

# ORE12ITALIA

## Sanità

Riforma Gelli,  
difesa sanitaria

B20 Health,  
salute & lifestyle

Oms/Onu,  
la sfida di Tedros

Benessere,  
il pilastro sport

Francesco Sisinni

# MEDICINA, LA LUCE DEL MEDIOEVO



**Sofia™ PLUS**  
*Soft torqueable catheter* *Optimized For Intracranial Access*

**SOFIA™ PLUS Catheter**  
**is compatible with the**  
**ERIC® Retrieval Device**

EXTREMELY TRACKABLE

LARGE LUMEN  
ASPIRATION CATHETER

**ENDOVASCULAR  
SERVICE**  
ENDOVASCULAR SERVICE

Hic et nunc

# Agenzia Ue del farmaco, uno smacco (forse) annunciato

di *Pietro Romano*

stessa città per entrambe e così la sfida è diventata una sorta di “Milano contro Europa”, quasi che l'Italia fosse una zavorra per il capoluogo lombardo e non un punto di forza. Nessun Paese europeo, a esempio, ha scelto la stessa città per entrambe le Agenzie.

Le candidature, inoltre, sono state lette (e dall'Italia non è arrivata smentita) come un risarcimento per le tante penalizzazioni, dalle banche agli immigrati passando per i posti dirigenziali nelle istituzioni comunitarie, subite dal nostro Paese in sede europea. Sacrosante ragioni che però rischiano di far passare il nostro come il Paese dei mercanteggiamenti. Conseguenza di tutto ciò? Lobbisti, euroburocrati e commissari europei (l'ordine non è casuale) hanno avuto il destro per indignarsi: “Non siamo al mercato delle vacche!”. Ostentando i “reali” criteri che devono determinare la scelta: in testa accessibilità, logistica, disponibilità di personale qualificato. Come se Helsinki, la capitale della Finlandia dove ha sede l'Echa (Agenzia Ue per le sostanze chimiche), fosse facilmente accessibile. Eppure, ospitando un'Agenzia con 580 addetti e un bilancio da 107 milioni, la piccola e periferica Finlandia ha ottenuto più dell'Italia che ospita due sedi di Agenzia (a Parma l'Autorità per la sicurezza alimentare e a Torino la Fondazione della formazione) con 577 addetti e bilanci per 97 milioni, pur essendo il nostro uno dei primi tre contributori netti dell'Ue. A suffragare le tesi di Bruxelles è arrivata anche una provvidenziale ricerca affidata dalla Commissione europea a una società di consulenza che ha incoronato Bratislava quale aspirante ad Agenzia con più asset.

La verità è che l'assegnazione delle due Agenzie si sta dimostrando lavoro alchemico. Che - secondo quanto ci risulta - si concluderà con lo spostamento a Francoforte dell'Eba e a una città dell'Europa orientale (per riallacciare i rapporti di Berlino) dell'Ema. Se si concludesse come da noi ipotizzato, questa vicenda confermerebbe i dubbi sull'Europa a trazione germanica. Si vedrà. L'eventuale smacco italiano, però, non dovrà che stimolare ulteriormente la nostra industria farmaceutica, un gigante che può fare ancora meglio. I suoi numeri da record li ha snocciolati il presidente di Farmindustria, Massimo Scacabarozzi, alla recente assemblea della federazione. Un traguardo risulta vicino. Colmare il breve spazio che divide l'Italia dalla Germania per valore di produzione (30 miliardi contro 31) e diventare il primo produttore europeo. Forza, Italia (del farmaco)!

“Il dossier è pronto, la proposta è qualificata e la sede prescelta è il grattacielo Pirelli”, hanno scritto di concerto il sindaco di Milano, Beppe Sala, e il presidente della regione Lombardia, Bobo Maroni. A testimonianza che Milano e la Lombardia ce la stanno mettendo tutta per portare l'Agenzia del farmaco (Ema) all'ombra della Madonnina. Ma, nel contempo, che l'Italia ha rinunciato a correre per l'Autorità bancaria (Eba), l'altra agenzia europea destinata a lasciare Londra causa Brexit.

La partita, già difficile all'inizio, è diventata ancora più complessa, è vero. La Germania, da subito destinata a farla da padrone, sembra ora decisa a spadroneggiare. In questa partita, però, l'Italia ha commesso errori molto gravi. Ha deciso di concorrere per entrambe le agenzie. Ha schierato la



## MEDIOEVO SANITARIO

di Francesco Sisinni



## SANITA' PUBBLICA, BASTA ALLARMISMI

di Giuseppe Costa

**01** HIC ET NUNC

**05** LA LETTERA

**48** LA PAGINA ROSA  
PACE E LUOGHI COMUNI



## A BERLINO IL B20 HEALTH

di Katrin Bove



## LA RIFORMA GELLI

di Domenico Alessio

**28** OMS,  
LA SFIDA DI TEDROS

**30** PROGETTO LIFEPAH

**40** RISCHIO OBESITÀ

# SOM



## IL LASER VERDE CHE SALVA LA PROSTATA

di Martina De Vivo



## CHIRURGIA VASCOLARE, ECCELLENZA PONTINA

di Felice Vincenzi



## FARE SPORT AIUTA A STARE BENE

di Giuseppe Capua



## ANZIANI TRA OSPEDALE E TERRITORIO

di Renato Pedullà

## 32 VILLA ELISA

## 37 STELETTE & SALUTE

## 43 IO LA PENSO COSÌ

## 44 PIANETA SANITÀ

## 47 IL SENSO DEL GUSTO

SEGUICI SU:  
[WWW.ORE12ITALIA.EU](http://WWW.ORE12ITALIA.EU)

 TWITTER

 FACEBOOK

# IMMARIO

Mensile d'informazione Economico Sanitaria

[WWW.ORE12ITALIA.EU](http://WWW.ORE12ITALIA.EU)

**Direttore Responsabile**

Pietro Romano  
direttore@ore12italia.it

**Direttore Editoriale**

Katrin Bove  
katrin.bove@ore12italia.it

**Associate Publisher**

Nicola Carrassi

**Redazione**

redazione@ore12italia.it

**Dipartimento Grafico**

**Progetto grafico:** Jordi de La renta  
**Graphic designer & Photo Editor:** Fabrizio Orazi

**Divisione WEB:**

Collettivo CreAttivi Ryancreation  
[www.ore12italia.eu](http://www.ore12italia.eu)  
Registrazione Tribunale di Roma  
n.99 del 24/05/2016



[WWW.RICOMUNICARE.COM](http://WWW.RICOMUNICARE.COM)

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

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

**Stampa**

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

**Hanno collaborato a questo numero:**

Domenico Alessio, Michele Bellone, Katrin Bove,  
Giuseppe Capua, Nicola Carrassi, Giuseppe Costa,  
Nicoletta Denticò, Martina De Vivo, Filippo Fimognari,  
Marco Gasparri, Gaetano Lanza, Renato Pedullà,  
Roberto Race, Francesco Sisinni.



## LE FIRME



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



**Dott. Domenico Alessio**  
Direttore Generale  
Azienda Policlinico Umberto I Roma



**Dott. Giuseppe Capua**  
Presidente Commissione Antidoping FIGC  
Responsabile UOSD Medicina dello Sport,  
Azienda Ospedaliera San Camillo- Forlanini, Roma



**Prof. Gaetano Lanza**  
Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare  
Ospedale Multimedica, Santa Maria di Castellanza, Varese



**Dott. Marco Gasparri**  
Tenente di Vascello del Corpo Sanitario M.M.  
Ufficiale Addetto al Capo del Corpo Sanitario M.M.



**Dott. Renato Pedullà**  
Dottore Commercialista in Roma



*“Finché avrò respiro, fino a quando tu vorrai”....  
Dove finisce il credo e inizia la scienza. Qual è la spinta che porta oltre la vita? Quanto la sofferenza può farci accettare la vita?  
La sofferenza non può essere pienamente compresa, è un'esperienza individuale che trascina oltre la ragione e le leggi istituzionali. Mi chiedo quale sia il limite tra il mantenere, ostinatamente, in vita una persona e il consentirle una vita dignitosa.  
La chiave è in una scelta sociale, civile, religiosa o etica?  
Parliamo di diritti, di tutela della libertà, di libertà che si manifesta anche nell'essere liberi di scegliere se morire o meno.  
Ecco, la vita è un dono meraviglioso, un miracolo spiegabile solo con l'amore universale. Ha un senso talmente ampio che a volte sfugge alla mente umana, soprattutto quando la nostra stessa vita deve combattere con le prigioni che il corpo crea.  
La vita è nell'essere umano, l'essere umano interpreta le leggi della natura, stabilisce leggi, crea la scienza.  
La scienza medica, in particolare, studia il benessere delle persone, ne allunga la vita e ne migliora la qualità, è al servizio della e per la vita. La dimensione etica del fornire cure a chi è malato ha radici molto antiche.  
Con il giuramento di Ippocrate, il più famoso giuramento etico, l'iniziato riconosceva di avere doveri e responsabilità nei confronti dei pazienti, dei colleghi e della società. Stilato tra il IV e il V sec. a.C., includeva, tra l'altro, il divieto di praticare aborti, di utilizzare il coltello e di fare ricorso all'eutanasia.  
Nei secoli successivi, ovviamente, venne man mano modificato e adattato. Alla fine degli anni settanta del novecento subentra alla più antica tradizione dell'etica medica la bioetica, ossia lo studio delle dimensioni morali della medicina. Uno dei tratti più significativi della nuova disciplina è rappresentato dall'ingresso di altre figure (non solo appartenenti alla classe medica, come giuristi, teologi, filosofi e operatori sociali) in ambiti decisionali. Presidenti, premier e parlamenti istituiscono commissioni bioetiche preposte a consigliare i governi in merito a innovazioni biomediche, come la ricerca sulle cellule staminali, la clonazione etc etc  
La bioetica nasce negli anni settanta in America, in un clima sociale e politico di grandi rivoluzioni promosse dai movimenti per la salute, tanto che nel 1973 la Corte Suprema degli Stati Uniti decretò l'aborto una forma di diritto costituzionale alla privacy.  
In quegli stessi anni, la “crisi” della cattiva pratica medica comportò una crescita enorme del numero di azioni legali intentate contro i professionisti.  
Ma l'America è la terra della libertà. La nostra antica storia europea, e in particolare italiana, ci lega invece a tradizioni deontologicamente più rigide e strutturate.  
Siamo la culla della cultura classica legata fortemente alla cultura religiosa, le nostre battaglie per i diritti alle libertà saranno sempre fortemente valutate e frenate.  
Bisogna saper creare la società del futuro pian piano, adattandoci ai cambiamenti senza stravolgere i valori che hanno fatto la nostra storia: ogni cosa ha bisogno del proprio tempo per maturare. E' la tradizione che abbiamo sempre respirato che frena il cambiamento, ma si può credere e avere fede ponendo al centro della propria vita l'esempio della passione del Cristo e accettare la vita fino all'ultimo respiro o scegliere il viaggio, per ora, oltre confine italiano per scegliere la fine imposta. Ma non è forse già questa una grande libertà di scelta?*

*Helen Boner*



[WWW.GC-CONOR.IT](http://WWW.GC-CONOR.IT) - [INFO@GC-CONOR.IT](mailto:INFO@GC-CONOR.IT) - 06.85305059



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

## I NOSTRI SERVIZI



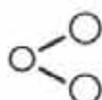
CONVENTION ED INCENTIVE



UFFICIO STAMPA



FUNDRAISING



CONGRESSI ED EVENTI



DELEGAZIONI



EVENTI MONOSPONSOR

# MEDICINA

## luce del medioevo



Nato a Maratea, Francesco Sisinni è poliedrico studioso e civil servant di spicco. Primo in graduatoria nel concorso direttivo al ministero della Pubblica istruzione, cui partecipò giovanissimo, ha rivestito molteplici incarichi al vertice della Pubblica amministrazione. È stato, tra l'altro, "consulente culturale" di Aldo Moro e, con Giovanni Spadolini, artefice del ministero per i Beni culturali e ambientali. Docente universitario e direttore di corsi post-universitari in studi storico-artistici e di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e ambientale, Francesco Sisinni è autore di numerosi testi di diritto, narrativa, arte, poesia, storia. Ha vergato oltre cento prefazioni a cataloghi d'arte. Ha fondato e diretto riviste culturali. Ha collaborato a quotidiani e periodici. Ha ricevuto onorificenze e premi in Italia e all'estero.

FRANCESCO SISINNI

La storia del Medioevo continua a essere associata, non di rado anche in sede accademica, all'immagine fosca e inquietante della "Notte dei mille anni".

Fu Flavio Biondo che, per primo, nell'esaltante temperie umanistica, giudicò quell'età come una sospensione del processo della cultura classica, recuperata, a suo avviso, solo nel Rinascimento. E a quel giudizio, nonostante la lucida visione di Gianbattista Vico, non mancò, più tardi, di attingere quella sorta di ortodossia illuministica che identificò, appunto, quell'età nell'Evo medio o di mezzo, e come tale meritevole non certo di una aggettivazione qualificativa autonoma, come per l'Evo che l'aveva preceduto e quello successivo, detti, rispettivamente "Antico" e "Moderno", bensì solo di definizioni senza scampo negative, come quella anzidetta o dei "Dieci secoli bui".

La storiografia contemporanea, grazie alla lezione illuminante de "Les Annales" e prim'ancora alla teoria della onnicomprensività delle fonti del lucano don Giuseppe De Luca, sta provvidenzialmente dissotterrando da quell'"ager niger" patrimoni e lasciti, tanto più preziosi quanto più universalmente validi e perennemente attuali.

Vien così da pensare al fenomeno del Monachesimo, anzitutto di Oriente, anacoretico e cenobitico che, dalla caduta dell'Impero Romano di Occidente e, quindi, dalla guerra greco-gotica fin oltre l'affermazione del dominio normanno, vivificò di cultura e colture soprattutto il Sud d'Italia, come è stato agevole ancora una volta evidenziare nel recente Congresso internazionale di studi sulla Civiltà Bizantina nel Mezzogiorno d'Italia, tenuto a Maratea. E viene altresì da pensare all'opera straordinaria di San Benedetto da Norcia, che copiosamente attinse da Basilio di Cesarea, il Grande, coniugando theoresis e praxis, tensione mistica e attività fabbrile e che proprio agli inizi del Medioevo, con la sua Regola, definita sintesi mirabile di "Jus et Aequitas" (donde meritò di essere chiamato "l'ulti-



mo dei romani”), con il suo progetto di vita, fondato sul motto “Preghiera e lavoro” e con il costante riferimento simbolico alla Croce, al Libro e all’Aratro, fondò non solo il Monachesimo d’Occidente, ma, su radici robuste, classiche e cristiane, la stessa patria Europa, che andò sempre più ad identificarsi in quella “Cristianità”, con cui il Continente antico fu nominato fin oltre le soglie dell’Evo moderno.

Ed è noto che tra le innumerevoli attività creative introdotte dal Monachesimo di Oriente e di Occidente uno spazio privilegiato ebbe a occupare certamente la Medicina. I Monaci (nella tensione apostolica ispirata alla Carità del Dio fatto Uomo e nello spirito evangelico della Pietà, insegnata una volta per tutte dalla parabola del Samaritano, ma anche innanzi all’ineludibile problema del dolore, così profondamente indagato da Sant’Agostino) inaugurarono nei propri conventi la stagione degli Ospizi per pellegrini e forestieri e degli Ambulatori e Ospedali per gli infermi. La Medicina conventuale combatté la magia e, se pur alimentò la fede e il ricorso alla preghiera, lasciando ampio spazio alla taumaturgologia, s’impegnò nella ricerca scientifica, affiancando l’arte medica con l’arte speciale, fondata sulle risorse naturali delle piante e delle erbe ritenute medicinali. Fu così

**Tra le numerose  
attività creative introdotte  
dal monachesimo  
la medicina occupò  
uno spazio privilegiato**

nel Vivarium di Cassiodoro a Squillace come nell’Abbazia di Benedetto a Montecassino.

Sfogliando le pagine di questa sorta di Crestomazia medievale e seguendo proprio l’evolversi della medicina conventuale e ancora quella bizantina, da Antillo Ezio d’Amida a Paolo d’Egina, e di quella araba, con Avicenna, Averroè e Maimonide Ebreo, è grato imbattersi in quella storia straordinaria, scritta proprio nel Sud dalla Scuola Medica Salernitana.

La storia della medicina nasce con la storia della filosofia. E la filosofia nasce come amore della ricerca, che conduce al Sapere e per esso alla Bellezza, intesa, come insegna Pitagora, quale “Armonia”. Così nelle Tavole di Ninive e nel Codice di Hammurabi, nel Papiro di Ebers e nel Talmud giudaico.

Ma più di altri, lo seppero bene, che filosofando cercarono, con Platone, il Bello, che è anche il Bene ed il Vero, sicché Tucidide poté far dire a Pericle: “Noi amiamo la Bellezza semplicemente e filosofiamo senza timidezza”. Così, in questa tensione alla bellezza e nell’impegno a recuperarla là ove compromessa dall’infermità e dal dolore, indipendentemente dal culto di Apollo e di suo figlio Asclepio (a Roma Esculapio), che pur ebbero sacerdoti e riti, fiorì la Medicina laica e scientifica nelle Scuole filosofiche dal VI secolo avanti Cristo e i protagonisti furono Ippocrate di Coa, Democede e Alcmeone di Crotona, Filone di Taranto, Empedocle di Agrigento, Galeno di Pergamo, ma attivo in Roma, che esercitarono la professione sulle basi sicure della conoscenza biologica..

Ma lo seppero bene anche in pieno Medioevo gli Scola-

stici, che ne tradussero i testi e ne diedero applicazione identificando la ricerca – “Itinerarium mentis” – in quel processo che Tommaso d’Aquino propone nel “vedere: conoscere: amare: gioire”.

In tale temperie, nel golfo di Salerno bagnato dal mare di Enea e di Ulisse, nel IX secolo, per opera di filosofi medici, memori della Scuola fiorita in età classica nella vicina Elea che, con Parmenide, Senofonte e Zenone, insegnò agli istoras la filosofia dell’Essere, che non può non essere, sorse la Scuola Medica Salernitana.

Erano in dieci e si erano costituiti in Collegio Ippocratico. Ma la Scuola celermente crebbe e divenne ben presto famosa grazie all’alleanza tra filosofia e medicina e ai principi fondamentali su cui si era costruita: anzitutto la lezione di Ippocrate, fondatore della conoscenza biologica, organica, cosmica, ma anche di Galeno, fondatore della conoscenza analitica e, poi, il rispetto della tradizione greca e bizantina e perciò del metodo rigorosamente scientifico, ma anche la sorprendente modernità del cosmopolitismo e dell’apertura al mondo femminile.

Quella storia conobbe due periodi, segnati da personalità autorevoli come, nel primo (IX-XI secolo), Garioponto con la sua opera “Passionarium” e Pietro Clerico, autore di “Practica”, e, soprattutto, la prima donna medico, Trotula, “Mulier sapientissima” e, nel secondo (XII secolo), Costantino Africano, che chiuse la sua vita nell’Abbazia di Montecassino, lasciandoci la traduzione delle opere di Ippocrate e Galeno. Ne resta famoso il “Flos medicinae” o “Regimen Sanitatis Salernitanum” con il “De Aegritudinum curatione”. Allo stesso periodo appartennero Ruggero Frugardo, noto per gli studi di anatomia, dissezione e chirurgia, gli ebrei Benvenuto Grafeo, oculista, e Isacco Giudeo, uroscopo, e il francese Petrus Aegidius Corboliensis.

Il finire del XIII secolo ne vide la decadenza, ma gli epigoni e gli influssi di quella Scuola sono rinvenibili nelle ormai nascenti Università degli Studi.

Non a caso a Bologna si creò uno “Studium” di Filosofia (Arti liberali) e Medicina, grazie alla collaborazione tra Taddeo Alderotti (già famoso in Italia quale medico, ma anche umanista ante litteram) e Gentile da Cingoli, già docente di filosofia a Parigi. Su quello Studium nacque la

## La Scuola medica salernitana crebbe e divenne famosa in parte grazie all’alleanza tra filosofia e medicina



prima Università d’Italia, che ebbe come rettore un medico e fu onorata da personalità, oltre i suddetti, come Ugo e Teodorico Borgognini e Mondino de’ Luzzi, che sugli studi anatomici svilupparono la chirurgia. Ma la stessa alleanza tra filosofia e medicina diede origine alla quasi coeva Università di Padova, che ebbe tra i più notabili Pietro Abano (autore, appunto, del “Conciliator controversiarum quae inter philosophos et medicos versantur”, opera di straordinaria genialità e di acuta osservazione) e Marsilio da Padova, che fu filosofo e medico.

Si è avuto modo di rilevare che la peculiarità fondamentale della Scuola Medica Salernitana consiste nel suo essere “Ippocratica”. Val la pena, a tal riguardo rammentare che Ippocrate, il più grande maestro di medicina dell’antichità, era nato, intorno al 460 avanti Cristo a Coo, che fu sede di scuola filosofica, in cui fiorì e si praticò la medicina laica e scientifica, come nelle altre scuole filosofiche del Mediterraneo, quali Cirene, Rodi e Cnido.

Dal “Corpus Hippocraticum” non possiamo non rilevare la sorprendente attualità della sua opera, ivi compresi il celebre “Giuramento” e gli “Aforismi”, commentati proprio dalla Scuola Medica Salernitana.

Orbene, i principi basilari di quell’insegnamento, che vennero assunti come fondamento stesso della Scuola Medica Salernitana, furono: l’unità di filosofia e medicina, nella riconduzione del processo speculativo-cognitivo all’unità del Pensiero, in quella che oggi diremmo sintesi



tra Scienza e Umanesimo; la laicità della medicina, ossia la sottrazione della stessa alla egemonia sacerdotale e, soprattutto, alla pratica di ogni forma di dogmatismo e di magia, ma, nel contempo, nel rispetto della Religione; la professionalità, fondata sulla ricerca garantita dal metodo e il perseguimento del “meglio” e cioè di mete sempre più ardue ed elevate e sulla “moralità”, irradiata nel compimento del proprio dovere e nel rispetto, anzi nell’amore per l’Uomo, giacché “dove c’è l’amore per l’Uomo c’è anche l’amore per l’Arte”; la visione olistica del paziente, che presuppone la conoscenza, non segmentata, ma organica e integrale del corpo, negli elementi che lo costituiscono e della sua relazione con l’ambiente, nella consapevolezza che la terapia, basata sulla sintomatologia e la corretta individuazione delle varie patologie, consiste, in sintesi, nell’aiuto da dare alla Natura.

Oggi, in cui non sempre par destituita di fondamento la critica avverso una certa sanità malata, cui si addebita grave carenza di competenza scientifica e, quindi, di curiosità e tenacia negli studi e di onestà intellettuale e morale, con conseguente incapacità comunicativa, mentre si fa sempre più aspro e, sovente, ideologicamente acritico il dibattito

su problemi esistenziali (quali la tutela del concepimento e del concepito e l’aborto libero; il rispetto della vita come dono e l’eutanasia, ma anche l’accanimento terapeutico; la esasperata monadologia relativistica delle specializzazioni settoriali, pur necessarie, e la conseguente esaltazione dei “saperi”, anche in spregio all’unità del Sapere; l’assenza di umanità verso il paziente, nella carenza di comprensione e di relazione e, quindi, di qualsiasi senso di empatia con chi soffre) e innanzi alla stravolgente avanzata tecnologica, che vieppiù surroga risorse umane nelle competenze professionali più sofisticate, val la pena di rileggere nei precetti della Scuola Medica Salernitana la traduzione concreta dell’insegnamento di Ippocrate, del suo “Giuramento” e dei suoi “Aforismi”, per verificarne l’attualità del messaggio e semmai tesaurizzare quella lezione di vita, che pone al centro di ogni possibile cura la Persona, questa mirabile creatura, unica e irripetibile che, per dirla con Tommaso, reca dal suo concepimento il sigillo individuale dell’ “hic et nunc”, fatta di corpo, che è pur tabernacolo dello spirito, cui non è estraneo il Mistero.

di *Francesco Sisinni*

## Contrappunto

# Ssn, allarmismo ingiustificato Molte ombre in una ricerca Censis

Di Giuseppe Costa\*



I dati allarmistici del Censis non hanno riscontro nei dati di altre indagini serie e approfondite. Al di là di alcune reali criticità, il Sistema sanitario Italiano non sembra essere in grave crisi e non è vero che siano più di 12 milioni gli Italiani che rinunciano a curarsi.

Dall'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc)2015 condotta su un campione di 73.204 italiani risulta che il 67% dichiara di avere una salute buona o ottima, il 22% una salute mediocre e l'11% una salute cattiva o pessima. Si può parafrasare dicendo che coloro che si considerano malati sono in Italia circa sette milioni e con minori problemi di salute altri 15 milioni. Si ricorda anche che in un anno i ricoveri ospedalieri sono circa 10 milioni pari, quindi, a quasi la metà di quanti non si ritengono in buona salute. Come fanno quindi a esserci, come viene scritto e detto

dal Censis, 12 milioni di italiani che rinunciano del tutto alle cure? Sarebbero la metà di coloro che hanno bisogno di cure! Ma sempre dalla stessa indagine europea si apprende che solo poco più del 7% degli italiani ha rinunciato a una prestazione per motivi diversi, tra i quali sicuramente il principale è il motivo economico, dichiarato da circa 4 milioni di connazionali. E questi hanno dichiarato non di aver rinunciato "alle cure" ma solo a "singole prestazioni" avendone invece usufruite in diversi casi di molte altre. Sarebbe importante che il Censis rendesse pubblici i dati delle proprie indagini chiarendo sia l'ampiezza del campione sia le domande del questionario utilizzato.

Il fenomeno della rinuncia a delle singole prestazioni riguarda principalmente il Meridione e quanti vivono in situazioni di deprivazione, in particolare disoccupati o precari, e al riguardo sicuramente si dovrà fare di più per evitare queste situazioni ma certo non lo si potrà fare con una assicurazione privata integrativa che nei fatti diverrebbe sostanzialmente sostitutiva.

Nella ricerca del Censis si osserva ancora che la spesa privata è in crescita ma non si conduce un'analisi approfondita dei suoi contenuti: solo una quota minoritaria di essa è infatti associata a compensare dei problemi di accesso creati dal Ssn, mentre una quota molto più importante adduce come ragione una scelta personale di preferenza e, infine, la maggior parte della spesa privata riguarda prestazioni di dubbia utilità.

Questa continua diffusione di notizie che per gentilezza definiremo "imprecise" sembra fatta per screditare il Ssn. Non c'è dubbio che, specie in alcune regioni del Sud, il servizio sanitario sia in difficoltà ma, paventando la sussistenza di una malattia terminale del Ssn, se ne propone una inutile e costosa protesi (una copertura assicurativa privata estesa) di cui non c'è alcuna reale evidenza di necessità e di efficacia.

Nel Def (Documento di economia e finanza) c'è scritto che, entro il 2020, la spesa sanitaria pubblica dovrà ridursi al 6,4%, ma questo comporterebbe l'eutanasia del Ssn come oggi lo conosciamo. Si lavori per evitare gli sprechi, le inapproprietezze, le illegalità, piuttosto! Si lavori per creare maggior efficienza, efficacia ed equità! Ma si difenda un sistema sanitario che rimane tra i migliori al mondo. Si pensi sì a migliorare l'economia ma non a danno della salute.

\*Professore di Sanità pubblica all'Università di Torino

***...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](mailto:secordmedical@gmail.com)***



# Riforma Gelli

## Medicina difensiva

di Domenico Alessio

Negli ultimi 20 anni abbiamo assistito all'incremento vertiginoso del contenzioso legato alla responsabilità sanitaria che vede coinvolto l'assistito (o i suoi eredi), la convenuta Struttura Sanitaria, l'operatore sanitario coinvolto nonché le Compagnie Assicurative chiamate in causa in manleva dall'Azienda e dal medico e le Coassicuratrici, con i conseguenti intuibili costi in termini di gestione della lite, di premi assicurativi per la gestione delle polizze e relative criticità (inoperatività della polizza, franchigia, ecc.) e, non ultimo, crescita delle spese di giustizia.

L'incremento di tale contenzioso ha parallelamente ingenerato il fenomeno della c.d. "medicina difensiva", locuzione con la quale si indica l'atteggiamento del medico di prescrivere esami diagnostici, misure terapeutiche o farmaci in eccesso o in modo non appropriato, o, addirittura, di "evitare" pazienti o trattamenti ad alto rischio, con lo scopo di prevenire future contestazioni o, addirittura, veri e propri contenziosi da parte di pazienti che richiedano il risarcimento dei danni ritenuti conseguenza di cure errate o di inefficienze strutturali.

Ne è derivato un aumento della spesa sanitaria che ha inciso sul costo totale della spesa pubblica in maniera significativa, con un totale annuo dell'11.8% della intera spesa, circa lo 0,75% del PIL (dati riferiti all'anno 2013) ed un costo di 10 miliardi di euro annui (Commissione

Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali).

Questo fenomeno ha rischiato di congestionare il sistema sanitario, oberato da richieste di assistenza, soprattutto in termini di esami diagnostici, tale da allungare di mesi, qualche volta di anni, le c.d. liste d'attesa, spingendo spesso gli assistiti a rivolgersi al sistema sanitario privato puro o al sistema sanitario privato accreditato, nell'ambito del principio della libertà di scelta tra pubblico e privato asseverato con la riforma del SSN del 1992 ad opera del D. L.vo 502/1992 e succ. mod e int., nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione.

A titolo esemplificativo basti pensare che attualmente, le cause instaurate nei confronti dell'Azienda Policlinico Umberto I aventi ad oggetto richieste di risarcimento danni per responsabilità medica, tuttora in corso, sono n. 285, di cui n. 183 con un valore economico di €170.249.098 e n. 102 di valore indeterminato.

Con la finalità di combattere questo fenomeno, a vantaggio non solo del contenimento della spesa sanitaria ma, soprattutto, a vantaggio di cure più appropriate, anche attraverso l'insieme delle attività volte alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico, nonché di un recuperato clima di fiducia e serenità nel rapporto tra assistito e operatore sanitario è intervenuta la Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli) re-



cante le *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”*

#### **Le principali novità introdotte dalla Legge**

La normativa in commento ha distinto la responsabilità civile della Struttura sanitaria rispetto a quella dell'esercente la professione sanitaria.

La Struttura sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale (ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.), mentre invece l'esercente la professione sanitaria risponde ai sensi dell'art.2043 c.c. e quindi a titolo di responsabilità extracontrattuale.

La distinzione, sostanziale negli effetti, implica non soltanto tempi diversi per la prescrizione del diritto al risarcimento (decennale in casi di responsabilità contrattuale, quinquennale in caso di responsabilità extra-contrattuale), ma anche un onere probatorio completamente differente e posto a carico della Struttura sanitaria solo per quanto attiene alla responsabilità contrattuale, mentre a carico del paziente nell'ipotesi di responsabilità extra-contrattuale.

Si alleggerisce, così, la posizione dell'esercente la professione sanitaria, che – ove non citato tempestivamente in giudizio – non potrà subire una condanna in ragione dello svolgimento della sua attività professionale.

I primi commenti alla legge in questione, tuttavia, hanno correttamente evidenziato come il mancato accertamento di una qualsivoglia responsabilità in capo al sanitario,

difficilmente potrà portare ad una condanna dell'Azienda per *“malpractice sanitaria”*; rimanendo in capo a quest'ultima – quasi a titolo di responsabilità oggettiva – la responsabilità nelle ipotesi delle infezioni nosocomiali, quali sintomo di una scarsa prudenza nella manutenzione delle strutture ospedaliere e nella gestione del paziente.

Si osserva, inoltre, come la legge in commento abbia introdotto rilevanti novità a fini penalistici in virtù della previsione dell'art.590-sexies c.p...

Il legislatore ha infatti stabilito che, ove *“..l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto..”*.

In altri termini, l'osservanza delle Linee guida e delle buone pratiche cliniche costituiscono una vera e propria scriminante nei confronti del sanitario che, dimostrando di averle seguite con specifico riferimento al caso concreto, andrà indenne dalla condanna.

Si ravvisa, anche in tale previsione, un intento di “salvaguardia” nei confronti di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella somministrazione delle migliori cure possibili ai pazienti; cercando di garantire quel clima di maggiore serenità, ovviamente mai scevro dal senso di grande respon-

sabilità che deve caratterizzare le professioni sanitarie, con cui si deve affrontare la quotidiana pratica assistenziale.

Il Legislatore, con la norma in commento, dimostra altresì di aver ben chiaro il problema del consistente contenzioso che ruota intorno alla questione della responsabilità professionale medica e, per l'effetto, con l'art.8 ha introdotto una disposizione che mira a ridimensionare la portata delle controversie in materia.

Più precisamente, sono previsti due strumenti conciliativi che si prefiggono l'obiettivo di chiudere il sinistro prima che lo stesso diventi un giudizio a cognizione ordinaria.

Conseguentemente il paziente o l'erede o l'esercente la potestà genitoriale che intende avanzare istanza di risarcimento danni per responsabilità professionale medica deve previamente proporre un ricorso ex art.696-bis c.p.c. oppure esperire la mediazione obbligatoria. La *ratio* della previsione riposa proprio nella volontà di trovare un accordo condiviso tra le parti che eviti il contenzioso e con esso l'incertezza della definizione della procedura, dovuta ai tempi lunghi del processo, nonché gli ingenti costi che tale attività processuale richiede.

Tra le novità introdotte con la normativa in commento merita attenzione quanto disposto in materia di assicurazione. Più precisamente, le strutture sanitarie possono scegliere tra assicurazione e autoassicurazione, ma la legge, in entrambi i casi, provvederà, direttamente o tramite decreti attuativi (da emanarsi entro 90 e 120 giorni dalla pubblicazione della legge stessa), a fissare le regole e le procedure che dovranno essere seguite nella stipula dei contratti e nella gestione dei sinistri.

L'esercente la professione sanitaria ha l'obbligo di assicurarsi, stipulando una polizza per "colpa grave".

Al paziente o l'erede o l'esercente la potestà genitoriale è consentito di esercitare l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione della Struttura sanitaria. Quest'ultima, in tali casi, è litisconsorte necessario e quindi deve obbligatoriamente prendere parte al processo. Se il giudizio è promosso direttamente contro l'assicurazione dell'esercente la professione sanitaria, quest'ultimo è litisconsorte necessario.

## **Le cause instaurate contro l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma sono ben 285**



Domenico Alessio

L'esercente la professione sanitaria deve essere informato del giudizio promosso contro la Struttura o l'Assicurazione e/o delle eventuali trattative a definizione dello stesso, entro 10 gg. dal ricevimento dell'atto introduttivo del giudizio o dall'avvio delle trattative mediante PEC o lettera raccomandata, a pena di decadenza dall'esercizio dell'azione di rivalsa da parte della struttura pubblica innanzi alla Corte dei Conti.

Degna di nota appare, altresì, la previsione dell'istituzione di un "Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria" che interverrà nei casi di risarcimenti eccedenti il massimale previsto nei contratti o di insolvenza delle Compagnie assicuratrici.

Importanti appaiono, infine, le disposizioni sancite dall'art.15 in materia di "*Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria*", laddove il Legislatore ha previsto che la Consulenza Tecnica di Ufficio sia affidata non soltanto ad un Medico legale ma anche ad uno o più specialisti nella disciplina oggetto del procedimento.

Ciò garantirà una visione a tutto tondo sul caso clinico sottoposto al vaglio della Magistratura e servirà a raggiungere la conoscenza della verità con maggiori garanzie per tutte le parti in causa.

A conclusione di questa sintetica disamina, non può non evidenziarsi come il Legislatore abbia principalmente voluto ricostruire un corretto equilibrio tra salute e sicurezza in un ritrovato clima di fiducia e di dialogo tra cittadini ed operatori sanitari.

Collaborazione Ufficio Legale  
Avv. Alessia Alesii  
Avv. Paola Baglio

# SPORT E BENESSERE, UN BINOMIO VINCENTE

di *Giuseppe Capua*

Praticare un'attività sportiva è fondamentale per la tutela della salute. Il movimento, e ancora meglio l'allenamento, sono considerati dalla stessa Organizzazione mondiale della sanità (Oms) una vera e propria terapia preventiva. Una sana e periodica attività fisica irrobustisce il cuore recando giovamento a tutto il sistema cardio-vascolare; rafforza muscoli, ossa e in generale tutto l'apparato locomotore; migliora l'efficienza del sistema immunitario; previene e riduce diabete, ansia e stress. Le persone attive vivono più a lungo e in età avanzata sono più autosufficienti e mentalmente più in forma. Una persona adulta dovrebbe fare almeno due ore e mezzo a settimana di attività fisica a intensità media o, in alternativa, un'ora e un quarto di movimento a intensità elevata. L'attività fisica ha, inoltre, un effetto positivo sul benessere psichico e sulla qualità della vita, poiché lo sport rappresenta un elemento di fondamentale importanza anche all'interno del contesto sociale. In un periodo storico nel quale molti ragazzi distruggono la loro esistenza

cercando accanitamente lo 'sballo', occorre porsi in netto contrasto con droga, alcool e fenomeni devianti come il bullismo. Lo sport, in questo senso, può e deve assumere un ruolo rilevante nella vita dei giovani, fungere da deterrente per chi cerca una scarica di adrenalina al di fuori delle regole. Sono convinto che, anche attraverso le varie attività sportive, possiamo formare cittadini migliori nel rispetto di sé e degli altri. A tal fine lo sport dovrebbe essere un valore da salvaguardare e allo stesso tempo da promuovere. Sarebbe importante configurare il sistema sportivo come sistema aperto, promuovendo attività multidisciplinari secondo una logica non strettamente riconducibile al primato del risultato e infrangere quella barriera di incomunicabilità che troppo spesso si innalza tra gli individui che abitano in grandi metropoli, come Roma. Da medico e presidente della Commissione ministeriale 'Vigilanza e controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive', ritengo che lo sport sia indispensabile per prevenire forme di devianza

**UN RUOLO  
NON LIMITATO  
AL FISICO. CHE  
LE ISTITUZIONI  
DEVONO  
VALORIZZARE**



Giuseppe Capua



connesse, come accennavo prima, all'abuso di droghe e alcool, ma anche per mettere un freno a problematiche legate al doping e al bullismo, questioni che interessano prevalentemente i giovani e che pongono dei seri punti interrogativi sul futuro delle nuove generazioni. Parlavamo prima dei benefici che può arrecare al nostro organismo l'attività sportiva, ma quando si compete ad alti livelli, la tentazione di ricorrere al cosiddetto 'aiuto' può essere molto alta. Tale pratica, tra l'altro, si sta diffondendo anche a livello amatoriale. Ecco allora che lo sport, da importante strumento di prevenzione, si trasforma artificialmente in qualcosa di molto pericoloso per il nostro corpo. È ampiamente documentato, infatti, che gran parte delle 'sostanze illecite' assunte dall'atleta per migliorare le prestazioni sportive, possono provocare aritmie cardiache, patologie cardiovascolari, accelerazione dell'aterosclerosi, insonnia, aggressività, anoressia, depressione, disturbi della sfera sessuale, morti improvvise. Pensate solo che in caso di assunzione di Epo per brevi o lunghi periodi, il rischio di trombosi e ictus aumenta del 400%. L'Eritropoietina è molto utilizzata come doping degli atleti, in particolare negli sport di fondo, come ad esempio il ciclismo e lo sci, in quanto tende ad aumentare il livello di globuli rossi nel sangue. Tuttavia, le differenze di performance tra gli atleti sono minime: frazioni di secondi nelle prove di velocità, pochi secondi in quelle di fondo. Il migliore strumento di prevenzione del doping si realizza nel far diventare l'attività antidoping parte della coscienza individuale di quanti s'impegnano a qualsiasi livello e con qualsiasi funzione

nello sport. In primo luogo è fondamentale fare una buona informazione al fine di dissuadere gli atleti o i semplici amatori a far uso di sostanze proibite. Potrà sembrare un paradosso, ma proprio lo sport, con le sue regole e i suoi valori e con una gestione più responsabile degli atleti da parte di istruttori e allenatori, può trasformarsi in un vero antidoto contro il doping. Una corretta e costante attività fisica può rappresentare una soluzione anche per il diffuso fenomeno del bullismo, che da diverso tempo viene riconosciuto come uno spiacevole aspetto della vita scolastica. La caratteristica più evidente del comportamento da 'bullo' è chiaramente quella dell'aggressività rivolta verso i compagni, ma molto spesso anche verso i genitori e gli insegnanti. I bulli hanno un forte bisogno di dominare gli altri e rivolgono spesso le loro 'attenzioni' verso i più deboli. Oggi la questione dell'aggressività ha assunto un enorme rilievo sociale, psicologico e psico-pedagogico. Lo sport può aiutare a controllare tale aggressività, convogliando e catalizzando le pulsioni violente verso altri tipi di comportamento, più sani e in armonia con il vivere civile. Non solo. Essere inseriti in un gruppo sano e sentirsi parte di un gioco di squadra, può aiutare gli insicuri, e come tali possibili vittime dei bulli, a rafforzare la propria identità con l'acquisizione di una maggiore sicurezza di sé. In definitiva, credo che lo sport debba essere considerato in maniera globale, in tutte le sue sfaccettature, perché sono convinto che esso può davvero rappresentare un potentissimo volano, non solo per la nostra salute psico-fisica, ma anche, se non soprattutto, per il benessere della nostra società.

# IL LASER VERDE CHE SALVA LA PROSTATA

L'INNOVAZIONE BIOMEDICALE SOSTENIBILE  
PER IL PIU' DIFFUSO DISTURBO UROLOGICO MASCHILE

di *Martina De Vivo*

L'aumento di volume della prostata (tecnicamente, Iper-trofia o Iperplasia Prostatica Benigna – IPB) è una delle patologie più diffuse tra la popolazione maschile, seconda solo all'ipertensione arteriosa.

Strettamente legata all'invecchiamento, colpisce circa il 50% degli uomini in età compresa tra 51 e 60 anni e fino al 90% degli ultraottantenni, con una stima complessiva di 7 milioni di uomini in Italia e di oltre 110 nel mondo.

La dimensione della patologia, insieme al progressivo e generalizzato innalzamento dell'età media ne fanno, comprensibilmente, uno dei "grandi problemi" per i Sistemi Sanitari di vari paesi.

Per inquadrare clinicamente il tema va ricordato che la prostata è una piccola ghiandola - situata davanti al retto e sotto la vescica - attraverso cui passa l'uretra, il condotto che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno. Il suo ingrossamento, che si verifica normalmente proprio nella zona centrale, determina la compressione dell'uretra e ostacola

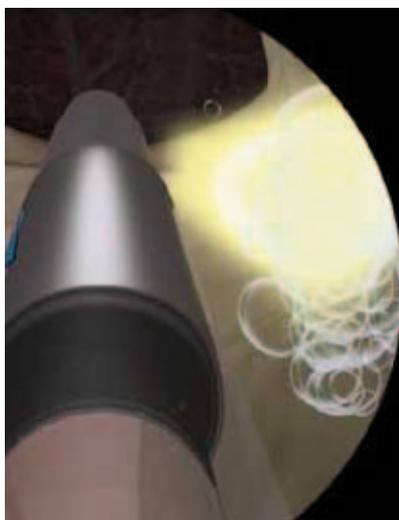
il passaggio dell'urina. Questo provoca molteplici sintomi che, se non adeguatamente trattati, possono provocare infezioni, insufficienza renale e calcolosi renale.

Le prime terapie per fronteggiare la patologia sono, di norma, farmacologiche. Quando però l'utilizzo dei farmaci non si dimostra efficace, si ricorre all'intervento di "resezione transuretrale della prostata" (TURP), con una procedura chirurgica che prevede l'utilizzo di un filo metallico riscaldato elettricamente per eliminare il tessuto in eccesso. L'evoluzione costante delle tecnologie biomedicali ha però consentito di sviluppare nuove metodiche meno invasive, finalizzate anche a ridurre le possibili complicanze e i tempi di degenza.

Come la nuova terapia laser GreenLight™, già adottata da 49 Centri sul territorio nazionale (così come riportato in figura), che consente una "vaporizzazione fotoselettiva" della prostata (PVP – Photoselective Vaporization of Prostate) con un raggio laser a luce verde. "La vaporizza-



**COLPITI  
SETTE MILIONI  
DI UOMINI  
IN ITALIA  
E 110 MILIONI  
NEL MONDO**



fotovaporizzazione laser

zione viene denominata fotoselettiva poiché la lunghezza d'onda di 532 nm presenta un'altissima affinità verso il pigmento rosso, rappresentato dall'emoglobina nel sangue, pertanto il laser agisce direttamente sul tessuto non disperdendosi nell'ambiente acquoso, rendendolo così altamente e rapidamente efficace."

Il raggio laser verde, introdotto nel pene attraverso lo strumento endoscopico, raggiunge l'area ipertrofica e vaporizza il tessuto in eccesso consentendo così l'apertura del canale uretrale senza generare sanguinamento: il raggio laser verde coagula infatti istantaneamente i vasi dell'area trattata, consentendo di operare in tutta sicurezza anche pazienti ad alto rischio emorragico, spesso sottoposti a terapie con anticoagulanti.



ambiente chirurgico simulato

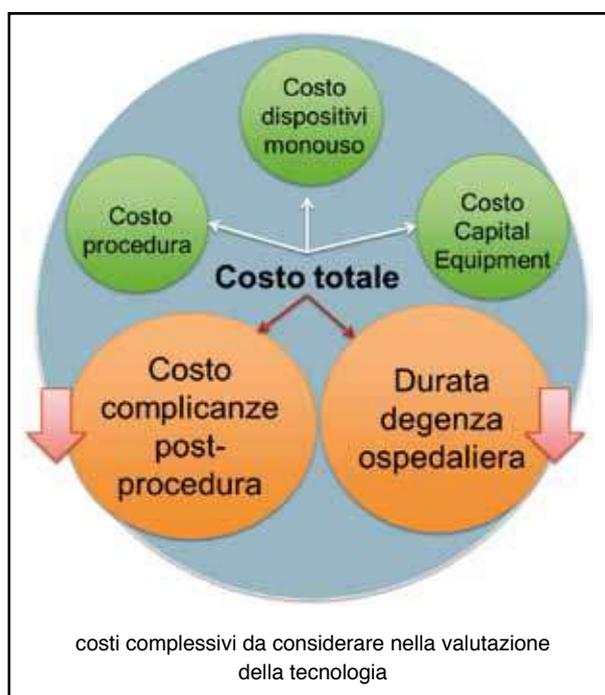
I benefici clinici della terapia con il laser verde nel trattamento dell'ipertrofia prostatica sono confermati da innumerevoli studi e pubblicazioni scientifiche. E' ampiamente dimostrato infatti che questo intervento ha efficacia clinica pari alla tradizionale procedura di resezione transuretrale (TURP), presentando però un minor numero di eventi avversi, tempi ridotti di cateterizzazione, ridotto sanguinamento e tempi di recupero complessivamente più rapidi, con degenze più brevi.

Nella valutazione complessiva della nuova terapia rientra, inoltre, il parametro economico, un aspetto niente affatto marginale.

La fotovaporizzazione con GreenLight™ è costo-efficace se confrontata alla TURP, mostrandosi dunque vantaggiosa anche sotto il profilo economico. Le considerazioni sui costi di una nuova procedura devono infatti andare oltre l'investimento in attrezzatura, e comprendere anche i costi della procedura, e, ancora più importanti, quelli

eventualmente generati dalle complicazioni post-procedurali e dalla lunga degenza ospedaliera.

Nel caso della terapia laser GreenLight™ la valutazione più importante in termini di costo non deve riguardare il solo dispositivo, ma deve tenere conto dei comprovati tempi di recupero (-26.8 h per il raggiungimento di una condizione di stabilità di salute GL vs TURP,  $p < 0.001$ ) e di degenza ridotti (-31.4 h di degenza GL vs TURP,  $p < 0.001$  nel più grande studio multicentrico randomizzato Europeo, 29 Centri, 9 Paesi – studio GOLIATH), oltre che del minor numero di complicazioni post-chirurgiche, elementi che favoriscono un significativo ritorno sugli investimenti (ROI).



Tuttavia, nonostante i documentati benefici clinico-economici, in Italia, l'esecuzione di questo intervento trova ancora molte difficoltà di attuazione a causa delle procedure di rimborso agli Enti Ospedalieri. In particolare, gli interventi in regime di Day Hospital, vantaggiosi sotto il profilo dell'efficienza ospedaliera, sono purtroppo "disincentivati", in quanto le tariffe del corrispondente DRG (*l'attuale sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera in Italia*) non consentono di coprire adeguatamente i costi della procedura stessa. La tariffa di riferimento nazionale per il regime di Day Hospital è infatti pari a € 1.109, mentre quella per il regime di ricovero ordinario è pari a € 2.652. Tali tariffe sono tuttavia soggette a variazioni nelle singole realtà regionali.

A riprova del vantaggio economico di questa procedura, va anche ricordato che nel giugno 2016 la terapia laser GreenLight™ ha ricevuto una raccomandazione positiva dal NICE inglese (*National Institute for Health and Care Excellence*), una delle più prestigiose istituzioni interna-



**ABRUZZO:**

Osp. San Salvatore (L'Aquila)  
 Osp. San Pio (Vasto) Osp. SS Annunziata (Chieti)  
 Osp. di Pescara (Pescara)

**CALABRIA:**

CDC Romolo Hospital (Rocca di Neto)

**CAMPANIA:**

Osp. Cardarelli (Napoli)

**EMILIA ROMAGNA:**

Arcispedale S. Maria Nuova (Reggio Emilia)  
 Hesperia Hospital (Modena)  
 Osp. Ercole Franchini (Montecchio)  
 Osp. S. Maria delle Croci (Ravenna)  
 CDC Montanari (Morciano di Romagna)

**FRIULI VENEZIA GIULIA:**

Osp. S. Maria degli Angeli (Pordenone)

**LAZIO:**

Osp. Sant'Andrea (Roma)  
 CDC Sanatrix (Roma)  
 Osp. S. Giovanni (Tivoli)  
 Policlinico Tor Vergata (Roma)  
 CDC Nuova Villa Claudia (Roma)  
 Fondaz. Policlinico Gemelli (Roma)  
 UCP Villa Tiberia (Roma)  
 CDC S. Maria di Velletri (Velletri)

**LIGURIA:**

Osp. Evangelico Internazionale di Voltri (Genova)  
 Osp. San Bartolomeo (Sarzana)

**LOMBARDIA:**

Nuovo Osp. Civile (Legnano)  
 AO Bolognini di Seriate (Lovere)  
 Osp. Maggiore di Lodi (Lodi)  
 Spedali Civili di Brescia (Brescia)

**MARCHE:**

CDC Villa dei Pini (Civitanova Marche)

**PIEMONTE:**

Osp. Santa Croce e Carli (Cuneo)  
 Osp. Cardinal Massaia (Asti)  
 AO Maggiore della Carità (Novara)  
 Città della Salute (Torino)  
 Osp. San Lazzaro (Alba)  
 Osp. San Giacomo (Novi Ligure)  
 Piccola Casa della Divina Provvidenza (Cottolengo)  
 Osp. San Giovanni Bosco (Torino)

**PUGLIA:**

Osp. Santa Maria Spa (Bari)  
 Policlinico di Bari (Bari)

**SARDEGNA:**

Osp. SS Trinità di Cagliari

**SICILIA:**

Policlinico di Catania (Catania)  
 AO OR Villa Sofia Cervello (Palermo)  
 AO Papardo (Messina)

**TOSCANA:**

CDC Barbantine (Lucca)  
 CDC Ulivella e Glicini (Firenze)  
 Osp. San Luca di Lucca (Lucca)  
 CDC Rugani (Monteriggioni)

**TRENTINO ALTO ADIGE:**

Osp. Di Rovereto (Rovereto)

**VENETO:**

CDC Giovanni XXIII (Monastier)  
 Osp. Ca' Foncello (Treviso)  
 Osp. Bassano del Grappa (Bassano d/G)

Centri utilizzatori della tecnologia GreenLight™ sul territorio nazionale

zionali in ambito sanitario. Nella sua valutazione, seppur riferita alla Gran Bretagna, il NICE ha rilevato che l'adozione del sistema GreenLight™ XPS per il trattamento dei pazienti non ad alto rischio può ridurre significativamente i costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Il NICE ha stimato, infatti, che una più ampia adozione di questa tecnologia rispetto al trattamento chirurgico tradizionale

(TURP), si tradurrebbe in un risparmio per il Servizio Sanitario Inglese da 2.3 milioni a 3.2 milioni di Sterline all'anno, effettuando il trattamento in regime di Day Hospital. In linea con la posizione del NICE, la British Association for Day Case Surgery (BADS 2013) ha auspicato che nei prossimi 5 anni più del 90% delle chirurgie urologiche possa essere effettuato in regime di Day Hospital.



# ROSA<sup>®</sup> Brain

L'INNOVAZIONE  
ROBOTICA NELLA  
NEUROCHIRURGIA

**KASTER**  
*Medical Technology*

# “VIVERE MEGLIO, PROFILASSI PER ECCELLENZA”

di *Katrin Bove*

“Che la salute sia una priorità assoluta, ce lo tramandano finanche i motti popolari. La svolta di questi anni, tuttavia, è fondamentale. Si passa da un approccio in cui il target delle politiche sanitarie restava in ultima analisi essenzialmente l'individuo tout court a una visione più ampia. La nostra convinzione è che le strategie in questo campo non possano più prescindere da un'azione finalizzata al benessere complessivo della società, in un'ottica di sviluppo ecosostenibile”.

Roberto Race, segretario generale del laboratorio di idee Competere, ha rappresentato l'Italia per il B20 Health Initiatives alla recente Conferenza sulla Salute di Berlino. Un confronto in ambito G20, a cui i rappresentanti del business di settore sono arrivati ben preparati. Un lavoro di quasi cinque mesi, che ha coinvolto un centinaio di imprese provenienti da 24 paesi. L'indicazione di percorso, nelle linee generali, ha sollecitato “sistemi sanitari più resilienti, sostenibili, accessibili ed orientati al futuro”.

- **Vivere meglio, insomma, è la profilassi per eccellenza?**
- Infatti! Si tratta, d'altra parte, di applicare alla problematica della salute la filosofia di carattere più generale, spesso prospettata quando ci si propone di ridurre il fenomeno delle grandi migrazioni planetarie. Aiutare le popolazioni 'a casa loro'. Il B20 Health Initiatives, al riguardo, è alieno da qualsiasi demagogia. Non vogliamo inseguire castelli in aria, ma solo promuovere la diffusione del concetto di salute per tutti, in maniera pragmatica e incisiva.
- **I tempi non sembrano propizi. Il clima di tensione internazionale, la minaccia terroristica, ma, nel caso specifico, anche i rischi di passi indietro sul**

**fronte sanitario. Il risorgere di patologie che sembrano sconfitte dal progresso scientifico...**

- Giusto. Lo ha rimarcato anche il presidente del B20, Jurgen Heraeus, quando ha sottolineato fenomeni come l'incremento di malattie croniche, da quelle cardiache al cancro e agli ictus, e il riemergere dei rischi di malattie trasmissibili nonché resistenti ai farmaci. Su questi fronti abbiamo assistito negli ultimi tempi a due fenomeni, entrambi negativi. L'enfasi mediatica che ha spesso esteso oltre misura timori e preoccupazioni per casi rivelatisi fin dall'inizio circoscritti, e, sull'altro piatto della bilancia, la sensazione che, laddove davvero si sviluppasse una pandemia, saremmo impreparati ad affrontarla.
- **Come se ne esce?**
- Innanzitutto con un atteggiamento più responsabile, a cominciare da quanti, ai vertici degli stati maggiori, hanno il compito di guidare le nostre comunità. Occorre declinare una solidarietà che finisce, peraltro, per trasformarsi in vantaggio anche economico per chi ne è protagonista. Torniamo all'obiettivo strategico: favorire il riequilibrio economico-sociale. In fin dei conti, è quanto accaduto parzialmente con la globalizzazione, processo che non è stato adeguatamente guidato, ma che ha visto crescere esponenzialmente i livelli di vita, e conseguentemente gli standard salutistici, di miliardi

**Parla Roberto Race,  
rappresentante italiano  
per B20 Health Initiatives  
al confronto sulla salute  
al G20 di Berlino**



Roberto Race

foto di: Oliviero Toscani



di persone. L'auspicio è che la stessa cosa, ma con una armoniosa pianificazione basata sul dialogo e la condivisione, avvenga per aree critiche, come quella africana.

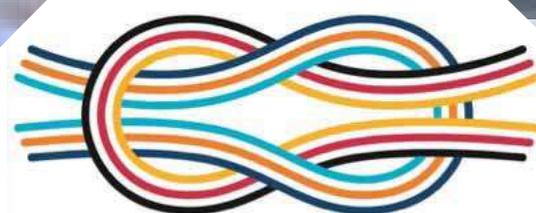
- **Converrà che enunciare degli intenti è agevole. Quello che è difficile, lo dimostra la storia, è metterli in pratica!**
- Non dobbiamo trascurare le novità poste dalla moderna evoluzione tecnologica: la rivoluzione digitale, la robotica, internet delle cose. Fonti autorevoli ci dicono che soltanto attraverso un migliore uso dei Big Data nella sanità si potrebbe generare a livello mondiale un risparmio da un minimo di 250 a un massimo di 400mila miliardi di euro ogni anno. Significa che i mezzi oggi disponibili ci consentono di ridurre i costi, aumentare gli ambiti operativi, proporci opere di sostegno su basi ragionevoli anche sul piano finanziario, fondate sullo sviluppo di partnership, sul trasferimento tecnologico, sull'interazione di culture e di saperi, dalla buona alimentazione ai regimi di vita in generale. Uno scambio da cui anche l'Occidente ricaverrebbe dei vantaggi, visto le degenerazioni cui ci hanno condotto certi moderni stili di vita.

- **Ritiene che il sistema sanitario italiano possa inserirsi con successo in questa auspicabile svolta?**
- Sicuramente. Abbiamo la tendenza a piangerci addosso, ma la verità è che l'Italia è un modello per gli operatori economici del settore. Abbiamo strutture di eccellenza nel mondo ospedaliero e sanitario "tradizionale": dal Gruppo San Donato, con realtà come il San Raffaele a Milano, a piccole eccellenze come le cliniche Mediterranea e Ruesch a Napoli, fino a strutture operanti in altri settori ma che stanno realizzando innovazioni importanti proprio sul fronte della salute.
- **A esempio?**
- Due imprese medio-piccole eccellenti nella loro nicchia di mercato: la logistica sanitaria inventata dalla Zanardo e l'applicazione ideata dal team It di Protom, che utilizza la realtà immersiva per la riabilitazione.
- **Ci spieghi meglio. Partiamo dalla prima.**
- La logistica è parte integrante di tutta la rivoluzione industriale 4.0. In quest'ottica si inquadra Log-Os, la Logistica Ospedaliera inventata da qualche anno dalla Zanardo, un importante operatore del settore. Zanardo ha messo al centro del processo il cliente,

che in questo caso per loro è il paziente, all'interno di un processo di supply chain che inizia dal momento del suo ricovero, e quindi con la prima prescrizione medica, e finisce con la somministrazione di medicinali e altro. Un processo tutto tracciato, per garantire sicurezza, efficienza ed economicità alla sanità. Zanardo lo realizza grazie a un modello di Industria 4.0 della logistica realizzato internamente. Sistemi software di gestione, hardware, interconnessione reti, modelli di robot o carrelli intelligenti e, ancor più importante, una accurata formazione del personale sanitario. Ecco come chi si occupa di logistica, di fatto, può contribuire a modificare e migliorare l'industria sanitaria.

- **E Protom? Quale la sua innovazione?**

- Si tratta di una realtà leader a livello internazionale nei servizi avanzati di ingegneria e consulenza per lo sviluppo di progetti e soluzioni ad alto grado di innovazione. Protom ha messo al servizio del settore healthcare le proprie competenze nell'ambito della realtà aumentata e virtuale, cavalcando un trend che nei prossimi anni è destinato a crescere grazie ad una nuova visione della riabilitazione neuropsicomotoria, con una serie di modelli di esercizio che affrontano problemi relativi alla disabilità di natura motoria, cognitiva e sensoriale, permettendo così di superare la monotonia spesso ricorrente in una terapia riabilitativa. La realtà virtuale può, dunque, essere impiegata per intervenire su funzioni deficitarie o sull'esecuzione di attività motorie. Può inoltre costituire un prezioso strumento per intervenire su aspetti più globali legati al benessere, al grado di partecipazione e all'autonomia della persona con disabilità.



**G20 GERMANY 2017**  
BUSINESS 20 DIALOGUE



# Anziani

## Tra ospedale e territorio

*PARLA IL PROFESSOR FIMOGNARI, NEO PRESIDENTE DELLA SIGOT,  
SOCIETA' ITALIANA DI GERIATRIA*

di Renato Pedullà

Il professor Filippo Luca Fimognari è direttore Unità operativa complessa di Geriatria dell'Azienda ospedaliera di Cosenza. Di recente ha cominciato il suo mandato alla presidenza della Sigot, la Società italiana di geriatria ospedale territorio, destinato a concludersi nel 2020.

- **Professor Fimognari, che ruolo ha la Sigot nel panorama geriatrico nazionale?**
- La Sigot è la società storica dei Geriatri ospedalieri italiani. E' nata nel 1986 da un' intuizione del professor Massimo Palleschi, per anni primario geriatra all' Ospedale S. Giovanni Addolorata di Roma, che poi è stato, per un lungo periodo, il primo presidente. All' epoca si chiamava solo Sigo ed era limitata ai Geriatri ospedalieri. L' idea fondante era quella di rappresentare gli interessi legittimi dei Geriatri ospedalieri e soprat-

tutto di promuovere il miglioramento dell' assistenza ospedaliera dei pazienti anziani, puntando l' attenzione scientifica su alcune problematiche cliniche caratterizzate da immediata ricaduta applicativa. Già negli anni Ottanta, infatti, si cominciò a capire che questo segmento di popolazione ospedaliera, cioè gli anziani, era destinato a crescere inesorabilmente, come poi è avvenuto. In anni molto recenti è infine avvenuta la trasformazione in Sigot, cioè l' apertura della società scientifica ai Geriatri che lavorano fuori dall' ospedale, nel territorio, e che svolgono un ruolo altrettanto cruciale nell' assistenza complessiva agli anziani.

- **Ritiene ci sia stato il miglioramento dell' assistenza ospedaliera agli anziani auspicato dalla SIGO?**
- Il fatto acclarato è il continuo incremento dell' aspet-



tativa di vita, un indicatore che si basa sul numero di decessi avvenuti in un anno, che ovviamente riguarda soprattutto gli anziani. L' Italia è uno dei Paesi con la maggiore aspettativa di vita e quindi è uno dei Paesi più vecchi del mondo. E' difficile stabilire perché la gente viva di più e di chi sia il merito, ma gli esperti sono concordi nell' affermare che il miglioramento dell' assistenza, anche quella geriatrica, e l' universalità delle cure abbiano svolto un ruolo cruciale. Per quanto riguarda l' assistenza geriatrica ospedaliera, si può affermare che, pur tra mille difficoltà e inadeguatezze, l' accuratezza diagnostica, l' intensività e la disponibilità della cure non sono paragonabili con quello che veniva garantito agli anziani in ospedale anche solo 30 o 40 anni fa. Oggi è normale operare di frattura di femore o di tumore del colon un paziente di 85 anni, mentre 30 anni fa era considerata una follia. Il problema è quello di tenere il passo con questa rivoluzione demografica che la medicina stessa ha innescato, cioè essere in grado di continuare ad assistere un crescente numero di anziani in ospedale e nel territorio senza scadere nell' accanimento terapeutico da un lato o nell' ageismo rinunciatario dall' altro. Le immagini di barelle nei pronto soccorso dei grandi ospedali ci fanno venire qualche dubbio sulla tenuta del sistema sanitario rispetto a questa sfida epocale, i cui numeri fanno il paio con l' altra grande sfida globale, quella dell' immigrazione.

- **Qual è il ruolo delle società scientifiche geriatriche oggi e quali sono gli obiettivi che lei si propone di realizzare durante la sua presidenza?**
- Credo sia molto importante l' interlocuzione costante con le istituzioni, soprattutto quelle centrali, alle quali dobbiamo proporre alcuni temi che riteniamo fondanti per l' assistenza geriatrica, come l' aumento del numero di reparti ospedalieri di Geriatria, il miglioramento

delle cure territoriali e dei percorsi di continuità ospedale-territorio, la creazione di un maggior numero di Geriatri. E' cruciale la narrazione della nostra disciplina, che avviene nei nostri congressi e nella nostra comunicazione sociale, cioè l' arte difficile di spiegare ai cittadini, ai media ed anche ai decisori politico-amministrativi che cos'è la Geriatria, di che cosa si occupa, quali pazienti cura e come lo fa. Infine, dobbiamo continuare la costruzione di una grande rete scientifica nazionale della Geriatria italiana, perché le istanze che vogliamo difendere presso le istituzioni devono essere sostenute da forti evidenze scientifiche. Su molti di questi temi è fondamentale la collaborazione con altre società scientifiche.

- **In poche battute, che cosa suggerirebbe ai decisori politico-amministrativi, a nome della Sigot?**
- Come già stiamo facendo in varie sedi, vorrei suggerire di non cercare facili scorciatoie, che non sono mai mancate nei peggiori programmi politico-amministrativi, del tipo che per risolvere il problema dell' assistenza geriatrica è sufficiente il potenziamento del territorio, magari bilanciato dal taglio scriteriato di posti letto ospedalieri per risparmiare un po' di risorse pubbliche. Vorrei ricordare che su cento codici rossi di pronto soccorso, più di 60 sono anziani; che l' Italia e la Gran Bretagna sono tra i Paesi europei con il minor numero di posti letto ospedalieri; che proprio sull' autorevole "British Medical Journal" si è sostenuto che *"...ulteriori riduzioni nei posti letto ospedalieri nella vana speranza che aumentando i servizi territoriali si riducano i ricoveri potrebbe rivelarsi potenzialmente pericoloso per la cura dei pazienti anziani"*. La rivoluzione demografica dell' invecchiamento non consente scorciatoie e la cura dei pazienti anziani deve reggersi su due gambe ugualmente robuste e ben coordinate, le cure territoriali da un lato e l' ospedale dall' altro.



# OMS

## La sfida è globale

di Nicoletta Dentico

Dal legame tra ambiente e salute alla resistenza dei virus ai farmaci antibiotici, le nuove sfide che il neo direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'etiopese Tedros Adhanom Ghebreyesus, si troverà ad affrontare sono numerosi.

Già ministro della salute in Etiopia dal 2005 al 2012, e poi ministro degli esteri dal 2012 al 2016, Tedros Adhanom Ghebreyesus è uomo di mondo, saldamente affermato nel circuito della diplomazia internazionale che si occupa di rapporti nord-sud. In un tempo in cui l'agenda della salute globale ha sempre più voce in capitolo nella politica internazionale, il prestigio di Tedros (così ormai lo chiamano tutti) attinge prima di tutto alle riforme sanitarie introdotte nel suo Paese a favore delle fasce più vulnerabili e soprattutto dei bambini, quindi all'aver presieduto il board del Fondo globale contro l'aids, la tubercolosi e la malaria. In qualità di ministro degli esteri ha esercitato poi un ruolo decisivo nel negoziato internazionale noto come *Addis Abeba Action Agenda*, il faticoso round che

nel 2015 ha anticipato di poche settimane l'accordo sugli obiettivi dello sviluppo sostenibile, con l'intento di blindare un piano di impegno globale per il finanziamento, appunto, dello sviluppo sostenibile fino al 2030.

L'elezione del nuovo direttore generale demarca una novità procedurale, che è uno degli esiti positivi del processo di riforma dell'Oms. Per la prima volta, in settant'anni di storia, l'intera assemblea generale degli Stati membri ha partecipato con voto segreto all'elezione della leadership dell'organizzazione. Fino all'elezione di Margaret Chan, dieci anni fa, solo i 33 membri del Consiglio esecutivo erano delegati a questa responsabilità. Il margine amplissimo di vittoria di Tedros si presta a diverse e inedite letture, ma di sicuro è il frutto di una sorta di alleanza transcontinentale del sud del mondo che nessun analista aveva previsto o in qualche modo anticipato.

Il combinato disposto della riforma manageriale dell'Oms (ancora in atto dal 2011), della devastante epidemia di Ebola in Africa occidentale (2014-2015) e del pericoloso

virus Zika che dall' America Latina è risalito fino all'America Centrale e agli Stati Uniti (2015-2016), ha fortemente contribuito a rimodulare negli ultimi anni la strategia dell'Oms. Più volte la capacità d'impatto dell'agenzia è stata messa in discussione in particolar modo dai Paesi donatori, alle cui scelte programmatiche tuttavia è vincolato l'80% del finanziamento dell'Oms, a discapito di attività rispondenti al mandato normativo, vitali per l' autorevolezza e la rilevanza dell'organizzazione.

I numerosi errori e ritardi nella gestione dell'Ebola hanno dato all'agenzia il colpo di grazia. In verità, il fallimento è stato più volte conclamato dalla stessa ex direttrice Chan, incluso nel suo ultimo intervento all'assemblea del maggio scorso. Solo in parte però sono state chiamate per nome le ragioni che hanno determinato l'inerzia dell'Oms, tra priorità di ricerca trascurate in passato ed esiguità di risorse e di personale competente. Come un personaggio in cerca di autore, l'Oms oggi si dimena in cerca di una nuova appetibilità che le porti prestigio e, così, fondi per colmare il buco finanziario che la depotenzia (500 milioni di dollari solo nel 2017). Non sorprende pertanto che la narrazione intergovernativa sulle priorità di salute globale veda affermarsi sempre di più la cultura della sicurezza sanitaria e della preparazione agli interventi di emergenza come forma di assicurazione per gli stati membri, malgrado il rischio per l'Oms di dover riorientare tratti del mandato e delle scelte organizzative.

Molti delegati hanno inasprito l'apprensione diplomatica rispetto alle conseguenze sanitarie della globalizzazione, come si è visto a più riprese nel corso dei dibattiti di Ginevra. Nuove crisi sanitarie potrebbero maturare in tempi non troppo lontani, è sotto gli occhi di tutti. Gli effetti dei cambiamenti climatici sono destinati ad aggravare l'ascesa già incontrollata delle malattie non trasmissibili, e ad accanirsi sulle fasce più a rischio della popolazione come i bambini, le persone anziane, le donne in gravidanza, le persone economicamente più vulnerabili. Gli studiosi americani stanno conducendo ricerche molto qualificate in merito.

Oltre al legame fra ambiente e salute, una delle priorità della 70ma assemblea ha riguardato la resistenza dei virus ai farmaci antibiotici (*antimicrobial resistance*, Amr), un fenomeno complesso che colpisce inesorabilmente, seppure con dinamiche diverse, il nord e il sud del pianeta. L'azione su Amr richiede interventi urgenti di natura politica, oltre che

**Dalla riforma dell'Oms all'accessibilità ai farmaci e ai rapporti tra sanità, ambiente e globalizzazione: l'agenda di Ghebreyesus**

## L'elezione di un africano alla direzione generale dell'Organizzazione mondiale della sanità segna una svolta ma non garantisce il cambiamento

tecnico-scientifica, su più fronti. Ci sono 700mila persone che muoiono ogni anno a causa dell'insorgenza di ceppi virali sempre più impertinenti e resistenti (se ne prevedono 10 milioni nel 2050), e dell'inefficacia degli antibiotici dovuta anche a cattive pratiche di somministrazione, certo. Ma ancora più cogenti solo le implicazioni legate all'uso parossistico di antibiotici nell'allevamento industriale degli animali, che poggia sui profitti delle grandi multinazionali, non solo quelle farmaceutiche.

Il nuovo direttore dovrà cimentarsi sul difficile terreno di queste vecchie e nuove sfide, nella declinazione di un mandato oggettivamente ostico e per di più in un organismo davvero complesso che abbraccia uffici regionali nei cinque continenti. Alcuni delicati dossier hanno esasperato i rapporti di forza dentro l'organizzazione. A esempio il tema che potremmo definire dei *determinanti commerciali* della salute, la crescente prevalenza su scala globale di malattie croniche come il diabete e l'obesità, i rapporti fra Oms e attori non statali come il mondo del *corporate* globale e i potenti attori del *filantro-capitalismo* (Bill Gates e non solo). Per non parlare della vecchia e sempre spinosa questione dell'accesso ai farmaci essenziali: una liturgia di risoluzioni e raccomandazioni che ancora oggi, dopo vent'anni, il segretariato dell'Oms spinge sotto il tappeto come la polvere, per non irritare sensibilità di Paesi influenti. Intanto, il prezzo dei nuovi farmaci svetta sempre più in alto e le condizioni dell'accesso si restringono, anche nei Paesi ricchi.

E' un caso che la prima dichiarazione di impegno politico di Tedros sia stata quella di portare finalmente anche dentro l'Oms la discussione sul rapporto dell'High Level Panel del segretario generale dell'Onu proprio sul tema dell'accesso ai farmaci? Forse l'elezione del nuovo direttore dell'Oms sottende all'attesa di nuovi equilibri da mettere in campo. Chissà. Con l'aria che tira nei circuiti ristretti della diplomazia mondiale resta difficile prefigurare se la nuova leadership africana sarà in grado di incarnare la discontinuità necessaria, alla luce del sorprendente e fragoroso risultato elettorale. Anche l'effettiva tenuta della presunta e inedita unità transcontinentale dei sud del mondo è tutta da verificare, nel momento in cui gli Stati membri dell'Oms si troveranno a duellare per l'ennesima volta intorno alle questioni dirimenti in agenda. Su cui si giocano partite che riguardano solo marginalmente la salute.

# PROGETTO LIFEPAATH

## DISEGUAGLIANZE E SALUTE

di Michele Bellone\*

Longevità, vita sana e incidenza di malattie sono legate alle condizioni sociali in cui una persona nasce e cresce. A gravare sulla salute non è soltanto il declino di queste condizioni, ma anche il divario sempre più ampio fra chi è in grado di adottare uno stile di vita sano e può scegliere dove vivere, e chi invece non se lo può permettere, finendo quindi con l'indulgere in alcol, fumo e cattiva alimentazione, oppure essendo costretto ad abitare in quartieri malsani, trafficati, se non addirittura asfissati da discariche e poli industriali. Non è ancora chiaro, però, quali siano i processi biologici che cambiano al variare delle condizioni socioeconomiche né se questi processi siano influenzati da elementi intermediari come il fumo o l'attività fisica oppure se ci sia anche un effetto diretto sulla biologia, e quindi sulla salute, delle persone.

Studiare queste connessioni è l'obiettivo del progetto Lifepath, intrapreso nel 2015 e ora nel pieno della sua attività di ricerca. Finanziato dall'Unione europea nell'ambito del programma Horizon 2020, Lifepath è un consorzio (che include scienziati, economisti ed esperti di scienze sociali e di politiche sanitarie di diversi Paesi) che ambisce a raccogliere dati e informazioni sufficienti a migliorare gli sforzi orientati alla riduzione delle disuguaglianze nella salute.

Un tema, quest'ultimo, che è stato al centro della dodicesima edizione del Festival dell'Economia di Trento, alla quale hanno partecipato alcuni membri di Lifepath per

presentare i risultati ottenuti finora dal progetto. E per sottolineare il profondo legame esistente fra disuguaglianze di salute e i cosiddetti determinanti sociali della salute, cioè le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano.

“Sappiamo che è possibile invecchiare restando in buona salute ma ciò è più probabile che avvenga fra persone con una condizione socioeconomica alta”, ha spiegato Paolo Vineis durante il suo intervento a Trento. Professore di epidemiologia ambientale presso l'Imperial College di Londra, e responsabile dell'Unità di epidemiologia genetica e molecolare della Fondazione HuGeF, Vineis è il coordinatore di Lifepath. “Quello che vogliamo capire meglio è perché ciò avvenga, in modo che invecchiare in maniera salutare possa diventare una realtà per tutti e non solo per i membri più ricchi della società”.

Invecchiare in salute non è un problema confinato alla terza età, ma un processo che inizia fin dalla nascita, se non addirittura prima, e che è influenzato dalle condizioni sociali ed economiche nelle quali si nasce. Queste sono le due ipotesi che guidano la ricerca di Lifepath. Alle quali se ne aggiunge una terza di tipo metodologico: l'impatto di fattori ambientali, comportamentali e sociali sulla salute delle persone si esprime attraverso diverse modifiche biologiche che possono essere analizzate con le più moderne tecniche di trascrittomica, proteomica e metabolomica. La salute, secondo i membri del consorzio, andrebbe studiata come una curva che varia al passare del tempo, un vero e proprio percorso con una sua traiettoria, caratte-

//

**INVECCHIARE  
BENE NON E'  
UN IMPEGNO  
DA CONFINARE  
ALLA TERZA ETA'**

//



rizzata da una fase di crescita e da una di declino. I fattori socioeconomici influiscono sull'andamento e la ripidità di queste fasi, influenzando quindi il massimo di salute ottenibile, la rapidità con cui un certo livello di benessere viene raggiunto e la velocità con cui declina nel corso dell'invecchiamento. In questo senso, i primi anni di sviluppo hanno una grande importanza nel definire l'andamento della curva della salute. "Le disuguaglianze sociali ed economiche in questo periodo della vita provocano disuguaglianze nell'istruzione, che a sua volta ha un effetto significativo sulla sopravvivenza dei bambini e sul loro percorso di crescita", ha spiegato a Trento Sir Michael Marmot, professore di Epidemiologia all'University College London e presidente della World medical association, uno dei massimi esperti su questo tema.

Una bassa classe sociale è associata a un aumento dei fenomeni infiammatori e a un'alterazione della regolazione del metabolismo di glucocorticoidi come il cortisone. Vivere in difficili condizioni sociali ed economiche, soprattutto nell'infanzia, sembra innescare una sorta di fenotipo difensivo, che a sua volta porta a un'esagerata risposta nel metabolismo dei glucocorticoidi e a un'accentuata risposta infiammatoria in età adulta. Un processo, questo, nel quale un ruolo chiave sembra essere giocato dall'epigenetica, cioè lo studio delle modifiche chimiche, a carico del Dna o delle regioni che lo circondano, che non coinvolgono cambiamenti nella sequenza dei nucleotidi. Tali modifiche regolano l'accesso dei fattori di trascrizione ai loro siti di legame sul Dna e regolano in modo diretto lo stato di attivazione funzionale dei geni. Poiché l'esperienza ambientale modula i livelli e la natura dei segnali epigenetici, essi sono considerati fondamentali nel mediare la capacità dell'ambiente di regolare il genoma.

I ricercatori di Lifepath stanno analizzando questi e altri fattori in cerca di marcatori biologici dei processi tramite i quali le disuguaglianze sociali impattano sulla salute delle persone. Per fare ciò, hanno sviluppato un ampio programma di ricerca che integra scienze sociali, biologia e analisi di Big Data. Le analisi a livello molecolare saranno effettuate per la maggior parte in Italia, presso la Fondazione HuGeF, e consentiranno di identificare i cambiamenti associati alla povertà che avvengono a livello biologico. Tali analisi verranno condotte su grandi coorti

**I primi anni di sviluppo hanno grande importanza nel definire l'andamento della curva del benessere futuro**



di popolazione di diversi paesi europei, ricche di informazioni socio-economiche, biologiche e mediche.

Nello studio finora più citato del progetto, pubblicato su *The Lancet* nel febbraio 2017, i ricercatori di Lifepath hanno dimostrato che il 20% della mortalità prematura è dovuto a povere condizioni socioeconomiche, che si rivelano essere il terzo fattore di rischio dopo il fumo e l'inattività fisica, responsabili rispettivamente del 30% e del 25% delle morti premature. Ma, a differenza di questi due fattori, le condizioni sociali ed economiche non sono incluse nella lista stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità, nell'ambito della strategia di riduzione globale della mortalità chiamata 25x25. "Ci ha sorpreso scoprire che condizioni socioeconomiche povere sono in grado di uccidere tanto quanto noti fattori di rischio come il fumo, l'obesità o l'ipertensione - ha commentato Silvia Stringhini, ricercatrice all'University Hospital di Losanna e primo autore dello studio - È possibile intervenire direttamente su queste condizioni con politiche mirate, per questo sarebbe opportuno includerle nella lista dei fattori di rischio su cui agire tramite le strategie di salute pubblica globale".

"Ci sono diverse posizioni su come andrebbero affrontati simili problemi", conclude Vineis. "Alcune persone, per esempio, chiedono maggiori investimenti nell'educazione sanitaria, mentre altri pensano che il denaro dovrebbe venir dato direttamente ai meno abbienti. Si tratta di domande aperte e il nostro progetto spera di poter dare un importante contributo nel trovare gli approcci migliori per affrontarle".

\*Giornalista scientifico (Zadig)

# VILLA ELISA, UN CASO DA MANUALE

di Renato Pedullà\*

La popolazione italiana diminuisce di anno in anno. In Europa il nostro Paese ha l'indice di fertilità più basso. È da circa dieci anni che le nascite in Italia calano in modo costante: nel 2016 la tendenza si è confermata con decisione, 12mila bimbi in meno rispetto all'anno precedente, per un totale di mezzo milione di bimbi, 69mila dei quali stranieri. Il presidente dell'Istat, Giorgio Alleva, tristemente ci rappresenta che non è solo colpa della crisi economica, ma anche di un cambio di rotta delle mamme italiane: una donna su quattro che già ha un figlio non vuole averne un altro. E di queste solo il 21% dichiara che è per questioni di soldi. La scelta quindi non è solo economica. Lo studio dell'Istat, in realtà, è molto più articolato. Dal 1976 in avanti, l'età in cui le donne hanno il primo figlio si è spostata notevolmente in avanti passando dai 24,7 ai 30,8 anni. Il fenomeno non si manifesta, però, soltanto, in Italia ma è di portata internazionale. Le donne negli anni hanno sempre più manifestato l'intenzione di non mettere al mondo figli, indirizzando il loro desiderio di vita più sul lavoro e sulla carriera. Ormai si è arrivati al triste numero di 1,35 figli per donna, mentre nel 1926 la media di figli per donna era di 3,51 e nel 1952, all'inizio del boom economico, di 2,11.

La premessa era d'obbligo: le cliniche con un "core business" incentrato sulla ginecologia e l'ostetricia hanno subito lo scotto, soffrendo la pesante diminuzione delle nascite, che non sembra avere alcuna intenzione di fermarsi. Una clinica calabrese con lungimiranza, ma anche con sofferenza, ha deciso la sua riconversione, prima che il fenomeno stesso la portasse a scelte drastiche di importanti diminuzione di posti di lavoro e non in ultimo valutazioni economiche e aziendali anche più drammatiche. È la casa di cura "Villa Elisa", nata agli inizi degli anni settanta a Cinquefrondi, in provincia di Reggio Calabria. L'intenzione era quello di realizzare una struttura sanitaria per fare della salute della donna il suo punto di forza. La struttura ostetrica, ginecologica e neonatologica ha rappresentato, per anni, un punto di riferimento per l'intero territorio della piana di Gioia Tauro, con circa mille nascite/anno.

Ciò è stato possibile anche grazie a un ampliamento strutturale che dal 1992 ha portato la superficie a circa 4.500 metri quadri. La tenacia e la volontà del dottor Giuseppe Depino, direttore generale dalla casa di cura, sono state sempre supportate dalla moglie, la dottoressa Fortunata Megale, scomparsa qualche anno fa, fondatrice e già responsabile del reparto di Neonatologia. Da tempo le tre figlie (Rosa, Angela ed Elisa) portano avanti con costante impegno l'opera iniziata più di quarant'anni fa dai loro genitori.

Nel corso degli anni la struttura ha sviluppato le competenze estendendole ad altre discipline cliniche come l'oculistica, divenendo un centro di riferimento regionale, e i servizi di diagnostica per immagini compresa la Rmn. Negli ultimi anni la discussione aperta a livello nazionale sulla sicurezza dei punti nascita, la volontà politica di avere strutture ostetriche neonatologiche con determinati requisiti organizzativi, inserite in contesti ospedalieri di medio-grandi dimensioni, ha portato all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 che ha fissato in almeno mille nascite/anno lo standard a cui tendere per il mantenimento dei punti nascita con progressiva chiusura di quelli con volumi inferiori e il cui mantenimento sarebbe stato consentito in deroga solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche con rilevanti difficoltà di attivazione dello Stam (servizi di trasporto assistito materno).



Nel 2012 la Regione Calabria, già sottoposta a commissariamento dal Governo per il disavanzo sanitario, ha imposto a tutti gli erogatori privati di convertire parte dei loro posti letto acuti in post-acuti, Riabilitazione intensiva e Lungodegenza, in quanto la rete ospedaliera regionale era sotto dotata rispetto agli standard nazionali. Così alle attività del punto nascita e di oculistica si è affiancata una nuova attività con accreditamento di 15 posti letto (pl) di Riabilitazione intensiva a indirizzo ortopedico, cardio-respiratorio e neurologico. Nel frattempo, le dinamiche assicurative con premi sempre crescenti, praticamente insostenibili per le strutture con punti nascita, unite al progressivo e costante calo delle nascite, facevano porre sempre nuove domande sulla sostenibilità del punto nascita. Nella scelta finale, decisiva è stata la determina della chiusura dello stesso, avvenuta nell'estate del 2016. Il Dm 70/2015 fissava inderogabili requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per il mantenimento delle strutture ospedaliere pubbliche e private, permettendo comunque loro un processo di riconversione nell'ambito dei fabbisogni territoriali.

Ci si è trovati, quindi, "*oborto collo*" di fronte alla sfida della riconversione dell'attività principale dell'azienda. La casa di cura, come già detto, è stata, fin dalla sua nascita, una struttura mono-specialistica per acuti (area materno-infantile) con 33 pl accreditati con Servizio sanitario regionale, alla quale si erano nel tempo affiancate Oculistica, Chirurgia ambulatoriale, laboratorio analisi, Radiologia tradizionale, Rmn e in ultimo la Riabilitazione intensiva. A fronte della chiusura del punto nascita vi era la potenzialità di ampliare l'offerta delle prestazioni di ricovero di post-acuzie, del quale l'area territoriale era carente, oppure, in seconda ipotesi, riconvertirsi in Chirurgia generale. La domanda di prestazioni post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) sul territorio (ex Asl Palmi) era potenzialmente superiore all'offerta garantita dalle strutture pubbliche e private. Il fabbisogno di posti letto di post-acuzie su mille abitanti in base agli standard ministeriali è 0,7 per mille. Per cui in quell'area il fabbisogno di posti letto di tale tipologia era di almeno 105. La dotazione territoriale era, in realtà, notevolmente al di sotto di tali standard. Le determinazioni regionali per quanto riguarda i posti letto per acuti e post-acuti assegnati ai privati nei processi di conversione, legati all'applicazione del Dm 70/2015, non consentivano incremento dei posti letto accreditati, ma

**Nata come clinica specializzata in ostetricia, è stata adeguata alle nuove esigenze sanitarie**

## **Il crollo delle nascite ha costretto i proprietari della casa di cura di Cinquefrondi (Rc) alla riconversione**

solo trasformazioni da acuti a post acuti. La "Villa Elisa" era ed è accreditata per 48 letti totali. La previsione del piano di riconversione dei posti letto privati ha previsto, quindi, per "Villa Elisa" 33 pl di riabilitazione intensiva e 15 pl di lungodegenza. La carenza di pl per post-acuti ha fatto stimare che portando a 33 pl la capacità produttiva della reparto di riabilitazione avrebbe consentito di lavorare con tasso di utilizzo su base annua prossimi al 100%. Il raddoppio dei letti di riabilitazione non ha richiesto particolari difficoltà dal punto di vista organizzativo, con incremento di alcune unità lavorative specialistiche (fisioterapisti). Erano inoltre prevedibili contenuti investimenti tecnologici e strutturali a cui si è fatto fronte. La riconversione ha comportato l'assunzione di alcune figure professionali e il licenziamento di altre. Tutto o parte del personale infermieristico è stato riutilizzato nelle attività riconvertite. Nel giugno 2016, dopo una costante "task force" in sede regionale, viene pubblicata la Dca 64/2016 che ha riconvertito la struttura da punto nascita a struttura di post-acuzie. I tempi di riconversione sono stati strettissimi, dovendosi concludere entro dicembre scorso, con partenza della nuova configurazione dal primo gennaio di quest'anno. Dopo il primo semestre 2017 si può già fare un primo bilancio. I valori sono interessanti. Il tasso di occupazione dei 48 pl accreditati è quasi totale, con richieste di ricovero che spesso non è possibile esaudire. Il clima organizzativo è molto migliorato, non dovendo gestire attività ad alto rischio quale l'ostetricia. Il profilo di rischio assicurativo attuale si è notevolmente ridotto, con abbassamento del premio. La trasformazione indotta dai mutamenti delle dinamiche in campo sanitario ha determinato che una scelta quasi obbligata sia stata colta come una opportunità in cui credere e sulla quale puntare tutti i propri sforzi. Le prime valutazioni consentono di esprimere soddisfazione per le scelte fin qui fatte e le prospettive di crescita aziendale nel settore riabilitativo appaiono promettenti. La riconversione, frutto di corrette scelte manageriali, ha dimostrato che la volontà, la professionalità e la lungimiranza della direzione aziendale hanno condotto alla certezza della continuità aziendale con l'acquisizione di una maggiore serenità sia per la proprietà che per i dipendenti.

Dottore Commercialista in Roma

# UN'ECCELLENZA TARGATA LATINA

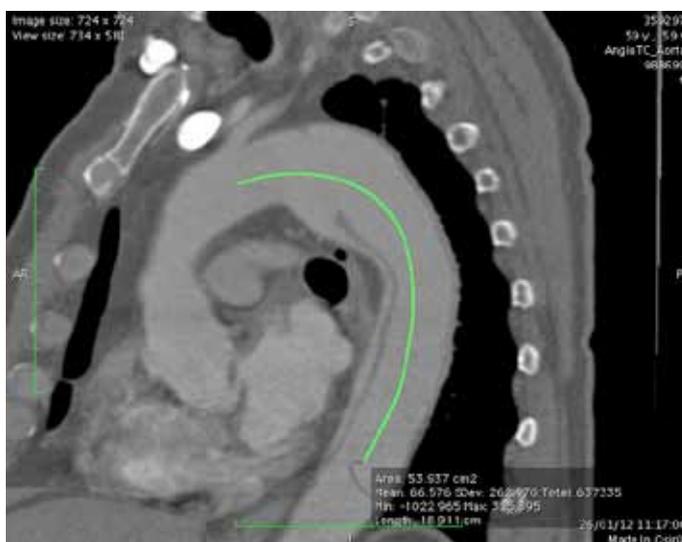
di Felice Vincenzi

Il Reparto di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina ha raggiunto un'esperienza di spessore internazionale. Dopo una breve fase iniziale di Direzione da parte del Dott. Martinelli è stato il Dott. Giovanni Battista Bertoletti a prendere in mano il destino del Reparto dal 1999 ad oggi. Giunto quasi al suo primo ventennio l'Unità Operativa serve un territorio molto esteso che va dai confini con la Campania fino alle porte di Roma. In tutta la provincia di Latina, considerando anche le isole pontine è, infatti, l'unico Reparto di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare. Grazie alla notevole mole di lavoro svolto e alla grande esperienza maturata spesso offre il proprio servizio anche a pazienti provenienti dalla Provincia di Frosinone. La presenza di un sistema centralizzato di visualizzazione delle immagini radiologiche consente di poter esaminare immediatamente un'indagine TAC eseguita, ad esempio a presso l'ospedale di Formia, e di poter formulare una prima ipotesi terapeutica senza spostare il paziente. Oltre al Primario, il Dott Bertoletti, l'equipe è costituita da altri 8 Dirigenti Medici che a turno si dividono tra sala operatoria, Reparto, ambulatorio ultrasonografico ed ambulatorio clinico. Viene svolto un servizio di guardia attiva h/24, 7 giorni su 7.

I dirigenti medici che lo compongono sono equamente divisi in due gruppi: uno costituito da Chirurghi più anziani come il Dott. Massucci Marco, il Dott. Napoli Filippo, il Dott. Varroni Alessandro, il Dott Costa P.Luigi, il Dott Orlando Giuseppe, mentre un altro gruppo di Chirurghi più giovani quali il Dott. Manno Mario, la Dott.ssa Misuraca Maria ed il Dott Massimo Mastroddi. Questo secondo gruppo di professionisti che ha portato al Reparto le competenze acquisite soprattutto in ambito endovascolare nonostante la giovane età ha già raggiunto un'esperienza lavorativa di circa 10 anni.

L'equipe opera in tutto l'ambito della Chirurgia Vascolare sia arteriosa che venosa. Tutte le settimane sono regolarmente effettuati interventi a carico dell'aorta addominale dell'aorta toracica e dell'aorta toraco-addominale. Il continuo aumento dei casi di diabete e della patologia aterosclerotica ha reso necessario dedicare delle giornate alle rivascolarizzazioni degli arti inferiori sia mediante angioplastica percutanea con o senza impianto di stent, sia mediante rivascolarizzazioni con chirurgia open tradizionale quali endarterectomie femorali o by-pass femoro-poplitei sia in vena safena che con protesi sintetiche. Anche i pazienti che necessitano di trattamento emodialitico sono in continuo aumento. In collaborazione

**DI VALORE  
INTERNAZIONALE  
IL REPARTO  
DI CHIRURGIA  
VASCOLARE  
DELL'OSPEDALE  
PONTINO**





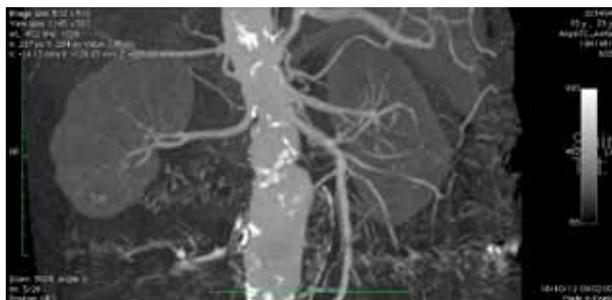
con l'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi vengono eseguiti confezionamenti di fistole artero-venose per la successiva terapia emodialitica.

Nonostante la chirurgia mini-invasiva (endovascolare) sia diventata l'approccio principale nella maggior parte dei casi, esistono alcune patologie per le quali la chirurgia open resta la scelta primaria. La più importante tra queste è la chirurgia della stenosi carotidea che rappresenta uno degli interventi più effettuati. L'endarterectomia carotidea viene routinariamente eseguita tutte le settimane utilizzando un particolare tipo di anestesia denominato "sedoanalgesia", ovvero un'anestesia che consente il monitoraggio costante dell'attività cerebrale del paziente. In que-

sto modo durante la "chiusura" (clampaggio) dell'arteria carotide necessaria per poterla aprire e rimuovere la placca che determina la stenosi, si monitora costantemente lo stato di coscienza del paziente. L'anestesista partecipa a tutte le fasi dell'intervento ed è il membro dell'equipe che controlla più da vicino lo stato neurologico dell'assistito.

Nel caso in cui il compenso da parte della carotide contralaterale non dovesse essere efficace è possibile utilizzare tecniche in grado di assicurare l'irrorazione al cervello anche durante il clampaggio. In questo modo le complicanze neurologiche durante l'intervento di TEA carotidea sono bassissime, addirittura più basse della media che viene riportata nella letteratura internazionale.

Laddove invece i rischi cardiologici dovessero essere elevati per l'intervento open viene effettuato lo stenting carotideo dalla stesse equipe che, quindi, è in grado di offrire al paziente in maniera del tutto incondizionata sia il trattamento endovascolare che open. Questo garantisce la massima onestà intellettuale e la possibilità di valutare quale è il trattamento che più si adatta alle necessità anatomiche e cliniche dell'assistito. Per tale motivo tutti i pazienti vengono sottoposti ad accurate valutazioni preoperatorie volte a stabilire le capacità funzionali degli orga-





ni principali ovvero del cuore, dei polmoni, del rene e del fegato. Per tale ragione esiste una stretta collaborazione con i cardiologi emodinamisti. Dalle indagini preoperatorie, non di rado, si mettono in evidenza stenosi anche a carico delle coronarie (le arterie del cuore) che il paziente ignorava d'averne. In questi casi, generalmente, si provvede a risolvere prima la stenosi delle coronarie mediante impianto di stent coronarici e poi si passa alla chirurgia delle arterie.

Il trattamento della patologia aneurisma aortica rappresenta un campo nel quale le industrie hanno investito tanto e sono stati raggiunti risultati straordinari rispetto allo scorso ventennio. Oggi l'esclusione endovascolare dell'aneurisma sia addominale che toracico (EVAR-TEVAR) permette il trattamento di patologie potenzialmente mortali con un impatto chirurgico molto basso, con tempi di recupero rapidi. Con una media di 100 aneurismi l'anno negli ultimi dieci anni presso la Chirurgia Vascolare di Latina sono stati eseguiti circa 1000 interventi su aneurismi dell'aorta addominale e toracica. Negli ultimi anni è stato introdotto anche il trattamento dell'aneurisma dell'aorta toraco-addominale che prevede delle tecniche più complesse e tempi più lunghi a causa della necessità di salvare le arterie che irrorano il rene e gli organi splanchnici (milza, fegato, stomaco ed intestino).

La fase post-operatoria è al centro dell'attenzione dei Medici della Chirurgia Vascolare di Latina. Il Reparto è, infatti, dotato di monitor per la terapia subintensiva e di camere dedicate. I medici di guardia collaborano braccio a braccio con i 15 infermieri che si alternano nell'assisten-

za al letto del paziente. Sovente sono indette riunioni tra le varie figure che lavorano all'interno dell'Unità Operativa al fine di ottimizzare l'aggregazione e la collaborazione e di stilare protocolli interni di lavoro sempre aggiornati. Il grado di soddisfazione del paziente è sempre molto alto e non mancano attestati di stima verso un'equipe che rappresenta un'eccellenza riconosciuta e stimata da tutti i colleghi che operano sul territorio nazionale.



# MARINA MILITARE, SALUTE E STELLETTE

di Marco Gasparri\*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce, nel proprio atto costitutivo, la salute uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", come invece voleva, ad esempio, la tradizione popolare che riteneva sano colui che non ha dolori, febbre o altri disagi.

L'Italia, che ha ratificato la Costituzione dell'OMS nel 1947, riconosce la salute quale "fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività". L'articolo 32 della nostra Costituzione per l'epoca era una disposizione all'avanguardia, sconosciuta negli ordinamenti costituzionali contemporanei e successivi, inserita solo nelle Carte di ultima generazione.

Oggi a distanza di molti anni e di numerose modifiche e aggiornamenti del corpo legislativo nazionale, l'ordinamento militare in vigore mantiene forti i principi stabiliti dalla Costituzione e dispone che la tutela della salute sia uno dei principali compiti del Servizio Sanitario Militare (art. 181 del D.Lgs. 66/2010 - Codice dell'Ordinamento Militare) da adempiere assieme ad altre funzioni quali quelle di verificare l'idoneità psico-fisica dei militari all'atto dell'arruolamento e periodicamente durante la carriera.

È questo pertanto il cardine su cui poggia l'intera struttura sanitaria e che da sempre, di fatto, ne ha connotato l'assetto.

Di fatti, però, con il nuovo ordinamento nulla di nuovo viene stabilito, in quanto l'operato delle donne e degli uomini del servizio sanitario militare e più nello specifico di quelli della Marina è da sempre volto a tutelare il "bene assoluto", diritto di tutti, come riportato nel Crest dell'Ispettorato di Sanità "*Per Undas ad Valitudinem Tuendam* (Sulle Onde a Tutela della Salute)".

Un "Bene" che nelle Forze Armate assume un valore anche maggiore perché incide significativamente sull'operatività, come ci ricorda il motto "*Salus militum victoriae pignus*" inciso sullo stemma araldico di uno dei più illustri medici di Marina, il Generale Aldo Castellani. Illustre cattedratico, Castellani, medico personale di Mussolini, prese parte ai due conflitti mondiali e alla Guerra d'Etiopia; è ricordato da tutti per aver scoperto il *Trypanosoma gambiense* (microorganismo che attraverso la puntura della mosca tse-tse provoca la malattia del sonno nell'Africa tropicale).

Lo stato di buona salute degli equipaggi rappresenta, da

**SULLE ONDE  
A TUTELA  
DELLA SALUTE**





sempre, il requisito indispensabile per l'operatività della Forza Armata e pertanto va preservato e garantito ed è per questo che la prevenzione si pone come arma fondamentale a supporto della funzionalità dello strumento militare. Questo è il fine, che sin dal principio, guida il Corpo Sanitario M.M..

La sua istituzione risale al 1° aprile 1861, quando Cavour, Ministro della Marina, propose al Re di dare un regolamento unitario ai Corpi Sanitari dell'ex flotta sarda, napoletana e del Granducato di Toscana. Il primo Capo del Corpo fu l'Ispettore Luigi Verde a cui, fra l'altro, dobbiamo la prima nave Ospedale, la Washington. Impegnato nella guerra di Crimea, egli, aveva potuto vedere come i nemici più pericolosi fossero le malattie. Disastroso si stava rivelando, infatti, il trasporto dei feriti con le navi verso gli ospedali alleati e ciò era dovuto principalmente a carenze igieniche e inadeguatezza dei posti letto.

Nel 1866 nell'imminenza dello scontro navale contro la flotta austroungarica Verde chiese l'onore di imbarcare sulla Re d'Italia e nella sfortunata battaglia di Lissa trovò la morte. In tale battaglia, assieme al suo capo, tutto il Corpo Sanitario si distinse per l'ottima organizzazione, per l'impegno qualificato e per l'eroismo dimostrato. Da quel momento le sorti del personale di Sanità della Marina seguiranno quelle della F.A..

Molti sono coloro, che con il proprio agire, hanno dato lustro al Corpo Sanitario nei suoi 155 anni di storia e oggi i successori di tanti illustri operatori sanitari, sono i circa 200 medici e 500 infermieri che ogni giorno prestano la loro opera sia nelle Infermerie a terra che a bordo delle

Unità Navali, sia in Italia che nei teatri operativi esteri. Farmacisti, odontoiatri, psicologi, biologi, veterinari e tecnici sanitari completano le fila del Corpo Sanitario e assicurano con il loro qualificato contributo il raggiungimento della *mission*. Tutti uniti per un unico obiettivo e cioè tutelare il bene più prezioso in assoluto "la salute", prevenendo l'insorgenza delle malattie e curandole quando queste si dovessero verificare.

La struttura di vertice del Servizio Sanitario della Marina è rappresentata dall'Ispettorato di Sanità, ente alle dirette dipendenze del Capo di Stato Maggiore della Marina; le attività sanitarie, che sono coordinate a livello intermedio presso l'Ufficio Sanitario del Comando della Squadra Navale (CINNAV), il Reparto Sanitario del Comando Logistico (COMLOG) ed il 6° Ufficio del Comando delle Scuole (COMSCUOLE), sono assicurate a bordo e a terra dai Servizi Sanitari periferici.

Con la sospensione del servizio militare di leva e la nascita delle FF.AA. "professionali", è stato necessario rivedere l'impostazione medico-legale pensando a un'architettura dell'organizzazione che fosse agile e spedita tanto da dare risposte certe nel più breve tempo possibile, essendosi elevato di molto il livello di operatività dello strumento militare e con esso la proiettività del personale verso teatri operativi a volte molto lontani. In tale processo di profonda revisione interna si è giunti alla stesura e, conseguentemente, all'implementazione, della principale pubblicazione medico-legale della Forza Armata (SMM-IS 150) e con essa delle principali procedure di verifica dell'idoneità al servizio del personale.



L'approccio medico-legale, in un'ottica di sempre maggior attenzione agli aspetti di prevenzione, deve sempre più cedere a quello proprio della medicina del lavoro ed è anche per questo che la pubblicazione ha basato le proprie basi su due pilastri fondamentali. Il primo è da individuarsi nell'eliminazione del concetto di "check-up", in favore di una valutazione personalizzata basata sul *risk assessment e risk management*, concetti propri della medicina occupazionale. Il secondo è rappresentato dal fatto che l'idoneità, oggi a cadenza biennale per tutto il personale, viene sancita con l'emanazione di provvedimenti medico-legali monocratici e non più collegiale, come accadeva precedentemente. Da ciò ne deriva che l'emissione del provvedimento si deve basare su un'accurata anamnesi e su un approfondito esame obiettivo e solo successivamente su un numero, limitato e mirato di esami specialistici e di laboratorio che il medico ritiene, di volta in volta, necessario richiedere. Tale nuova concezione riconsegna un ruolo centrale alla figura del medico, in una prospettiva di sempre maggiore attenzione verso la medicina basata sulle evidenze e in un'ottica di appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici.

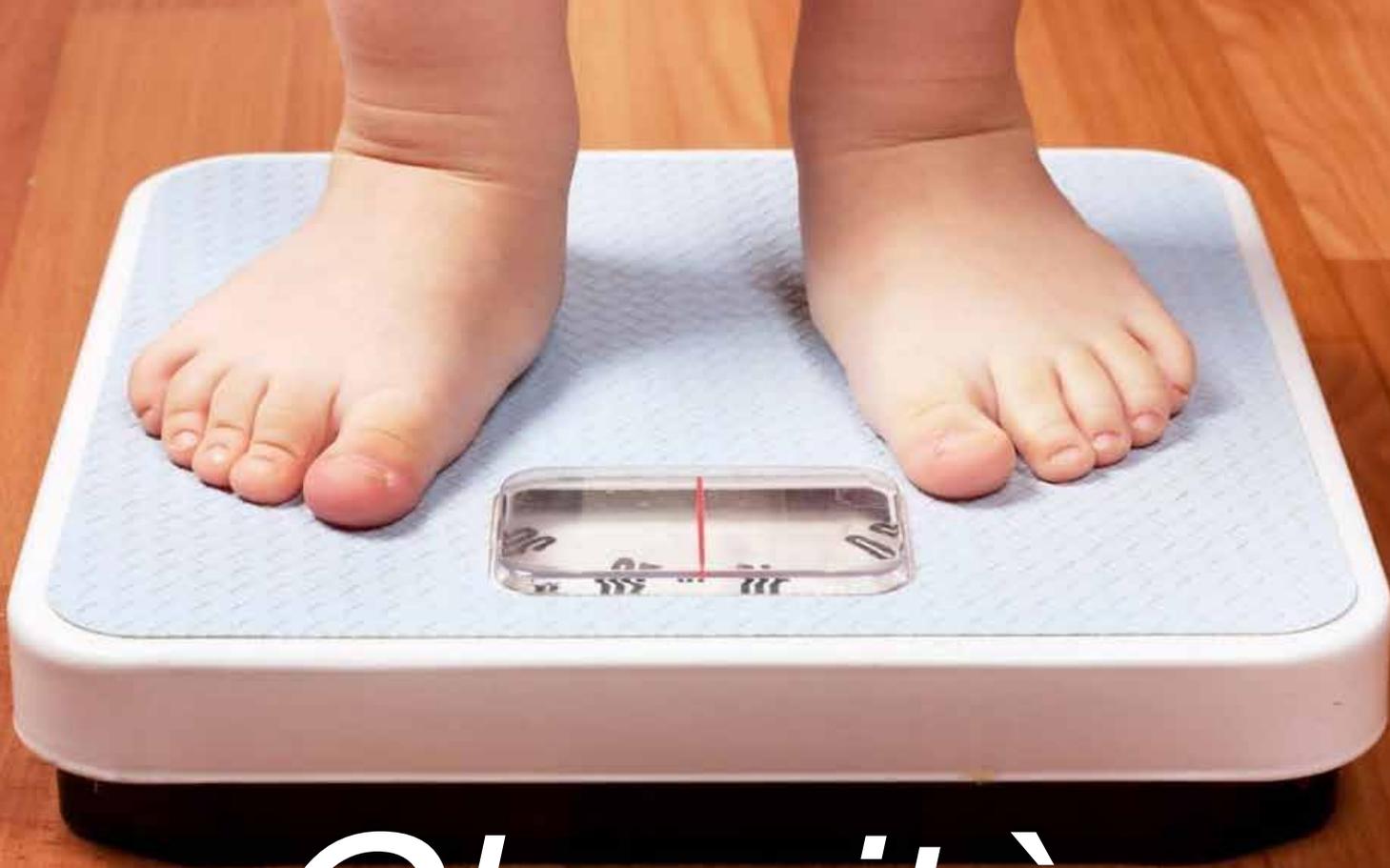
Il tutto teso verso il supporto alle attività operative e ad destrattive della Marina, che rappresentano il *core business* della F.A.. È alle componenti sanitarie delle Unità Navali e ai Servizi Sanitari dei Comandi Operativi, quali ad esempio il COMSUBIN e della Brigata San Marco,

che sono devoluti oltre ai compiti di carattere preventivo e medico legale, quelli di cura degli equipaggi impegnati in attività; ciò con particolare riguardo alla gestione delle emergenze che viene assolta attraverso la piena conoscenza e messa in atto delle manovre salva vita tendenti a stabilizzare le funzioni vitali del paziente e, in particolari contesti, della chirurgia salva vita e salva arti, che può essere effettuata sulle Unità che espletano le funzioni di *ROLE 2 MTF (medical treatment facilities)*.

Non può non essere citata fra le tante componenti della sanità di Marina, la medicina subacquea e iperbarica (MSI) di fatto la branca specialistica più rappresentativa del Corpo Sanitario. Il Comando Subacquei e Incursori del Varignano (COMSUBIN) è il centro su cui fanno perno non solo le attività delle camere di decompressione operative dei nuclei subacquei ma dove, soprattutto, si svolge attività di ricerca scientifica nello specifico settore.

La medicina subacquea non è solo studio, ricerca e supporto alle attività operative, infatti, presso il Centro Ospedaliero Militare di Taranto è presente una camera iperbarica multiposto, a disposizione anche della popolazione civile pugliese, utilizzata per le ossigenoterapie iperbariche, sia di elezione che d'urgenza.

\*Tenente di Vascello del Corpo Sanitario  
M.M. Marco Gasparri  
Ufficiale Addetto al Capo del Corpo Sanitario M.M.



# Obesità, bambini ad alto rischio

**ITALIANI IN MEDIA PIÙ GRASSI DEI COETANEI EUROPEI  
COME EVITARE L'ESPLOSIONE DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI**



**Troppi bambini italiani sono sovrappeso e rischiano malattie cardiovascolari da trombosi nell'età adulta**

I bambini italiani sono mediamente sovrappeso o addirittura obesi, più che in altri Paesi del mondo: 20 bambini su 100 in Italia, 12 in Germania e in Francia, e 16 in Gran Bretagna.

Un triste primato, che si verifica in un Paese, l'Italia, che è per definizione la patria della dieta mediterranea che tutti ci invidiano, in Europa e nel Mondo!

*Le ragioni di questo indesiderabile fenomeno sono soprattutto due:*

- I bambini italiani consumano mediamente **troppe calorie** e di **scarsa qualità**,
- e **non si muovono** abbastanza.

La scuola dell'obbligo prevede solo due ore alla settimana di attività fisica e l'esonero dall'ora di ginnastica viene

concesso dai maestri e dai genitori con molta facilità, in troppi casi in cui non sarebbe necessario.

La combinazione di alimentazione sbilanciata e di pigrizia è alla base della **epidemia di obesità** che colpisce i nostri bambini, con grave danno per la loro salute attuale e futura: un bambino obeso diventerà un adulto malato precocemente di aterosclerosi e trombosi con tutte le conseguenze.

È nostro dovere di adulti prendere seriamente coscienza di questo problema e porre rimedio rapidamente ad abitudini che costituiscono un fattore di rischio grave per eventi cardiovascolari futuri causati quali infarto, diabete, ictus cerebrale e loro conseguenze.

Modificare i fattori di rischio è possibile con la conoscenza, l'assunzione di responsabilità e i fatti: significa salvare almeno 200mila persone ogni anno da malattie cardio e cerebrovascolari gravi ma evitabili, partendo proprio da abitudini alimentari e attività fisica.

Il problema non è solo italiano ma affligge colpisce tutti i

Paesi dell'Unione Europea anche se con gravità diversa. La colpa di questo fenomeno risiede nella diffusa e incontrollata disponibilità di tempo per attività sedentarie, come l'uso del computer e della televisione: si calcola che il tempo medio trascorso da ogni bambino in queste "attività" si aggiri intorno a **271 minuti al giorno, oltre 4 ore** in Italia, in assoluto il più alto fra tutti i Paesi della UE. Si tratta di un'abitudine diffusa e pericolosa che ha una ricaduta non solo sulla **salute attuale e futura**, ma anche sulla **vita sociale e di comunicazione**, sul **rendimento scolastico** e sull'**autostima** con un impatto **economico** tutt'altro che trascurabile.

Guidare i bambini, anche e soprattutto con l'**esempio**, su una strada di buona abitudini può fare una differenza fondamentale, è un investimento sulla loro salute e su quella di tutta la famiglia e produce **risparmi anche in termini economici** nella prospettiva degli anni che arriveranno.

La diffusione dell'obesità è legata anche all'alimentazione ed è una responsabilità dei genitori ma anche sociale: i bambini sono bersagliati da pubblicità che rendono attraente il "cibo spazzatura" e gli scaffali del supermercato propongono a basso prezzo confezioni enormi di bevande zuccherine o di snacks: niente fa male a piccole dosi, e non è necessario sentirsi in castigo se non si può consumare una merendina: è il **troppo che provoca danno**. Rendere i bambini e le loro famiglie più informate e consapevoli dell'importanza di saper scegliere che cosa e quanto mangiare e come e quanto tempo dedicare all'attività fisica è il passo fondamentale irrinunciabile e urgente per proteggere la salute di tutta la famiglia.

Il sovrappeso, **facile da raggiungere ma difficile da ridimensionare**, ha un forte impatto sulla probabilità di diventare con il passare del tempo adulti malati di **ipertensione** e di **diabete**.

Iperensione diabete e obesità concorrono fortemente alla probabilità di comparsa di **infarto**, **ictus cerebrale**, **aterosclerosi** e **trombosi** in età molto precoce, sempre più precoce: malattie che eravamo abituati a incontrare e diagnosticare in età avanzata si presentano oggi sempre più spesso anche durante l'adolescenza e comunque ben **prima dei 65 anni**.

Le malattie cardiovascolari da Trombosi sono il killer numero uno in Europa, responsabile del **45% di tutte le morti in Europa**: con un costo di oltre **210 miliardi di euro ogni anno!**

Sono numeri spaventosi, drammaticamente destinati ad aumentare di oltre il 5% ogni anno nei prossimi 10 anni, con un impatto sul PIL (Prodotto Interno Lordo) di **mezzo punto ogni due anni**: nessun Governo avrà risorse sufficienti per curare e riabilitare coloro che si ammalano. E questo senza calcolare la perdita in termini economici che ciascuna delle persone colpite causerà come ricaduta sulla propria famiglia e sul proprio Paese.



Dobbiamo **rassegnarci? Assolutamente no**, dobbiamo immediatamente prendere **provvedimenti mirati** a far sì che ognuno di noi si renda conto del problema e del pericolo e metta in atto, con coscienza e senso di responsabilità, misure mirate a **cambiare abitudini** che sono pericolose per la nostra salute attuale e ancora più minacciose per la nostra salute futura.

Cominciando da cose semplici: come quelle che suggerisce ALT – Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari – Onlus che da 30 anni lotta contro la Trombosi.

- Stabiliamo un paio di sere alla settimana **senza tv e senza computer o telefonino**: per esempio avviando conversazioni interessanti a tavola che raccontino la storia della famiglia, aneddoti accaduti durante il giorno a noi o ai nostri figli, dando inizio a una buona e interessante tradizione: potremmo stupirci di quanto questa iniziativa venga apprezzata dai ragazzi.
- Un fine settimana **fuori all'aperto**? In bicicletta, a piedi, di corsa, in canoa, ognuno come può, anche solo camminando o facendo una gara di corsa nei sacchi, coinvolgendo gli amici e i loro figli per fare un salto nelle buone abitudini e creare un contagio benefico nel vostro gruppo: ve ne saranno tutti grati!
- **Cucinare insieme** suddividendo i compiti e scegliendo le ricette **dell'agenda del cuore di ALT**: i vostri figli si divertiranno a fare i grandi cuochi, occupazione peraltro molto di moda e utile.
- Inventare nuovi sapori in cucina: frutta e verdure nuovi e cucinati in modo nuovo, la varietà è il sale della vita!
- Imparando a guardare le dimensioni del nostro piatto, che il sapore del cibo si sente in bocca, che masticare lentamente facilita la digestione, che ci si sazia anche con gli occhi. Tutta la famiglia insieme su una nuova strada, per la salute, per dire no alla trombosi: si può fare, si deve fare.

Fare una scelta significa riappropriarsi del proprio futuro: e se è per il bene non solo nostro ma dei nostri figli, vale di più!

**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 MEDICAL 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**

Io la penso così

# Forum del Mediterraneo

di Gaetano Lanza



Se dico Mediterraneo, cosa Vi viene in mente? Facile, il barcone pieno di uomini, donne e bambini ammassati tra la vita e la morte, con anche qualcuno o qualcuna già morta, il barcone della morte, ma anche della speranza di una vita migliore, anzi di una vita. Qualcuno è giunto a definirlo il mare della morte. Con la speranza che sia invece il mare della vita.

C'è una bella canzone di Mango, morte prematuramente, ciao Mango, figlio (per errore avevo scritto giglio, e ho sbagliato a correggere) del Mediterraneo, che parla di Mediterraneo da scoprire, da morire. Sentitela. E' piena di poesia. Il Mediterraneo non è, non deve essere e non sarà il mare della morte. Persino chi dibatte ed è contrario ai barconi dell'accoglienza, ed è per i respingimenti, non vuole che lo sia. Non merita di esserlo. Non merita di esserlo nessun mare, perché la scienza ci ricorda che nel mare e dal mare spuntò la vita sul nostro pianeta tre miliardi di anni fa. Prima di essere come siamo, esseri complessi in grado di conquistare l'universo, fummo alghe, esseri semplici unicellulari, poi pesci in fondo al mare, poi anfibi e rettili che strisciarono sulle rocce e la terra ferma e solo da poco abbiamo drizzato la schiena e le antenne, scrutato l'oriz-

zonte e il cielo e non sappiamo ancora chi siamo e cosa faremo tra poco, se sopravviveremo, in quale forma di vita e su quale pianeta se il nostro diventerà per noi asfissiante. Il Mediterraneo, il mondo lo sa, è stata la culla della civiltà occidentale e del pensiero moderno, anche della carta dei diritti umani oltre che della scienza umana.

Ma perché scrivo oggi del Mediterraneo? Certo anche perché sarà partito anche stanotte qualche altro barcone. Certo perché sentiro' e leggero' anche oggi la notizia che ormai non fa più neanche notizia. In realtà scrivo da Tolosa, dove ieri, sabato 24 giugno, con Peinetti e Chiesa, abbiamo partecipato ad una riunione preparativa al Forum del Mediterraneo, organizzata dagli amici francesi, in pieno Congresso Nazionale della Società Francese di Chirurgia Vascolare, la SCVE (manca solo una "I" per chiamarsi come la nostra). C'erano oltre che di Italia e Francia anche delegati di Spagna, Algeria, Marocco, Tunisia, Libia. Intendiamoci subito. Non vuole essere un'altra, ennesima Società Scientifica. Non ce n'è bisogno. Ce ne sono già troppe. Vuole essere quello che è. Un Forum per scambiare opinioni, incontri, impressioni, network, social, poi anche formazione, progetti, studi, ricerche, specie tra i giovani, maestri di comunicazione, non necessariamente congressoni e poltrone, anzi i congressoni e le poltrone forse (speriamo) saranno fuori luogo e fuori spirito. Ci saranno occasioni congressuali (Bologna, Napoli, altro per noi Italia, di altri paesi come questo congresso francese), per scambiare, confrontarsi, programmare. Se necessario, si organizzerà ad hoc qualcosa. Una cosa è certa. Il Forum del Mediterraneo è salpato, e porta con sé speranze di comunicazione tra le diverse realtà, fresche di idee. Non anticipiamo nulla perché sarebbe fuori luogo e fuori spirito, ma ci siamo promessi di scambiarci molte cose (speriamo tante) via web. Una volta bisognava sfidare il mare in tempesta con barconi di legno e con vele spiegate al vento, più sicuri dei barconi di gomma di oggi. Erano quelle le barche che portavano semi di progresso e civiltà in questa Europa selvaggia.

E' questo il momento per ricordarlo all'Europa? Ah, se lo è, eccome! Ricordiamoglielo. Ricordiamoglielo pure. Rivendichiamolo.

Oggi si naviga in internet, come stiamo già facendo e faremo, seduti comodamente a casa propria.

Per portare anche questa volta nel Mediterraneo e dal Mediterraneo semi di progresso e civiltà in Europa e nel Mondo. Con la stessa speranza, forza, determinazione, coraggio e tenacia di allora, per sfidare il mare in tempesta, quando la priorità era costruire la Magna Grecia e con essa il futuro dell'umanità.

# PIANETA Sanità

a cura di *Martina De Vivo*

## Spesa sanitaria, Italia risparmiosa

Recenti ricerche Istat rivelano che la spesa sanitaria privata nel 2016 è pari a 37 milioni di euro ed è sostenuta al 90 per cento dalle famiglie, mentre gli ospedali, che sono i principali erogatori di assistenza nel sistema sanitario italiano, hanno utilizzato il 45,5% delle risorse correnti.

Interessanti anche i dati riguardanti la spesa per l'assistenza per cura e riabilitazione, che raggiunge gli 82 milioni di euro e la spesa per i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, con 31.106 milioni di euro.

Notevole lo scarto rispetto agli altri Paesi Europei: a fronte dei circa 2.404 euro per abitante spesi in Italia, Regno Unito, Francia e Germania spendono tra i 3mila e i 4mila euro per abitante. Differenza significativa sia in termini di valore pro capite sia in rapporto al Pil.



## Il mare, farmaco naturale

Che il mare potesse donare grandi benefici psicologici grazie alla calma e la serenità che infonde, lo si sapeva già, ma gli effetti positivi che offre non sono solo utili alla mente, lo possono essere anche per tutto il corpo. Il mare può rappresentare, infatti, una vera e propria cura per molte malattie, almeno 16: dalle allergie respiratorie, grazie ai sali minerali delle onde sollevati dal vento che fungono da aerosol marino, alla ritenzione idrica, che per osmosi, favorisce l'eliminazione dei liquidi accumulati nei tessuti. E, ancora, potrebbe rappresentare un valido sostegno per la lotta ai chili di troppo in virtù del sale che, stimolando le terminazioni nervose dell'epidermide, accelera il metabolismo permette così di bruciare più velocemente i grassi. Il massaggio che esercita il moto ondoso quando si è immersi, oltre a essere molto piacevole, è anche un ottimo mezzo di riattivazione circolatoria. Il nuoto aiuta, inoltre, a rilassare i muscoli favorendo lo sciogliersi delle contratture e delle articolazioni bloccate da artrite e artrosi.



## Frodi & abusi, i veri taglia-bilanci

Dal secondo rapporto Gimbe sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale è emersa una classificazione di frodi e abusi che prosciugano un fiume di denaro pubblico. La stima per il 2016? Un impatto di € 22,51 miliardi di sprechi sulla spesa sanitaria.

Il Report Ocse *Tackling Wasteful Spending on Health* ha, inoltre, confermato che nel gennaio 2017 circa 1/5 della spesa sanitaria ha apportato un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone.

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, rileva che questi 20 miliardi di sprechi si annidano nell'erogazione di beni e servizi e nella pianificazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria. Sono stati identificati, analizzati e classificati ben 53 fenomeni corruttivi e/o comportamenti opportunistici che non sempre configurano veri e propri illeciti.

Nonostante il notevole impegno di Agenas e dell'Anac, che nel corso di questi anni hanno messo in campo diverse misure di prevenzione, diventa necessario accrescere la consapevolezza pubblica per una nuova stagione etica della sanità italiana.

## La metamorfosi della psiche

“Con l'età...si cambia”. E non è solo un modo di dire. A confermarlo è uno studio dell'università di Edimburgo che rivela come dopo i 70 anni resti poco o nulla di ciò che le persone erano da fanciulli. La ricerca ha avuto inizio nel 1947 e

ha scelto per campione dei quattordicenni, oggi settantasettenni, cui è stato chiesto di definire, sulla base di alcuni parametri distintivi, la propria personalità. Ebbene, superati i periodi-chiave di adolescenza e mezza età, una volta giunti alla soglia dei settant'anni, le differenze caratteriali emerse dalle risposte degli stessi partecipanti e di chi li conosce meglio, sono state sorprendenti. Nessuna traiettoria regolare nell'evoluzione, probabilmente solo il frutto delle esperienze individuali, imprevedibili come il corso di ogni vita.



## Alcol-dipendenza, 710mila nella rete

Dall'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità (Iss) parte un'allerta lanciata dal direttore Emanuele Scafato: “L'Italia, sotto l'effetto dell'onda lunga nord europea, presenta una realtà preoccupante che riguarda i dati circa il consumo eccessivo di alcol. Sono ben 710mila, infatti, quanti riportano danni all'organismo e



alcol-dipendenza. E, ancor peggio, solo il 10 per cento di coloro ricorre a cure presso centri specialistici". Il modello di consumo fuori dai paesi è dilagato, inoltre, tra i giovani trasformando il salutare bicchiere in vere e proprie abbuffate alcoliche. "La sfida – per Scafato – sta nella prevenzione e nell' intercettare in tempo il rischio in modo tale che non degeneri nella dipendenza".



## More, stetoscopio di ultima generazione

Dalla sede torinese dell'Istituto italiano di tecnologia arrivano grandi notizie. Dalla creatività di un ingegnere biomedico, un ingegnere meccanico e un fisico, fondatori della startup Morecognition, è nato More, un dispositivo indossabile, dotato di sensori e di elettromiografo di superficie che misura lo stimolo elettrico dato dai muscoli e potrà parlare con i robot riabilitativi. Il congegno si colloca all'interno di un mercato in rapida crescita. Il "fatturato" dei sensori indossabili a scopo medico raggiungerà, infatti, i 7,5 miliardi di dollari nei prossimi cinque anni. La startup, creata grazie al sostegno della Camera di commercio di Torino e dell'I3p del Politecnico, ha ottenuto il finanziamento dell'Unione europea e partirà a breve con la sperimentazione clinica con pazienti colpiti da ictus e paralizzati per metà corpo. Grazie a questo innovativo strumento sarà possibile ottimizzare la terapia e effettuare la tele-riabilitazione.

## Ludopatia, non è un'epidemia

Una recente ricerca dedicata alla ludopatia dall'Ipsos sembra sconvolgere le convinzioni diffuse, scaturite da una percezione esasperata e drammatizzata della realtà. Tale tendenza, ovvero quella di aumentare le dimensioni dei fenomeni che ci preoccupano denota, infatti, che solo lo 0,9 per cento dei giocatori è "problematico", a fronte di un numero di giocatori ritenuto tale pari al 44% per cento. Un'altra convinzione confutata concerne la condizione economica dello scommettitore: non è vero che spende di più chi ha problemi finanziari. Ciascuno spende in proporzione alla propria disponibilità, con l'eccezione dell'uno per cento circa che presenta un profilo "problematico". Anche la scelta del gioco nasconde delle sorprese. La stragrande maggioranza dei giocatori preferisce i Gratta&Vinci, solo il 2,2% per cento le newslot e le videolottery. La stessa percentuale che si dedica, per circa mezz'ora al giorno, al gioco on line, perlopiù su siti esteri illegali.



## UMAMI

# Il senso del gusto tra delizia e neuroni

di Nicola Carrassi

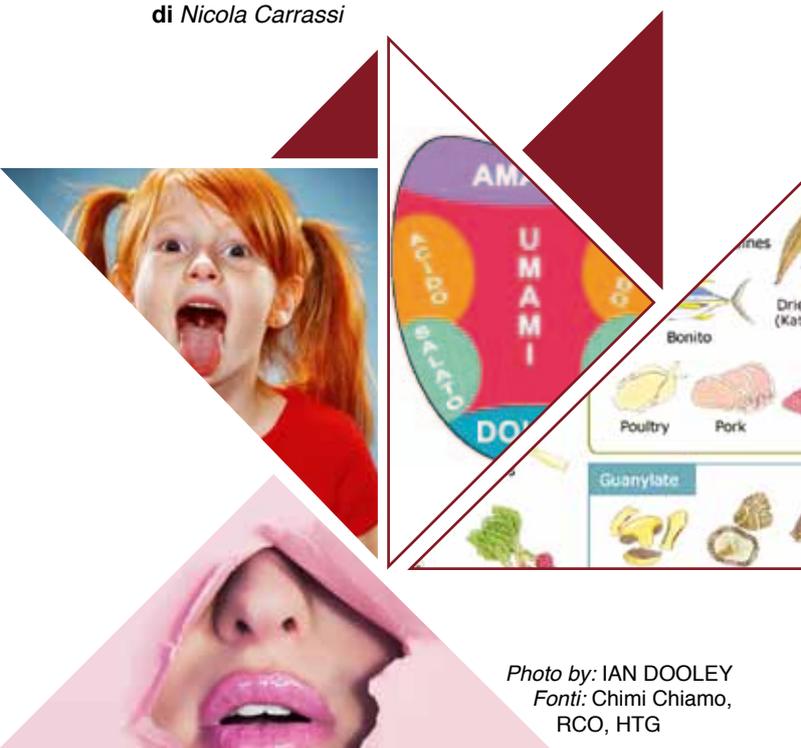


Photo by: IAN DOOLEY  
Fonti: Chimi Chiamo, RCO, HTG

Kikunae Ikeda, un professore di chimica presso l'Università Imperiale di Tokyo, con il lavoro suo e di un tecnico di supporto, nel 1900 allargò gli orizzonti del gusto.

Con la pubblicazione della sua ricerca, nel 1909, aggiunse ai gusti amaro, dolce e acido, l'umami. Che possiamo tradurre come 'sapido', 'saporito'. Umami deriva dall'aggettivo giapponese umai, (delizioso). Primario e basico come i quattro sino ad allora conosciuti, l'UMAMI sfugge ad una descrizione univoca e puntuale. Tutto partì dal dashi, il brodo di pesce usato come base nella cucina giapponese. Viene preparato con alga Konbu, alga bruna, detta anche Kelp, e pesce katsuobushi essiccati, (l'alga laminaria japónica). Ikeda dal brodo isolò il gusto, che intuì mancasse ai tre 'conosciuti' con le procedure di chimica classica: estrazione acquosa, rimozione di contaminanti su larga scala, (mannitolo, NaCl, KCl), mediante cristallizzazione, precipitazione piombo e numerose altre fasi della chimica preparativa. Infine, l'evaporazione a bassa pressione ha portato alla cristallizzazione lenta di una singola sostan-

za, con la formula massa  $C_5H_9NO_4$ : acido glutammico. L'acido glutammico è un amminoacido non essenziale importante nel metabolismo come fissatore e trasportatore di ammoniaca e implicato in molti processi metabolici. L'acido glutammico è il precursore della L-glutammina che viene sintetizzata grazie all'enzima glutammina sintetasi che ne catalizza la formazione a partire da glutammato, ammoniaca ed ATP.

L'acido glutammico costituisce, con la glutammina, un sistema di trasporto e di inattivazione dell'ammoniaca e, a livello nervoso, prende parte a importanti processi di deaminazione, ossidazione e di transaminazione; interviene inoltre nella sintesi dell'acetilcolina e nei meccanismi di regolazione della permeabilità di membrana nella cellula nervosa.

Oltre ad essere un monomero necessario per l'ottenimento di proteine, l'acido glutammico è fondamentale nella trasmissione degli impulsi nervosi, ed è anche prodotto nel cervello. Numerosi sono i benefici dell'acido glutammico in quanto rinforza il sistema immunitario, favorisce la crescita muscolare, stimola la formazione dell'ormone della crescita GH (growth hormone). Il GH stimola la liberazione di acidi grassi dal tessuto adiposo e ne aumenta quindi la concentrazione nei liquidi corporei. Questa azione catabolizzante può contribuire a lungo termine all'aumento della massa magra poiché esso stimola l'utilizzo dei lipidi e acetil-CoA allo scopo di produrre energia.

È un componente principale di proteine e peptidi, è presente nella maggior parte dei tessuti ed è il precursore del principale neurotrasmettitore inibitorio ovvero l'acido  $\gamma$ -aminobutirrico noto come GABA direttamente responsabile per la regolazione del tono muscolare.

Raramente si verifica una carenza di acido glutammico in quanto esso è contenuto in moltissimi alimenti ed in particolare proteine isolate dalla soia, polvere di albume, merluzzo sotto sale, parmigiano, pecorino, mandorle, farina di soia, formaggi secchi e freschi, arachidi, noci, nocciole, carne, pollo, farinacei, gamberi, tonno, affettati e legumi. Quindi l'acido glutammico è contenuto in tutti gli alimenti ad eccezione di frutta fresca e verdure.

Una dieta equilibrata garantisce quindi a un soggetto sano il giusto apporto di acido glutammico sia perché svolge molte azioni benefiche per l'organismo che per il ruolo che riveste in molti processi fisiologici.

# La pagina ROSA

## LE MINISTRE EUROPEE DELLA DIFESA

Con la nomina di Florence Parly a ministro dell'Armata francese sono sei le donne titolari del dicastero della difesa nell'Unione europea. La Francia si è aggiunta a Germania, Italia, Norvegia, Olanda e Spagna.

Nessuna di loro ha mai avuto a che fare con le divise: Parly è una dirigente d'azienda di nomina pubblica (e in passato è stata a capo del dicastero delle Finanze), una eurodeputata, una è laureata in lettere ed è stata funzionaria di partito "l'italiana Roberta Pinotti", una è dirigente d'azienda, un'altra medico, un'altra ancora produttrice televisiva. Solo la spagnola Maria Dolores de Cospedal, diplomatico di carriera, nella sua vita precedente e nella sua formazione ha avuto qualche attinenza con le politiche militari.

L'agenzia d'informazione Bloomberg "di proprietà dell'ex sindaco di New York, repubblicano ma elettore di Hilary Clinton" sostiene che "le donne a capo delle macchine militari europee sono ministri della pace, non della guerra". Un'osservazione in linea con la vulgata, non con la storia.

Il National Bureau of Economic Research ha di recente pubblicato lo studio di due docenti di università nordamericane "Oeindrila Dube e Simon Harish" dedicato alle regine europee dal 15esimo al 20esimo secolo, intitolato "Queens". Nella parte dedicata alle guerre lo studio rivela che, nel periodo in esame, "i regni guidati da donne avevano una maggiore propensione a scendere in guerra di quelli governati da uomini".

Dalla storia alla cronaca. Negli ultimi decenni, da Israele all'India passando per il Regno Unito, ci sono state donne al potere che non hanno di certo temuto il confronto bellico. E al vertice di organizzazioni terroristiche e criminali non mancano, anzi crescono al galoppo, le cape di sesso femminile. Altro che "ministri di pace". A meno che, con questa definizione, non ci si rifaccia al "ministro della pace" di "1984". Nel capolavoro del britannico George Orwell "scritto nel '48 e pubblicato nel '49, dove il mondo angoscioso che descrive come prossimo futuro è l'Unione sovietica e non la Germania hitleriana, già distrutta da qualche anno" il governo conta quattro ministeri principali, tra cui quello della pace, che poi nella realtà è un aggressivo ministero della guerra. Meditate, gente, meditate

*Pietro Romano*

**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](http://www.violatech.it)



**Boston  
Scientific**

Advancing science for life™

# **IT TAKES IMAGINATION TO MAKE SCIENCE MORE GROUNDBREAKING.**

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

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

To learn more about what it takes to advance science for life, visit [www.bostonscientific.com](http://www.bostonscientific.com).