

ORE12ITALIA

Sanità

Alcol, rischio sottovalutato

Cardiovalvole, addio invasivit

Geriatría, cure a una svolta

Chenot, la via al benessere

Parla Stefanelli, AD di Boston Scientific Italia

QUALITÀ SENZA SPRECHI

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

Hic et nunc

“Offelee, fa el tò mestee!”

DI Pietro Romano



Un adagio sostiene che la guerra è troppo importante per lasciarla fare ai militari. Ma spesso le guerre le hanno provocate scelleratamente, e condotte in maniera disastrosa, i civili. Insomma, a proposito di chi-deve-fare-che, ci pare molto più sensato dirla, con i milanesi di un tempo, “offelee, fa el tò mestee”, “pasticciere, fai il tuo mestiere”. Se, infatti, ognuno facesse al meglio quello che fa, il mondo procederebbe più diritto. Una regola che vale anche, è ovvio, per un argomento addirittura più importante, e dalle più profonde e diffuse conseguenze, della guerra quale la salute.

Per evitare di affidarci al dr. Google, in questi anni di trionfo del pressapochismo, dell'ignoranza, della malafede, che sfruttano con malsana sapienza soprattutto la rete, è di gran lunga preferibile fidarsi dei dottori (e

degli esperti) in carne e ossa. Esattamente quanto si è preposto di fare Ore 12 Italia Sanità per contrastare l'assordante rumore delle falsità in campo medico.

Questa rivista, lo teniamo a precisare, non è una pubblicazione scientifica. Vuole portare a conoscenza di un pubblico, speriamo vasto, le più recenti “rivoluzioni” nel mondo della medicina, un mondo in continua evoluzione a favore soprattutto dei pazienti. Non, beninteso, le “rivoluzioni” di cui il cittadino medio potrà beneficiare, se va bene, tra dieci anni, ma quelle fruibili ora o in breve tempo. Informazione, quindi, alta. Divulgazione ma di qualità e soprattutto utile. Non si ospitano ciarlatani che vendono panacee, ombra oscura che ha accompagnata la medicina dalla notte dei tempi, magari riverniciata in versione 2.0 orchestrata come sempre dai furbi per raggirare i gonzi e ora anche solo per contrabbandare stupidità.

Abbiamo scelto la carta stampata come veicolo prioritario perché sulla carta ci sembra di poter fissare meglio la dimensione di Ore 12 Sanità dentro il grande fiume delle idee, e dei comportamenti, in campo medico. Ma non desideriamo per nulla snobbare la rete, che ci potrà permettere, quando se ne risconterà il bisogno, un approccio più tempestivo alle questioni, ai problemi, alle soluzioni.

Il digitale, piaccia o meno, fa parte del nostro mondo in maniera sempre più presente. E, comunque, Internet non è il problema delle falsità in rete: dietro ogni falsità c'è, infatti, una precisa responsabilità umana.

Ore 12 Italia Sanità vuol favorire la circolazione dell'informazione e delle idee mettendo a disposizione - anche fuori dalle comunità scientifiche - strumenti di approfondimento che aiutino ognuno a coltivare le proprie sensibilità alla prevenzione e alle cure. Lontani dal coltivare ansie, puntiamo a diffondere consapevolezza sui possibili pericoli per la salute e a porre a disposizione dei lettori informazioni sui metodi più all'avanguardia (e meno invasivi) per combatterli, questi pericoli, e farci stare meglio.

Speriamo di riuscirci con la collaborazione delle nostre valenti firme e con la collaborazione di voi lettori che ci auguriamo propositivi, se ce ne ricorrerà il caso documentati critici, magari entusiasti sostenitori.



QUALITÀ SENZA SPRECHI

Il futuro della Sanità si gioca tutto sul terreno dell'efficienza e della qualità delle cure erogate. Boston Scientific Italia richiama il tema della "Responsabilità Condivisa" come stimolo per tutti.



ARTEMISIA LAB

Una rete di centri diagnostici e terapeutici all'avanguardia con la missione di conquistare la fiducia dei romani attraverso la dedizione e l'impegno nell'offrire un servizio di medicina di eccellenza.

01 HIC ET NUNC

05 LA LETTERA



OSPEDALE DI AVEZZANO

Al centro di un importante snodo stradale è un presidio ospedaliero di riferimento per l'Abruzzo e il Lazio. Autorizzato dal ministero della Salute per il trapianto di cornea e l'esporto multi-organo.



ALCOL EMERGENZA SOTTOVALUTATA

Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL), costituito presso il Policlinico Umberto I di Roma, continua a sviluppare con successo nuove tipologie di intervento per affrontare l'emergenza alcol.

27 DISPOSITIVI MEDICI

34 ROSA® BRAIN

38 LA MEDICINA NON HA GENERE

48 LA PAGINA ROSA
Le donne devono ancora lottare per affermare il proprio posto nel mondo.

SOM



PAZIENTI ANZIANI, UNA SFIDA DA VINCERE

Le stime confermano un continuo aumento del numero di anziani nel nostro Paese, e di conseguenza di anziani bisognosi di cure. L'assistenza non può prescindere dall'integrazione tra Territorio e Ospedale.



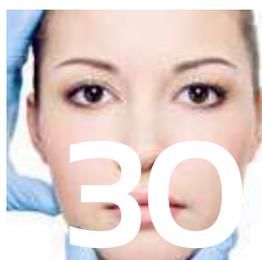
CUORE, RIPARAZIONI STRADA MAESTRA

La riparazione valvolare, rispetto alla sostituzione, comporta un rischio chirurgico più basso e una migliore qualità della vita nel tempo. Perché molti studi sostengono la validità di questo tipo di chirurgia?



CHENOT INSEGNA IL BENESSERE

È uno dei più grandi e famosi nutrizionisti al mondo. Da qualche mese è uscito il suo ultimo lavoro ("Curare la salute e vivere sani con il metodo Chanot", edito da Mondadori), un libro utile e piacevole.



LA BELLEZZA È LA NATURA

Le persone vogliono apparire per quanto possibile sempre belle. E qui nasce il primo problema del chirurgo estetico: capire che cosa la persona intenda per bellezza.

42 IL DEVICE CARILLON

44 PIANETA SANITÀ

47 È TUTTO PIÙ SEMPLICE

32 LA CHIRURGIA VASCOLARE

40 LONGEVITA' E GENIO

SEGUICI SU:
WWW.ORE12ITALIA.EU



TWITTER



FACEBOOK

MARIO

ORE 12 ITALIA
Mensile d'informazione Economico Sanitaria

Direttore Responsabile
Pietro Romano
direttore@ore12italia.eu

Direttore Editoriale
Katrin Bove
Katrin.bove@ore12italia.eu

Associate Publisher
Nicola Carrassi
Nicola.carrassi@ore12italia.eu

Coordinatore Scientifico
Carmen Trivellini
Carmen.trivellini@ore12italia.eu

Segreteria di redazione
redazione@ore12italia.eu

Editore
RICOMUNICARE Srl
Via Appia Nuova, 153
00183 Roma
tel. 06 40405352
www.ricomunicare.com

Per la pubblicità
redazione@ricomunicare.com

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

www.ore12italia.eu

Registrazione Tribunale di Roma
n.99 del 24/05/2016

Dipartimento Grafico
Impaginazione e direzione
Gaia Negri
gaia.negri@ore12italia.eu
Ideazione linea grafica
Jordi de La Renta

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

Hanno collaborato:
Annachiara Albanese, Domenico Alessio, Katrin Bove, Nicola Carrassi Lucio Cianti Ornella Cilona, Lora Cipollone Filippo Fimognari, Mariastella Giordano, Gaetano Lanza, Francesco Musumeci, Giovanni Passalacqua, Renato Pedullà, Andrea Stella, Giulio Speciale, Maurizio Valeriani.

LE FIRME



Dr. Filippo Luca Fimognari
Direttore Unità Operativa Complessa di Geriatria,
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Presidente Eletto Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT)



Prof. Francesco Musumeci
Direttore Dipartimento Cardiovascolare e dei Trapianti di cuore, Direttore
UOC di Cardiocirurgia Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH)



Prof. Andrea Stella
Professore Ordinario Chirurgia Vascolare Università Sant'Orsola Bologna
Presidente Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE)



Dr. Domenico Alessio
Direttore Generale
Azienda Policlinico Umberto I Roma



Dott.ssa Lora Cipollone
Direttore Sanitario Ospedaliero
ASL 1 Abruzzo P.O. SS Filippo e Nicola Avezzano



Cari lettori,

permettetemi di condividere con Voi tutti la mia, e nostra, grande emozione in occasione della prima uscita di questa nuova rivista.

Era un ambizioso progetto in cantiere oramai da più di un anno, ma abbiamo voluto attendere l'inizio del 2017 per far sì che le nostre idee potessero maturare e svilupparsi al meglio. Un nuovo progetto dedicato esclusivamente al mondo della sanità, intrapreso negli anni passati come rubrica all'interno di una prestigiosa rivista, cresciuto di mese in mese sempre più, che da oggi ha preso vita e comincia un suo percorso autonomo.

Un progetto che non nasce con la pretesa di sostituirsi alle riviste di settore a carattere puramente scientifico, destinate ad un lettore tecnico.

Ore 12 Italia Sanità si occuperà a trecentosessanta gradi dell'informazione e della cultura sanitaria, ospitando interviste e contributi di grandi luminari ed esperti del settore, cercando di tradurre e spiegare la scienza medica con parole e concetti alla portata di tutti.

Un supporto per l'informazione dei pazienti-cittadini che, puntando un faro sulla cultura della prevenzione, cerca di agevolare al contempo il lavoro dei medici. Cercheremo di rendere accessibili le varie tematiche affrontate e di trasformarle in informazione semplice e diretta, accettando il confronto con le più grandi e prestigiose società scientifiche. Sarà un osservatorio, un raccordo d'interventi su innovazione, sostenibilità, trasparenza ed etica professionale. Scegliremo di volta in volta contenuti editoriali di eccellenza, promuovendo l'informazione sanitaria e la necessità per tutti di apprendere il valore di questa scienza, rivolta al benessere della vita umana.

Metteremo a disposizione la nostra esperienza con l'auspicio di continuare a ottenere un sempre più alto coinvolgimento sociale su tematiche di fondamentale importanza per i nostri lettori e non solo.

Karin Bore



WWW.GC-CONOR.IT - INFO@GC-CONOR.IT - 06.85305059



**WE DON'T MAKE PROMISES
WE CANNOT KEEP**

I NOSTRI SERVIZI



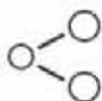
CONVENTION ED INCENTIVE



UFFICIO STAMPA



FUNDRAISING



CONGRESSI ED EVENTI



DELEGAZIONI



EVENTI MONOSPONSOR

SOSTENIBILITÀ

LA RICETTA

BOSTON SCIENTIFIC

INTERVISTA DI *Katrin Bove*

Raffaele Stefanelli, laurea in Economia e commercio, con esperienze in World Minerals e Telettra, è amministratore delegato dal 2013 di Boston Scientific Italia, nella quale era entrato nel '99 da finance manager.

Boston Scientific Italia, con un fatturato di oltre 205 milioni dieuro e circa 280 dipendenti (per quasi la metà donne), garantisce il 3,6% del fatturato mondiale e il 15,1% del fatturato europeo del gruppo americano Boston Scientific. Le sue divisioni a maggior fatturato sono aritmologia, elettrofisiologia, cardiologica interventistica e strutturale.

Fornisce 630 strutture ospedaliere, di cui 450 pubbliche (per il 73% del fatturato) e 180 private. E' iscritta ad Assobiomedica. Boston Scientific (quotata a Wall Street) è tra le prime società al mondo di dispositivi medici, leader nella produzione di dispositivi per "procedure minimamente invasive", settore che attraverso l'innovazione scientifica e tecnologica offre un'alternativa alla chirurgia tradizionale. Presente in cento Paesi con 18 stabilimenti di produzione, Boston Scientific ha un fatturato che sfiora i 7,5 miliardi di dollari e 25mila dipendenti. Investe a livello globale il 12% del giro d'affari e ha all'attivo più di 16mila brevetti concessi e altri 6.500 in corso di definizione.



**LA RESPONSABILITÀ
CONDIVISA
È LA STRADA
PER CONCILIARE
CURE EFFICACI
E CONTENIMENTO
DEI COSTI**



“Conciliare cure appropriate ed efficaci per i pazienti senza perdere di vista la sostenibilità e il contenimento dei costi è una delle grandi sfide alle quali sono chiamati i Servizi sanitari dei Paesi europei. Da un lato c'è l'innovazione tecnologica, che sta progressivamente sostituendo i tradizionali metodi di diagnosi e cura, introducendo nei mercati di tutto il mondo dispositivi medici sempre meno invasivi e strumentazioni in grado di fronteggiare efficacemente molte patologie. Dall'altro, a fronte della crescente domanda di assistenza e cura, in gran parte legata all'invecchiamento della popolazione e a maggiori aspettative di vita, i Servizi Sanitari devono fronteggiare la pressante richiesta di riduzione dei costi e di contenimento della spesa”. Lo rileva Raffaele Stefanelli, amministratore delegato di Boston Scientific Italia.

Dottor Stefanelli, un impegno da far tremare le vene dei polsi se si considera l'andamento della spesa sanitaria negli ultimi anni e le previsioni...

Il Def 2016 prevede che nel 2019 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale corrisponda al 6,5% del Pil, una

soglia che non solo mina la qualità dell'assistenza, ma rischia di ridurre l'aspettativa di vita come emerso, per la prima volta, dal Rapporto OsservaSalute 2015 e dal Rapporto Istat 2016. Secondo le previsioni del Def, nel triennio 2017-2019 il Pil crescerà, in media, del 2,8% ogni anno mentre la spesa sanitaria aumenterà a un tasso medio annuale dell'1,5%: questo significa che da 113,3 miliardi di euro stimati per il 2016, la spesa sanitaria dovrebbe salire a 114,7 miliardi nel 2017, a 116,1 nel 2018 e a 118,5 nel 2019. In realtà, negli ultimi anni la Sanità ha ricevuto sempre meno di quanto previsto. La Corte dei Conti ha segnalato che, in 32 mesi, da 117,6 miliardi stimati dal Def 2013 siamo scesi a 116,1 miliardi nel 2014, a 113,4 miliardi nel 2015, per arrivare nel 2016 a un finanziamento reale di 111 miliardi, comprensivi di 800 milioni da destinare ai nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza.

Può illustrarci la posizione e le proposte delle imprese su questo tema?

Mi consenta di citare qualche cifra, per inquadrare correttamente il comparto biomedicale in Europa, la sua dimensione e il suo ruolo economico. Le società del settore sono attualmente 25mila, con oltre 575mila dipendenti, un fatturato intorno a 100 miliardi di euro e il più alto numero di brevetti registrati, circa 11.124 nel 2014. Si aggiunga, a questo, il fatto che l'onere degli investimenti in ricerca & sviluppo è ancora, per la quasi totalità, a carico delle imprese. Per quanto ci concerne, la nostra Società aderisce pienamente a questa "chiamata alla Responsabilità". Boston Scientific investe in R&S il 12% del proprio fatturato globale, vale a dire 7,5 miliardi di dollari, con 22 milioni di pazienti trattati con propri dispositivi nel 2015, e ha sempre puntato su device minimamente invasivi e di lunga durata, per tutelare la salute dei pazienti e contribuire concretamente al contenimento dei costi.

Esiste un aspetto di innovazione tecnologica cui potete particolare attenzione ?

Sì: la longevità, tema portante di un significativo convegno tenuto alla Biblioteca del Senato con il sostegno incondizionato della nostra società. La longevità dei dispositivi è uno dei fattori cruciali nel contesto biomedicale perché la maggiore durata abbatte drasticamente il numero delle sostituzioni necessarie nell'arco di vita del paziente e riduce sia i rischi "clinici", derivanti dalle possibili complicanze dei nuovi impianti, sia i costi per nuovi device, ospedalizzazioni, terapie farmacologiche ecc.

Quali sono i dispositivi medici che sono particolarmente "toccati" dal tema della longevità?

La durata è di particolare rilievo nei dispositivi impiantati

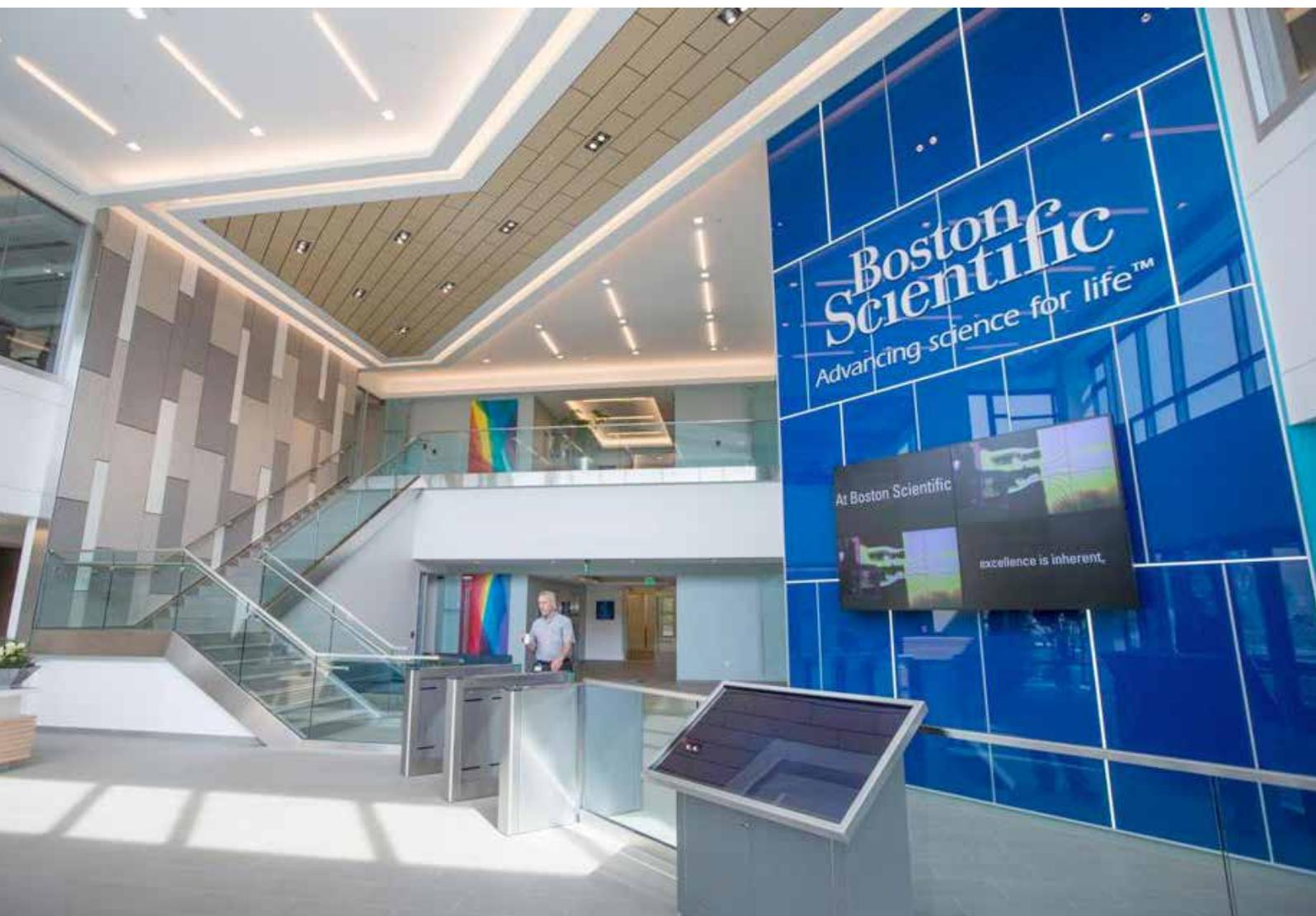


tabili destinati, per esempio, allo scompenso cardiaco. Questa patologia colpisce in Europa un numero crescente di persone, sia per il progressivo invecchiamento della popolazione, sia per i miglioramenti nel trattamento delle sindromi coronariche acute che registrano, in Italia, 170mila nuovi casi ogni anno.

Nel nostro Paese, la prevalenza dello scompenso cardiaco si attesta intorno all'1-2% con circa 80mil nuovi casi incidenti per anno, e un crescente livello di cronicità. In termini economici, i costi per la gestione dei pazienti ammontano a circa 10,4 Miliardi, di cui il 74% per ricoveri ospedalieri.

A fronte della riconosciuta efficacia, questi dispositivi, dai defibrillatori ai pacemaker, hanno però una durata limitata, legata alle batterie che con il normale funzionamento si esauriscono.

Le strutture sanitarie devono quindi rispondere a due esigenze: garantire l'accesso alle migliori cure a tutti i pazienti, e assicurare continuità nei trattamenti, sostituendo i dispositivi quando le batterie sono esaurite. In termini economici e di gestione il problema è vitale: l'aumentata sopravvivenza dei pazienti, di gran lunga superiore alla durata dei dispositivi, implica infatti che devono essere effettuate più sostituzioni per ogni singolo paziente, con costi legati all'acquisto dei nuovi dispositivi, alle complicanze infettive, ai ricoveri in terapia intensiva, alle terapie farmacologiche. Con dispositivi più longevi, di durata superiore ai 7 anni, anziché i 4 anni-medi dei device standard, si ottiene un risparmio stimato fra il 29 e il 34%, a seconda della tipologia di paziente.



La longevità dei dispositivi è quindi uno dei fattori strategici per lo sviluppo delle imprese?

La durata dei dispositivi è strategica, ma non solo per le imprese. Alla longevità guardano con favore sia i medici che effettuano gli impianti sia milioni di pazienti. Le statistiche confermano che circa il 70% dei pazienti portatori di pacemaker o di defibrillatori necessita di almeno una sostituzione nel giro di 4-5 anni e il 40% di almeno due sostituzioni. Per questo, il 73% dei pazienti si preoccupa della durata del dispositivo e la ritiene la caratteristica cui porre maggiore attenzione, nella speranza di evitare o di rimandare quanto più possibile un secondo impianto.

In che modo Boston Scientific è concretamente e attivamente impegnata sul tema della longevità dei device ?

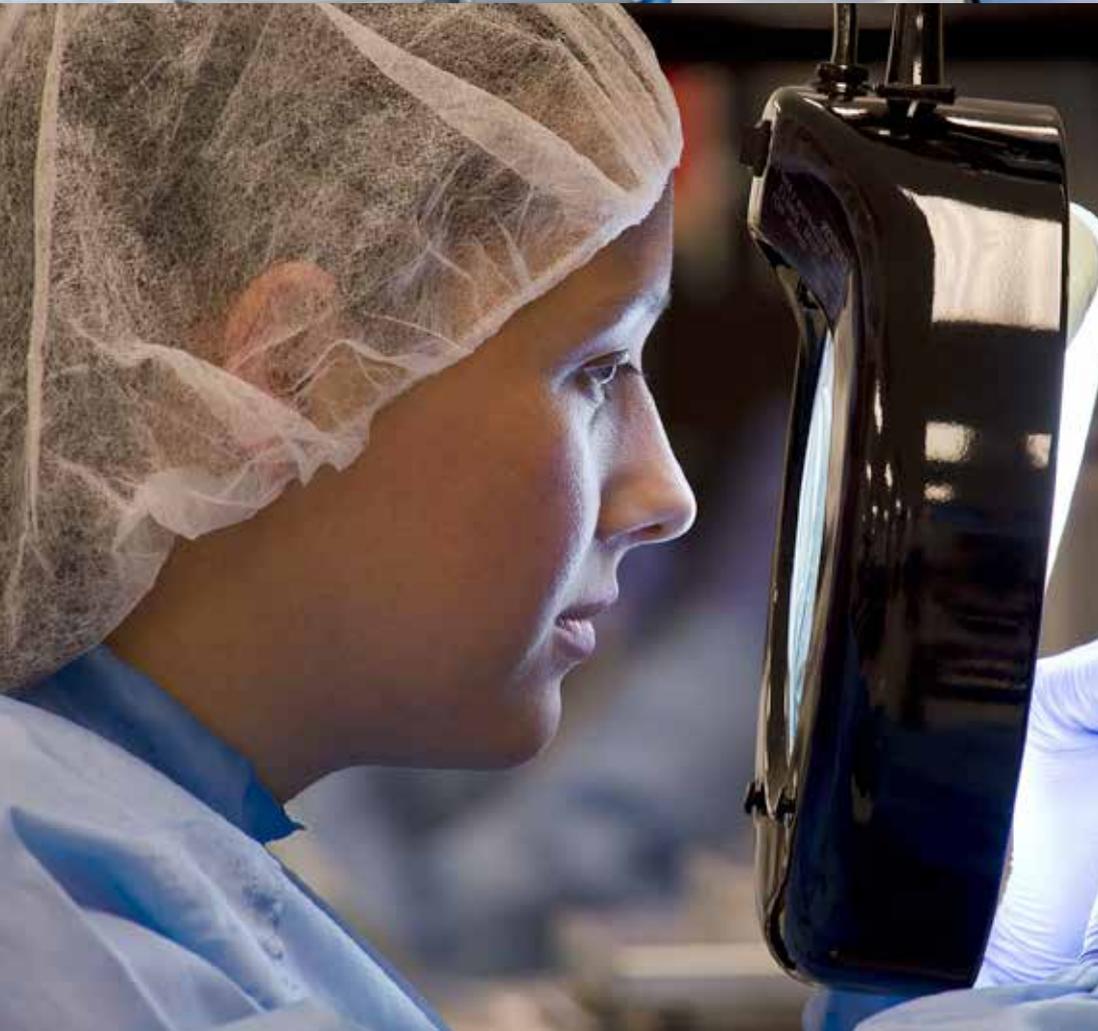
Sul fronte della longevità, Boston Scientific è riconosciuta leader in Italia. Dal 2008 l'azienda ha introdotto nel mercato dispositivi con batterie che superano i 10 anni

e gli 8 anni per quelli destinati alla terapia di re-sincronizzazione cardiaca. Di fatto, i più longevi al mondo, con una proiezione di durata reale compresa tra i 9 e i 13 anni.

In proposito, ricordo che questa posizione nel mercato è anche legata al fatto che Boston ha scelto di produrre direttamente le proprie batterie, una scelta di politica industriale impegnativa ma che ci consente di controllare interamente la vita dei nostri dispositivi e di porci come partner "propositivo" delle principali istituzioni ospedaliere e del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso.

Dal convegno che lei citava poco prima è emersa una serie di problemi che riguardano soprattutto le gare di appalto e che sembrano rendere tuttora problematico coniugare qualità, longevità e sostenibilità. Quale è il vostro auspicio in proposito?

È vero, i problemi non sono ancora superati ma io spero che la chiamata alla "Responsabilità condivisa" emersa al convegno rappresenti uno stimolo per tutti. Le recenti gare di appalto per strumentazioni sanitarie e dispositivi



UN'AZIENDA IMPEGNATA A RINNOVARE LA CULTURA MEDICA

Boston Scientific è attenta ai bisogni dei pazienti attraverso la collaborazione con diverse associazioni: World Stroke Organization, European Parkinson's Disease Association, Dystonia Europe, Pain Alliance Europe, Giuseppe Dossetti: i valori, Parkinson Italia, Associazione portatori di dispositivi cardiaci impiantabili.

La società s'impegna a promuovere una nuova cultura medica che tenga conto del ruolo innovativo e strategico dei dispositivi. Aiuta anche la nuova generazione di "nativi digitali" a diventare "medici digitali", evoluti e costantemente aggiornati. Boston Scientific collabora attivamente con i sistemi sanitari di molti Paesi. Mette a disposizione delle istituzioni e delle strutture sanitarie non solo prodotti innovativi e di elevata qualità, ma anche servizi e soluzioni che aiutano il sistema sanitario a essere più efficace ed efficiente. Da questa ambizione nasce il programma Adventics che, frutto di una stretta sinergia tra le varie funzioni aziendali, prevede programmi integrati progettati in collaborazione con i partner ospedalieri per un continuo miglioramento delle prestazioni cliniche, gestionali, operative e finanziarie del reparto. Programmi che integrano le competenze dell'ospedale con il know how di Boston Scientific.

medici sono state orientate "al ribasso", puntando come parametro di scelta quasi esclusivamente sul prezzo.

Una scelta che non può che riverberarsi negativamente sulla qualità delle cure erogate, che non porta risparmi oggettivi per il Ssn, introducendo nel mercato prodotti e tecnologie di scarso valore e di breve durata, e che rappresenta un

pericoloso disincentivo per le imprese in termini di investimenti per lo sviluppo di nuove tecnologie.

L'auspicio di tutti gli operatori, incluse le Imprese, è che il Nuovo Codice degli Appalti rappresenti la premessa per una più corretta valutazione degli aspetti qualitativi e di innovazione, a tutela dei pazienti e dell'intero Sistema sanitario.

ARTEMISIA LAB

SANITÀ DAL VOLTO UMANO

DI Mariastella Giorlandino

Viviamo in una società imbrigliata nelle intricate maglie di retaggio maschilista. Sradicare regole e sovrastrutture alla base della nostra cultura non è facile. Ma dobbiamo provarci con pervicacia. Tutte le donne lo meritano. In un'Italia martoriata dalla burocrazia e col cuore spesso avvelenato dalla corruzione e dal malcostume, fare impresa è proprio un'impresa. Pensiamo solo a quanti permessi, domande, cavilli e scartoffie bisogna affrontare per realizzare i propri sogni imprenditoriali. Aprire un'attività rimane una chimera e nel mirino sono senza dubbio le attività private, soprattutto quelle mediche. Io ho cominciato oltre quarant'anni fa in un Paese nel quale erano poche le imprenditrici donne ed eravamo tutte pioniere.

Ho iniziato la mia avventura proprio nel settore sanitario, un ambito storicamente in mano agli uomini. Dopo un percorso lastricato di difficoltà e un dedalo di regole burocratiche, negli anni sono riuscita a costruire una rete di centri clinici diagnostici e terapeutici all'avanguardia dislocati nel Lazio e con una missione: conquistare la fiducia dei romani attraverso la dedizione e l'impegno nell'offrire un servizio di medicina d'eccellenza. Il mio obiettivo è sempre stato quello di mettere al centro il paziente non solo nelle cure ma soprattutto ascoltandolo. Ho cercato tutta la vita il meglio dentro di me per poterlo

offrire agli altri. Penso sia fondamentale evitare ai pazienti lunghe liste di attesa e, allo stesso tempo, non gravarli di costi esorbitanti. Non credo a chi promette esami a basso costo: sotto certi prezzi, se devi garantire professionalità e tecnologia, non si può andare.

La sanità pubblica non offre servizi gratuiti, questa è la verità. I cosiddetti ticket raggiungono in certi casi cifre astronomiche. In alcune Regioni prenotare una semplice mammografia in tempi accettabili è una missione impossibile. Gli appuntamenti vanno a sei mesi e oltre, con un costo che a volte si avvicina a quelli della sanità privata. In tv e sui giornali si sprecano i messaggi che incentivano alla prevenzione. Ma in un momento di crisi come questo, ticket e costi aggiuntivi nella sanità pubblica come possono permettere la prevenzione? Troppo spesso non si riesce nemmeno a curarsi e si rimane prigionieri di lunghissime file d'attesa. Le malattie non aspettano. E la morte non fa distinzione di classe sociale. D'altro canto, è vero anche che non esiste un'impresa privata a costo zero per i suoi clienti.

Nei miei centri, che hanno sempre un occhio attento al portafoglio, ai pazienti è garantito l'uso di una diagnostica d'eccellenza, nessuna lista d'attesa e risultati in tempi brevi, in giornata. I miei centri clinici diagnostici dislocati sul territorio comunicano tra loro grazie a un sistema in-

**I NOSTRI
SPECIALISTI
SONO SCEGLI
TRA I MIGLIORI
DEL SETTORE**

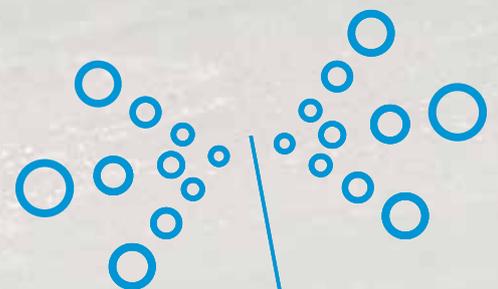




The global solution
for endovenous treatment

- All-in-one treatment
- Most of varicose veins
- Efficient on recurrences

Simply Steam



formatico integrato capace di scambiarsi informazioni, diagnosi e terapie da un centro all'altro al tempo di un click. I nostri specialisti sono scelti tra i migliori professionisti del settore. A esempio con il professor Renato Lauro abbiamo ideato un nuovo percorso dedicato alle malattie metaboliche e alla diabetologia. E non solo. In nome della prevenzione, Artemisia conduce campagne informative e offre controlli gratuiti per tutte le donne. Tra la Festa della donna e la Festa della mamma abbiamo effettuato 2.500 "pap test" gratuiti grazie ai quali siamo riusciti a diagnosticare tre tumori all'utero, prendendoli in tempo. In occasione della Festa del papà, invece, sono stati numerosi i controlli gratuiti per la prevenzione dell'infarto. Negli studi medici di Artemisia Lab, inoltre, i pazienti trovano un centro ecografico e tutte le diagnosi prenatale, la Moc, la risonanza magnetica, l'ecografia, la radiografia generale, la mammografia digitale e ancora, ortopedia, laserterapia, oculistica e medicina estetica. Tutto il personale dei miei centri è attento soprattutto ai bambini, alle fasce più deboli e ai meno fortunati. Artemisia Onlus, nata nel 1996 con lo scopo di proteggere le gravidanze a rischio, da oltre un ventennio promuove attività di assistenza gratuita a migliaia di coppie cui assicura ascolto e consulenza. Ma oltre alla cura del corpo penso sia fondamentale anche la cura dell'anima e della mente. L'Associazione Artemisia Onlus, infatti, si impegna per le fasce più disagiate attraverso centri di ascolto per mobbing, bullismo e stalking grazie allo sportello Spasmos. E in un momento in cui la famiglia è messa così duramente alla prova, sono tanti i progetti coraggiosi nati proprio per sostenere la famiglia, dal progetto Coesione a Dopo di noi.

Ho sempre avuto la passione per l'arte e l'architettura. Ho cercato di trasmettere l'amore per la bellezza anche all'ambiente dei miei centri diagnostici. Penso che dare una dimensione di calma e serenità, anche solo dal punto di vista squisitamente estetico, sia per i miei pazienti un valore aggiunto. Il primo centro Artemisia aprì le sue porte nella Capitale nel 1970. Oggi le sedi di Artemisia Lab in tutta Roma sono nove. Il mio prossimo obiettivo è quello di espandermi anche fuori dai confini del Lazio. Ma la parola d'ordine rimarrà la stessa: essere un punto di riferimento per le persone, tutte.





Alcol Emergenza sottovalutata

IL POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA IN PRIMA LINEA
CONTRO UNO DEI MAGGIORI PROBLEMI SANITARI DEL PAESE

DI *Domenico Alessio*

Le Patologie alcol correlate (Ppac) rappresentano uno dei maggiori problemi sanitari del nostro Paese, con enormi implicazioni a livello medico, psicologico e sociale. I loro costi sono sottovalutati e, a fronte di circa 30mila morti in Italia per tali gravi patologie, le politiche di tutela sanitaria in materia alcolologica sono ancora insufficienti.

Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL) è stato costituito con delibera della giunta regionale il 16 settembre 1997, n° 5626, presso il Policlinico Umberto I di Roma ed è diretto dal professor Mauro Ceccanti.

In particolare individua le risorse e le strutture che si occu-

pano di problemi e patologie alcol-correlate, al fine di realizzare nella Regione Lazio una rete di servizi (ai sensi del Dm 3 agosto 1993) e attua il coordinamento regionale dei rappresentanti dei servizi pubblici e privati coinvolti a vario titolo, non esclusa la promozione e lo sviluppo di modelli di formazione e aggiornamento periodico degli operatori pubblici e privati.

Particolare attenzione è riservata alla predisposizione, promozione e sperimentazione di protocolli coordinati che prevedano la gestione a breve termine dell'utente rispetto a un percorso terapeutico e riabilitativo integrato, medico, psicologico e sociale nonché l'istituzione di una banca dati

ad aggiornamento costante sulla ricerca scientifica e sullo sviluppo della rete territoriale dei servizi pubblici e del privato sociale.

Assumono significativa rilevanza la predisposizione, la promozione e il coordinamento di modelli di prevenzione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione giovanile in ambito scolastico e non, nonché di programmi di prevenzione in collaborazione con gli ordini dei medici, con le associazioni professionali e associazioni di categoria e la predisposizione, promozione e coordinamento di modelli diagnostici sociali, medici e psicologici. Saranno predisposti strumenti per la verifica ed il monitoraggio qualitativo e quantitativo attraverso l'individuazione di idonei indicatori degli interventi effettuati dai componenti il sistema di rete.

Il CRARL nasce come naturale evoluzione del Servizio speciale di prevenzione e cura dei danni epatici da alcol, creato nel 1979 nell'ambito dell'accordo Università/ Regione nella strutturazione del Policlinico Umberto I. L'idea iniziale era quella di curare i danni del fegato prodotti dall'alcol demandando agli Alcolisti anonimi (Aa) e ai Club alcolisti in trattamento (Cat) il compito di aiutare i nostri pazienti a mantenere la sobrietà. In realtà, col tempo, ci si accorse che l'alcol provocava danni in tutto l'organismo, per cui si cominciò prima ad approfondire le patologie provocate dall'alcol; poi, constatato che rimanevano frange di soggetti con Ppac che non rispondevano appieno a quanto proposto dai gruppi di auto-mutuo-aiuto, il CRARL ha sviluppato nel servizio nuove tipologie di intervento e un centro diurno per pazienti con gravi problemi sociali.

L'ultima tappa di questo percorso è tuttora in atto e risponde alla necessità di creare una rete socio – sanitaria integrata che possa dare una risposta concreta ai Ppac. Il Progetto servizi alcologia mappati (Sam) ha costruito interventi di integrazione stipulando protocolli



di intesa con associazioni, ordini professionali, servizi territoriali non istituzionali. Il Progetto Sam ha svolto un censimento dei servizi sul territorio e organizzato negli anni 2015-2016, 13 convegni Ecm sul territorio per un totale di 1102 professionisti e 6mila crediti distribuiti.

In questo ambito è fondamentale il rapporto di collaborazione da instaurare con i pronto soccorso di tutte le Asl della Regione Lazio, per individuare le Ppac e i pazienti che non hanno collegato le loro patologie al consumo incongruo di alcol. Un esempio di collaborazione fattibile si è sviluppato nel Policlinico Umberto I tra il CRARL ed il Dipartimento di emergenza e accettazione pronto soccorso (Dea).

In Italia, nel 2006, il 68,3% delle persone dai 12 anni in su, quasi 36 milioni, ha dichiarato di aver consumato una o più bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi. A consumare l'alcol era l'81,1% degli uomini e il 56,4% delle donne. Nel 2012 (Ministero della Sanità, Relazione al Parlamento, 2013) le persone con almeno un comportamento di consumo a rischio erano circa 7,4 milioni (quasi 5,8 milioni maschi e quasi 1,5 femmine).

Il 13% della popolazione con più di 18 anni presenta problemi di abuso o dipendenza da alcol o comunque si espone a rischi gravi di salute sotto forma di Ppac. Inoltre, il 15% circa dei cittadini che si rivolgono al medico di medicina generale (medico di base) presenta problemi correlati all'uso di bevande alcoliche e il 5% risulta alcol dipendente, ma solo il 2-3/1000 viene individuato.

Sebbene sia di difficile valutazione, sono sempre di più i dati scientifici che stimano che le morti attribuibili all'alcol oscillano tra le 30mila e le 50mila per anno. Basti pensare che il 40% degli incidenti stradali e il 10/15 % degli incidenti sul lavoro sono ascrivibili al consumo di

Si stima che le morti attribuibili all'abuso di bevande alcoliche siano tra le 30mila e le 50mila all'anno

bevande alcoliche. Si calcola poi che il 9.6% del carico di malattia nella popolazione europea e il 15.6% degli anni vissuti da disabili siano prodotti dall'alcol.

I costi diretti e indiretti che la società paga a causa dell'alcol, in senso generale sia di danni materiali a persone e patrimoni che in termini di costi sanitari, possono essere stimati tra il 2 ed il 5% del Pil di ciascun Paese.

La scarsa conoscenza del problema, il ridotto numero di Centri che se ne occupano, e le scarse risorse investite nel territorio, determinano seri problemi di gestione di questo fenomeno che è in costante crescita.

Il 26% dei pazienti ricoverati con Ppac non è individuato e, pertanto, non viene intrapreso nessun tentativo di affrontare il problema alcol che, spesso, è alla base della patologia che ha portato al ricovero.

Il 25% degli immigrati ha Ppac: la mancanza della famiglia, del lavoro, a volte anche di un tetto e la carenza di sostegno sociale sono fattori importanti che portano ad un eccessivo consumo di alcol che spesso sfocia in violenze, risse, aggressioni e danni a terzi.

In Italia, nel 2015, ci sono stati 246.920 feriti e 3.428 morti per incidenti stradali e il 40 % è legato al consumo di alcolici. Nel 2015 sono state elevate 42.857 contravvenzioni per guida in stato di ebbrezza.

E' il caso di sottolineare che sotto i 40 anni di età gli incidenti stradali costituiscono attualmente la prima causa di morte. Il problema quindi interessa particolarmente i più giovani. E, inoltre, il 15 - 18 % dei giovani consuma quantità eccessive di alcol per la propria salute. Il 28,8% dei giovani tra i 15 e i 19 anni non percepisce il pericolo del bere a rischio. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nella fascia di età tra i 18 e i 40 anni. L'alcol è presente con una percentuale valutabile intorno al 12% dei casi registrati.

Nell'ambito del progetto per contrastare l'abuso di alcol e la dipendenza, è stata attivata la collaborazione con il Dea del Policlinico Umberto I, attraverso una serie di misure volte a individuare i pazienti alcolisti e quelli con comportamenti a rischio.

I dati rilevati attraverso il Sistema di gestione informazioni pronto soccorso emergenza (Gipse) nel Dea del Policlinico Umberto I, negli anni compresi tra il 2010 e il 2015, mostrano che, in 3.750 pazienti, l'alcolemia è

Un immigrato su quattro presenta patologie alcol correlate che spesso sfociano in episodi di violenza e teppismo

Il 40 per cento degli incidenti stradali è legato al consumo degli alcolici. In un anno elevate 43mila contravvenzioni ad autisti sorpresi in stato di ebbrezza

risultata positiva, pur non essendo questo un esame effettuato di routine. L'età media dei pazienti è di 39 anni con un range tra i 13 e i 93 anni. È interessante evidenziare che una percentuale del 5.5% di pazienti con alcolemia positiva sono minori.

Il campione di pazienti con alcolemia positiva è composto per il 25% da donne e per il 75% di uomini. Le donne con alcolemia positiva sono in media più giovani (36 anni) rispetto agli uomini (40 anni). Questo dato è molto preoccupante in quanto, come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità, l'organismo femminile, rispetto a quello maschile, risulta più vulnerabile agli effetti dell'alcol. È, inoltre, molto importante soffermarsi sull'esito del trattamento al Dea.

Come registrato, il 30%, dei pazienti con tasso alcolemico positivo è dimesso a domicilio (40% delle femmine e 27% dei maschi); il 21% è ricoverato (16% delle femmine e 23% dei maschi); il 2% è stato trasferito; il 3% dimesso in altre strutture ambulatoriali; lo 0.4% è deceduto in ps. Il rimanente 41% è composto da pazienti che si sono allontanati spontaneamente (22%) prima che potessero avere le cure necessarie per il problema dichiarato in accesso (15% delle femmine, 25% dei maschi) e da pazienti che hanno rifiutato il ricovero (19%: 24% delle femmine e 18% per cento maschi). È importante sottolineare che la percentuale di pazienti che non hanno usufruito del trattamento del Dea, nonostante ne avessero fatto richiesta, è piuttosto alta ed è probabilmente dovuta all'instabilità emotiva di questi pazienti e/o al sopravvenire dei sintomi dell'astinenza da alcol.

In conclusione se consideriamo gli ultimi dati del Sistema informativo dell'emergenza sanitaria (Sies-Lazio) aggiornati al febbraio 2015, rileviamo che gli accessi al Dea del Policlinico Umberto I sono stati 10.185 in un solo mese, e quelli complessivi della Regione Lazio sono stati 38.223, sempre nello stesso periodo.

Proprio in considerazione di tali dati allarmanti, il CRARL, in collaborazione con la direzione dell'azienda Policlinico Umberto I, sta progettando un percorso terapeutico per i pazienti con Ppac per consentire una maggiore capacità di individuazione e un intervento più adeguato e incisivo.

PAZIENTI ANZIANI

UNA SFIDA DA VINCERE

DI *Filippo Luca Fimognari*

Capita spesso di leggere nei giornali di “emergenza Pronto Soccorso”, cioè di Pronto Soccorso affollati fino all’ inverosimile di pazienti. I media ci rimandano continuamente immagini di corridoi ospedalieri occupati da barelle, dove giacciono pazienti, in gran parte anziani, che attendo il loro turno per essere visitati o curati o che aspettano un vero posto letto ospedaliero. Abbiamo sentito dire, anche da voci autorevoli, che molti anziani non dovrebbero andare in Ospedale e che dovrebbero esser curati a casa. L’ aumento delle cure domiciliari e territoriali - alcuni sostengono - potrebbe d’ incanto risolvere il problema del sovra-affollamento dei Pronto Soccorso. I dati scientifici e la realtà di fatto, tuttavia, ci dicono che questa narrazione è in gran parte sbagliata e fornisce una risposta parziale e semplicistica ad un problema grande e complesso. La prima domanda da porsi è: “perché gli anziani vanno spesso in Pronto Soccorso ed il ricorso all’ Ospedale è appropriato o no?”. In altre parole, gli anziani si recano in Ospedale per patologie gravi, oppure potrebbero trovare una risposta terapeutica migliore in altri contesti sanitari?

Una prima risposta a questa domanda ci viene dalla demografia. Il numero assoluto di anziani è in continuo aumento ed oggi gli ultrasessantacinquenni rappresen-

tano in Italia circa il 20% della popolazione generale. Questa è una grande conquista delle società moderne ed è il risultato di vari fattori positivi, come il costante miglioramento delle cure mediche, l’ universalità delle prestazioni sanitarie, il miglioramento delle condizioni di vita. Negli ultimi anni abbiamo quindi assistito ad un progressivo aumento dell’ aspettativa di vita degli anziani, in gran parte dovuto ad una minore mortalità, ed il risultato è stato un aumento del numero assoluto di anziani. In generale, le condizioni di salute degli anziani sono migliorate, ma ovviamente è aumentato anche il numero assoluto di anziani con patologie croniche, soprattutto nei gruppi di età più avanzati. Nella loro storia naturale, le patologie croniche (bronchite cronica ed enfisema polmonare, insufficienza respiratoria, cirrosi epatica, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, insufficienza renale, osteoporosi, demenza, diabete, difficoltà nella deambulazione, etc) hanno la caratteristica di andare incontro a periodiche “riacutizzazioni”, cioè peggioramenti acuti che possono essere favoriti da cambiamenti climatici, infezioni, banali stress intercorrenti, interruzioni o alterazioni della continuità terapeutico-assistenziale. L’ anziano affetto da una o più patologie croniche è quindi un paziente “fragile”, in cui un equilibrio precario può

**NEL 2050
GLI ULTRA
65ENNI
SARANNO
18 MILIONI**





facilmente rompersi, dando luogo a quadri acuti di insufficienze multi-organo, che mettono a rischio la sua stessa vita. È questo il tipo di paziente che più “preoccupa” il Medico di Pronto Soccorso. Un paziente difficile, che si presenta con sintomi “atipici”, in cui il confine tra patologia cronica e patologia acuta è indistinto. Un paziente “instabile” ed imprevedibile, in cui il quadro clinico varia rapidamente ed improvvisamente. Un paziente con grandi necessità assistenziali, spesso disabile e confuso, che tollera molto poco l’ambiente affollato e le lunghe attese del Pronto Soccorso, dove le sue condizioni rischiano di peggiorare.

Dati nazionali recentemente esaminati nell’ambito di un apposito Gruppo Tecnico del Ministero della Salute ci dicono che il ricorso al Pronto Soccorso da parte di questi pazienti è quasi sempre giustificato. Nel 2015, gli anziani con più di 65 anni rappresentavano “appena” il 20% della popolazione generale, ma arrivavano a coprire fino al 60% dei “codici rossi” di Pronto Soccorso, cioè le cosiddette urgenze gravi ed indifferibili. In altre parole, su 100 codici rossi di Pronto Soccorso, circa 60 erano persone anziane e solo 40 erano giovani-adulti.

Al contrario, su 100 “codici bianchi”, le patologie non gravi che potrebbero essere curate a casa, solo 20 erano anziani, mentre i restanti 80 erano giovani-adulti. Ancora, i ricoveri dal Pronto Soccorso in uno dei reparti ospedalieri di pazienti cui era stato assegnato un codice di gravità bassa (bianco o verde) erano molto più numerosi tra i giovani che tra gli anziani. In conclusione, gli anziani fanno ricorso al Pronto Soccorso per patologie in genere gravi, ed il loro ricovero, quando disposto dai Medici, è quasi sempre giustificato. In emergenza-urgenza, l’ “inappropriatezza”, cioè il ricorso ingiustificato ed abusivo al ricovero ospedaliero, sembra essere più un problema dei giovani-adulti che dei vecchi.

Possono le cure domiciliari e territoriali, quelle fornite fuori dall’ Ospedale (Medico di Medicina Generale, assistenza domiciliare, residenze per anziani) ridurre il ricorso all’ Ospedale delle persone anziane? L’ assistenza domiciliare e la disponibilità di posti letto residenziali possono soprattutto aiutare a decongestionare gli ospedali, facilitando la dimissione di pazienti stabilizzati ma ancora bisognosi di cure e di assistenza. Una migliore gestione continuativa delle patologie croniche può ridurre il rischio di alcune “ri-

acutizzazioni” non gravi che possono essere curate anche fuori dall’Ospedale, per esempio in assistenza domiciliare, evitando qualche ospedalizzazione. L’assistenza domiciliare e residenziale è anche preziosa nella corretta gestione della “terminalità”, cioè le cure palliative degli ultimi istanti di vita. In quest’ottica, negli ultimi anni il mito del “territorio” ha indotto politici ed amministratori a spostare risorse economiche sul potenziamento delle cure territoriali con il risultato di un’indubbia crescita delle cure extra-ospedaliere. In alcune Regioni si è arrivati a rispettabili cifre di circa 4 ultrasessantacinquenni su 100 assistiti a domicilio, mentre in altre Regioni l’assistenza territoriale è ancora insufficiente. Il rovescio della medaglia è stato, tuttavia, un progressivo taglio dei posti letto ospedalieri, proprio mentre cresceva la fascia di età, quella degli anziani “fragili”, più bisognosa di legittime cure ospedaliere. Il numero di 3.7 posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti (3 posti per acuti + 0.7 di lungodegenza e riabilitazione), indicato per legge come standard ideale da raggiungere in Italia, è comunque tra i più bassi d’Europa (la media nell’Europa dei 27 è di 5.2 per 1000). In alcune Regioni, soprattutto nel Sud, il numero programmato di posti letto ospedalieri è drammaticamente ancora al di sotto di tale modesto standard programmato dalla legge nazionale. L’Italia vive oggi, da questo punto di vista, una situazione simile a quella di Regno Unito (3 posti letto per 1000) e Spagna (2.7 per 1000). Proprio nel Regno Unito, negli ultimi tre anni, sono state sollevate forti perplessità sul fatto che il potenziamento del territorio possa risolvere l’affollamento degli Ospedali da parte di un numero crescente di pazienti anziani con quadri clinici complessi, gravi ed urgenti, che solo in Ospedale possono trovare un’adeguata risposta terapeutica. In un editoriale del 20 maggio 2013 sul British Medical Journal si sostiene che “nelle ultime decadi vi è stata una importante riduzione dei posti letto per acuti. Ulteriori riduzioni nei posti letto nella vana speranza che aumentando i servizi territoriali si riducano i ricoveri potrebbe rivelarsi potenzialmente pericoloso per la cura dei pazienti”. Nel 2014,



un Editoriale del New England Journal of Medicine ha recentemente coniato il termine di “hospital-dependent patient” (paziente dipendente dall’Ospedale), per indicare il nuovo tipo di paziente anziano, spesso disabile ed affetto da numerose patologie croniche instabili. Al netto di una ottimale assistenza domiciliare e territoriale, questo paziente va comunque incontro a molteplici fasi di gravi riacutizzazioni che possono essere risolte solo in Ospedale.

Come assistere l’anziano in Ospedale? Ancora una volta, seri studi scientifici ci forniscono indicazioni importanti su cui modellare efficaci politiche sanitarie. I pazienti anziani assistiti in condizioni di emergenza in un reparto dedicato che lavora sulla base della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (reparti di Geriatria/Medicina Geriatrica) vanno incontro ad un rischio minore di successivo trasferimento in strutture residenziali, di peggioramento della disabilità e di morte, rispetto ai pazienti anziani che invece vengono assistiti con il metodo tradizionale, basato sulla semplice cura della patologia (British Medical Journal e Cochrane Collaboration 2011). Una evidenza che giustificherebbe, anche economicamente, una riconversione di risorse ospedaliere a vantaggio dei reparti di Geriatria ed, in generale, un cambiamento culturale-operativo nelle modalità di assistenza ospedaliera agli anziani.

In Italia stiamo vivendo una straordinaria transizione demografica che porterà il numero di ultra-sessantacinquenni dagli attuali 12 milioni ai 18 milioni del 2050. È necessario affrontare questa sfida con un approccio laico, empirico e razionale, senza affidarsi a facili ricette miracolistiche e superando la politica dei tagli indiscriminati. L’assistenza a questo nuovo tipo di paziente anziano deve camminare su due gambe, il Territorio ma anche l’Ospedale, puntando sulla sapiente integrazione tra i due contesti.

**L’assistenza ai “nuovi”
anziani deve camminare
su due gambe:
territorio e ospedale**

**FORNITURE DI APPARECCHIATURE
E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI**

**SERVIZIO
ASSISTENZA**

PRE E POST VENDITA 24/24

**IL NOSTRO SERVIZIO PREVEDE, ANCHE NEI
GIORNI FESTIVI, L'ASSISTENZA TECNICA IN
SALA OPERATORIA DEL PROPRIO
PERSONALE ALTAMENTE SPECIALIZZATO
E SEMPRE AGGIORNATO.**



**LA NOSTRA AZIENDA
TALENT MEDIAL DEVICES**

Da sempre TMD - Talent Medical Devices S.r.l. opera nel settore delle forniture di Apparecchiature e Presidi Medico Chirurgici, servendo le principali Strutture Pubbliche e Private della Regione Lazio e di altre Regioni del Centro Sud.

L'aver stipulato contratti di Distribuzione in Esclusiva con Produttori Nazionali e Aziende Multinazionali di rilievo, le ha permesso di commercializzare prodotti di alta specializzazione per la linea CardioVascolare, CRDM ed Elettrostimolazione.

Grazie alla propria struttura dotata di Customer Service, articolata rete vendita, logistica, magazzini propri e parco automezzi, la Talent Medical Devices S.r.l. ha basato il proprio elemento di distinzione sul rapporto diretto e personale che ha con i propri clienti, sulla capacità di essere in grado di provvedere in tempo reale a qualsiasi richiesta, fornendo un Servizio di Assistenza Pre e Post vendita attivo 24 ore su 24.

TMD Talent Medical Devices S.r.l.

Via Roberto Rossellini, N.54 - 00137 - Roma

Tel. +39 06 86899629, Fax +39 06 90216546



Cuore

“Riparazioni” strada maestra

“COSÌ SI EVITA AL PAZIENTE L'ANTITESI TRA GUARIGIONE E INTEGRITÀ FISICA”
MA VANNO SCELTI CENTRI CON ESPERIENZA RICONOSCIUTA

DI *Francesco Musumeci*

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

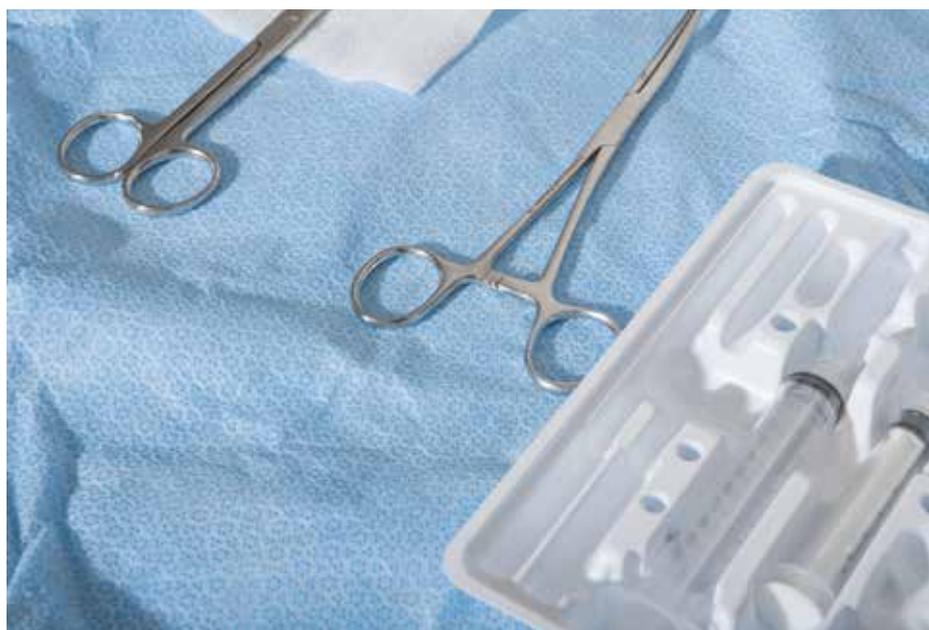
La sostituzione delle valvole cardiache malfunzionanti per anni è stata considerata la soluzione chirurgica da preferire. La chirurgia riparativa, ha rappresentato una vera sfida per il chirurgo che deve mettere insieme conoscenze anatomiche e competenze tecniche. Dopo critiche iniziali, oggi la riparazione delle valvole, e in particolare quella

della valvola mitrale, è riconosciuta essere lo standard di riferimento. Molti studi hanno, infatti, messo in evidenza la superiorità della riparazione valvolare, rispetto alla sostituzione della valvola con protesi valvolari meccaniche o biologiche, per il rischio chirurgico più basso e la migliore qualità di vita e sopravvivenza nel tempo. Oggi il riparo di una valvola mitrale insufficiente è possibile in oltre il 95 per cento dei pazienti con un'incidenza di complicanze inferiore all'uno per cento e un rischio di re-intervento inferiore all'uno per cento/anno. La chirurgia riparativa della valvola mitrale dovrebbe pertanto essere concentrata in Centri di Cardiochirurgia qualificati, con alti volumi di attività e con

esperienza riconosciuta in questa chirurgia, come raccomandato dalle linee guida europee.

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

Nel corso degli anni il progresso clinico e tecnologico ha ridotto in modo significativo il rischio degli interventi di cardiocirurgia. Con il consolidamento dell'esperienza clinica, l'attenzione della cardiocirurgia si è indirizzata con crescente interesse verso una sempre minore invasività del trauma chirurgico, come da anni era avvenuto per le altre specialità chirurgiche. La minore invasività in cardiocirurgia non si deve identificare solamente in una incisione chirurgica più piccola. Si tratta piuttosto di un insieme di nuove tecniche e nuove tecnologie, tutte mirate a minimizzare il trauma dell'intervento attraverso una riduzione delle dimensioni dell'incisione chirurgica con l'obiettivo di consentire un recupero più rapido dall'intervento e, se possibile, di ottimizzare il risultato estetico portando così al paziente un vantaggio clinico, estetico e psicologico. Ed è proprio il mantenimento dell'integrità del torace, e dello sterno in particolare, che riducendo l'invasività dell'intervento porta vantaggi importanti per il paziente. Una migliore funzione respiratoria, meno dolore, una più bassa incidenza di complicanze, una ripresa più rapida dopo l'intervento e un migliore risultato estetico sono i principali vantaggi di un approccio mini-invasivo. Il raggiungimento di obiettivi così importanti è stato possibile grazie ai grandi sviluppi della tecnologia applicata alla medicina. Per eseguire



un intervento chirurgico attraverso una incisione di 4-5 cm sono stati messi a punto strumenti chirurgici dedicati che consentono di operare in profondità. Telecamere ad alta definizione, oggi anche con la possibilità di una visione non solo ingrandita ma anche tridimensionale del campo operatorio, danno al chirurgo l'opportunità di una maggiore definizione di dettagli. Tutto ciò consente di potere portare a termine l'intervento chirurgico con la delicatezza e la precisione necessarie.

Minore invasività vuol dire, dunque, rispetto dell'integrità del torace nella sua struttura ossea e migliore esposizione del campo operatorio. Questo consente una maggiore precisione nell'esecuzione del gesto chirurgico, aspetto importante proprio nella chirurgia riparativa della valvola mitrale. Sul piano clinico, i risultati di questa minore invasività si riflettono in vantaggi importanti per il paziente sia nel decorso immediatamente dopo l'intervento chirurgico che nel lungo termine. Questi vantaggi sono ancora più evidenti nei pazienti ad alto rischio com'è il caso nei pazienti con disfunzione respiratoria, obesità o età avanzata, nei quali l'apertura dello sterno è un fattore di rischio aggiuntivo per complicanze nel decorso post-operatorio, come confermato da un grande numero di pubblicazioni scientifiche.

Un ulteriore importante vantaggio per il paziente è il risultato estetico che si ottiene. La cicatrice di circa 4/5 centimetri è localizzata lateralmente nel torace, in prossimità dell'ascella. Nelle donne questa piccola incisione può essere eseguita nella piega sotto la mammella o nell'area peri-areolare della mammella, la stessa incisione normalmente in uso per la chirurgia estetica del seno. Da que-

Si calcola che per sviluppare un nuovo farmaco serve un investimento di almeno 2,5 miliardi di dollari



ste incisioni è possibile ottenere l'apertura necessaria per accedere all'interno del torace e quindi alla valvola mitrale ed eseguire qualunque tipo di intervento necessario per il paziente; una differenza enorme rispetto alla chirurgia tradizionale, che per intervenire sul cuore attraverso l'apertura dello sterno lascia al paziente l'eredità vistosa di una cicatrice di non meno di 20 centimetri di lunghezza. L'impatto psicologico sul paziente è prima e dopo l'intervento chirurgico. Il sapere che un accesso mini-invasivo riduce molto il rischio di complicanze nel decorso post-operatorio e i tempi di recupero fa sì che il paziente accetti con più serenità la necessità di dovere intervenire chirurgicamente sul cuore. Ancora più importante psicologicamente e il guardarsi allo specchio e non

vedere una cicatrice che attraversa il petto. Questo aiuta a dimenticare un evento difficile e traumatico che ha attraversato la vita del paziente. L'impatto psicologico è ancora più forte nei pazienti di sesso femminile nei quali la scelta degli abbigliamenti non deve essere condizionata dalla necessità di dovere nascondere la presenza di una cicatrice al centro del torace.

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

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

UNA DISCIPLINA AD ALTISSIMO TASSO HI-TECH

DI *Giovanni Passalacqua**



La Radiologia interventistica è una moderna branca della medicina, ad altissimo contenuto tecnologico, che si occupa della gestione mini-invasiva di problematiche cliniche. Rappresenta il connubio tra la diagnostica strumentale e l'attività clinico-chirurgica, derivando da una branca super-specialistica della Radiologia diagnostica. Il radiologo interventista da sempre vede come campi di applicazione la gran parte degli ambiti clinici ed in generale può suddividersi in tre principali campi: Vascolare, Extra-Vascolare, Neurovascolare. L'elemento che principalmente caratterizza l'attività di questa disciplina radio-chirurgica è soprattutto l'estrema precisione con la quale le manovre vengono svolte, generalmente con approccio percutaneo (attraverso la cute e senza tagli chirurgici), grazie all'impiego di metodiche strumentali di guida quali l'ecografia, la Tc, la Rm e la fluoroscopia (raggi X), spesso utilizzate contemporaneamente. Molte delle procedure eseguite ven-

gono effettuate in regime di ricovero Day-Surgery; si parla cioè di ricovero giornaliero, con notevole riduzione dei disagi per i pazienti, che la sera tornano a casa. L'obiettivo della Radiologia interventistica è quello di ottenere risultati e mortalità uguali o migliori rispetto ai corrispondenti interventi chirurgici con minore invasività.

La cosiddetta Chirurgia endovascolare coincide sostanzialmente con la Radiologia interventistica vascolare ed è stata anche definita Radio-chirurgia o Chirurgia radio-guidata.

Nel 90 per cento dei casi viene eseguita in anestesia locale; può essere ripetuta in caso di recidiva della patologia e, aspetto molto importante, non impedisce l'eventuale correzione chirurgica. La Radiologia interventistica oggi è una disciplina caratterizzata da un'attenzione clinica sempre maggiore nei confronti dei pazienti; il medico radiologo interventista è un medico specialista capace dunque di garantire non solo procedure mini invasive ma di seguire il paziente nel periodo pre-operatorio e nel follow-up post-operatorio tramite la Diagnostica per immagini (Rx, Eco, Tc, Rm) e le visite ambulatoriali.

La divisione di Radiologia interventistica esiste grazie a una stretta collaborazione di tipo multidisciplinare che si occupa:

- della gestione clinica del paziente, curando le problematiche cliniche dalla diagnosi biopsia al trattamento mini-invasivo di molte patologie vascolari e non;
- della gestione mini-invasiva delle complicanze cliniche post-chirurgiche, come il controllo delle emorragie ed il drenaggio delle raccolte ascessuali, in passato affrontabili solo con interventi chirurgici.

Gli indiscussi vantaggi dell'approccio mini-invasivo, rispetto all'approccio chirurgico sono:

- riduzione dei tassi di complicanze, di morbilità e di mortalità;
- riduzione del numero degli interventi che necessitano di anestesia generale, rendendo quindi possibile trattare pazienti non candidabili a un intervento chirurgico classico;
- riduzione dei tassi di infezione;
- riduzione dei tempi di ricovero e dei tempi di recupero, abbattendo, quindi, i costi di degenza.

La sezione di Radiologia interventistica dell'Ospedale S.S. Filippo e Ni-

cola di Avezzano, in provincia dell'Aquila, ha iniziato la sua attività nel 1985 e nel 2001 è stata istituita la Unità operativa semplice (Uos) La sezione vanta, dunque, un'esperienza trentennale e una casistica molto ampia. Rappresenta un punto di riferimento a livello regionale ed extra regionale. Ha da sempre uno sguardo al futuro e ha di recente aggiunto (2012) il trattamento acuto dello stroke, divenendo, per numero di pazienti e per gli ottimi risultati raggiunti, la più attiva in Abruzzo, e dalla patologia discale della colonna vertebrale con circa 130 pazienti trattati ogni anno, tutti in regime di ricovero Day-Surgery. Attualmente, l'attività del servizio di Radiologia interventistica dell'Ospedale di Avezzano, sotto la mia direzione, comprende l'intera gamma di applicazione della branca, includendo procedure vascolari, extra-vascolari e neuro-radiologiche, assicurando sia il servizio in regime di elezione, espletato come ricovero ordinario che in regime Day Surgery, sia il servizio di reperibilità per le urgenze, 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Vengono attualmente trattati circa 1700 pazienti all'anno (intorno alle 4500 procedure maggiori), escluse le biopsie Eco e Tc guidate e le procedure infiltrative dell'apparato muscolo-scheletrico (circa ulteriori 1500 prestazioni minori). Nel 2016, dei 1732 accessi sono stati trattati 87 aneurismi dell'aorta (10 per cento toracici, il 10 per cento del totale in urgenza), 31 Ictus, circa 500 pazienti per procedure endovascolari di ischemia agli arti inferiori, 40 carotidi, 45 pazienti per vertebroplastica, 20 Tips, 40 sanguinamenti addominali, 70 tumori epatici, 130 pazienti per ernie discali trattati con ozono. Circa il 30 per cento dei pazienti viene da altre regioni, attirati dagli elevatissimi standard qualitativi offerti dal servizio. Grazie a standard qualitativi elevati e alla costante progettualità del personale medico della sezione ogni anno vengono inserite nuove procedure con conseguente ampliamento della gamma di patologie trattabili.

Macchinari all'avanguardia e materiali innovativi

Nella sezione sono impiantati due angiografi: un Philips Integris 5000 e un G.E. Innova 3100, quest'ultimo dotato di software per acquisizioni rotazionali e 3D Ct, che permette di ridurre la dose di radiazione somministrata per esami quali vertebro-plastica e chemio-embolizzazioni, neuroradiologia interventistica.

La sezione ha in dotazione due ecografi, uno per ciascuna sala angiografica: un G.E. Venue 40 e un G.E. Logiq E.

Il servizio di Radiologia interventistica dell'Ospedale di Avezzano è all'avanguardia in ambito scientifico anche per l'applicazione dei più recenti materiali sviluppati dall'industria bio-medica, sia per l'ambito vascolare che per quello extra-vascolare (ecografia endo-vascolare, liquidi embolizzanti di ultima generazione, cateteri per angioplastica a rilasci di farmaco, stent medicati e dedicati,



endoprotesi di ultima generazione, stent riassorbibili...)

Ricerca e pubblicazioni

L'equipe diretta dal dotto Passalacqua, specialista con esperienza pluridecennale, è formata da due medici strutturati: il dottor Filauri con esperienza pluridecennale e il dottor Doddi con esperienza decennale in tutti i vari campi di applicazione della specialità.

La sezione è provvista di servizio dedicato di supporto anestesiológico, al fine di garantire il massimo comfort e la massima sicurezza al paziente.

L'alta specializzazione dell'attività della sezione di Radiologia interventistica è evidenziata dalle numerose pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali e dalle numerose partecipazioni annue ai corsi e congressi specialistici, in molti di essi in qualità di relatori e discenti.

L'intera equipe partecipa inoltre a diversi studi scientifici: stenting ricoperto per Tips, angioplastica medicata vascolare vs angioplastica classica, stent dedicati e a rilascio di farmaco per il distretto femoro-popliteo, chemio-embolizzazione con microparticelle Dcb beads, sistemi di chiusura percutanea, Stroke, endograft, Tips.

Accoglienza

La sezione di Radiologia interventistica offre un servizio di visita specialistica per la valutazione dell'indicazione a ciascuno intervento, caso per caso, che è possibile prenotare previo contatto della segreteria 0863499391 (Agostino D'elia, Annarita Iacovitti, Gina Amadoro, Simona Bombacini, Anna Innocenti).

Pur non avendo un reparto di degenza proprio, grazie alla stretta collaborazione con i dipartimenti chirurgici e clinici, l'equipe è in grado di garantire brevi liste di attesa.

*Prof. Giovanni Passalacqua

Direttore UOC Radiologia Generale e Interventistica PO Avezzano

AD AVEZZANO

OSPEDALE D'ECCELLENZA

DI Lora Cipollone

L'Ospedale SS. Filippo e Nicola di Avezzano, presidio ospedaliero della Asl 1 n della Regione Abruzzo "Avezzano – Sulmona – L'Aquila", è al centro di un importante snodo stradale e autostradale che lo annovera quale riferimento sanitario non solo per la Marsica e la confinante Area Peligno-Sangrina ma anche per aree "fuori regione" quali il Reatino e il Frusinate.

Il progetto edilizio della struttura risale alla metà degli anni sessanta del secolo scorso (mentre il presidio è stato attivato nel dicembre del 1985, a seguito di ordinanza del sindaco) e ha tipologia edilizia di monoblocco verticale a croce greca con le unità di degenza disposte ai "bracci".

I posti letto sono 226 e sono attive 19 culle; i ricoveri annui si attestano intorno ai 16mila di cui 4mila a ciclo diurno; la gestione dell'accettazione-dimissione-trasferimento del paziente e della cartella clinica è informatizzata, così come il sistema trasmissione-archiviazione imaging e referti laboratoristici.

Nell'Ospedale sono attivati tutti i setting assistenziali previsti: Ricoveri Ordinari, Ricoveri a ciclo diurno Day-Hospital e Day-Surgery, Trattamenti ambulatoriali complessi (finora 1.572 Sdac di cui 982 per cataratta), prestazioni ambulatoriali di 1° e 2° livello.

Nel Presidio ospedaliero, che ha una organizzazione dipartimentale, sono presenti le Unità Operative: Pedia-

tria e Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia, ORL, Oculistica, Ortopedia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Urologia, Endoscopia Digestiva chirurgica con oltre 120 procedure operative biliari annue, Medicina Interna, Oncologia, Malattie Infettive (Centro di riferimento per l'Aids), Allergologia, Diabetologia, Ematologia, Pneumologia, Neurologia con Stroke-Unit che nei primi undici mesi del 2016 ha effettuato 108 procedure di trombolisi, Cardiologia-Utic (che nel 2016 si attesterà a circa 500 prestazioni di Emodinamica di cui oltre 100 angioplastiche primarie), Geriatria, Lungodegenza, Angiologia, Dialisi (con 15 reni artificiali), Anestesia-Rianimazione con Terapia Antalgica, Pronto Soccorso con circa 40mila accessi annui, OBI con 6 letti tecnici, Patologia Clinica, Servizio Immuno-trasfusionale, Servizio di Anatomia Patologica, Radiologia con diagnostica tradizionale, ecografia, TAC, angiografia digitale, RMN, mammografia digitale e Radiologia Interventistica con 1.500 interventi maggiori e 600 interventi minori annui. Il quartiere operatorio ha 6 sale operatorie ove si effettuano oltre 7mila interventi chirurgici annui e 2 sale parto ove si effettuano circa 1.200 parti l'anno (nei primi nove mesi del 2016 con percentuale di parti con cesareo primario pari a 23,25%).

Il presidio ospedaliero di Avezzano è autorizzato dal ministero della Salute per i trapianti di cornea ed è presidio per l'espianto multi-organo.

UN PRESIDIO
RIFERIMENTO
SANITARIO
PER ABRUZZO
E LAZIO



Norme & salute

Dispositivi medici

L'Ue promuove l'innovazione totale

DI Ornella Cilona*

L'Unione europea promuove l'innovazione nei dispositivi sanitari. Per Bruxelles non basta più dettare buone regole, valide a livello comunitario, per la loro costruzione e funzionamento. Mettere al passo coi tempi i macchinari utilizzati nelle cliniche e negli ospedali è, ora, una priorità per favorire elevati livelli qualitativi e competitività del settore.

Il mercato dei dispositivi medici in Europa è di tutto rispetto ed è in crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione. Nei 28 Stati membri dell'Ue oggi funzionano oltre mezzo milione di dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro mentre l'industria dà lavoro a circa 500mila addetti in 25mila aziende con ricavi annui che ammontano a quasi cento miliardi di euro.

Due le possibilità a disposizione della Commissione europea per regolamentare il comparto: un intervento normativo comunitario, da attuarsi obbligatoriamente a livello nazionale, oppure la redazione di standard europei volontari da parte del Cen, il Comitato Ue di normazione. Nel caso dei dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro è stata scelta la prima opzione. Nel 2012 la Commissione Ue ha, infatti, presentato due proposte di Regolamento sui dispositivi medici e su quelli medico-diagnostici in vitro (Cod 2012/0266 e Cod 2012/0267).

Lo scopo è quello di arrivare a nuove regole capaci non solo di tenere conto degli avanzamenti tecnici ma anche di controllare l'affidabilità degli strumenti. Standard fermi a quasi trent'anni fa, infatti, pongono seri problemi di sicurezza, perché non permettono di controllare da chi è stato fabbricato un dispositivo o se è contraffatto. Un altro obiettivo dei due Regolamenti è quello di promuovere le esportazioni degli strumenti sanitari da un Paese all'altro dell'Unione europea, finora ostacolate da standard nazionali incompatibili fra di loro. Conformità, tracciabilità e controllo sono le tre parole chiave presenti nelle due Proposte di regolamento comunitario. In primo luogo, si prevede che sia nominata una persona qualificata che assicuri il rispetto dei requisiti di qualità dei dispositivi medico-diagnostici in vitro, scelta dal produttore o da un organismo indipenden-

te, in base al livello di rischio individuato. Costui sarà, dunque, responsabile della conformità dei requisiti in vigore. Per quanto riguarda la tracciabilità, imprese e importatori dovranno dotare i propri dispositivi di un'identificazione unica del dispositivo (Udi), registrarli in una banca dati centrale europea e individuare i propri fornitori e clienti. Le proposte di Regolamento prevedono, infine, che spetti a un gruppo di coordinamento per i dispositivi medici il compito di controllarne il grado di sicurezza, nel caso siano classificati ad alto rischio. Dopo l'accordo raggiunto a giugno 2016 fra il Consiglio europeo e il Parlamento Ue l'approvazione dei due Regolamenti è prevista in tempi brevi. Si stima che al massimo dopo cinque anni dalla loro pubblicazione le nuove regole cominceranno a essere applicate sia per i dispositivi medici sia per quelli medico-diagnostici in vitro in tutti gli Stati membri.

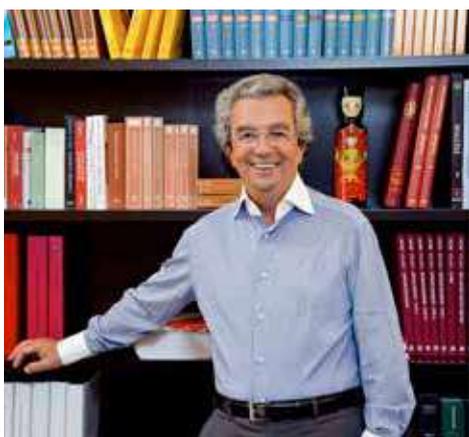


*Presidente Commissione tecnica Uni
"Responsabilità sociale delle organizzazioni"

CHENOT

insegna il benessere

INTERVISTA DI Renato Pedullà



Henri Chenot è uno dei più grandi e famosi nutrizionisti al mondo: da più di quaranta anni studia insieme a scienziati, medici e tecnici specialisti le dinamiche del vivere sano. Chenot, nasce in un paese di poche anime a Sarrancolin, nel dipartimento degli alti Pirenei a pochi chilometri da Lourdes, da una famiglia di immigrati provenienti dalla Spagna. Ma nella nazionalista Francia, Henri scoprì le prime forme di razzismo, a scuola difatti era additato come il “figlio degli spagnoli”. Henri da allora ha fatta di strada, è ormai noto in tutto il mondo. Anche se rifiuta la definizione di guru della dieta “Detox”, in realtà è lui uno dei primi, se non il primo, ad aver fatto della detossinazione, e non solo di questa, uno dei punti cardini di un corretto stile di vita.

HENRI CHENOT

Gli studi costanti di Henry Chenot passano dalla medicina orientale a quella occidentale, dalla psicologia bionergetica alla naturopatia. Oggi Chenot gestisce uno dei più importanti ed esclusivi centri di benessere e cura al mondo con più di 200 dipendenti. Il Palace è il centro operativo della sua azienda, immerso nel verde nel cuore di Merano, città dal clima ideale, dove già a fine Ottocento venivano a svernare sovrani e pensatori di mezza Europa. Qui si respira una atmosfera gradevole dove si mischiano senza sovrastarsi l'indole ferma e regolare dei tedeschi con la creatività e la flessibilità degli italiani. Nel suo centro organizza programmi disintossicanti che durano una settimana. Da qualche mese è uscito il suo ultimo lavoro (“Curare la salute e vivere sani con il metodo Chenot”, edito da Mondadori). Dalla lettura di questo utile e piacevole libro prendiamo spunto per la nostra intervista a Henri Chenot, una persona gradevole e affascinante, come tutte le persone intelligenti.

Professore che cos'è la Biontologia, di cui parla spesso nei suoi libri?

Da un punto di vista etimologico, Biontologia significa “studio dell'essenza della vita e della sua evoluzione”. Il nostro organismo è in continuo cambiamento, invecchia ogni sette anni e quindi il suo bisogno dei tre nutrienti essenziali (proteine, lipidi e glucidi) si modifica. Il punto di svolta è a 35 anni, quando avviene innanzitutto un rallentamento digestivo e ormonale, i meridiani dello stomaco e dell'intestino crasso non sono più in grado di fornire al sangue la potenza sufficiente per una buona rigenerazione del volto e del cuoio capelluto, di conseguenza bisogna adattarsi al mutamento, modificando l'alimentazione, lo stile di vita, il sonno, lo sport. Adesso che ho superato i settanta anni, e vivo una fase di ulteriore riduzione di alcune attività, anche io ho cambiato i miei tempi, la quantità dei miei cibi, adattandoli alla mia età. Ma non bisogna dimenticare che, oltre

NELLE SCUOLE BISOGNEREBBE SPIEGARE GLI ELEMENTI DELLA BUONA NUTRIZIONE



Nel suo ultimo libro, Lei sostiene che dopo una grave malattia il fisico che ha subito cure farmacologiche ha bisogno di eliminare i residui tossici e di “riequilibrare il terreno”, può soffermarsi su quest’ultimo concetto?

Per trasformare gli alimenti in nutrimento, l’organismo si serve di reazioni chimiche e fisiche, chiamate: acido-ossidante, acido-riduttrice, alcalino-ossidante, alcalino-riduttrice. La predominanza di un tipo di reazione piuttosto che un’altra, determina il terreno di un organismo. A seconda della nostro terreno, sin dalla nascita noi saremo predisposti a sviluppare certi disturbi o malattie piuttosto che altri. Per avere una corretta assimilazione di ogni alimento il nostro organismo deve trovare un equilibrio tra la fase ossidante-riduttrice e quella acido-alcalina. Il terreno di appartenenza di ognuno di noi, si determina dalla nascita, ma nel corso della vita noi possiamo passare su altri terreni, creando forme disequilibrio che possono arrecarci anche patologie più o meno gravi. Una persona che appartiene ad un terreno acido-ossidante avrà un rischio più alto di incorrere in disturbi a livello epatico e digestivo: dovrà assumere alimenti idonei a contrastare questa tendenza. Bisognerebbe adattare la propria nutrizione alla propria identità genetica. Dalla nostra genetica purtroppo non possiamo scappare.

all’invecchiamento biologico, la propensione a sviluppare determinate patologie dipende fortemente dal nostro patrimonio genetico. Oggi la lettura del Dna umano permette di individuare la predisposizione genetica verso determinate degenerazioni.

Lei non pensa che già alle scuole primarie bisognerebbe insegnare ai bambini l’educazione alla salute e al benessere? Certamente! Oggi più che mai. Una volta, quando io ero bambino, mangiavamo meno e in modo più semplice e sano, non eravamo toccati dai fattori esterni della comunicazione. Oggi i ragazzi sono bombardati dalla pubblicità e così vengo-

no influenzati a ritrovarsi e a mangiare negli accoglienti fast food e a bere bibite gassate piuttosto che un’acqua naturale. Nelle scuole bisognerebbe insegnare gli elementi della sana nutrizione, a mangiare lentamente, a capire l’importanza di una corretta masticazione, facendo di questi insegnamenti delle buone abitudini. Quindi non solo a casa ma anche nell’ambiente scolastico, dove i bambini trascorrono la maggior parte della loro giornata, bisognerebbe dedicare tempo a insegnare le basi di una buona alimentazione, il benessere che porta lo sport sul corpo e sulla mente, l’importanza dell’igiene.



È LA NATURA, BELLEZZA!

LINEAMENTI E FORME DEVONO ESSERE ARMONICI,
DEVONO SUSCITARE PIACERE

DI Maurizio Valeriani*

Ogni volta che un paziente varca la porta d'ingresso dello studio di un chirurgo estetico, che cosa si aspetta?

E' ormai accertato che in questo mondo esiste una moda...influenzata dai media, dal periodo storico e dalla razza; quindi anche le richieste tra un Paese e un altro non sempre coincidono. Si parla, a esempio, di bellezza caucasica, orientale, sud americana.

Le persone vogliono apparire per quanto possibile sempre belle, e qui nasce il primo problema del chirurgo estetico: capire che cosa la persona intenda per bellezza. La bellezza può essere definita come ciò che suscita piacere alla vista accompagnata anche dalla naturalezza dei lineamenti e delle forme. Quindi stop

agli stravolgimenti, in voga nei primi anni novanta del secolo scorso: è il caso dei seni eccessivamente grossi e del tutto inadatti alle dimensioni delle pazienti. Esiste, infatti, l'emulazione verso personaggi dello spettacolo, e spesso questo è il motivo per il quale alcune persone varcano la soglia dello studio medico.

Bisogna quindi spiegare al paziente che ognuno ha la propria bellezza e cercare di enfatizzare quello che è "nascosto" rispettando sempre le dimensioni del proprio corpo. Sì, perché ora si è giunti finalmente a un concetto di miglioramento sempre più vicino al naturale.

La domanda di molte pazienti è: "ma si noterà che mi sono rifatta il seno?". Ormai i pazienti chiedono un miglioramento

che non determini, però, un effetto “plastico”. Il tutto accompagnato anche dalla richiesta su quanto tempo si dovrà rimanere “nasco-
sti” per non far notare agli altri particolari (quali, a esempio, i lividi) che possano suscitare la famosa domanda: “sei andata dal chirurgo plastico a farti un ritocchino?”
Quindi il chirurgo estetico deve essere totalmente sincero verso la paziente, per quanto riguarda sia il possibile risultato sia i tempi di recupero, perché la chirurgia estetica ancora rimane per qualcuno un tabù.

Altro elemento fondamentale nel colloquio con un paziente è quello di essere sicuri che abbia compreso veramente che cosa si può raggiungere con un determinato intervento. In questo ambito c'è stato sempre di aiuto la fotografia con l'esposizione di casi pre e post operatori, e in quest'ultimo periodo si è aggiunto l'aiuto dell'elaborazione grafica prima in 2d e ora anche in 3d.

Con l'ausilio, per quanto riguarda il 3D, di una macchina fotografica dedicata e di un elaboratore grafico installato nel nostro computer, si può spiegare al paziente quali possano essere i possibili risultati, specificando che, comunque, in quel momento si sta agendo non sulla persona ma su una semplice fotografia.

In conclusione, possiamo affermare di essere in un periodo storico dove anche nella chirurgia plastica si predilige il più possibile la naturalezza, rispettando forme e dimensioni del proprio corpo. Il famoso detto “non è bello ciò che è bello, è bello ciò che piace” ha portato, fortunatamente, in pochi casi alla creazione di persone prive di ciò che veramente è la bellezza mettendo in cattiva luce una chirurgia che non deve essere vista solamente come un capriccio ma soprattutto come una chirurgia che spesso aiuta e ridà fiducia a pazienti che hanno subito importanti traumi.

* Prof. Maurizio Valeriani
Direttore Unità Operativa Complessa di
Chirurgia Plastica ASL RM1 Ospedale San
Filippo Neri Roma



CHIRURGIA VASCOLARE, L'ANNO CHE VERRÀ

DI *Andrea Stella*

Negli ultimi anni numerosi cambiamenti hanno caratterizzato la nostra disciplina, la Chirurgia vascolare (Cv), con un grande impatto sulla organizzazione e sull'approccio diagnostico terapeutico delle malattie vascolari. Innovazione tecnologica, ricerca e organizzazione del lavoro saranno i cardini attorno ai quali lavoreremo durante il mio mandato di presidente della Sicve.

Il primo aspetto riguarda una vera e propria rivoluzione: l'ingresso nelle sale operatorie di attrezzature di alta tecnologia che originariamente usate per diagnosi, vengono utilizzate oggi per supportare interventi chirurgici guidando la procedura terapeutica. Si è passati dal bisturi a cateteri attraverso i quali si naviga all'interno dei vasi, da quelli cerebrali sino a quelli che irrorano la periferia del corpo umano. Attraverso questi cateteri si riesce a manipolare la malattia ricostruendo plasticamente i vasi e bloccando lo sviluppo della malattia aterosclerotica che assieme al diabete è la causa principale di malattia vascolare. L'Imaging, inteso come l'insieme di immagini prodotte da varie tecnologie, ci guida nella terapia ispirando il chirurgo nelle scelte di materiali e tecniche, passando in pochi anni dallo studio anatomopatologico

dell'organismo a immagini dell'anatomia umana ricostruite con tecniche angiografiche, di tomografia assiale computerizzata (Tac), di risonanza magnetica, di Oct e di eco color doppler anche intravasale. Tutta questa tecnologia ha fatto come esplodere le nuove terapie riducendo al minimo la invasività terapeutica, dimezzando i ricoveri e le complicazioni che le terapie tradizionali comportavano.

Il nuovo modo di curare ha stimolato nuove ricerche cliniche e di base, una ricerca che si è dovuta rinnovare utilizzando strumenti diversificati basati sulla innovazione tecnologica, in quanto l'Imaging permette di fare osservazioni prima solamente legate alla osservazione anatomopatologica del corpo umano. Quindi si è arrivati alla unione di ricerche di base a quelle cliniche morfologiche osservazionali da cui sono scaturite indagini prospettiche e traslazionali di grande pratica applicazione.

Nuove tecnologie e nuove tipologie di ricerca hanno prodotto effetti anche sulle modalità assistenziali poiché oggi nuovi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali permettono di assistere i pazienti in base alla loro necessità e non più solo in base alla disciplina medica che gestisce la loro cura. I reparti di degenza organizzati secondo intensità di

///

**I CARDINI:
INNOVAZIONE,
RICERCA,
STRUTTURA
DEL LAVORO**

///



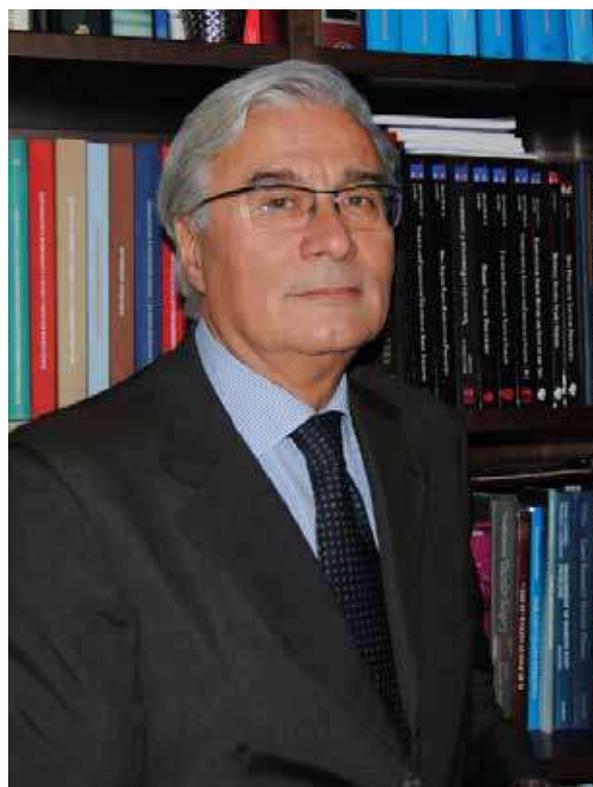
cura (bassa, media e alta intensità) creano aggregazioni di pazienti, dove numero e qualità di operatori sanitari, medici e infermieri, vengono differenziati a seconda delle necessità. Per capire meglio questi cambiamenti vale la pena osservarli nei vari campi di applicazione dove le procedure endovascolari rappresentano mediamente tra i vari settori più del 65% di tutte le terapie.

Aorta – L'aorta, principale arteria dell'organismo è affetta da una malattia dilatativa, aneurismi dell'aorta, che in percentuale variabile porta alla rottura con elevata percentuale di mortalità, sino al 70-80% in rottura acuta. Poco più di vent'anni or sono dall'idea di un chirurgo russo, Volodov, l'argentino Parodi a Cleveland (negli Usa) introduceva nella pratica clinica una tecnica di endo protesi aortica che avrebbe rivoluzionato la cura degli aneurismi aortici e avrebbe dato un impulso definitivo alle procedure endovascolari a tutti i livelli. Oggi grazie a questa tecnica con pochi giorni di ricovero, il più delle volte in anestesia locoregionale o locale si effettua l'intervento di Evar (Endo vascular aortic repair). In pratica un grosso Stent in nitinol o acciaio ricoperto di Dacron o Ptfée, che nei casi più estesi, toraco-addominali, con l'aggiunta di ramificazioni permette di ricostruire anche la porzione viscerale dell'aorta, il tutto eseguito attraverso tre piccole incisioni inguinali e al braccio.

Insufficienza cerebro vascolare – Una delle cause più frequenti di ictus sono le stenosi carotidiche, che vengono oggi spesso trattate con uno Stent inserito nella carotide attraverso una puntura inguinale o al polso. Un metodo in via di perfezionamento a causa di materiali non ancora adeguati ma che si può ipotizzare in futuro avrà ulteriori sviluppi.

Arteriopatie Periferiche – La occlusione delle arterie periferiche provoca la gangrena che è la causa nelle regioni più popolate di 700-900 amputazioni d'arto maggiori all'anno. Un tema quindi di grande rilevanza epidemiologica che comporta grandi problemi nell'assistenza sia a livello ospedaliero che domiciliare. L'inserimento di tecniche di rivascolarizzazione endovascolare ha permesso di intervenire in una fase più precoce della malattia e ripristinare il flusso arterioso in maniera meno pericolosa riducendo le complicazioni e la mortalità operatoria. Questi i principali campi di azione a cui vanno aggiunte la chirurgia dei pazienti nefropatici, la chirurgia flebologica delle varici e della sindrome post trombotica e la chirurgia effettuata in urgenza per traumi.

Credo risulti chiaro che la Sicve dovrà impegnarsi in un'azione politica e medica. Politica perché le Amministrazioni ospedaliere devono partecipare alle nuove conoscenze per facilitare l'uso della nuova tecnologia, uso che implica una spesa consistente per strumenti ed attrezzature. La spesa sanitaria potrà sopportare queste nuove tendenze a patto di una profonda riorganizzazione



ne della disciplina: in tal senso la Sicve può e deve fornire strumenti e dati per facilitarne l'attuazione. Accanto a questo impegnativo progetto che sicuramente occuperà le nostre forze per alcuni anni, abbiamo messo in programma la valorizzazione dei giovani under 40, che rappresentano circa un terzo dei nostri soci. A tale scopo realizzeremo iniziative che coinvolgeranno direttamente con ampie responsabilità i giovani più impegnati nella nostra Società. L'altro aspetto riguarda la definizione di un processo di internazionalizzazione cominciato pochi anni orsono.

E' con grande piacere che raccolgo il testimone da Nicola Mangialardi, presidente sino allo scorso dicembre, che mi consegna un Società, come si suol dire, in salute con più di mille soci e relazioni internazionali e con le maggiori Società mediche del mondo. Ci aspetta un serio e importante lavoro sulla valorizzazione dei Drg, con una inchiesta nazionale per avere dati reali sulla organizzazione del lavoro nelle Unità operative di chirurgia vascolare sull'intero territorio nazionale, per un più proficuo rapporto con Agenas anche in relazione con il Pn. I già buoni rapporti con Assobiomedica, Fism e industrie in genere sarà assai utile in tal senso. In ultimo stiamo dando progressivamente alla Società una struttura che esalti la sua naturale vocazione trasmessa da tutti i soci, cioè l'attenzione ai bisogni dei pazienti che dipende in parte dal mutamento delle malattie ma anche da nuove esigenze del tessuto sociale, certo che in questi molteplici impegni il direttivo e i soci tutti saranno un fondamentale supporto al raggiungimento degli obiettivi.

ROSA[®] BRAIN

UN ROBOT PER AMICI

L'INNOVAZIONE MODTECH IN AMBITO CEREBRALE

DI *Lucio Cianti*

Le variabili cliniche e delle politiche socio-sanitarie ad oggi

All'ingresso dell'anno 2017 le malattie neurologiche e neurodegenerative interessano quasi 1 miliardo di persone nel mondo, un dato numerico che aumenta più che proporzionalmente in considerazione dell'aumento della popolazione anziana (dai 60 anni in poi). Ad oggi più di 50 milioni di persone nel mondo sono colpite da epilessia; per quanto concerne il morbo di Parkinson, secondo quanto riportato dalle statistiche mediche più aggiornate, colpisce nel mondo circa 6.3 milioni di persone, di cui 1.2 milioni nella sola Europa. In Italia ogni anno si ammalano da 8.000 a 12.000 persone, tra cui anche molti pazienti con meno di 50 anni.

Il numero di persone affette da demenza senile, stimato nel mondo alla fine del 2015 in 46,8 milioni (la forma più frequente è la demenza di Alzheimer, con quasi il 60% di pazienti affetti), in Italia è di 1.241.000 pazienti, con 269.000 nuovi casi soltanto nell'anno 2015.

In tale contesto, il trattamento di disturbi neurologici e neurodegenerativi rappresenterà nel futuro prossimo una delle sfide più importanti di sanità pubblica. Nei prossimi anni, i servizi di neurologia e di neurochirurgia di tutto il mondo dovranno affrontare un afflusso sempre maggiore di pazienti con crescenti esigenze di cura. Allo stesso tempo, i tagli di bilancio sempre più incisivi continueranno a colpire tutte le istituzioni mediche, comunque tese a cercare soluzioni per migliorare la gestione del tempo di ricovero e

il relativo controllo dei costi.

Gli operatori sanitari dovranno quindi affrontare e vincere la seguente sfida: come continuare a fornire assistenza sanitaria di qualità sempre migliore, con la costante occupazione di fornire sempre efficienti prestazioni economiche del sistema sanitario?

L'evoluzione del trattamento disturbi neurologici

Verso la fine degli anni '80 si è sviluppata ed è stata applicata all'





mo un'emanazione della neurochirurgia stereotassica, la c.d. "neurochirurgia funzionale", oggi al centro dell'attenzione in neurochirurgia e neurologia per le concrete possibilità che offre di modulare il funzionamento del cervello e di controllare i sintomi della malattia.

Questa chirurgia si propone di identificare un centro nervoso nel cervello e di raggiungerlo mediante strumenti che sono in grado di modificare lo stato di attività dello stesso, ottenendo un miglioramento dello stato clinico del paziente.

Creatore di tale metodica di "stimolazione cerebrale profonda" di particolari centri del cervello, ottenendo una nuova fase storica della terapia della malattia di Parkinson, è stato il professore Alim Louis Benabid presso il Centro Ospedaliero Universitario di Grenoble, che ha sviluppato l'impianto di elettrodi stimolatori nel parenchima cerebrale, situati accuratamente e inducendo una corrente elettrica ad alta frequenza (da 100 a 200 Hz).

A queste frequenze la stimolazione è inibitrice e produce lo stesso effetto di una lesione, rimanendo però graduale e reversibile e con gli stessi benefici per il paziente.

La tecnologia al servizio della chirurgia

In questo ambito di evoluzione storica di trattamento di queste patologie, si è quindi sostanziata l'idea del fondatore della Medtech, l'ingegnere Bertin Nahum, che in possesso di un master in scienze robotiche ha fondato nel 2002 la sua azienda per lo sviluppo della sua idea imprenditoriale: la creazione di un robot per la neurochirurgia funzionale (l'azienda è stata acquisita nel corso del 2016 dalla multinazionale Zimmer Biomet Robotics n.d.r.).

Nel corso della sua ancor giovane storia – siamo alla soglia del quindicesimo anno di vita - Medtech ha continuato a progettare, sviluppare e inserire sul mercato nuove generazioni di tecnologia di assistenza medico-chirurgica robotica, contribuendo all'attuazione di interventi in sala operatoria più sicuri, più efficaci e meno invasivi, il tutto in un tempo di realizzazione dell'intervento sempre minore, e con diminuita occupazione in termini temporali della sala operatoria.

“Essere al servizio dei pazienti, sviluppando robot in grado di assistere i chirurghi durante le operazioni” In questa frase viene riassunto l'ambizioso progetto dell'azienda Medtech (oggi Zimmer Biomet Robotics) di estendere l'uso della tecnologia robotica medica a beneficio dei pazienti, dei medici e di più organizzazioni sanitarie su scala più ampia possibile.

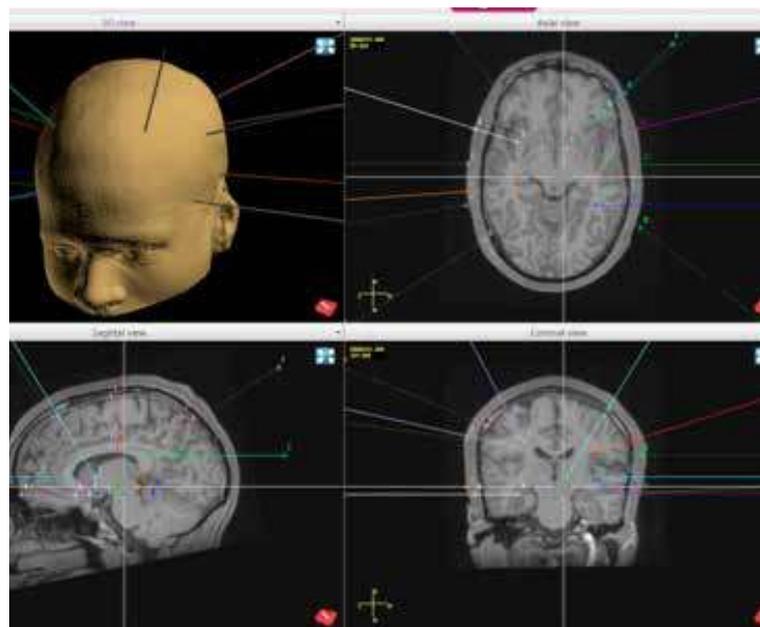
Attraverso lo sviluppo di una “assistenza robotizzata” di ultima generazione, l'ambizione di Zimmer Biomet Robotics è triplice:

- Partecipare all'implementazione di procedure chirurgiche meno invasive possibili e sempre più sicure, a beneficio del paziente
- Offrire maggiore precisione e una maggiore sicurezza ai chirurghi nella loro pratica chirurgica
- Contribuire ad una migliore performance dei sistemi sanitari attraverso una gestione del tempo e un più efficace controllo dei costi

Con questa “mission” aziendale, mai cambiata nel tempo, Medtech ha sviluppato agli inizi degli anni 2000 il robot ROSA® Brain.

Questo macchinario, una sorta di “GPS” capace di mappare tutta la testa, è oggi utilizzabile per tutti i tipi di interventi cranici che richiedono

- Pianificazione dell'intervento pre-operatoria, definita tramite studio diagnostico di tomografia assiale computerizzata (TAC) e risonanza magnetica nucleare (RMN)
- Interazione dei dati della diagnostica con software dedicato ROSA® Brain per la definizione accurata dell'area dove intervenire in funzione della patolo-



gia affrontata

- Preciso posizionamento e gestione degli strumenti di intervento (elettrodi, aghi da biopsia, ecc)

Interazione del robot ROSA® Brain nell'ambito delle patologie: Morbo di Parkinson

L'innovazione tecnologica rappresentata dall'invenzione e dalla continua evoluzione tecnica del robot ROSA® Brain rende possibile l'effettuazione di alcuni interventi cerebrali garantendo massima precisione e notevole riduzione dei tempi chirurgici.

Nello specifico, il robot aiuta il chirurgo nelle procedure di

1. diagnostica della epilessia (SEEG: Stereoelettroencefalografia)
2. resezione di foci epilettogeni
3. effettuazione di biopsie cerebrali in aree eloquenti e non
4. neuroendoscopia transnasale e ventricolare
5. resezioni di tumori intracranici
6. neurochirurgia funzionale tramite il posizionamento di elettrodi intermedi per fase diagnostica intraoperatoria, a seguire per il posizionamento di elettrodi definitivi collegati a neurostimolatori (stimolazione della corteccia cerebrale, stimolazione cerebrale profonda)

L'utilizzo del robot facilita le procedure di stimolazione cerebrale profonda (DBS: Deep Brain Stimulation, terapia di stimolazione cerebrale che offre un metodo regolabile e reversibile) nel trattamento della malattia di Parkinson o nel trattamento della sindrome della distonia, cioè quando la terapia farmacologica non è più sufficiente ed è necessario ricorrere a terapie più avanzate, garantendo una accuratezza e precisione nell'inserimento



dei dispositivi in aree cerebrali di minima grandezza, in taluni casi anche inferiori al millimetro.

Studi clinici riportano infatti la precisione nell'inserimento degli elettrodi al mezzo millimetro di distanza dal punto centrale dell'area cerebrale da sollecitare tramite gli impulsi elettrici.

Tecnicamente, in combinazione con un sistema di imaging intra-operatoria, Rosa® posiziona gli strumenti in base alla pianificazione predefinita. La pianificazione avanzata, di navigazione e di orientamento dinamico rendono più semplice effettuare la chirurgia prevista.

Nello specifico del morbo di Parkinson, si tratta quindi di posizionare un neuro-stimolatore che eroga una corrente elettrica attraverso dei sottili elettrodi, posizionati nei nuclei profondi del cervello, il quale genera impulsi capaci di "liberare" la corteccia cerebrale motoria, migliorando i sintomi della malattia, le abilità e la qualità di vita dei pazienti. La stimolazione di queste aree permette quindi un miglior funzionamento dei circuiti cerebrali responsabili del controllo dei movimenti, con benefici immediati e duraturi per il paziente.

Ad oggi, ROSA® Brain, sistema di assistenza chirurgica robotica unico approvato per uso clinico in Europa, Stati Uniti, Canada, Cina e Australia presenta le seguenti caratteristiche tecniche operative:

- Braccio robotico di grande destrezza (6 gradi di li-

bertà) che consente una completa libertà nella scelta dei percorsi;

- Avanzata funzionalità tattile;
- Sistema di registrazione del paziente non invasivo
- Possibilità di integrazione con il sistema SPINE (per effettuare la chirurgia della colonna vertebrale mini-invasiva; il robot aiuta il chirurgo nel contesto di malattie degenerative della colonna vertebrale, traumatologia, deformità e tumori spinali, ecc.)

Dal suo lancio nell'anno 2007 ad oggi ROSA® Brain ha attivato il trattamento di più di 4000 pazienti, con 88 robot installati in quattro continenti.

In Italia, il robot ROSA® Brain è presente presso l'ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, in dotazione alla Neurochirurgia il cui responsabile è il dottor Carlo Marras.

"Con la sua dotazione robotica unica in Italia nel campo neurochirurgico e neuro-riabilitativo - spiega Carlo Marras, responsabile di Neurochirurgia del Bambino Gesù - il know how all'avanguardia e una casistica tra le prime in Europa, l'ospedale si propone come Centro di riferimento nazionale per il trattamento chirurgico delle forme di epilessia farmaco-resistente e per il trattamento delle patologie di interesse neuro-oncologico, dei disturbi del movimento e delle patologie malformative spinali ad alta complessità".

LA MEDICINA NON HA GENERE

FINALMENTE CADONO LE ASSURDE BARRIERE DEL PASSATO.
PERCHÈ IL PAZIENTE MEDIO NON È L'UOMO DI 70 CHILI. OGNI PAZIENTE FA CASO A SE'.
MA LA STRADA PER UNA EFFETTIVA PARITÀ È ANCORA LUNGA

DI *Gaetano Lanza**

Non è un caso. Gli occhi profondi e teneri che ci osservano dall'home page di <http://www.sicve.it>, sono di una giovane chirurga vascolare. Annunciano più di mille programmi. Esprimono più di mille speranze. Infondono più di centomila certezze. Come solo gli occhi di una giovane donna possono trasmettere.

Eppure c'è una lontana e strana sintonia con gli occhi di un burka. Quel sapore dell'intimità, della discrezione, del pudore, della timidezza e fierezza allo stesso tempo, della consapevolezza, della delicatezza, della cura, dell'attenzione, della presenza, dell'amore da dedicare e regalare senza sprecarlo, della salvaguardia dei valori, dell'estrema dedizione, dell'infinito sacrificio, della bellezza universale che traspare e si rivela agli eletti, dell'eterna gioventù che solo negli occhi di una donna il Creatore è riuscito a deporre.

Eppure, solo verso la fine del 20° secolo, appena scorso, la specie umana è riuscita a dichiarare la parità tra uomo e donna. E queste dichiarazioni sono riconosciute come indice di civilizzazione raggiunta. Tutto ciò non ha risparmiato la sanità. Solo nel 1981 l'Onu ha adottato la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna (Cedaw), resa esecutiva dalla legge n. 132 del 1985, che sollecita gli Stati a prendere "appropriate misure per eliminare discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie,

assicurando l'accesso ai servizi sanitari, in base all'egualianza tra uomini e donne". Nel '95 la Conferenza dell'Onu sulle donne, tenutasi a Pechino, "ha denunciato la grave situazione di disuguaglianze di salute a svantaggio delle donne, e ha rivendicato una considerazione delle donne egualitaria rispetto agli uomini".

Questi virgolettati si riferiscono al testo della recente proposta di legge sulla medicina di genere, che parte da queste dure constatazioni per arrivare ad auspicare non solo parità di diritti tra uomo e donna alla salute, che noi occidentali ormai diamo per scontato, ma non lo era affatto fino a pochi decenni fa e non lo è ancora in alcune sacche di ignoranza sociale, ma anche diritto, per il cittadino-paziente, dovere per l'operatore sanitario, alla cosiddetta medicina di genere. Questa si basa sulla semplice constatazione che la Medicina non è maschia o neutra come alcuni pensano ancora e il paziente prototipo non è il maschio adulto di 70 Kg di media, ma la Medicina è maschia o femmina, cioè di genere, che è diverso da sesso, e il paziente è uomo o donna col suo peso, altezza, fattori sociali ecc.. La nostra Sicve è donna: ha tenuto a battesimo un gruppo di medicina di genere, che per la prima volta al proprio Congresso Nazionale di Milano ha organizzato una sessione di lavoro. Altre Società, come l'Iso, Italian Stroke Organization, hanno al loro interno gruppi di medicina di genere.



NELLA HOME PAGE DELLA SICVE GLI OCCHI DELLA GIOVANE CHIRURGA VALGONO PIU' DI MILLE PROGRAMMI

Nel 2012 grazie al contributo dell'European association for cardiovascular prevention & rehabilitation sono pubblicate le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare in Europa, per la prima volta "gender oriented". Esse comparano i dati riferiti a uomini e a donne, basati su evidenze scientifiche che confermano come le patologie cardiovascolari rappresentino la principale causa di morte delle donne.

Nel 2010 l'Agemas pubblica un numero speciale della rivista "Monitor" su medicina e farmaci "gender oriented" per approfondire le problematiche inerenti agli aspetti regolatori e in seguito istituisce commissioni di lavoro per elaborare linee guida "gender oriented" per patologie. Nel 2005 nasce la Società internazionale di medicina di genere (Igm).

La proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio.

Anche per le Società scientifiche c'è un grado di expertise, direi civilizzazione, raggiunta o da raggiungere e la medicina di genere è la prova del nove o, se si preferisce, la cartina di tornasole.

Non va aspettato l'8 marzo, Festa delle Donne, per festeggiare le donne. Facciamo festa alle donne ogni giorno! Diamo la precedenza in ascensore. Siamo un po' più gentili se chi ci è di fronte o dietro o accanto, in corsia, in ambulatorio, in sala operatoria, per strada, persino nel pensiero, è donna. Perché è un essere speciale, come dice anche Battiato in una celebre canzone, perché è anche una madre, una sorella, un'amica del cuore, un patrimonio dell'umanità da salvaguardare. E non per essere definiti "cavalieri", termine ambiguo e ridicolo, ma per poter essere riconosciuti civili e intelligenti.

Dal Testo allegato:

Nel 2012 grazie al contributo dell'European association for cardiovascular prevention & rehabilitation sono pubblicate le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare in Europa, per la prima volta gender oriented. Esse comparano i dati riferiti a uomini e a donne, basati su evidenze scientifiche che confermano

come le patologie cardiovascolari rappresentino la principale causa di morte delle donne.

Nel 2010 l'AGENAS pubblica un numero speciale della rivista Monitor su medicina e farmaci gender oriented per approfondire le problematiche inerenti agli aspetti regolatori e in seguito istituisce commissioni di lavoro per elaborare linee guida gender oriented per patologie.

Nel 2005 nasce la Società internazionale di medicina di genere (IGM), giunta nel 2015 al 7° congresso internazionale.

La presente proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio.

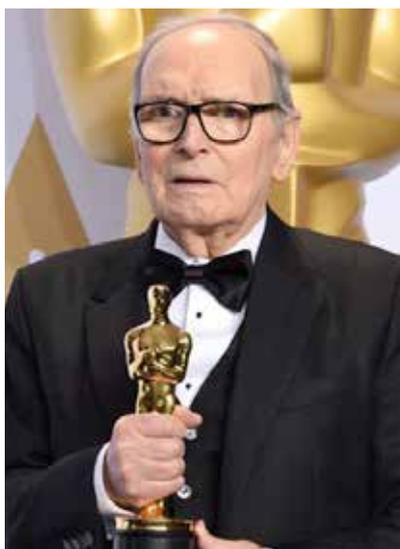
*Prof. Gaetano Lanza

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

LONGEVITÀ E GENIO

ENNIO MORRICONE

INTERVISTA DI *Nicola Bartolini Carrassi*



Si stilano classifiche sugli uomini più ricchi, più belli. Ed anche su quelli più eleganti, in relazione a ciò che indossano. Per noi l'eleganza è qualcosa di diverso. L'attitudine, il temperamento, le capacità decise ma anche l'approccio gentile sono parti integranti dell'eleganza. Come non esiste solo l'intelligenza del Q.I., ma anche quelle emozionali, emotive e creative, l'eleganza della quale parliamo è qualcosa che va oltre allo stile del vestire durante l'anno. Elegante era Umberto Veronesi, quan-

do in camice bianco trasmetteva il proprio entusiasmo per gli studi e per le 'battaglie' che portava avanti per migliorare le condizioni di vita di tutti. Elegante è un vigile del fuoco sporco di polvere e fango con un superstite tra le braccia. Nella nostra classifica, al primo posto, questa volta, spunta un genio della musica, un compositore e maestro d'orchestra determinato, a volte quasi timido, ma anche inflessibile e dal temperamento focoso. Ironico ed... Elegante e che da ragazzo voleva fare il medico.

Nicola Bartolini Carrassi: Maestro, buonasera! Come sta?

Ennio Morricone: Bene grazie!

NBC: Senta Maestro...Ero a Venezia per il suo concerto...è stato bellissimo, complimenti.

EM: Grazie!

NBC: Una curiosità... ma lei, quando è in tour, a Venezia per esempio, o in altre parti del mondo, si porta una "bacchetta scaramantica" o per esempio usa sempre la stessa, ne usa diverse?

EM: No beh...! Non ho bacchette scaramantiche, uso sempre la stessa ma può capitare che mi arrabbi in concerto: in quel momento ne prendo un'altra!

NBC: Spero di non farla arrabbiare io, altrimenti me la dà in testa!

EM: (ride)

NBC: Senta...ma è una bacchetta che ha da quanto tempo?

EM: Beh, da tanti anni...ne ho anche altre, molte delle quali regalate, perché mi regalano molto spesso delle bacchette ma alla fine non le uso. Finché non si rompe questa!

NBC: Interessante, questa storia della bacchetta!

EM: Beh sì, però mi ricordo che anni fa ne avevo un'altra che ho spezzato sul leggio, durante un momento di rabbia, ma anche perché era di legno, non di

bambù! E mi ricordo anche che continuai a dirigere con la bacchetta a metà, per un po' di tempo!

NBC: Ma come può capitare che ci si arrabbi? Forse qualche musicista che non esegue alla perfezione, oppure fa errori?

EM: Beh...è tutta una questione regolata dalla disciplina...e poi, non ci si arrabbia mai durante un'esecuzione dal vivo ma solo nelle prove, è bene specificarlo!

NBC: Non so se si ricorda il film 'Red Dragon': il professor Hannibal Lecter ad una cena, cucina le 'parti migliori' di un musicista reo di sbagliare alcune note, compromettendo l'armonia finale... spero che lei non abbia le stesse reazioni!

EM: (ride) Beh, di arrabbiarmi veramente capita solo qualche volta durante le prove, nel caso qualcuno non sia attento, o abbia un calo di concentrazione... oppure capita che durante le pause qualcuno parli col vicino, quando invece dovrebbero stare zitti!

NBC: Sono d'accordo, la disciplina è uguale dappertutto!

EM: Sempre!

NBC: Ma senta... lei ha detto che la bacchetta è stato il primo regalo che si è fatto...quando?

EM: Eeeeeeh! Tanti anni fa! Beh ma questa è carina come cosa, di parlare della bacchetta, perché per tanti anni si è parlato delle solite cose, mentre questa è una bella novità! Io, al conservatorio, ho imparato a non voler fare il direttore d'orchestra... ma perché questo? Perché il mio maestro, Petrassi, fu una persona bravissima e buonissima che però trascurava molto i suoi studenti, che venivano a lezione al conservatorio per diplomarsi in composizione per poi passare alla direzione d'orchestra. Riteneva che il tempo che "sprecava" con loro, fosse veramente un tempo inutile. Ed allora io ho imparato a non amare la professione del direttore d'orchestra.

NBC: E però ci è caduto lo stesso!

EM: No, invece, perché per anni, ho comunque diretto senza la bacchetta, come se fosse questo, un espediente che mi calmasse la coscienza! Poi, comunque, ad un certo punto ho impugnato la bacchetta, in quanto l'orchestra vede meglio con la bacchetta, che senza.

NBC: Abbiamo parlato di Piazza San Marco a Venezia. Qual è secondo lei la giusta ambientazione per un suo concerto?

EM: Beh, Venezia è un posto giusto! Adesso non posso dire naturalmente che preferisco Venezia a tutti i posti del mondo. E' stata una bellissima situazione, dirigere due concerti in quella piazza. Bellissima Venezia, bellissimo è stato alla Scala, bellissimo a Santa Cecilia, tutti luoghi straordinari!

NBC: E dove vorrebbe dirigere il prossimo?

EM: Non penso mai al prossimo concerto! Però, d'altro canto, devo dire che non ho mai diretto al Comunale di Firenze!

NBC: Ho capito... e senta, se dovesse scrivere o dirigere musica in un posto lontano dalla città, della civiltà moderna, un luogo che la ispira particolarmente... Mi viene in mente la Foresta Pluviale o l'Amazzonia?

EM: Immerso nel verde, bellissimo! Scriverei una musica apposta. Mi viene in mente una situazione, nella quale ci sarebbero più orchestre, per esempio cinque, disposte lungo un cerchio nel verde che abbia come raggio 100-150 metri. Così la musica arriverebbe come un eco alla gente che si trova al centro, trasmessa tramite natura ed amplificazione. Ed il direttore (io) sarebbe visibile solamente tramite telecamere.

NBC: Sicuramente la vegetazione e le piante ne godrebbero: le piante amano la musica. Per lei la musica può essere intesa come terapia? Per le piante e gli animali può essere prodigiosa, per i bambini certamente una terapia...ma per lei?

EM: Un certo tipo di musica può esserlo, oppure può iluderci che sia una terapia: ci vuole una musica che non abbia punte, che sia serena, che abbia veramente una sospensione astratta e quindi deve avere delle caratteristiche che non disturbino ma che tranquillizzino.

NBC: Certo! C'è una sua musica che la tranquillizza, che quando l'ascolta la rilassa?

EM: Allora guardi, ce ne sono molte... però ce n'è una che mi fu commissionata dalla regione Trentino che ho scritto per cinque quartetti, una voce di soprano. Questi cinque quartetti che suonano prima da soli poi in combinazione mi pare fino a 36 combinazioni sincrone, ed era dedicata al Lago di Garda ("Vidi Aquam"). Prima la registrammo in sala da concerto, ma quando venne eseguita direttamente sul lago, le assicuro che fu uno spettacolo.

NBC: Posso immaginare! Si specchiava, sul lago!

EM: Sì!

NBC: Senta maestro, lei da piccolo si immaginava a dirigere un'orchestra?

EM: No, no. Pensavo di fare il medico.

NBC: Il medico. Come mai?

EM: Ma sa, io da piccolo avevo un pediatra che mio padre pagava bene ed allora era il pediatra dei figli di Mussolini... Era un professore romagnolo, si chiamava Ronchi e mi lasciava contento quando visitava me ed i miei fratelli, ed allora volevo fare il medico.

NBC: E' davvero importante essere precisi nella direzione di un'orchestra? E questa precisione si potrebbe paragonare alla precisione con la quale opera un medico?

EM: Sa, ci vuole per entrambi una grande concentrazione e precisione! Solamente che se io sbaglio non muore nessuno e se ne accorgono in pochi...dirigendo, per fortuna, non si ha mai tra le mani la responsabilità della vita di una persona! Comunque io mi accorgo che qualche volta l'orchestra allenta un po' la concentrazione, ma lo

fa solamente anche quando io abbasso la guardia...ma poi me ne accorgo e mi riprendo immediatamente!

NBC: Maestro, non voglio annoiarla oltre, ed è stato un piacere poter parlare con lei!

EM: Non si preoccupi, non mi ha affatto annoiato! Abbiamo toccato dei punti come la bacchetta ecc, che non ho mai toccato con nessuno, quindi lei è stato originalissimo!

NBC: Grazie. Ho amato la sua musica sin da bambino, quasi inconsapevolmente. La sua musica è sempre stata con me da quando avevo 5 anni...Allora la Rai, era il 1975, trasmise "Spazio 1999" una co-produzione tra Italia e UK. La Rai inserì alcuni dei suoi brani storici. A proposito, si nasce o no con la musica nel DNA? Si può divenire compositori, se non lo si è dentro?

EM: Forse...non le so dire con sicurezza cose che non ho mai pensato, ma sicuramente quando mio padre, a 5 anni mi insegnò la chiave di violino, iniziai immediatamente a comporre...poi a 10 anni buttai tutto, ed ora non ce n'è più traccia... Comunque erano cose a 2 corni, questo faceva presupporre che io sia sempre stato adatto ai western. Mi piaceva l'Ouverture di "Il franco cacciatore" di C.M. Von Weber, oppure ascoltare alla radio "L'improvviso" di Giordano, però non pensavo di far il compositore.

NBC: Le mancano i western?

EM: No! Per nulla! Anzi, li rifiuto! (ridono entrambi). Dopo Leone, non posso più fare western.

NBC: Ah, ok...quindi le manca (Sergio) Leone!

EM: Certo, come amico e come persona...

NBC: E se arrivasse un "nuovo" Leone, magari con le stesse intuizioni, lei farebbe di nuovo western?

EM: Non credo, anche perché ho già rifiutato in via personale e non ufficiale, un grande film, che ha fatto un grande successo in America, ma lascio a voi cercare di capire il titolo, in quanto io non ne parlo più!

NBC: Sto già cercando di indovinare! Senta, maestro è stata una bella chiacchierata, spero di poter venire al suo prossimo concerto, e magari scrutare un po' da vicino la sua bacchetta!

EM: Va bene! Allora a presto e grazie, arrivederci!

NBC: Arrivederci e a presto!



IL DEVICE CARILLON

TRATTAMENTO PERCUTANEO DELL'INSUFFICIENZA MITRALE

DI *Giulio Speciale**



Lo scompenso cardiaco è una delle patologie più frequenti nei pazienti cardiologici. Si tratta di una condizione in cui il cuore non riesce a pompare una quantità di sangue sufficiente alle necessità dell'organismo. Il cuore cerca di compensare questa situazione aumentando di volume, in modo da pompare più sangue. Tale dilatazione porta, però, a diverse conseguenze negative, tra cui l'allargamento dell'anello fibroso su cui è posizionata la valvola mitrale.

La valvola mitrale risulta, di conseguenza, "allargata" e comincia a perdere (insufficienza mitralica). L'insufficienza della valvola mitrale contribuisce a ridurre ulteriormente la funzione cardiaca, peggiorando i sintomi del paziente (con dispnea da sforzo, episodi di insufficienza cardiaca acuta e edema polmonare).

In generale questo meccanismo è

presente nella maggioranza dei pazienti con scompenso cardiaco.

La terapia delle forme di insufficienza mitralica secondaria e scompenso cardiaco si basa su diversi farmaci: è chiaro, però, che nei casi di insufficienza grave della valvola mitrale risulta difficile limitarsi a una pura terapia farmacologica per risolvere il problema. Un'alternativa è costituita

dalla terapia chirurgica con una plastica mitralica e con il posizionamento di un'anello protesico suturato direttamente sull'anello della valvola, che lo stringe in modo da ridurre il rigurgito della valvola.

Si tratta in questo caso, però, di un intervento chirurgico che richiede circolazione extra-corporea e anestesia generale (intervento a cuore aperto).





Il sistema Carillon è un metodo minimamente invasivo per cercare di ottenere lo stesso tipo di risultato. Il sistema Carillon consiste in una protesi in metallo (nitinol) che viene posizionata in una vena del cuore (il seno coronarico). Il seno coronarico è posizionato su un piano molto vicino all'anello della valvola, per cui questa protesi, che va a "stringere" il seno coronarico, può produrre una riduzione dell'anello valvolare e una riduzione significativa della insufficienza mitralica. La protesi raggiunge il cuore attraverso una vena del collo in anestesia locale o in sedazione profonda. La procedura va eseguita su pazienti selezionati e può comunque essere eseguita solo nei pazienti con scompenso cardiaco e insufficienza secondaria o funzionale.

I risultati (sono stati eseguiti circa 750 casi finora a livello mondiale) sono buoni in termini di riduzione della insufficienza mitralica e dei sintomi.

La procedura è stata dimostrata pubblicamente in Italia per la prima volta in un caso esplicativo eseguito a novembre 2016 da me e dalla mia équipe dell'Emodinamica del presidio ospedaliero San Filippo Neri Asl Roma 1, trasmesso in diretta al congresso nazionale della Società italiana di cardiologia invasiva (Gise) che si teneva a Genova.

* Prof. Giulio Speciale
Direttore Unità Operativa di Emodinamica
ASL RM1 Ospedale San Filippo Neri Roma

PIANETA Sanità



Novartis, eccellenza (anche) italiana

La branca italiana del gruppo elvetico Novartis ha chiuso il 2016 con un fatturato in linea con l'anno precedente a quota 1,63 miliardi di euro e circa 2400 dipendenti. La produzione farmaceutica del gigante guidato da Joseph Jimenez nel nostro Paese si concentra a Torre Annunziata (in provincia di Napoli) dove sono in corso di realizzazione investimenti per 40 milioni, e a Rovereto, in provincia di Trento; Novartis ha poi uffici in provincia di Varese, a Milano e a Roma. Nel 2016 la divisione italiana ha destinato alla ricerca 63 milioni con 180 studi clinici effettuati coinvolgendo oltre 11mila pazienti. Un farmaco di punta prodotto in Italia è il farmaco anti-scompenso cardiaco Entresto, prodotto a Torre Annunziata per 112 Paesi al mondo, esclusi gli Usa. Su Entresto (e quindi sullo stabilimento di Torre Annunziata) la Novartis punta molto tanto che lo ritiene in grado di superare un miliardo di dollari di fatturato.

I servizi vanno in formato digitale

La grande onda sta per arrivare sotto forma di impulsi elettronici. E promette di curare tutti quanti a domicilio, anche se ogni paziente in modo diverso e personalizzato. E' quella sorta di tsunami tecnologico destinato a diffondere la medicina e la salute digitale in vista anche del crescente invecchiamento della popolazione con conseguenti difficoltà negli spostamenti. Non si parla, qui, di dr Google, per carità, ma di applicazioni scientifiche che in questa prima fase, però, molto meno futuribile, riguardano soprattutto i servizi applicati alla sanità.

Anche l'Italia procede in questo senso. Secondo l'Osservatorio nazionale digitale in sanità del Politecnico di Milano, il nostro Paese ha investito nel 2015 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati completi) 1,3 miliardi di euro per i processi di e-health, l'1,2 per cento del costo complessivo della salute pubblica. Una spesa che riguarda perdipiù la diffusione delle cartelle cliniche elettroniche. Il 40 per cento dei referti è ormai dematerializzato e così il 9 per cento delle cartelle cliniche. Il 12 per cento delle prenotazioni arriva via web e on line viaggia l'8 per cento dei pagamenti. Insomma, la sanità digitale in Italia non è più un miraggio ma un piano che comincia a dare i suoi frutti.



Medicine false, danni (molto) reali

I farmaci contraffatti nuocciono alla salute (possono essere tossici e molto pericolosi) non solo dei consumatori, ma anche dei produttori. Al sistema europeo (nel quale operano più di 40mila imprese tra produttori e grossisti, a cui vanno aggiunti i farmacisti) l'anno scorso sono costati oltre 10 miliardi, pari al 4,4 per cento delle vendite legittime, e una perdita diretta superiore ai 37mila posti di lavoro. In Italia il danno è stato stimato in 1,5 miliardi e 4mila posti di lavoro. A renderlo noto la consueta indagine dell'Euipo (Ufficio dell'Unione europea per la protezione intellettuale).



Malattie, lo studio in microgravità

L'Agenzia spaziale italiana lancia la missione Vita per studiare malattie in microgravità. Vita sta per Vitality, Innovation, Technology, Ability. E la ricerca condotta nell'ambito di questo programma (che per la terza volta permetterà all'astronauta italiano Paolo Nespoli di visitare l'International space station) sarà principalmente concentrata sul settore medico-fisiologico e mirata a contribuire alla cura di malattie sulla Terra e a far progredire la conoscenza del corpo umano. "Essere vivi non vuol dire solo avere un cuore che batte, anche un cervello che funziona e mani che lavorano. Vivere insieme, credere nello sviluppo, gestire correttamente le risorse, usare l'innovazione per portare questa vita su altri pianeti e migliorarla sulla Terra", sono le parole con cui ha spiegato il senso della missione lo stesso Nespoli.

Nel corso di questa spedizione verranno condotti numerosi esperimenti: sulla degenerazione delle cellule tra gli astronauti e nelle persone affette da atrofia muscolare; sull'uso di particelle di monossido di cerio per tentare di curare malattie cardiache; sulla possibilità di far crescere piante in un ambiente con scarsa gravità.



Roma, una speranza per i più piccoli

Una speranza per i piccoli pazienti arriva dalla Fondazione Roma. La più importante istituzione filantropica del Lazio ha da poco stretto una collaborazione con l'ospedale pediatrico Bambin Gesù, che nel MARlab, sede di santa Marinella, dispone di alcuni delle attrezzature più innovative al mondo per il trattamento riabilitativo delle patologie, congenite e acquisite, del sistema nervoso e muscolo-scheletrico dei bambini. Proprio grazie alla Fondazione di cui è presidente il professor Emma-

nuele Emanuele, MARlab (Laboratorio di analisi del movimento e robotica dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù) dispone di alcuni di questi strumenti. E' il caso di Hirob, un robot che riproduce i benefici dell'ippoterapia, fondamentale nella riabilitazione motoria, nel recupero dell'equilibrio e nello sviluppo del controllo assiale dei bambini con danno neurologico. Così come di una coppia di robot (che si chiamano Arm and Hand, braccio e mano, e Wrist, polso) grazie ai quali i bambini affetti da disabilità motorie potranno tornare ad afferrare e a manipolare oggetti.



Mangiare bene per non ammalarsi

Il cibo può agire come un vero e proprio farmaco per ridurre i rischi di malattie. Lo evidenziano alcune ricerche realizzate dall'Università di Tor Vergata a Roma e il Brander cancer research institute del New York medical college in coordinamento con l'Enea. Lo studio si focalizza sull'azione di alcune sostanze come i polifenoli, gli acidi grassi polinsaturi e così via nel contrastare malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ipertensione, obesità, senescenza.



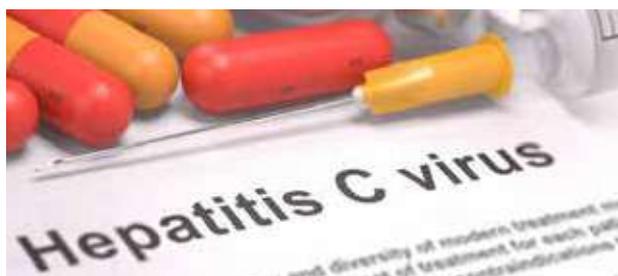


Assenze dal lavoro, cambiano le regole

Cambiano le regole per la malattia e l'assenza dal lavoro dei dipendenti. Tra le ci sono controlli più severi (che scattano il primo giorno di assenza anche per i lavoratori privati) e sanzioni in caso di irreperibilità. Rimangono tutte le altre regole per la malattia del lavoratore: se non vi è effettiva comunicazione dell'assenza da parte del lavoratore, se non si invia il certificato medico e se non si è reperibili alla visita fiscale di controllo, si rischia di andare incontro a sanzioni anche importanti.

La prima cosa da fare quando ci si ammala è avvertire il datore di lavoro non appena possibile. L'invio del certificato medico non esonera dall'obbligo di comunicazione. E' esonerato solo il lavoratore che riesce a dimostrare giustificato impedimento. Il certificato medico per malattia va richiesto al medico curante entro 48 ore dal verificarsi della patologia che ha portato all'assenza. Sarà il medico a trasmetterlo in via telematica all'Inps. In caso di ricovero è l'ospedale a provvedere a inviare il certificato. Le fasce orarie di reperibilità vanno dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 per i dipendenti privati; dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18 per i lavoratori del settore pubblico.

Il lavoratore ha 15 giorni di tempo per giustificare l'assenza alla visita fiscale. In caso di assenza ingiustificata al controllo domiciliare, la sanzione comporta la perdita totale della retribuzione per i primi 10 giorni di malattia. In caso di assenza anche alla seconda convocazione presso la Asl la metà dei restanti giorni di malattia. Alla terza assenza, invece, si perde tutta la retribuzione dovuta per il periodo di malattia.



Epatite C, la cura indiana

Non è più solo una cosa da pochi scettici: l'acquisto di farmaci anti epatite C all'estero è una possibilità valutata da alcune migliaia di cittadini italiani, ben mille dei quali hanno già rotto gli indugi e sono partiti. Tanti altri, inoltre, hanno ordinato online i medicinali generici, venduti soprattutto dalle farmacie indiane. A valutare strade alternative sono molti dei malati in condizioni non gravi, che per ora non possono accedere alle cure gratuite nel nostro Paese. I soldi per dare la terapia a tutti, infatti, non ci sono e le Regioni finora l'hanno fornita a chi è più a rischio, cioè a 63mila persone in circa due anni. Ma ci sono almeno altri 2/300mila pazienti che ne avrebbero bisogno e, anche se stanno bene non hanno una gran voglia di aspettare che le analisi rivelino un possibile peggioramento. Secondo le stime dell'associazione di malati Epac, che recentemente ha interpellato 84 centri italiani dove si cura l'epatite C, sono circa mille le persone che hanno affrontato un viaggio in India o in Egitto per comprarsi il generico del Sovaldi, il medicinale che un paio di anni fa ha rivoluzionato le cure per questa malattia infettiva, o delle molecole simili che lo hanno seguito. Con poche migliaia di euro hanno così ottenuto una cura che da noi, se non si è gravi, costa più di 40 mila euro.



È tutto più semplice

Per una vita performante

DI Nicola Carrassi



“Mindfulness significa prestare attenzione, ma in un modo particolare: a) con intenzione, b) al momento presente, c) in modo non giudicante”. Si può descriverla anche come di un modo per coltivare una più piena presenza all’esperienza del momento, al qui e ora.

*Chi

Daniel J. Siegel ha conseguito la laurea in medicina presso l’ Harvard University, e ha completato il suo percorso post laurea all’ UCLA. Ha lavorato presso L’Istituto Nazionale di salute mentale sempre dell’UCLA dedicandosi allo studio delle interazioni familiari, focalizzandosi su come le esperienze di attaccamento influenzino le emozioni, il comportamento e la memoria autobiografica. Dirige il Mindsight Institute della University of California di Los Angeles: un’organizzazione a scopo educativo, che offre on line training, e numerose iniziative che si concentrano su come lo sviluppo del mindsight negli individui, famiglie e comunità possa essere valorizzato grazie all’interfacciarsi delle relazioni umane con i processi di base della biologia. La sua capacità di divulgare con chiarezza e altrettanta precisione teorie e tecniche ne ha fatto uno degli autori più letti e stimati in numerosi campi

*Percorsi di lettura

Mindfulness e cervello

La mindfulness non è affatto una pratica nuova. Antiche culture e religioni di tutto il mondo si basano su metodi differenti, dalla meditazione allo yoga al tai chi, per aiutare le persone a raggiungere il benessere sintonizzandosi con il presente. Siegel integra le scoperte di ricerche d’avanguardia con la saggezza delle pratiche di mindfulness per dimostrare come funzioni davvero questa capacità suscettibile di essere appresa e come il fatto di coltivarla possa arricchire la nostra vita. La consapevolezza dell’esperienza che si dispiega nel momento presente crea una sintonizzazione con noi stessi che attiva; specifici circuiti cerebrali, inducendo un’ampia gamma di effetti benefici, dall’equilibrio emotivo al miglioramento del funzionamento cardiaco. Lo sviluppo di questi tratti ci consente di affrontare le sfide della vita con un senso nuovo di equilibrio e chiarezza.

Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale

Come alcuni conoscono l’arte di sussurrare ai cavalli selvaggi per domarli, così genitori e terapeuti, amici e innamorati sanno come riuscire a quietare un figlio, un paziente, un amico, un uomo o una donna amata sussurrando alla loro amigdala sregolata da esperienze di paura e promuovendo così una nuova integrazione, fondamentale per il benessere, delle funzioni di questa parte del cervello con le altre aree cerebrali. Neuroscienze cognitive, biologia, pratiche meditative e i modelli relazionali della psicoanalisi confluiscono in questo testo unico.

Il nostro consiglio per neofiti (è tutto più semplice!)

Qui e ora. Strategie quotidiane di mindfulness di Ronald D. Siegel

Il nostro primo approccio con l’argomento ha trovato un efficace alleato nel libro di un omonimo del Dott. Daniel. Questo libro, semplice ed efficace, spiega con semplicità la Mindfulness, è già nelle primissime pagine è possibile mettere in pratica alcuni consigli e capire se questa pratica - una forma di meditazione adatta a noi occidentali - possa esserci congeniale.

La pagina *ROSA*



Coraggio, il tuo nome è Donna

Settant'anni fa le donne votavano per la prima volta in Italia. E cercavano di affermare così il loro posto nel mondo.

Un mondo che noi donne ci siamo sempre dovute guadagnare. Una credibilità che ancora oggi, per avere, dobbiamo lottare, non solo con una società che per certi versi resta orientata al maschilismo ma anche con noi stesse. Mantenere la nostra identità senza farci fagocitare dalla durezza non è sempre facile. Il mondo femminile è cambiato radicalmente nei secoli.

Con le antiche civiltà la donna aveva una certa preponderanza: i greci veneravano molte dee donne e la figura femminile era sinonimo di prosperità e abbondanza. Poi il medioevo con il suo oscurantismo ha svilto la donna e l'ha relegata spesso in posizioni subalterne.

La storia poi ha visto un'evoluzione femminile che negli ultimi cinquant'anni ha percepito una confusione di ruoli all'interno delle famiglie, sono venuti meno i cardini femminili che hanno iniziato a mescolarsi e a volte a sostituirsi agli uomini creando difficoltà e perplessità.

Io penso che una distinzione di ruolo tra donne e uomini debba esserci, ritengo che noi donne non dovremmo assumere mai atteggiamenti maschili, spesso aridi e sbagliati, ma dovremmo continuare a cercare noi stesse senza paura.

Nel giro di quaranta cinquant'anni credo che si ritroverà una sorta di assestamento e si rinoveranno ruoli ben precisi che garantiranno un equilibrio all'interno della famiglia per permettere la crescita sana dei nostri figli.

Mariastella Giorlandino



JUNGLE IN BLOOM ENTERTAINMENT



**COLLETTIVO
CREATIVI
Ryancreation**

Comunichiamo nel mondo ciò che ami, ami ciò che comunichiamo

...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