trattamento della nuova lesione nel VI segmento epatico; Figura 6: ricostruzione volum rendering della TC).

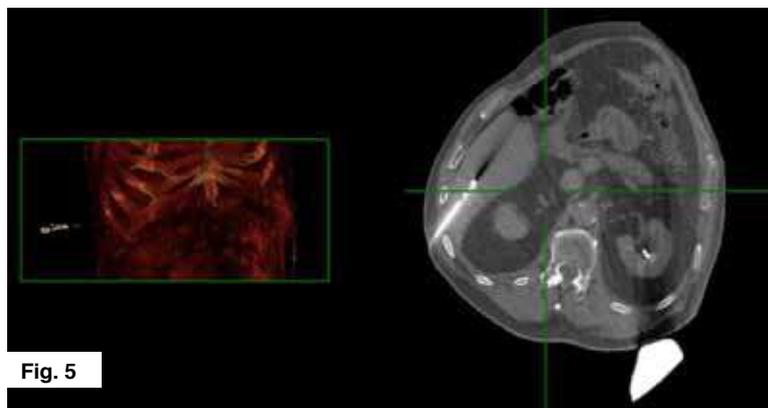


Fig. 5

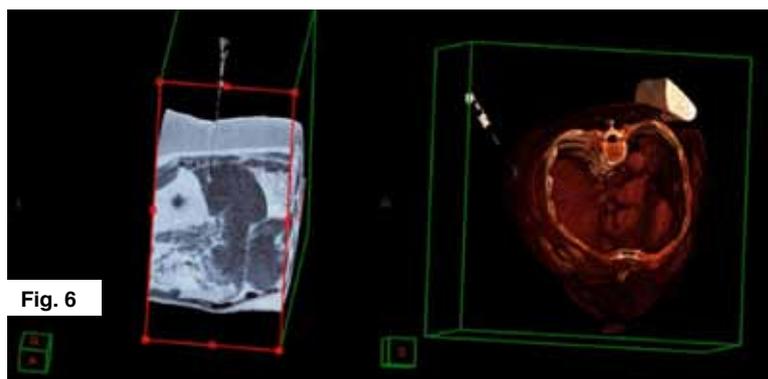


Fig. 6

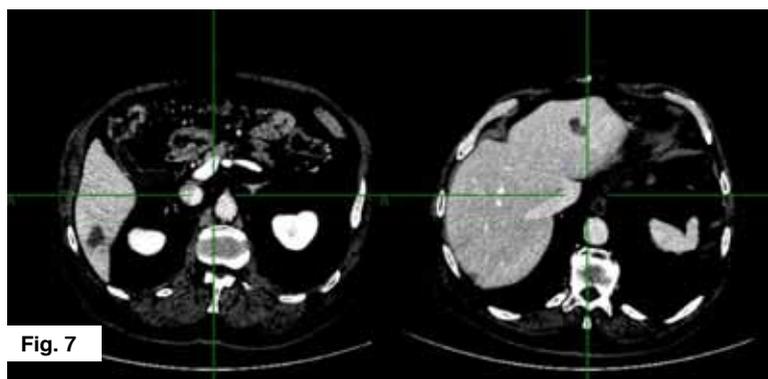


Fig. 7

(Figura 7: controllo TC a 3 mesi dal trattamento della lesione del VI segmento epatico).

“Per un risultato ottimale è necessaria la massima collaborazione tra radiologo interventista, anestesista, product specialist e tecnico di radiologia” conclude il Dott. Stefanini. “Il nostro obiettivo è quello di ottenere il miglior trattamento possibile, garantendo un approccio mininvasivo per il paziente”.

UN SORRISO DA RIDARE

*COME RESTITUIRE IN POCHE ORE
UNA DENTATURA SALDA E PERFETTA*

di *Raoul D'Alessio*

Considerando le attuali condizioni SocioEconomiche è importantissimo donare al paziente, completamente o parzialmente edentulo, la possibilità di terapie sostenibili sia economicamente che psicologicamente.

La realizzazione di estesa riabilitazione impiantare nelle persone edentule richiede un approfondito iter-diagnostico che comprende la tempistica d'intervento, la valutazione chirurgico impiantare ed il progetto protesico che consideri anche il risultato estetico che spesso coinvolge tutto il distretto inferiore del volto.

Per contenere i costi dei materiali e dell'intervento chirurgico, e al contempo soddisfare le esigenze di un numero sempre maggiore di pazienti, nuove tecniche e dispositivi sono oggi a disposizione per la riabilitazione di arcate con solo 4 o 6 impianti, il tutto in tempi brevissimi.

Oggi, un'accurata analisi progettuale assistita da software diagnostici rappresenta la soluzione più corretta e completa per la formulazione del progetto riabilitativo.

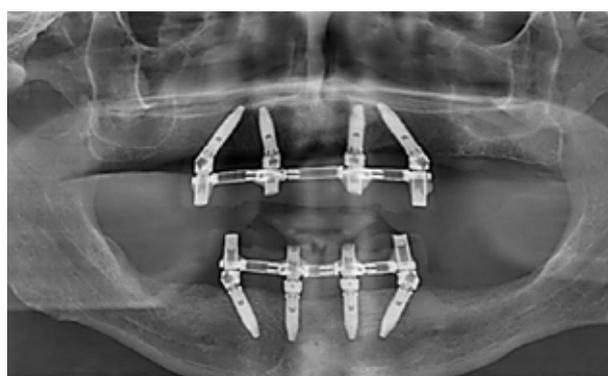
Il protocollo CAB (CLIP ABUTMENT BAR-brevetto USA), con Sistema Implantare WINSIX, può rappresentare un approccio clinico alla soluzione dell'edentulia di una o di entrambi le arcate nel paziente anche in presenza di importanti atrofie ossee.

Esso consente la previsualizzazione implanto-protesica che si intende eseguire e del rapporto tra le posizioni spa-

ziali con un livello di precisione nelle 3 dimensioni accettabili, tanto da permettere al clinico di giungere a conclusione del percorso diagnostico iniziale, ad un progetto riabilitativo che tenga conto della quote ossee utilizzabili e della proprietà del manufatto protesico a carico immediato quale nesso per il ripristino funzionale ed estetico dell'apparato masticatorio.



Dott. Raoul D'Alessio



LA TECNICA JUST ON 4

Riabilitazione implanto-protetica a carico immediato con numero ridotto di impianti secondo la metodica "Just on 4"

La Tecnica "Just on 4" consente la riabilitazione implanto-supportata con carico immediato in una sola seduta, consentendo così al Paziente di lasciare lo studio con il caso concluso, garantendo sin da subito dei denti fissi nuovi e perfettamente funzionanti, nell'arco di tre ore.

"Just on 4", che significa letteralmente "Solo su 4 (impianti)", è stata ampiamente convalidata a livello internazionale da recenti studi e ricerche oltre che utilizzata da numerosi professionisti nel mondo come nello studio del Prof. Raoul D'Alessio a Roma professore presso la scuola di specializzazione ortognatodonzia dell'Università cattolica del Sacro Cuore, docente di odontoiatria Estetica in collaborazione con il chirurgo Stefano Bianchi esperto delle riabilitazioni con tecnica Just on 4 e all'odontotecnico Carlo Lapenna perfezionato in questi protocolli.

Poter fissare oggi la protesi subito è un traguardo importante per l'odontoiatria che solo fino a pochissimi anni fa richiedeva, in caso di edentulia totale, di sostituire ogni singolo dente con un impianto, una tempistica più lunga ed un alto costo finale. La durata dell'intervento chirurgico varia tra un'ora ed un'ora e mezza e, grazie alla combinazione di anestesia infiltrativa e sedazione cosciente, è completamente indolore. Il protocollo di questa innovativa tecnica chirurgica evita innesti ossei, riducendo quindi il numero degli impianti e delle visite, offrendo un rapido ripristino delle funzioni masticatorie, unito alla comodità ed alla sicurezza di una protesizzazione fissa ad alto impatto estetico.

L'intervento ha dei costi molto contenuti dando la possibilità ad un numero di persone sempre maggiore di ricevere una dentatura perfettamente funzionale ed estetica in questo momento storico in cui la fascia della popolazione più numerosa è quella della terza età.

**TECNOLOGIE
E SERVIZI BIOMEDICALI**



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS

VIOLATECH S.R.L

Via Durban, 4 • 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it



Violenza di genere

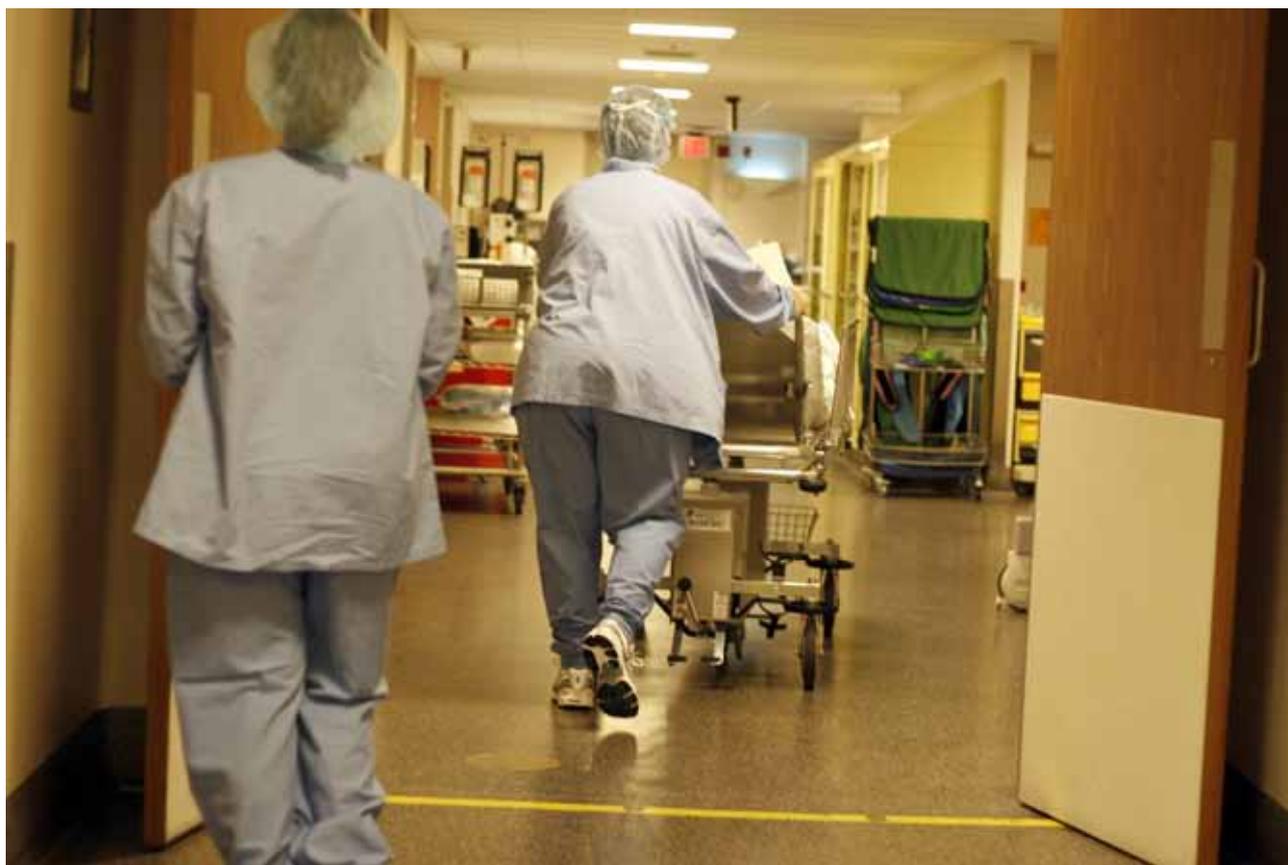
IN PRONTO SOCCORSO IL PRIMO, E SPESSO SILENZIOSO, CAMPANELLO D'ALLARME. LA VIOLENZA SULLE DONNE RESTA ANCORA UN PROBLEMA ANCHE CULTURALE

Il Pronto soccorso è il servizio pubblico in cui è più facile intercettare le donne vittime di violenza, forse perché il primo aiuto che si cerca è di tipo sanitario, perché è facilmente accessibile, perché è aperto per tutti 24 ore su 24. Le donne vanno in pronto soccorso per ricevere aiuto per i traumi e le ferite riportate. Ma accessi ripetuti per lesioni o incidenti soprattutto domestici, sono un campanello d'allarme per gli operatori, che sanno che spesso questi casi nascondono violenze non denunciate. Nella maggior parte dei casi consumate in famiglia.

La violenza contro le donne è una violenza basata sul genere ed è una violazione dei diritti umani. È la prima causa di morte nel mondo per le donne tra i 16 e i 44 anni: più degli incidenti stradali, più delle malattie. Studi

internazionali indicano che le donne sono più a rischio di violenza nelle loro case: la violenza domestica è la forma di violenza meno riconosciuta dalla donna e dal contesto sociale che la circonda, quindi è la più pericolosa perché tende a non essere occasionale e a "cronicizzarsi".

L'abuso fisico e sessuale è un problema sanitario che colpisce oltre il 35% delle donne in tutto il mondo. A livello nazionale, Simeu, la Società italiana della medicina di emergenza urgenza da tempo solleva il problema. "In pronto soccorso sono necessari percorsi di cura appositamente studiati – spiega Maria Pia Ruggieri, presidente nazionale Simeu - e gli operatori devono essere formati, perché se la violenza sulle donne è ancora un problema anche culturale, questo si ripercuote spesso sulla moda-



lità di prestare cura alle vittime nel mondo più appropriato. Una formazione che deve riguardare gli aspetti clinici, che devono essere attentamente studiati e applicati nel modo corretto; gli aspetti medico legali, per consentire la registrazione di documenti utili alla vittima in caso di denuncia; lo sviluppo o il rafforzamento di una sensibilità particolare dei professionisti sanitari, per l'accoglienza del caso, da cui dipende in gran parte l'esito della cura psicofisica della paziente".

La legge 28 dicembre 2015, n. 208 prevede che, sulla base delle esperienze locali, si renda operativo in tutti gli ospedali il percorso di tutela delle vittime di violenza, in raccordo con le previsioni del piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere di cui all'art. 5 della legge 119/2013. E in molti pronto soccorso italiani, sempre più numerosi, sono attivi percorsi speciali per chi subisce violenza, spesso contrassegnati dal colore rosa. "Al San Giovanni Addolorata di Roma - racconta ancora Maria Pia Ruggieri, che è anche direttore del pronto soccorso del San Giovanni Addolorata - il personale

L'abuso fisico è un problema sanitario che colpisce il 35% delle donne nel mondo.

dell'emergenza ha seguito uno specifico percorso formativo per il riconoscimento dei casi di violenza; in particolare sono state formate alcune figure infermieristiche, che all'arrivo di una vittima di violenza in pronto soccorso si dedicano completamente a seguire il caso, dall'accoglienza all'accompagnamento costante, sia nel percorso clinico che nella organizzazione di quegli elementi medico legali che abbiamo già detto essere così importanti per la 'cura' della persona in senso lato". L'AO San Giovanni Addolorata è stato infatti ospedale capofila per il Lazio in un Progetto del Ministero della Salute sulla Formazione Blended degli operatori sanitari per la costruzione di una rete alle dimissioni, che consenta di non abbandonare le vittime dopo le cure del pronto soccorso, ma di continuare a tutelarle e accompagnarle in un percorso di soluzione del problema.

Esperienze di attenzione al fenomeno si registrano in molte città: a Torino, è da tempo attivo alle Molinette, ora Città della Salute, il Centro Demetra, servizio di supporto e di ascolto delle vittime di violenza, a partire da quella violenza domestica che spesso nasconde una vera, reiterata e gravissima violenza di genere.

A Napoli sono attivi i "percorsi rosa" nei pronto soccorso di due presidi ospedalieri, San Paolo e Loreto Mare, e al pronto soccorso dell'Azienda ospedaliera più grande del mezzogiorno, l'azienda Cardarelli. Si tratta di un percorso



di prima accoglienza in pronto soccorso dedicato esclusivamente alle donne che subiscono violenza di genere e che riportano danni alla loro salute evidenziabili attraverso una accurata osservazione medica e psicologica. Il Percorso rosa è definito prima di tutto da una procedura integrata di interventi medici, ginecologici, psicologici e pediatrici mirati a dare un ventaglio di risposte sanitarie nell'emergenza alla vittima di violenza. Ma è altrettanto fondamentale la presenza di una rete di servizi socio-assistenziali capillare, capace di interagire, dialogare e scambiare efficaci prassi metodologiche per far emergere il fenomeno della violenza e sconfiggere il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne.

Recentemente è stato posto l'accento sul ruolo del pronto soccorso nei casi di violenza di genere grazie alla pubblicazione dei dati di un progetto Ccm, supportato dal Ministero della Salute. Si tratta di Revamp (Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum) - Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea", che è stato coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Ospedale Galliera di Genova, che fa parte della rete ospedaliera che raccoglie i dati sulla violenza, nell'ambito dell'Injury Database europeo (Idb). I dati della ricerca relativi al periodo 2015-2016 evidenziano che la violenza subita è

la seconda causa di accesso in pronto soccorso per le donne analizzate dal campione. In quasi il 90% dei casi la violenza compiuta a mani nude o con violenza fisica, senza uso di strumenti d'offesa.

Fra il 2013 e il 2014 sono stati osservati gli accessi al Pronto Soccorso in Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna: le vittime di violenza sono 139 donne ogni 100 mila residenti, il 72% delle quali di età 15-49 anni. Sono stati sorvegliati, per lo stesso studio, i centri ospedalieri anti-violenza del Revamp: qui il 37% delle donne in età fertile (15-49 anni) vittime di violenza sono di nazionalità estera. In questa stessa fascia il 5% delle volte le vittime hanno subito una violenza sessuale.

Nello studio di follow-up di progetto, che seguiva donne vittime di violenza grave, dove la gravità è data dalla continuità della violenza, da casi di abuso sessuale, a tre mesi dalla dimissione ospedaliera il 67,5% delle donne adulte vittime di violenza domestica o sessuale era affetta da patologia mentale di stress da disordine post-traumatico. Prevalenza della malattia significativamente superiore, di oltre cinque volte, a quella di corrispondente gruppo di controllo di donne non vittime di violenza. Valore paragonabile a quello delle vittime dirette di grandi disastri, compresi attentati terroristici.

di Martina De Vivo



Reducer™

Un Reducer™ ti migliora la vita

*AL POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
IMPIANTATO UN SISTEMA INNOVATIVO A DUE PAZIENTI*

Pochi giorni fa, presso la “Sapienza” Università Di Roma - Policlinico Umberto I, nel reparto di Cardiologia diretto dal Prof. Francesco Fedele, è stato impiantato con successo, dal Prof. Sardella e dal Dott. Mancone, nel seno coronarico di due pazienti, affetti da angina refrattaria, un sistema innovativo in grado di migliorare la sintomatologia e la qualità di vita di questi pazienti. Come noto, la cardiopatia ischemica cronica è caratterizzata dalla comparsa del sintomo angina, dolore al torace di tipo oppressivo/costrittivo che spesso s'irradia al braccio sinistro. Tipicamente, nelle fasi iniziali di malattia coronarica, l'angina si presenta durante lo sforzo e regredisce con il riposo. In questa fase, la terapia farmacologica associata all'eventuale rivascolarizzazione percutanea (con stent) o chirurgica (con by-

pass aorto-coronarico) è in grado di migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza di questi pazienti. Tuttavia, nelle fasi più avanzate di malattia e quando gli approcci terapeutici sopra descritti non sono più sufficienti o hanno fallito (restenosi degli stent e/o occlusione dei By-pass chirurgici), la sintomatologia anginosa può ripresentarsi in modo ingravescente e rendere la vita del paziente invivibile. Questa forma d'ischemia, nota come angina refrattaria, è caratterizzata da sintomi anginosi disabilitanti e solo parzialmente controllabili dalla terapia medica, con elevati tassi di riospedalizzazione e un marcato peggioramento della qualità della vita dei nostri pazienti. Negli ultimi anni, numerose opzioni terapeutiche sono state sviluppate in questa tipologia di pazienti, ma con scarsi



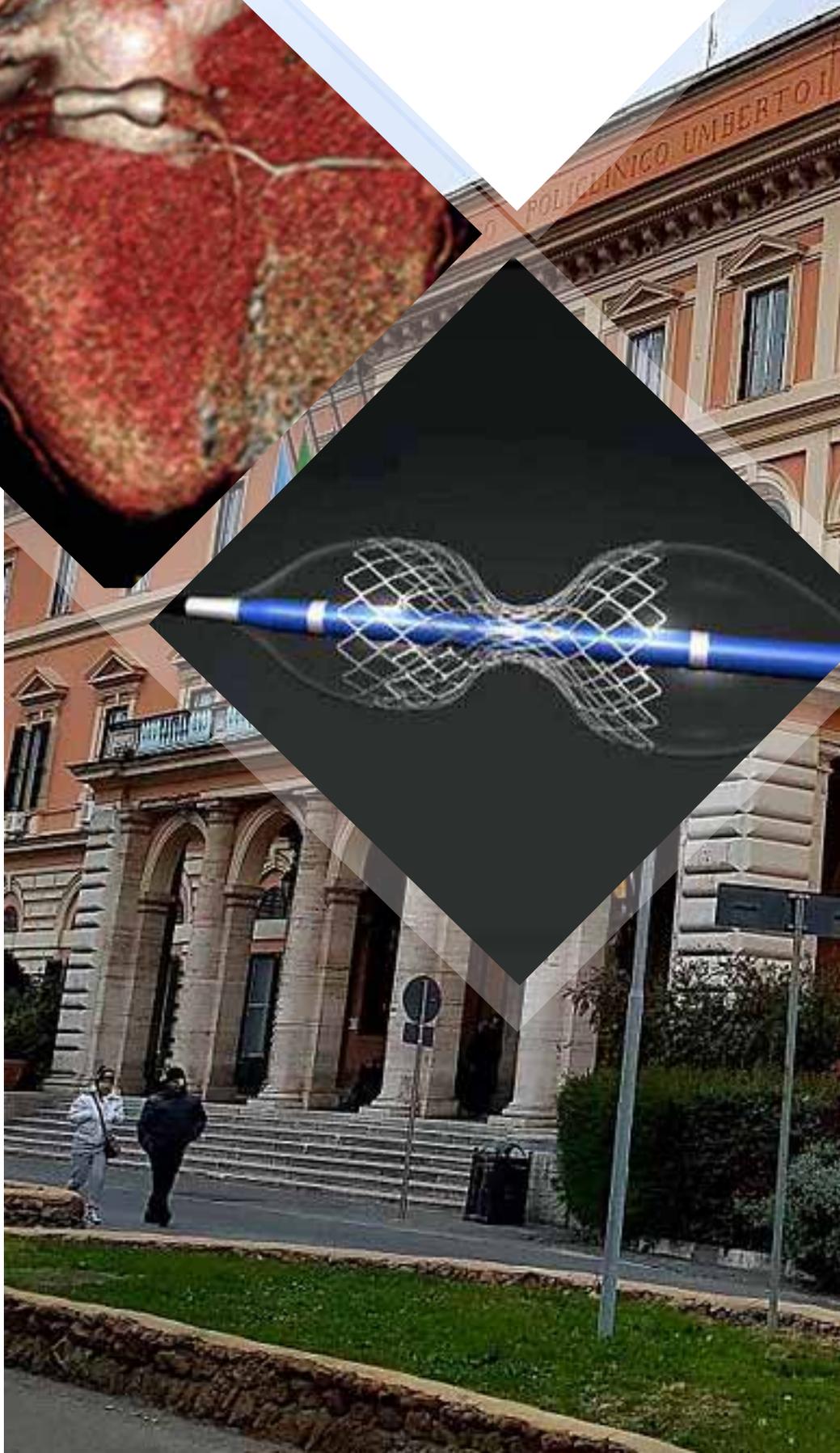
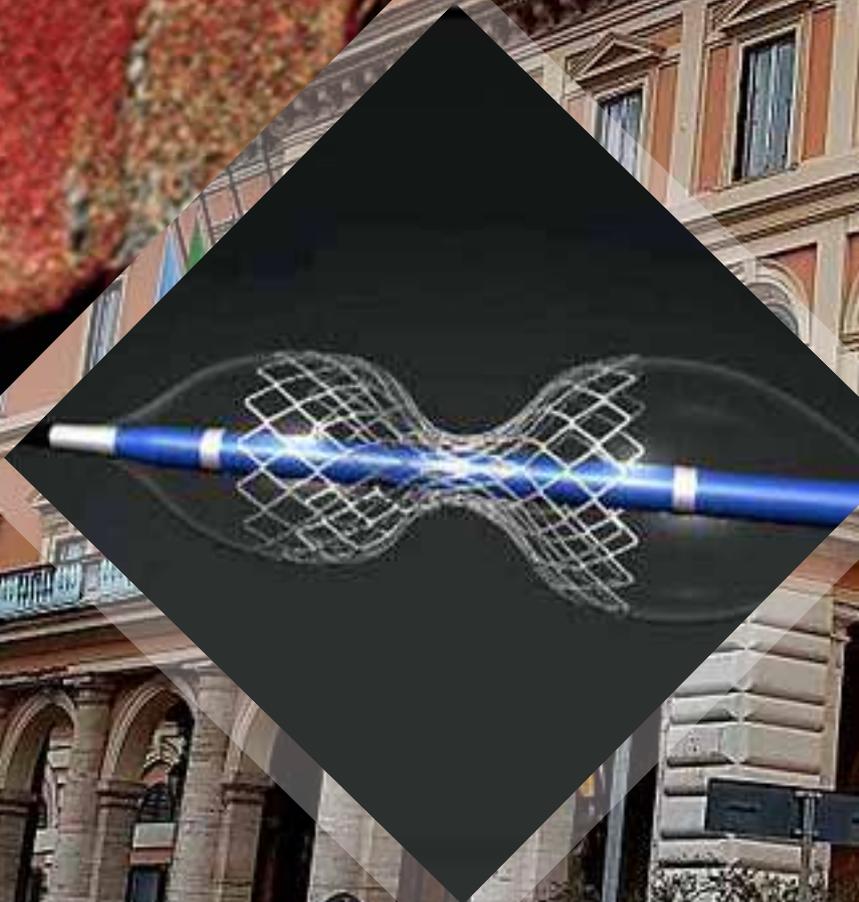
UMBERTO I
POLICLINICO DI ROMA



benefici clinici per i pazienti. Recentemente, alcuni autori, nel trial randomizzato COSIRA (Coronary Sinus Reducer for Treatment of Refractory Angina)¹ pubblicato sul NEJM, hanno dimostrato che il posizionamento di un stent nel seno venoso coronarico, con l'obiettivo di restringere il lume vasale di quest'ultimo sia in grado di ridurre l'ischemia miocardica, e quindi la sintomatologia anginosa, inducendo una redistribuzione del flusso ematico dal territorio sub-epicardico meno ischemico al territorio sub-endocardico più ischemico. Tale sistema (Reducer™) è un dispositivo intraluminale vascolare, impiantabile per via percutanea con accesso giugulare nel seno coronarico dei pazienti affetti da ischemia coronarica intrattabile.

1) Verheye S, Jolicoeur EM, Behan MW, et al. Efficacy of a device to narrow the coronary sinus in refractory angina. *N Engl J Med* 2015;372:519-27

di *Katrin Bove*



INNOVAZIONE MADE IN ITALY

UN NUOVO SISTEMA PER LA DILUIZIONE DEI FARMACI

di Caterina Del Principe

Ed è proprio dall'Italia che vediamo arrivare, in un'epoca dove la corsa all'innovazione e automazione è sempre più frenetica, il primo device di "aiuto" agli operatori (farmacisti, tecnici di laboratorio e infermieri) e di conseguenza ai pazienti che necessitano di cure chemioterapiche complesse.

"Volevo creare un sistema che aumentasse notevolmente la precisione della distribuzione del farmaco e allo stesso tempo cercare di alleggerire una parte dello sforzo del personale che lavora instancabilmente per salvare vite ogni giorno."

Così Gabriele Giovanelli, CEO di Pierc Sas, società che si occupa della fornitura di dispositivi medici, descrive Infumix, il nuovo prodotto che innoverà le tecniche degli operatori in laboratorio. Preciso e sicuro, renderà il massimo livello di efficienza combinando il lavoro, ad oggi solo manuale, dell'operatore in laboratorio.

Proprio l'utilizzo ripetuto delle siringhe manuali, come anche la viscosità del-

le soluzioni usate, che richiede una pressione adeguata, può causare agli operatori, in alcuni casi, la Lesione da Sforzo Ripetuto, LSR.

La LSR è un termine generale utilizzato per descrivere una serie di condi-

zioni dolorose che colpiscono i muscoli del corpo ed il sistema nervoso e che sono associate con il lavoro ripetitivo ed altre forme di uso eccessivo come la tensione statica dei muscoli per lunghi periodi di tempo.





Infumix è stato progettato per annullare il bisogno della forza manuale nel processo di diluizione, dando all'operatore un'alternativa semplice, senza sforzo all'esercizio ripetuto della forza, giorno per giorno, che ha anche il vantaggio di ridurre i giorni persi per lesioni tendinee e di conseguenza i tempi per ristabilirsi.

Grazie alla sensibilità della leva dell'attuatore, di facile controllo, la gestione di infumix richiede una quantità minima di pressione, risolvendo con "leggerezza" questa problematica.

Il device è studiato, appunto, con caratteristiche ergonomiche che ne facilitano l'utilizzo, può essere tenuto in una sola mano ed essendo estremamente portatile occupando pochissimo spazio. Infumix è stato progettato per un perfetto posizionamento del pollice, con tasso di infusione da 0,1 ml a livelli di precisione dell'1% molto più elevati del 5-10% di precisione delle siringhe manuali.

Il display dispone di tecnologia LCD Nokia, chiaro e di facile lettura in quasi tutte le condizioni di luminosità.

Ha due semplici controlli, un pulsante verde, ON/OFF, ed un azzeramento blu per consentire di miscelare composti più complessi senza staccare la siringa apposta dall'unità.

Essendo costruito in alluminio solido, con lavorazione ad alta precisione, risulta essere robusto e leggero nel contempo, nei soli 750 grammi di peso.

Risulta avere una forza di riempimento pari a 45 chilogrammi, capace di riempire pompe elastomeriche e preparare soluzioni più viscosi.

La pompa è stata progettata per funzionare in tutti i tipi di isolatori con aree di miscela-

mento molto ridotte pur mantenendo semplici ma efficaci flussi di lavoro.

Infumix (www.infumix.com), brevettato a livello internazionale, viene commercializzato in tutto il mondo tramite agenti di commercio e rivenditori specializzati, sotto l'attenta osservazione del sopra citato Gabriele Giovanelli e Saverio laquinta.





INFUMIX

L'INNOVAZIONE È MADE IN ITALY

INFUMIX:
SISTEMA SEMI AUTOMATICO
ATTO ALLA PREPARAZIONE,
DILUIZIONE DEI FARMACI
CHEMIOTERAPICI IN LABORATORIO.

RIVENDITORE LAZIO E UMBRIA:



Medical Devices

commerciale@spmed.it - info@spmed.it

PIERC SAS

GABRIELE GIOVANELLI (CEO): +39 3487063526

SAVERIO IAQUINTA (INTERNATIONAL BUSINESS MANAGER): +39 3474585354

MVS
s.r.l.

micro vascular system

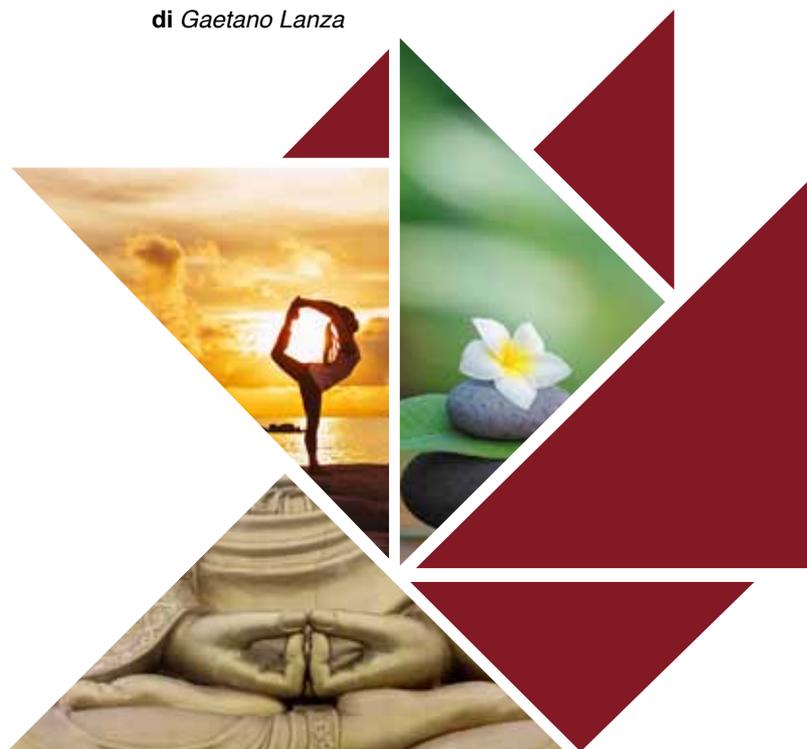
Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



lo la penso così

Il dolce far niente, ricetta per diventare centenari

di Gaetano Lanza



Le filosofie orientali lo sostengono da millenni. Anche i fanulloni o fancazzisti (come si suol definirli). Ci sono paesi del meridione o della Sardegna dove schiere di centenari, seduti in piazza a prendere il sole (da decenni) vengono studiati da esperti anche genetisti per carpire il segreto della longevità. E se la ricetta fosse proprio il semplice caro e dolce far niente? Perché no? È lecito chiederselo dopo l'autorevole pubblicazione apparsa pochi giorni fa sul prestigioso *Journal of American Heart Association*.

Si chiama meditazione e le tecniche vanno dallo yoga, al samatha, allo zen, al vipassana, ad altre che sono state studiate come riportato dagli autori. Ma potrebbero essere anche le tecniche usate banalmente dai nostri nonni centenari. Il loro effetto benefico in termini di riduzione di rischio di malattie cardiocerebrovascolari sembra effettivamente provato anche se occorrerebbero, come concludono gli autori, metodi di studio più validi (EBM) per concedere il lasciapassare per entrare nelle raccomandazioni nelle linee guida ufficiali. Intanto, vi sarebbero prove suffi-

cienti per concedere un posticino alle tecniche di meditazione nelle raccomandazioni dell'AHA per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Una di queste prove che già cominciano ad essere numerose sarebbe ad esempio l'articolo di *Kinra S, Ebrahim S, Pockock SJ, Chaturvedi N, Roberts IG, Acharya AK, Hughes AD. Development and evaluation of a yoga-based cardiac rehabilitation programme (Yoga-CaRe) for secondary prevention of myocardial infarction. 2017.*

Ovviamente la meditazione entrerebbe (mi piace usare il condizionale) in futuro nel novero e a supporto delle terapie per la prevenzione riconosciute dalla medicina ufficiale, quali la correzione dei fattori di rischio per l'aterosclerosi, l'abolizione del fumo, un corretto stile di vita, il moto e lo sport, il controllo dell'ipertensione arteriosa, l'uso di farmaci ecc. fino ad arrivare agli interventi chirurgici mirati. E questo gli autori lo sostengono. Ma è la prima volta forse che la medicina ufficiale occidentale riconosce, accetta e accoglie facendo propria una terapia considerata squisitamente orientale. La meditazione farebbe bene in quanto di per sé favorirebbe la riduzione dello stress, la cessazione del fumo, il controllo della pressione arteriosa, la funzione endoteliale, riducendo la sindrome metabolica, l'insulino-resistenza, l'ischemia miocardica inducibile e così via, come illustrato nella pubblicazione dell'AHA. E sarebbe a costo zero.

Gli autori comunque concludono, e siamo totalmente d'accordo, che gli studi suggeriscono per ora un "possibile" effetto benefico della meditazione sul rischio cardiovascolare, che essa sarebbe consigliabile non da sola per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari, ma in aggiunta ai principi raccomandati nelle linee guida ufficiali, in attesa di saperne di più. Come saperne di più? La ricetta degli autori è la seguente: addirittura trials randomizzati, includendo un >80% di follow-up a lungo termine, con <20% di drop-out, con meno bias possibili e senza interessi finanziari (faccio fatica a capire quest'ultima caratteristica).

Certo, lo stress non fa bene e lo sappiamo. La meditazione fa bene. Ma di quale meditazione parliamo. Parliamo di tecniche, yoga ecc., all'orientale, che liberano la mente dai pensieri, che è quello che imparano da piccoli alle scuole orientali e che in pratica fanno quei centenari con la pelle aggrinzita e asciutta al sole in ogni parte del mondo. Perché se meditare vuol dire stressarsi di più, allora è meglio non pensare e correre a prendere il treno che sta per partire per non perderlo.



Il gusto

delle parole stampate

*CUOCHI SCRITTORI CHE STUZZICANO IL PALATO,
SENZA PARLARE DI RICETTE*

di *Nicola Carrassi*

Si legge poco nel nostro paese. E' un peccato. Non si dovrebbe leggere per appartenenza politica, o perchè fa radical chic o altro. Bisognerebbe leggere una pagina al giorno di un qualsiasi libro, per passione. Una volta iniziato è difficile smettere. Spesso si pensa di non amare la lettura, perchè siamo incappati troppo volte nel libro sbagliato. Quello di moda. O semplicemente quello sbagliato, nel momento sbagliato. I libri hanno un gusto? Sicuramente hanno un odore, e i cultori lo sanno, quando sfogliano velocemente la copia di un nuovo libro acquistato: sprofondano il naso all'interno e ispirano il profumo di carta e inchiostro.

E il gusto? C'è n'è da banchettare per un'eternità: dai libri piccanti, (non necessariamente per il contenuto a sfondo sessuale), a quelli speziati. Da quelli che stuzzicano il palato con vivacità, a quelli 'carminativi', brodo per l'anima. Ve ne proponiamo due. Sono classici - non per questo noiosi e superati, anzi- e sono due perle. Il primo è 'cu-

cinato' da Truman Copote, un manipolatore nella vita, ma anche nello scrivere. Il suo romanzo incompiuto coccola, risveglia, addolcisce o insaporisce qualunque palato. Ed è pronto, pur di 'conquistare' il lettore, ad essere anche insipido, su richiesta. Insomma: è il piatto jolly di un grande genio che ci ha tutti preso per i fondelli, con il nostro benessere. Complice l'aspetto border line di una personalità intrigante.

Il secondo libro è una geniale ricetta, di un signore che ha scritto solo tre libri nella sua vita. Patrick Dennis e complice, hanno prima riempito il frigo di qualunque ingrediente reperibile. Poi, il cuoco-scrittore e il suo assistente ci si sono seduti davanti e in base agli ingredienti hanno immaginato il menù. Vi stupirà la genesi di questo romanzo anni '50. Prima sono state scattate foto, creati personaggi iconici etc, poi si è scritta la storia. Insomma, un piatto imprevedibile che stuzzicherà il vostro palato con mille sfaccettature e -apparentemente- discutibili accostamenti.

Buon appetito, alla scoperta dell'umami letterario

Il libro/pietanza:

Incontro d'estate

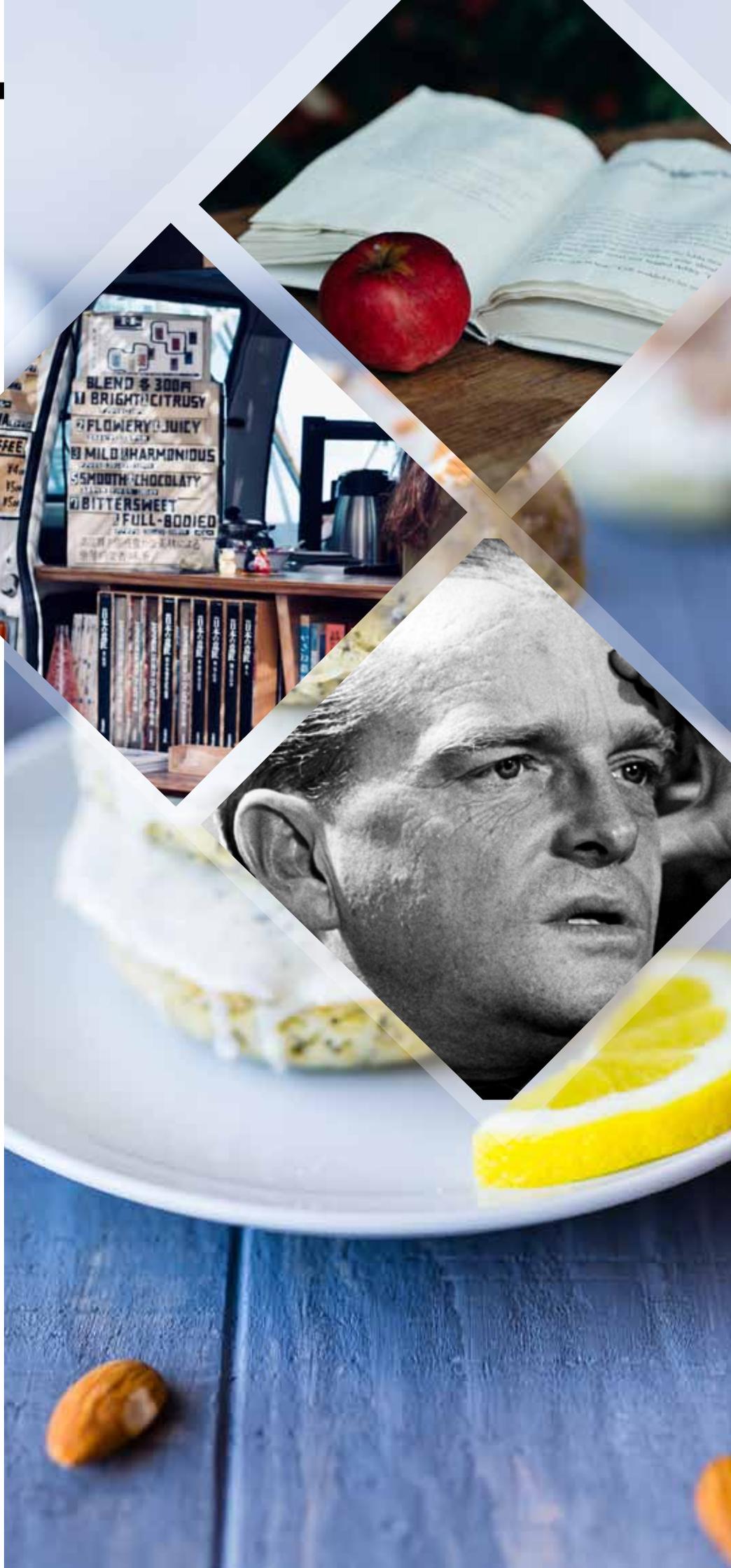
Grady McNeil è capricciosa e testarda come i suoi diciassette anni. Non ama le regole e le imposizioni. Così, quando i suoi genitori partono per l'Europa, lasciandola sola per un'estate a New York, nel lussuoso appartamento sulla Quinta Avenue,

Grady si sente finalmente libera.

Niente più la obbliga a tenere segreta la relazione con Clyde Manzer, giovane veterano di guerra ebreo che lavora come parcheggiatore. Mentre l'estate avanza, calda e afosa, quella che all'inizio era solo un'attrazione fragile e ambigua diventa un amore sempre più forte e profondo, una passione che imporrà a Grady una serie di scelte decisive per la sua vita di giovane donna. "Incontro d'estate" è il primo capolavoro di Truman Capote. Una scrittura sobria e incisiva, un'eroina impetuosa che non può non ricordare la Holly Golightly di "Colazione da Tiffany", una vicenda di asciutta ed emozionante esemplarità. Iniziò a scriverlo giovanissimo, nel 1943, e continuò a lavorarci per oltre un decennio, anche dopo il clamoroso successo di "Altre voci, altre stanze". Tuttavia non volle mai pubblicarlo, e a un certo punto dichiarò perfino di averlo bruciato. Alla sua morte, studiosi e biografi lo cercarono invano: è riemerso solo nel 2004, tra le carte abbandonate dallo scrittore nella sua vecchia casa di Brooklyn.

L'autore/Chef:

Scrittore statunitense. È una delle voci più originali della letteratura americana del Novecento.



Per un **2018** di cuore e cervello, SCEGLI l'Agenda del Cuore



Quest'anno
ALT parla anche
inglese!

Un regalo speciale da
fare anche in azienda



All'interno
12 storie di
vita vissuta!

Scegli di avere cura
di te e di chi ami.
Regala l'agenda a
chi vuoi bene!

RICHIEDILA SUBITO!

Con un contributo
minimo di 15 euro*
+5 euro di spese di
spedizione

* MODALITÀ DI CONTRIBUTO

- bollettino di c/c postale n. 50 29 42 06 intestato a: ALT Onlus - Via Lanzone, 27, 20123 Milano
- carta di credito (Carta Attiva ALT - CartaSi - MasterCard - Visa) chiamando in Associazione al n. 02 58 32 50 28
- assegno bancario non trasferibile intestato ad ALT Onlus
- bonifico bancario IBAN IT 67C031110162600000013538 - Banca Popolare Commercio e Industria - Agenzia 4 - 20123 Milano
- online su www.trombosi.org nella sezione *dona on line*

IL BILANCIO DI ALT È CERTIFICATO.

Le donazioni ad ALT sono deducibili, come previsto dal D.L. n°35 del 14/03/2005; per usufruire dei benefici fiscali dovrete conservare copia del versamento, comunicare ad ALT il vostro indirizzo e codice fiscale via mail a soci@trombosi.org facendo riferimento alla vostra donazione; riceverete da ALT una ricevuta valida ai fini della detrazione/deduzione.

I fondi raccolti aiuteranno
ALT a finanziare il R.I.T.I.
Registro Italiano Trombosi Infantili.



AGENDA DEL CUORE

UN ANNO DI CUORE E CERVELLO
CON LA GUIDA DELLA SALUTE DI ALT.



Associazione per la Lotta alla Trombosi
e alle malattie cardiovascolari

Torna, con tante novità ma con l'energia e la chiarezza di sempre, l'Agenda del Cuore 2018 di ALT - Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle Malattie Cardiovascolari - Onlus, nata nel 1993 per suggerire uno stile di vita sano fatto di scelte intelligenti, movimento, corretta alimentazione, poco sale, poco alcol e niente fumo. Consigli salva vita che tutti conosciamo ma solo alcuni mettono in pratica.

Come dimostrato da una ricerca commissionata da ALT, infatti, solo 1 italiano su 3 conosce il significato della parola «trombosi» ma spesso ne ignora l'incidenza. Eppure, Infarto, Ictus, Embolia polmonare, Trombosi delle arterie e delle vene, colpiscono ogni anno 600.000 persone, il doppio dei tumori. E per le donne, i dati sono ancora più allarmanti: su 100 donne, 54 perdono la vita per colpa di una malattia cardiovascolare (18 per il cancro).

Ma le malattie da trombosi in 1 caso su 3 possono essere evitate. Basta sapere come fare. Ed è questo l'obiettivo dell'Agenda del Cuore 2018, il diario di bordo da consultare per un anno a tutta salute e cervello. Bastano semplici accortezze, infatti, per ridurre il rischio di trombosi.

Tante le novità dell'agenda 2018, con il suo colore blu China è il regalo perfetto per ogni persona: per se stessi, per i propri familiari, per gli amici e anche per i colleghi. Tante news per grandi e bambini, ogni settimana un consiglio per misurarsi e misurare i cambiamenti del proprio stile di vita nella direzione salute, tenendo sotto controllo peso, alimentazione, colesterolo, fumo, pressione e stress, l'Agenda del Cuore 2018 sta benissimo su ogni scrivania.

E c'è di più: da quest'anno, ogni mese ci sarà una storia vera raccontata da chi ha avuto un incontro ravvicinato con la Trombosi. Uomini e donne che hanno capito a proprie spese - o dei propri cari - quanto sia importante la prevenzione e che hanno scelto di condividere questa loro esperienza raccontandosi ai lettori dell'Agenda del Cuore di ALT.

Insomma, l'Agenda 2018 è davvero per tutti! Sì, perché questa nuova edizione parla anche inglese, grazie alla traduzione delle frasi e delle informazioni settimanali. «È nostro dovere sforzarci per far capire a tutti quanto sia importante la prevenzione. Specie per le malattie car-

diovascolari da trombosi. Tanto diffuse, quanto evitabili. In questi anni abbiamo adottato tantissime strategie per amplificare il nostro messaggio della salute e una delle armi più efficaci è stata sicuramente l'Agenda del Cuore. Una guida che ci accompagnerà anche nel prossimo anno, fedele alleata della prevenzione delle malattie da trombosi, con un percorso fatto di intelligenza, conoscenza e consapevolezza nella speranza che siano sempre di più le persone informate e per questo sane. Persone a cui vogliamo bene, persone che ci sono accanto ogni giorno, persone che lavorano con noi. Regalando l'Agenda sceglierai di prenderti cura di ognuno

di loro» - ha dichiarato la dott.ssa Lidia Rota Vender, presidente di ALT.

I fondi raccolti aiuteranno ALT a sostenere le ricerche sulle malattie da trombosi che colpiscono i bambini e i neonati finanziando il R.I.T.I. Registro Italiano Trombosi Infantili. La trombosi, infatti, non è un mondo per vecchi: in questi ultimi anni, oltre 800 bambini sono stati colpiti da trombosi e i medici che li hanno curati hanno condiviso la conoscenza con centinaia di esperti per poter curare al meglio questi piccoli incolpevoli pazienti. E molti potranno essere curati grazie ai fondi raccolti con l'Agenda del cuore di ALT.



LA TROMBOSI NON E' UN MONDO SOLO PER VECCHI

ALT – Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari – Onlus è un'Associazione libera, indipendente e senza fini di lucro. Dal 1987 è impegnata a livello nazionale nella prevenzione delle malattie cardiovascolari da Trombosi – Infarto cardiaco, Ictus cerebrale, Embolia Polmonare, Trombosi arteriosa e venosa -, nel sostegno finanziario alla ricerca scientifica interdisciplinare e nella specializza-

zione di giovani medici e infermieri. Realizza campagne educative mirate a combattere i principali fattori di rischio e a creare consapevolezza sui sintomi precoci delle malattie che la Trombosi determina. Dal 1995 rappresenta l'Italia in EHN, network europeo di 30 associazioni e fondazioni dedicate alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Per informazioni: www.trombosi.org

ORE12GROUP

*Onorerò il Natale nel mio cuore
e cercherò di serbarlo dentro di me
per tutto l'anno. Charles Dickens*

Buon Natale e Sereno 2018

>RC>>
RiComunicareE

HTG
World Alliance

RYANCREATION COVE
Fluid Creativity

La nostra unione, la tua forza!



ECO MICROWAVE

Nuova Generazione di Antenne a microonde per Termoablazione con tecnologia HiSphere™.



GMIG

IDEAS FOR MEDICAL SOLUTIONS

info@gmgmed.com

www.gmgmed.com



HD HealthDefence S.p.A.

DISTRIBUTORE LAZIO - UMBRIA - ABRUZZO - MOLISE

Via Portuense, 959

00148 Roma

tel 06 65002930

fax 06 65003101

commerciale@healthdefence.it