

# ORE12 SANITÀ

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/IRM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 7-8 2018

**Pediatria,  
la Città della speranza**

**Muscoli e scheletro,  
la radiologia è interventistica**

**Cardiologia,  
il futuro è realtà**

**Oncologia,  
la sfida neurochirurgica**

**L'ECCELLENZA ETNEA  
DOVE IL TRAPIANTO D'UTERO È REALTÀ**

## IL VALORE DI ESSERE PARTNER

APPARECCHIATURE  
MEDICALI



DISPOSITIVI  
MEDICI



SERVIZI &  
CONSULENZA



PROGETTAZIONE  
& COSTRUZIONE

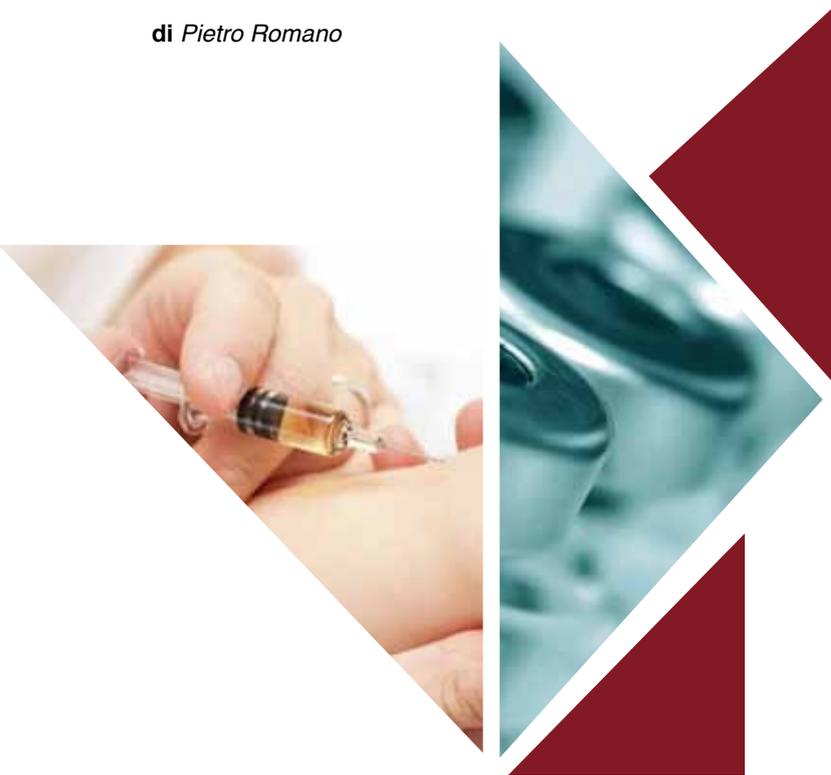
### Da sempre al servizio del settore sanitario

**Realtà dinamica** orientata al cambiamento e all'innovazione, dal 1989 NGC Medical rappresenta un'eccellenza nazionale nella **gestione in service** delle sale operatorie e laboratori di emodinamica.

Progetta e realizza **strutture sanitarie** pubbliche e private all'avanguardia, dotandole delle più avanzate **apparecchiature elettromedicali** e di **dispositivi medici** di qualità necessari per lo svolgimento di ogni specifica attività clinica, con un patrimonio costituito da **professionalità tecniche** in grado di offrire servizi all'avanguardia, personalizzati, sicuri e di qualità.

Hic et nunc

# La sanità ha bisogno di concretezza non di fuorvianti guerre di religione

di *Pietro Romano*

Vaccini sì, vaccini no? Non mi appassionano le guerre di religione. Ma mi impauriscono le posizioni per partito preso. E vieppiù il dogma del mainstream, quello che sa sempre tutto meglio di tutti e poi nasconde i propri errori sotto la sua saccenteria.

La salute è troppo importante per lasciarne discutere gli ignoranti sui social media. Ma penso che per la salute possa valere quanto si diceva per la guerra: è troppo importante per lasciarla decidere (e condurre) ai soli generali. Troppi interessi in ballo. E troppi interessati. Non sempre i mandarini sono i depositari del bene. Scandali come quello del talidomide sono scolpiti nella memoria. E così le colpe dei mandarini assicuranti di allora. Di certo colpisce che i talebani delle vaccinazioni-di-tutti-contro-tutto a bambini, adulti e vecchi italiani siano spesso gli stessi che alzerebbero alti lai al cielo se si imponesse agli immigrati, prima di farli entrare nel nostro Paese, una valutazione del loro stato di salute, e della loro eventuale pericolosità per la collettività. Esattamente come facevano negli Stati Uniti per gli emigranti, italiani o da dovunque provenissero. Tanto per dimostrare che “anche noi emigravamo” - verissimo - ma a ben altre condizioni. Prima di tutto, e non solo, sanitarie.

Quanto a un discorso scientifico sui vaccini mi sembra aprire orizzonti nuovi la recentissima ricerca dell'Agencia

del farmaco, sulla quale promettiamo di tornare a – si spera – discussione meno surriscaldata.

Vaccinomania - pro e contro - a parte, avendo un nuovo governo dall'atteggiamento più “laico” dei precedenti in tema sanitario, *Ore12* si permette di porre sull'avviso, relativamente a un paio di altri temi, non solo il ministro competente, Giulia Grillo, ma l'intero esecutivo. Se avranno la bontà di leggerci, anche per interposti collaboratori.

Prima di tutto ci piace chiedere ai membri del nuovo governo una riflessione sulla debacle qualitativa (ed economica) sofferta dalla sanità italiana dopo la sua regionalizzazione. Dal podio mondiale, decretato da diverse ricerche internazionali indipendenti, a figure spesso barbine, con malati che sciamano da una regione all'altra, alla richiesta del sacrosanto diritto alla salute negato a casa propria. Dopo aver, magari, sborsato tributi più esosi dei connazionali che hanno la fortuna di vivere a qualche centinaio di chilometri da loro e sono assistiti a dovere.

La sciagurata riforma del Titolo quinto della Costituzione voluta dall'allora governo di centrosinistra per meschini calcoli elettorali, si è dimostrata un fallimento, soprattutto in materia sanitaria. Aveva ragione Matteo Renzi a volerla cassare. Ma con questa acqua sporca voleva buttare anche il bambino, vale a dire norme efficaci. E alla fine incoronarsi Napoleone. Ma gli italiani hanno finito per buttare lui e i suoi più stretti sodali.

Uscito di scena Renzi, però, non è detto che non si possa riprendere il discorso più freddamente. Evitando, cioè, la guerra civile, fortunatamente incruenta, nella quale sono stati coinvolti per un tempo lunghissimo gli italiani, accantonando problemi ben più gravi.

La potestà sanitaria non è l'unica questione che il governo si trova ad affrontare. Una ricerca curata dall'istituto Eurispes per conto e in collaborazione con l'Enpam, l'ente di previdenza dei medici, ha registrato che l'Italia dispone del più alto numero di macchinari medici per abitante tra i grandi Paesi europei. Senonché molti di questi sono obsoleti, non revisionati, lasciati ad arrugginire in strutture non aperte al pubblico, utilizzati da personale non qualificato o non utilizzati per nulla. Perché è più facile comprare materiali a rotta di collo (magari per poterci fare la cresta) che tenerli efficienti e adoperarli al meglio. Ribaltare tale tendenza, questa sì - ritiene *Ore12* - che sarebbe una inversione a 180 gradi degna di un “governo del cambiamento”.



## FONDAZIONE CITTÀ DELLA SPERANZA

di Caterina Del Principe



## TRAPIANTO DI UTERO

di Katrin Bove

01 HIC ET NUNC

05 LA LETTERA



## RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

di L. Zugaro, S. Mariani,  
F. Arrigoni, A. Barile,  
C. Masciocchi



## CARDIOLOGIA CORONARI SINUS REDUCER

17 NORME & SALUTE

25 SOLDI & SALUTE

# SOM



## NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA

di Franco Chioffi



## ONEVIEW L'OCCHIO DEL CHIRURGO



## CHIRURGIA ESTETICA

di Lidia Tamburrino



## RENAISSANCE: UN'ECCellenza ITALIANA

di Caterina Del Principe

37

## LA SANITÀ E LA CRISI

40

## NO AL BULLISMO

43

## ROMA, CAPITALE DELL'ACCOGLIENZA

47

## MEDICINA PREVENTIVA DAL GIAPPONE

34

## FISCO UNICO E SPESE SANITARIE

SEGUICI SU:  
WWW.OREI2GROUP.IT



TWITTER  
OREI2GROUP



FACEBOOK  
OREI2GROUP



LINKEDIN.COM  
COMPANY/OREI2GROUP



LA NOSTRA APP

# MARIO

# ORE12 SANITÀ

Mensile d'informazione Economico Sanitaria

[WWW.ORE12GROUP.IT](http://WWW.ORE12GROUP.IT)

**Direttore Responsabile**

Pietro Romano  
direttore@ore12italia.it

**Direttore Editoriale**

Katrin Bove  
katrin.bove@ore12italia.it

**Associate Publisher**

Nicola Carrassi

**Redazione**

redazione@ore12italia.it

**Dipartimento Grafico**

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

**Divisione WEB:**

RYANCREATION COVE, Fluid creativity

**Web Editor in charge:**

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



[WWW.RICOMUNICARE.COM](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

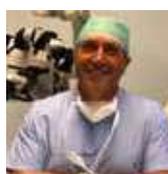
**Stampa**

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

**Hanno collaborato a questo numero:**

Angiolino Albanese, Maria Pia Barontini, Franco Chioffi, Ornella Cilona, Enrico Cisnetto, Caterina Del Principe, Martina De Vivo, Antonio di Matteo, Oriana Ippoliti, Carlo Masciocchi, Renato Pedullà, Lidia Tamburrino, Francesco Versaci, Luigi Zugaro.

## LE FIRME



**Franco Chioffi**

Direttore U.O. di Neurochirurgia,  
Ospedale "S. Chiara"  
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) Trento



**Prof. Carlo Masciocchi**

Professore Ordinario Diagnostica per Immagini  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi dell'Aquila



**Prof. Francesco Versaci**

Direttore U O Cardiologia ed Emodinamica,  
ASL Latina, Ospedale Santa Maria Goretti, Latina



**Prof. Luigi Zugaro**

Direttore U O S D, Radiologia DEA  
ASL 1 Abruzzo, Ospedale Civile S. Salvatore, L'Aquila

# • NUMERO •



## **Cari lettori,**

l'esito forse più negativo delle campagne "No Vax" che si sono diffuse negli ultimi anni, è quello che riguarda il vaccino per il virus del papilloma umano (HPV), un agente a trasmissione sessuale che causa malattie genitali, anali e orofaringee sia nelle donne che negli uomini. In particolare l'infezione da HPV causa oltre il 90% dei carcinomi della cervice uterina e non solo. Ebbene, viviamo un paradosso: la ricerca documenta un formidabile profilo di sicurezza di questo vaccino e la sua efficacia per prevenire i tumori correlati, mentre i dati sulle coperture vaccinali sono allarmanti: nelle ragazze, a fronte di una copertura intorno al 70% nelle coorti di nascita dal 1997 al 2000, i tassi di copertura vaccinale anti-HPV sono progressivamente diminuiti nelle coorti 2002 (65,4%) e 2003 (62,1%), per poi precipitare al 53% nella coorte 2004. Quasi il 12% delle ragazze ha ricevuto almeno una dose di vaccino, ma non ha completato il ciclo. Nei maschi, la vaccinazione è un miraggio: relativamente alle coorti di nascita 2003-2004, 6 Regioni non rendono disponibili i dati, altre 7 hanno una copertura dello 0% e solo per 8 Regioni sono disponibili i dati di copertura vaccinale: dal 3% della Sardegna al 53% del Veneto. Faccio mia, a questo proposito, l'espressione pronunciata da Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe: «E' un caso paradigmatico di analfabetismo funzionale: mentre si diffondono innumerevoli terapie inefficaci e inappropriate per i tumori, utilizziamo sempre meno l'unico vaccino disponibile per la loro prevenzione».

Da madre e da persona che cerca di diffondere evidenze scientifiche, io mi sento di affermare l'importanza della prevenzione e dei vaccini. Solo un'impostazione di carattere ideologico può decidere di farne a meno.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Nino Cartabellotta". The signature is fluid and cursive, written in a dark color.

# ROSA® Brain

L'INNOVAZIONE  
ROBOTICA NELLA  
NEUROCHIRURGIA

**KASTER**  
*Medical Technology*



# Fondazione Città della Speranza

*QUANDO RICERCA E SOLIDARIETÀ SI INCONTRANO  
PER RAGGIUNGERE UN UNICO, GRANDE OBIETTIVO:  
GUARIRE I BAMBINI COLPITI DA GRAVI PATOLOGIE*

*di Caterina Del Principe*

Nel 1994 ha mosso i primi ambiziosi passi. Oggi è una realtà affermata che intreccia le storie di tante vite: quelle di bambini malati, poi guariti e diventati adulti, quelle di chi non ce l'ha fatta ma per cui si è lottato, quelle delle loro famiglie, di medici e ricercatori, di aziende e amministrazioni locali, quelle - soprattutto - di tante persone comuni che condividono il sogno di veder crescere in salute i loro figli, il nostro futuro.

“Queste persone sono coloro che, anche solo con una piccola donazione di tempo o denaro, hanno scelto di diventare cittadini della Fondazione Città della Speranza, onlus con radici venete nata dalla mente lungimirante di Franco Masello, imprenditore toccato in prima persona dalla perdita di un nipotino a causa della leucemia. Un'esperienza che, purtroppo, qualche anno dopo ho

provato anch'io e mi ha portato a conoscere Città della Speranza. Ne è nato un legame indissolubile”, confida Stefania Fochesato, past president e referente del fundraising.

Il lungo viaggio della Fondazione è iniziato col dare una “casa” confortevole ai piccoli degenti della Clinica di Oncoematologia Pediatrica di Padova, costretti, assieme ai loro genitori e al personale medico-infermieristico, a destreggiarsi tra spazi inadeguati. Di qui la costruzione e inaugurazione, nel 1996, del nuovo reparto, a cui seguirono, tra il 1998 e il 2010 sia a Padova che a Vicenza, l'edificazione del Day Hospital e del Pronto Soccorso Pediatrico. Impegni portati a termine grazie al coinvolgimento di un numero crescente di volontari e piccoli e grandi donatori che hanno creduto nei progetti.



## ADOTTA UN RICERCATORE

Città della Speranza promuove l'iniziativa "Adotta un ricercatore" con cui è possibile sostenere uno specifico progetto scientifico.

"Vi aderiscono tante scuole di ogni ordine e grado, i Comuni gemellati con la nostra Fondazione e molte aziende - spiega Stefania Fochesato, ma ciascuno di noi può contribuire scegliendo una delle varie forme elencate nel sito

[www.cittadellasperanza.org](http://www.cittadellasperanza.org). Ogni donazione viene valorizzata al fine di dare concretezza alla ricerca scientifica".

"Dal migliorare le condizioni di cura e assistenza al sostenere anche la ricerca scientifica in campo oncoematologico e, oggi, in tutti i rami della pediatria, il passo è stato breve e naturale", aggiunge Fochesato. Anzi, così forte da porre le basi per un'altra straordinaria impresa: la realizzazione dell'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza. Inaugurato nel 2012 a Padova e costato 32 milioni di euro, interamente raccolti col fundraising, è il più grande centro di ricerca europeo nel suo ambito.

### **L'Istituto di Ricerca Pediatrica**

L'Istituto di Ricerca Pediatrica (IRP) svolge una ricerca *contestualizzata*, volta alla risoluzione di un problema clinico che non ha ancora trovato un'adeguata risposta. L'obiettivo è produrre conoscenza che generi innovazione diagnostica e/o terapeutica nelle malattie pediatriche, in modo da poter, da un lato, attuare quella *medicina di precisione* necessaria per fare un ulteriore salto di qualità nella cura dei pazienti pediatrici, dall'altro creare farmaci intelligenti in grado di eliminare le cellule tumorali e risparmiare quelle sane.

Le aree di ricerca rappresentate sono l'oncologia pediatrica, la medicina rigenerativa, la nanomedicina, la genetica e le malattie rare, la medicina predittiva, l'immunologia. In loro supporto sono state create delle piattaforme tecnologiche in grado di potenziarne l'attività e rendere IRP competitivo a livello internazionale. Le *facilities* attualmente sviluppate riguardano la

bioinformatica, la citofluorimetria e la Next Generation Sequencing.

Oggi IRP conta 300 ricercatori, ma può ospitarne fino a 400. "Di recente, a conclusione del primo *retreat* voluto dalla direttrice scientifica, la prof.ssa Antonella Viola - racconta Stefania Fochesato -, la mia famiglia e quelle di Franco Masello e Andrea Camporese (entrambi ex presidenti della Fondazione) hanno voluto premiare cinque ricercatrici per l'elevata qualità delle loro presentazioni scientifiche. È stata una cerimonia commovente, in quanto i riconoscimenti erano intitolati a tre bambini portati via dalla malattia, ma dalla cui triste storia è cresciuta e diventata realtà la speranza nella ricerca".

### **La diagnostica avanzata**

Ogni anno in Italia sono circa 600 i bambini (0-18 anni) che si ammalano di sola leucemia. I dati relativi ai tassi di guarigione sono confortanti: nel 1994 si attestavano al 30%, oggi si aggirano attorno all'80%.

Fondazione Città della Speranza investe 750mila euro l'anno nella diagnostica avanzata di leucemie e tumori solidi. In virtù di questo costante contributo, il Laboratorio di oncoematologia pediatrica, collegato alla relativa Clinica cittadina, è divenuto centro di riferimento nazionale per la diagnosi di leucemia, linfomi e sarcomi riconosciuto dall'Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica (AIEOP), nonché sede della Banca Biologica di campioni pediatrici di leucemie, linfomi, sarcomi.

Ad oggi vengono effettuate più di 700 nuove diagnosi

e analizzati 17mila campioni. Ciò significa che a tutti i bambini, residenti in Italia o provenienti dall'estero, è fornita una diagnosi certa entro 24 ore e sono garantiti i migliori protocolli di cura, i più moderni approcci diagnostici e il monitoraggio della malattia mediante tecniche di laboratorio all'avanguardia.

Gli ottimi risultati ottenuti finora nella ricerca clinica sono dovuti alla capacità di individuare, tramite test di laboratorio, distinte classi di rischio biologiche. Questo ha permesso, per alcuni tipi di patologie, di stratificare i pazienti e di mettere a punto specifici protocolli di terapia nazionali e internazionali utili per implementare le conoscenze e, quindi, le possibilità di successo nella cura.

### **Il rhabdomyosarcoma**

Città della Speranza ha finanziato uno studio europeo sul rhabdomyosarcoma, coordinato dal prof. Gianni Bisogno della Clinica di Oncoematologia Pediatrica di Padova,

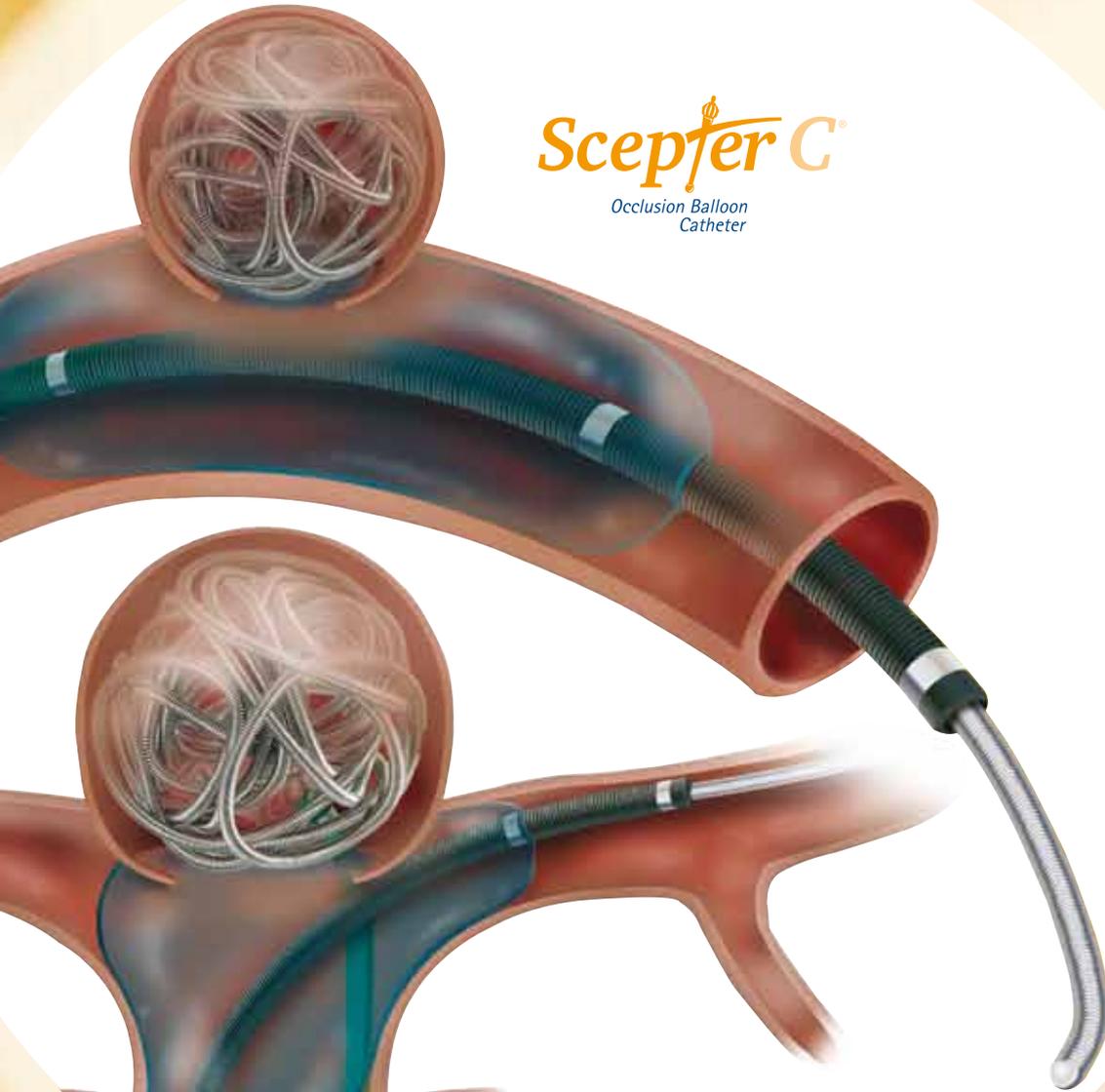
che ha portato all'individuazione di una nuova strategia terapeutica che aumenta il tasso di sopravvivenza dei bambini del 13%. Si tratta di una rivoluzione dopo oltre 30 anni in cui si curava questa malattia rara, che rappresenta il 4% di tutti i tumori infantili, allo stesso modo.

La novità consiste nell'adozione, per sei mesi e dopo il consueto trattamento iniziale, di una terapia di mantenimento a basse dosi di due farmaci chemioterapici, la vinorelbina per via endovenosa e la ciclofosfamide per via orale. I risultati hanno dimostrato come, a cinque anni dalla diagnosi, la sopravvivenza passi dal 73,7% del trattamento standard all'86,5% dato dall'innovatività.

Lo studio è stato presentato al meeting 2018 dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) per l'impatto che avrà sulla cura dei pazienti in Europa e nel mondo.



*Scepter C*<sup>®</sup>  
Occlusion Balloon  
Catheter



*Scepter XC*<sup>®</sup>  
Occlusion Balloon  
Catheter

**ENDOASCULAR  
SERVICE**  
ENDOASCULAR SERVICE

# TRAPIANTO DI UTERO

di *Katrin Bove*

Il primo Centro italiano di trapianto dell'utero ha sede a Catania. Protagoniste di questo risultato sono state la U.O.C. di Chirurgia Vascolare e il Centro Trapianti d'Organo del Policlinico, diretto dal professore Pierfrancesco Veroux e la U.O.C. di Ginecologia e Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, diretta dal professore Paolo Scollo. Li abbiamo intervistati entrambi, per spiegare l'importanza di quest'iniziativa. Le candidate al trapianto dell'utero sono donne di età compresa tra i 18 e 40 anni (stessa età è richiesta per le donatrici), nate con la sindrome di Mayer Rokitansky (senza utero) o con utero malformato e le donne sottoposte a rimozione chirurgica dell'utero, per complicanze post parto, ad esempio. Non possono accedere

IL PROTOCOLLO, APPROVATO DAL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ, REDATTO DAI PROFESSORI PIERFRANCESCO VEROUX E PAOLO SCOLLO.

IN EUROPA, ESISTE SOLO UN ALTRO CENTRO DEL GENERE, IN SVEZIA.

alle liste di attesa le donne che hanno subito una rimozione dell'organo per cause oncologiche. Durante la conferenza stampa di presentazione di quest'importante iniziativa, il direttore del Centro Nazionale Trapianti, Alessandro Nanni Costa, che ha seguito l'iter, durato circa due anni, ha dichiarato: «Si tratta della prima autorizzazione nazionale e di una

AL POLICLINICO  
DI CATANIA  
IL PRIMO CENTRO  
SPERIMENTALE



delle prime in campo europeo sul fronte della donazione da cadavere, per il trapianto di utero. Questo significa che c'è in Sicilia una grande capacità, professionalità e credibilità dei professionisti che operano nel settore, in questo caso a Catania, dove c'è una tradizione ginecologica e trapiantologica importante. C'era un progetto consistente che il Consiglio Superiore di Sanità ha approvato e che rappresenta un passo importante per la Sicilia, ma anche per l'Italia intera».

**Al professore Pierfrancesco Veroux, direttore del Centro Trapianti, che svolge ormai dal 1996 trapianti di rene e pancreas anche da donatore vivente, chiediamo: quando il Centro sarà pienamente operativo?**

Il prossimo step sarà quello di creare la prima lista di attesa di riceventi per il trapianto di utero. Tale lista sarà successivamente comunicata al Centro Regionale Trapianti e da quel momento il programma sperimentale di utero entrerà nella sua fase operativa. Le potenziali riceventi, dopo un approfondito screening ginecologico, verranno valutate al fine di determinare la reale idoneità al trapianto mediante un codificato iter di esami ematochimici, immunologici e strumentali. Si prevede di rendere attivo il programma nel mese di settembre. In questa prima fase sono previsti solo un numero limitato di trapianti, al fine di valutare la sicurezza e l'efficacia delle metodiche messe in opera. Successivamente al trapianto e dopo un'approfondita valutazione del reale funzionamento dell'utero, si provvederà, presso l'Unità

di Ginecologia del professor Scollo, ad impiantare gli ovociti già precedentemente fecondati. La gravidanza ed il successivo parto rappresentano il fine ultimo del trapianto di utero.

**Il trapianto di utero è ad alto rischio di rigetto?**

Similarmente agli altri trapianti di organi solidi, le riceventi dovranno essere sottoposte ad appropriata terapia immuno-soppressiva, al fine di controllare il rigetto e permettere la corretta funzionalità dell'organo trapiantato. L'utero è facilmente accessibile dalla vagina e questo consente di monitorarne la funzionalità anche mediante delle biopsie del tessuto cervicale. A differenza di una biopsia endometriale, la biopsia cervicale non interferisce con la cavità uterina e può quindi essere utilizzata per monitorare la vitalità dell'organo e documentare un eventuale rigetto durante la gravidanza.

**Professor Paolo Scollo, ci parli del trapianto di utero.**

Per molte donne, l'esperienza della gravidanza, del parto e della nascita di un figlio, rappresenta un aspetto fondamentale della vita. Purtroppo, tali eventi possono essere negati a causa di condizioni irreversibili di infertilità, non superabili con i progressi e le nuove tecniche della medicina della riproduzione. L'infertilità assoluta da fattore uterino (Ufi) è una delle principali cause irrisolte di



Prof. Paolo Scollo



Prof. Pierfrancesco Veroux



sterilità e colpisce circa il 3% della popolazione generale. Le donne con Ufi possono non avere l'utero dalla nascita, come nella sindrome di Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (Mrkhs) o in seguito alla sua asportazione per neoplasie o complicanze ostetriche o avere un utero patologico. Il trapianto d'utero viene eseguito per risolvere il problema dell'infertilità assoluta da fattore uterino, che interessa circa 1,5 milioni di donne nel mondo. L'organo trapiantato potrà, eventualmente, essere rimosso dopo una o due gravidanze, al fine di limitare il periodo di esposizione alla terapia immuno-soppressiva.

**Potrebbe descriverci l'esperienza internazionale in questa metodica?**

Nel 2002, un'équipe saudita eseguì il trapianto in una donna di 26 anni che aveva perso l'utero 6 anni prima durante un taglio cesareo. L'organo donato era di una donna di 46 anni. Tre mesi dopo l'intervento l'utero risultò essere andato in necrosi e venne rimosso. Tra i motivi adottati a giustificare quest'evento, vi fu quello che non era stato fornito all'utero trapiantato un supporto adeguato, legamentoso-tessutale, con conseguente torsione e trombosi dei vasi sanguigni. Il secondo trapianto di utero

umano è stato effettuato nel 2011. Una donna di 23 anni con sindrome Mrkh e precedente ricostruzione vaginale, fu sottoposta a trapianto di utero da donatrice deceduta dell'età di 21 anni. Furono segnalate due gravidanze. La prima, biochimica, ma la seconda confermata con visualizzazione di una camera gestazionale intrauterina mediante ecografia. Si concluse, purtroppo, con un aborto prima della 8° settimana gestazionale. La prima serie clinica di trapianto di utero è stata eseguita in Svezia nel 2012-13. Sette donne ebbero le mestruazioni durante le prime 4-8 settimane dopo l'intervento e gli innesti rimasero vitali con regolari mestruazioni durante gli anni di post-trapianto. Nel settembre del 2014, sempre in Svezia, fu documentato il primo parto. La ricevente, una donna di 35 anni con sindrome Mrkh, fu trapiantata con un utero da donatore vivo da un'amica di famiglia di 62 anni in post-menopausa. Nacque un bambino sano. Nelle successive quattro gravidanze dello studio svedese, i riceventi manifestarono episodi occasionali risolti di lieve rigetto ed i bambini nacquero sani. Nel 2017, è stato documentato negli Stati Uniti, invece, il primo parto dopo trapianto di utero.

con il patrocinio



# RADIOLOGIA INTERVENTIVISTICA MUSCOLO SCHELETRICA

di L. Zugaro, S. Mariani, F. Arrigoni, A. Barile, C. Masciocchi

L'utilizzo della diagnostica per immagini nel trattamento delle patologie muscolo-scheletriche (MSK) sta assumendo un ruolo centrale in considerazione dell'approccio mininvasivo, rispetto alla modalità chirurgica, con la possibilità di monitorare continuamente l'esecuzione della procedura di scelta raggiungendo la struttura bersaglio e nel contempo evitando quelle "nobili" quali vasi, nervi etc. Il paziente viene selezionato in modo accurato, valutando esami clinici laboratoristici e diagnostici e previo consenso informato.

## PROCEDURE INFILTRATIVE MINORI MSK

Le metodiche principalmente utilizzate sono la guida ecografica e quella TC.

### *Guida ecografica*

Rappresenta una tecnica operatore-dipendente, necessita di un'ottima conoscenza anatomica ed esperienza delle immagini ecografiche (Fig.1). E' indicata per il trattamento dell'osteoartrite ed osteoartrosi, delle condropatie, delle tendinopatie e delle calcificazioni periarticolari, in particolare a carico della spalla; ma anche nel caso di biopsie ed aspirazione di formazioni cistiche.

### *Guida TC*

Sono procedure riservate a condizioni di dolore dorso-



Prof. Carlo Masciocchi



Dr. Luigi Zugaro

lombare, più o meno associato a sciatica, scarsamente responsive a terapia medica o a fisiokinesiterapia, e che presentano un'incidenza dell'80% tra i 30-50 anni. Nel trattamento dell'artrosi faccettale, delle ernie discali e del dolore sacroiliaco lo scopo è di ridurre il dolore, il volume dell'ernia discale e migliorare l'ossigenazione tissutale mediante somministrazione di anestetici locali, cortisone, una miscela di ossigeno-ozono e, recentemente, mediante utilizzo di radiofrequenze.

Il trattamento della patologia osteoporotica del rachide si basa su alcune tecniche, in primis la vertebroplastica, tecnica in cui si procede all'iniezione percutanea di cemento osseo radiopaco in una frattura vertebrale dolorosa da compressione o in un soma vertebrale doloroso e patologico (mieloma multiplo, sede di metastasi, emangioma) con lo scopo di stabilizzare la colonna, aumentare la resistenza del soma vertebrale ed eliminare/ridurre il dolore andando a rinforzare la struttura ossea mediante il cemento e con l'azione esotermica e chimica-tossica del cemento sulle terminazioni nervose.

#### **INTERVENTISTICA MAGGIORE MSK**

Negli ultimi anni, grazie allo sviluppo tecnologico ed al

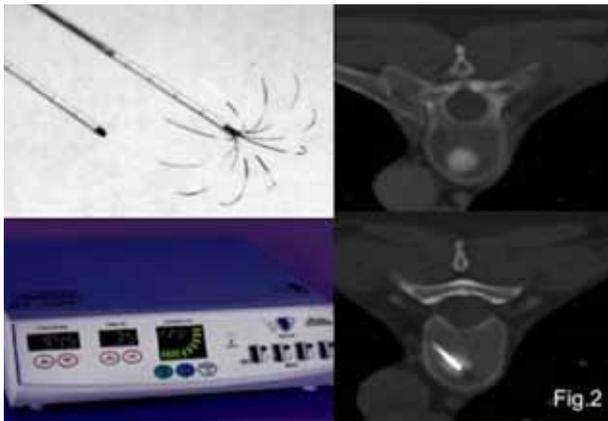
cambiamento culturale, si è avuto un aumento esponenziale delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche percutanee eseguite dal radiologo interventista su lesioni a carico delle componenti scheletriche o dei tessuti molli perischeletrici, quali processi infettivi (ascesso di Brodie, osteomielite e spondilodisciti), lesioni benigne (conferma di benignità) e maligne (per determinare l'origine, primitiva o secondaria, determinare l'istotipo, identificare recettori tumorali e valutare il risultato della CT o RT).

In questo ambito il primo step nelle mani del radiologo interventista msk è l'esecuzione di biopsie, sotto guida TC o ecografica, con lo scopo di ottenere un campione di tessuto significativo con il minimo traumatismo rispettando le tre regole fondamentali quali: massimizzare l'accuratezza diagnostica, non disseminare il tumore e ridurre al minimo le complicanze con il valore aggiunto della guida diagnostica e la possibilità di monitorare e scegliere accuratamente la sede dove eseguire il prelievo bioptico. La biopsia percutanea può essere un'alternativa mininvasiva alla biopsia escissionale ed incisionale con un'accuratezza diagnostica che raggiunge il 100%.

Le tecniche ablativo percutanee rappresentano il



Fig 1



trattamento di scelta per le lesioni tumorali benigne del sistema muscoloscheletrico e una valida alternativa nella gestione di quelle maligne.

La Termoablazione a Radiofrequenze (RF) rappresenta la tecnica più utilizzata in radiologia interventistica MSK, mediante utilizzo di due elettrodi, di cui uno posizionato all'interno dell'area bersaglio, che creano un circuito di corrente alternata monitorata continuamente; viene di solito utilizzata in presenza di lesioni osteoaddensanti, di dimensioni medio-piccole e solitamente per lesioni benigne, tra queste l'indicazione principale è rappresentata dall'osteoma osteoide e dall'osteoblastoma (Fig.2).

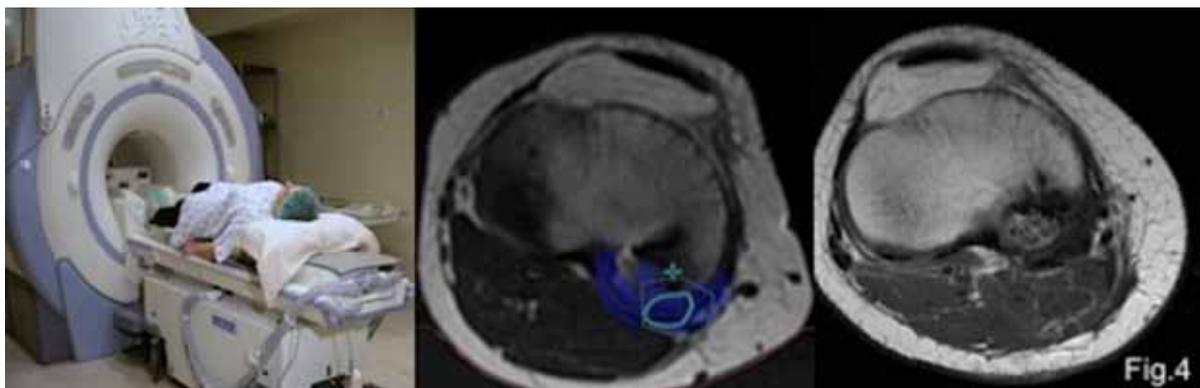
La Termoablazione a Micro-onde (MW) si basa sulla creazione di un campo elettromagnetico ad alta frequenza che agisce sul movimento delle molecole d'acqua che genera a sua volta energia cinetica e conseguentemente calore da frizione. Rispetto alle RF, si raggiungono temperature interne maggiori, anche superiori a 150°, con ridotta durata del trattamento e ridotta dispersione di calore. Questa procedura è caratterizzata tuttavia da costi maggiori e soprattutto deve essere eseguita da personale esperto data la maggior difficoltà nel maneggio degli strumenti; è indicata in presenza di metastasi di grandi dimensioni e ad elevato contenuto liquido.

La Crioblazione, a differenza delle altre tecniche descritte che causano un'ipertermia, è una tecnica con la quale si sviluppano bassissime temperature sotto lo 0°; si possono disporre multipli aghi contemporaneamente,



vantaggio fondamentale soprattutto in caso di lesioni voluminose, e, grazie alla visualizzazione dell' "iceball" (palla di ghiaccio) che delimita l'area trattata dalle scansioni TC senza somministrazione ev di mezzo di contrasto, è possibile controllare l'estensione del trattamento e monitorare la temperatura in ogni momento con i sistemi di controllo (Fig.3). Ulteriore vantaggio della crioablazione è l'effetto analgesico intrinseco che prova il paziente durante ed immediatamente dopo la procedura dovuto all'ipoteremia.

La MRgFUS (Magnetic Resonance guided Focused Ultrasound Surgery) è una tecnica di termoablazione, recente ed innovativa, che distrugge i tessuti bersaglio attraverso il calore generato da un fascio ad alta intensità di ultrasuoni focalizzati, che determinano una necrosi coagulativa ottenuta senza l'utilizzo di aghi (Fig.4). Grazie alla guida RM vi è una perfetta visualizzazione anatomica ed il monitoraggio continuo della temperatura nell'area bersaglio. Vi sono però dei prerequisiti fondamentali per l'esecuzione di tale metodica: finestra acustica adeguata, scarsa interposizione d'aria, d'acqua o cicatrici ed interfaccia ossea per lasciare libera la propagazione degli ultrasuoni. La lesione target di questa procedura è rappresentata sicuramente dall'osteoma osteoide, seguita prevalentemente da altre lesioni benigne, quali l'osteoblastoma e con iniziale, recente utilizzo in caso di lesioni maligne delle componenti scheletriche e dei tessuti molli.



## Norme & salute

# Per i dispositivi medici l'Ue impone controlli più severi

di Ornella Cilona\*



Le nuove norme comunitarie sui dispositivi medici sono state finalmente approvate.

Dopo cinque anni, infatti, (vedere articolo pubblicato sul numero 1 di Ore12) le due proposte di Regolamento della Commissione europea per riformare gli standard su questi prodotti hanno ricevuto il via libera dal Consiglio e dal Parlamento UE.

“Constato con enorme soddisfazione - ha dichiarato Elzbieta Bienkowska, Commissaria europea responsabile per il mercato interno e l'industria - che i controlli più severi, da noi fortemente auspicati, sul mercato dell'Ue diventeranno presto una realtà”. Il settore dei prodotti sanitari in Europa è di tutto rispetto, con 25mila aziende

che danno lavoro a 500mila persone e vantano vendite annue per un valore di quasi cento miliardi di euro.

Il Regolamento Ue 2017/745 riguarda i dispositivi medici (come lenti a contatto, cerotti, pacemaker, protesi dell'anca, apparecchi a raggi X) e abroga le due Direttive comunitarie del 1990 e del 1993 che disciplinavano il settore. Il Regolamento UE 2017/746 si occupa, invece, di tutti i dispositivi medico diagnostici in vitro che sono utilizzati per effettuare le analisi sui campioni e abroga una Direttiva comunitaria del 1998. Sono tre le caratteristiche comuni alle due nuove norme comunitarie: rafforzamento della qualità e della sicurezza; maggiore trasparenza nelle informazioni ai consumatori; più vigilanza del mercato. Per quanto riguarda la qualità, i dispositivi a rischio elevato (come le protesi) dovranno passare al vaglio di un gruppo di esperti europei prima di essere commercializzati. Lo standard prevede, inoltre, maggiori controlli sia sulle sperimentazioni cliniche sia su alcuni prodotti estetici, come le lenti a contatto colorate. Per i dispositivi medico diagnostici in vitro sarà poi introdotto un nuovo sistema di classificazione del rischio. La tutela dei consumatori è garantita nelle due norme da alcune innovazioni come la “tessera per il portatore di impianto” e la registrazione obbligatoria di ogni dispositivo in una banca dati europea (Eudamed). La tessera sarà consegnata a ogni paziente cui sia stato impiantato, a esempio, un pacemaker o una protesi e conterrà tutti i dati più importanti. Eudamed, invece, consentirà di disporre di una casistica su ogni dispositivo registrato. I controlli sul mercato previsti dalla normativa comunitaria saranno garantiti sia da un più stretto coordinamento fra gli Stati membri sulla vigilanza sia dall'obbligo per i costruttori europei di raccogliere i dati relativi alle prestazioni dei dispositivi medici da loro fabbricati.

Le due nuove norme, che riguardano più di mezzo milione di dispositivi medici e medico diagnostici in vitro, entreranno in vigore dopo un periodo di transizione della durata di tre anni per i primi prodotti e di cinque per gli altri. Un lasso di tempo che consentirà ai fabbricanti di adattarsi ai nuovi obblighi.

*\*Presidente della Commissione tecnica Uni  
"Responsabilità sociale delle organizzazioni"*

# NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA, UNA SFIDA CONTINUA

di Franco Chioffi

Il mondo della neurochirurgia oncologica è stato attraversato nel corso dell'ultimo decennio da una doppia rivoluzione concettuale e tecnica. Dal punto di vista oncologico, con riferimento ai gliomi cerebrali, una migliore comprensione della fisiopatologia della malattia ha consentito un cambio di approccio in favore di asportazioni chirurgiche sempre più precoci, nei gradi bassi di malattia, e sempre maggiormente attenzione al rispetto dell'esito neurologico e funzionale del paziente. Questa crescente ed ossessiva ricerca del miglior bilancio possibile tra radicalità oncologica e preservazione della migliore performance neurologica è finalizzata a consentire ai pazienti, non solo la più lunga sopravvivenza possibile, ma anche una buona qualità della vita. La possibilità di raggiungere questo obiettivo e la possibilità, per il futuro, di spostare l'asticella dei risultati sempre più in alto, dipende dalla notevole evoluzione tecnica e tecnologica che ha consentito, da un lato, un cambio di approccio chirurgico a questo tipo di patologia, dall'altro, l'utilizzo di strumenti per l'esplorazione dell'organizzazione funzionale cerebrale, come la risonanza magnetica funzionale e la trattografia che già nel mondo neuroscientifico hanno rivoluzionato nell'ultimo ventennio le conoscenze sulla organizzazione e la plasticità del sistema nervoso centrale. La prima di queste metodiche, la risonanza magnetica

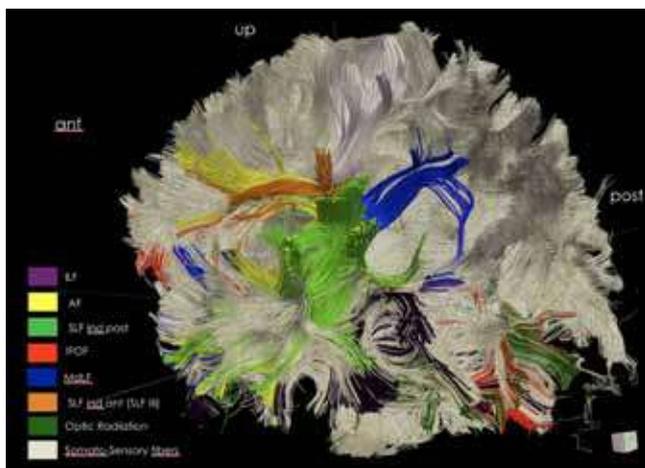
(RM) funzionale, consente l'individuazione in modo non invasivo delle aree di corteccia cerebrale essenziali per lo svolgimento di una determinata funzione. La recente introduzione di una nuova modalità di acquisizione a riposo (meglio nota come RM funzionale *resting state*) permette di ottenere queste informazioni con una sola sequenza, senza esecuzioni di compiti nel corso della stessa, anche in pazienti in anestesia, ed ha apportato un notevole contributo nella esplorazione dei principali *network* al livello panencefalico. La seconda, la trattografia, ha rivoluzionato il mondo delle neuroscienze, consentendo per la prima volta la ricostruzione delle connessioni sottese dalla sostanza bianca cerebrale tra le diverse strutture cerebrali. Prima dell'avvento di questa metodica l'unico modo per visualizzare queste strutture erano, infatti, gli studi di dissezione *post-mortem*. La possibilità di visualizzare le connessioni fra le diverse aree cerebrali ha consentito di comprenderne la centralità funzionale nella organizzazione generale del sistema. I miliardi di connessioni garantite dalle fibre di sostanza bianca costituiscono, infatti, la base essenziale non solo per la funzionalità del sistema, ma anche per la sua plasticità, ovvero per garantire la necessaria capacità di ri-organizzazione in seguito ad eventi patologici, acuti (es.: ictus) e cronici (es.: tumori), o fisiologici (es.: invecchiamento).

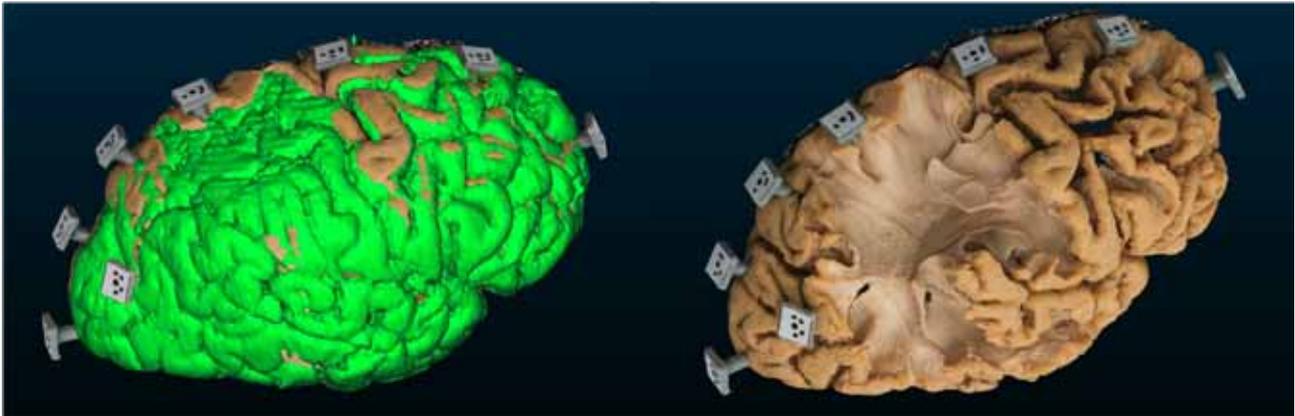
In questo scenario, la tecnica neurochirurgica oncologica sta attraversando di riflesso una fase di notevole evoluzione. La principale novità è sicuramente rappresentata dal crescente utilizzo della chirurgia con risveglio intraoperatorio del paziente (*awake surgery*), per il mappaggio elettrico cortico-sottocorticale. Lo scopo di questo tipo di chirurgia è quello di asportare lesioni in aree particolarmente critiche, minimizzando il rischio di deficit neurologici permanenti ed allo stesso tempo garantendo al paziente la giusta radicalità. In questo tipo di interventi, dopo la fase di apertura e di esposizione della lesione tumorale che viene eseguita con paziente in anestesia generale, l'anestesista procede ad un graduale risveglio fino alla estubazione del paziente rendendolo del tutto collaborante, in totale analgesia, per l'esecuzione del mappaggio corticale e, nel corso della resezione, anche delle fibre sottocorticali. Il paziente esegue diversi test che sono stati selezionati per il caso specifico in base alla sede della lesione tumorale, oltreché all'assetto cognitivo del paziente ed all'esito di tutti gli studi di *neuro-imaging* funzionale e strutturale illustrati. Nonostante tutte le metodiche non invasive illustrate finora, e preziose per chiarire l'assetto strutturale e funzionale del singolo paziente, non esiste uno strumento più sensibile e specifico, come quello del mappaggio elettrico diretto nel corso di test specifici. Questo tipo di chirurgia richiede chiaramente competenze e professionalità dedicate, oltre ad un notevole impegno multidisciplinare. Nel nostro Centro abbiamo dedicato diversi anni a creare un percorso innovativo e moderno di pianificazione pre-operatoria e *follow-up* di questa patologia. Considerata la complessità dell'intervento ogni paziente viene sottoposto ad una scrupolosa selezione e preparazione mediante diversi colloqui con tutte le figure professionali coinvolte, neurochirurgo, neuropsicologo, anestesista ed infermieri di anestesia. Un ruolo centrale in questo tipo di chirurgia è quello dell'analisi neuropsicologica. Approfondite ed estese batterie di test neuropsicologici sono infatti estremamente utili a valutare, nei dettagli più fini, le capacità funzionali e



Dr. Franco Chioffi

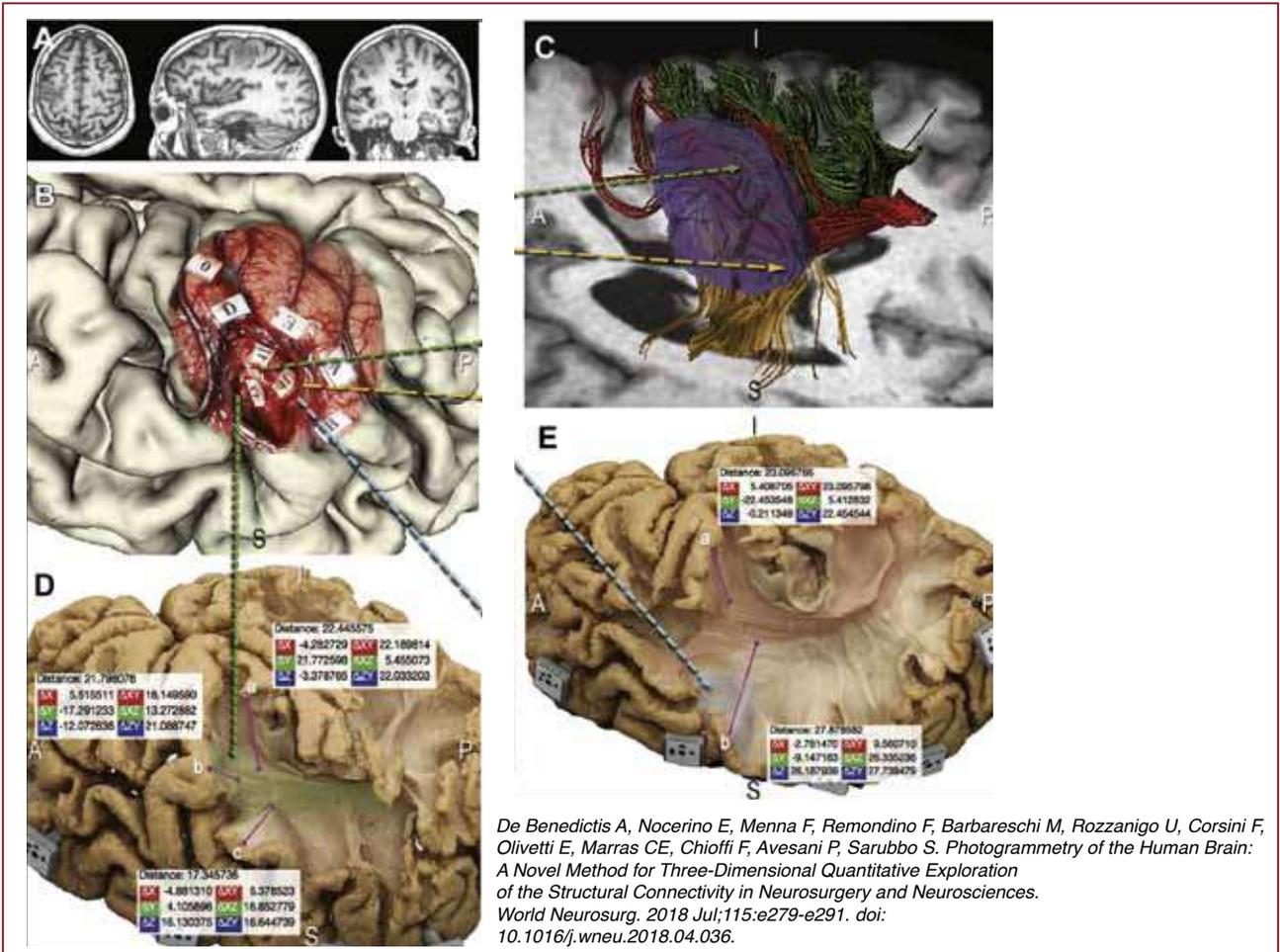
gli eventuali deficit in ogni singolo paziente ed anche ad identificare le principali criticità cognitive da monitorare nel corso dell'intervento. Inoltre, ogni paziente viene sottoposto ad uno studio di RM funzionale a riposo che consente l'esplorazione di diversi *network* critici mediante una acquisizione relativamente rapida ed una elaborazione automatica delle sequenze, secondo un protocollo messo a punto nel nostro Centro con la preziosa collaborazione del Centro Interdipartimentale Mente e Cervello della Università di Trento. Le mappe ottenute con questa metodica possono essere utilizzate per la pianificazione chirurgica, ma anche nel corso del *follow-up* per l'osservazione dei meccanismi di plasticità e quindi per capire, qualora ve ne fosse la necessità, quale sia la tempistica migliore per un re-intervento. Infine, le sequenze di trattografia, elaborate con un protocollo messo a punto per il nostro Centro dal Neuroinformatics Lab (NiLab) della FBK di Trento, consentono di ricostruire i principali fasci di connessione della sostanza bianca e le loro relazioni rispetto al tumore. Questo aspetto è di particolare importanza perché, come detto in precedenza, le connessioni rappresentano in assoluto le strutture più critiche in questo tipo di chirurgia e la lesione di fasci nervosi sottocorticali di connessione, che risultino veramente essenziali per l'elaborazione funzionale, costituisce la causa più frequente di deficit neurologici permanenti, considerata la scarsa plasticità della sostanza bianca rispetto alle cortecce cerebrali. Non esistendo, al momento, metodiche di *neuroimaging* in grado di fornire informazioni sul ruolo funzionale delle fibre, questo aspetto rappresenta un ulteriore valore aggiunto del mappaggio elettrico diretto con paziente collaborante, ovvero quello di avere *real time* (direttamente dal paziente e dal neuropsicologo che lo assiste) informazioni uniche,





ed estremamente specifiche, riguardo il ruolo delle strutture esplorate nel corso della resezione. Il post-operatorio è caratterizzato da un eventuale percorso di riabilitazione nel caso di deficit cognitivi transitori, che non sono infrequenti nelle lesioni gliali di basso grado, e dalle terapie adiuvanti nel caso dei gliomi di alto grado (radio e chemioterapia), secondo le indicazioni di un *board* neuro-oncologico multidisciplinare che include, nel nostro Centro, neurochirurgo, oncologo, radio- e proton-terapista, radiologo, medico nucleare ed anatomico-patologo. Al fine di garantire la giusta continuità di cure e di non precludere ai

nostri pazienti eventuali ri-trattamenti chirurgici, il ruolo del neurochirurgo prosegue poi con valutazioni ambulatoriali trimestrali sia dal punto di vista radiologico (con studio RM avanzato ed eventuali approfondimenti medico-nucleari) che clinico-cognitivo (con le valutazioni neuropsicologiche). Questo settore di patologia rappresenta uno degli esempi più eclatanti di come l'avanzamento culturale e tecnologico siano in grado influenzare in modo drammatico la tecnica ed i risultati nel campo medico anche in un settore estremamente delicato e pieno ancora di sfide affascinanti ed incredibili margini di miglioramento per i nostri pazienti.





# Cardiologia

## Coronary sinus reducer

DA UNA TEORIA DEL PASSATO A UNA REALTÀ DEL PRESENTE  
PER UN TRATTAMENTO FUTURO

L'angina pectoris refrattaria rappresenta una delle sfide più avvincenti e complesse che la Cardiologia contemporanea si trovi ad affrontare.

Il crescente numero di rivascolarizzazioni coronariche complesse mediante l'utilizzo di dispositivi sempre più efficienti e performanti, ha di fatto migliorato enormemente l'aspettativa di vita dei pazienti affetti da malattia coronarica (CAD). Tuttavia, a questo progresso ha fatto seguito un analogo incremento dei pazienti affetti da CAD sintomatici per angina ma giudicati non ulteriormente rivascolarizzabili per via chirurgica o percutanea. Si stima infatti che dal 5% al 10% dei pazienti affetti da CAD e sottoposti efficacemente a rivascolarizzazione coronarica percutanea/chirurgica continuino ad essere sintomatici per angina nonostante la terapia medica ottimale (1-6).

Più precisamente nel trial SYNTAX, la prevalenza dell'angina refrattaria in pazienti affetti da CAD e sottoposti a rivascolarizzazione percutanea è risultata del 28.5% ad un follow-up di 1 anno e del 25.9% ad un follow-up di 5 anni (7). Si tratta di "end-stage" o "no-option patients" sintomatici per angina, con ischemia miocardica dimostrata, ma che non hanno alcuna opzione terapeutica oltre il trattamento farmacologico, con conseguente incremento degli accessi ambulatoriali, delle ospedalizzazioni, ed un inevitabile aggravio sulla spesa sanitaria (8).

Il trattamento dell'angina refrattaria ha come obiettivo la riduzione della mortalità, il controllo della sintomatologia e il miglioramento della qualità di vita. Nonostante le numerose strategie terapeutiche messe in atto nel corso degli anni, nessuna di esse si è rivelata completamente efficace tanto da rappresentarne oggi lo "standard of care"(9-10). Il motivo di questo insuccesso è da ascrivere alla genesi multifattoriale dell'angina refrattaria: l'estensione della malattia coronarica, l'anatomia coronarica complessa, le occlusioni coronariche croniche totali, il grado di disfunzione ventricolare, la restenosi dopo trattamento coronarico percutaneo o l'occlusione dei grafts nei pazienti sottoposti a bypass aorto-coronarico. Di fronte al fallimento delle tecniche "moderne" di rivascolarizzazione coronarica, il trattamento dell'angina refrattaria è tornato a circa metà del secolo scorso, e cioè alla "teoria del seno coronarico". Fu negli anni '50 che il cardiocirurgo Claude Beck dimostrò che in presenza di un'occlusione coronarica cronica, la riduzione chirurgica del calibro del seno coronarico si associasse ad una riduzione dell'area ischemica, della mortalità a lungo termine e alla riduzione della sintomatologia anginoso(11-13).

Il Coronary Sinus Reducer (Neovasc Inc., Richmond, British Columbia, Canada) è un device che unisce le moderne tecniche di trattamento dell'angina refrattaria

alla storica teoria del seno coronarico. Si tratta infatti di un dispositivo endoluminale di acciaio inossidabile a forma di clessidra montato su un palloncino espandibile, che viene impiantato nel seno coronarico per via percutanea attraverso un accesso venoso giugulare (*figura 1*). Le *figure 2 e 3* mostrano la sequenza di impianto del dispositivo sotto guida angiografica e del successivo controllo a 6 mesi con TC multistrato.

La procedura può essere eseguita in regime di day-hospital. Le principali complicanze concernono l'accesso venoso giugulare ed il rischio di dislocazione del device una volta rilasciato. Dopo la procedura, tutti i pazienti continuano comunque la terapia medica antischemica in atto. Un regime di doppia antiaggregazione piastrinica con aspirina e clopidogrel è raccomandato per 1 mese.

Scopo dell'impianto è di ottenere, dopo la corretta endotelizzazione del device (circa 6 settimane), la riduzione controllata del diametro del seno coronarico, con conseguente riduzione del drenaggio venoso coronarico (14).

Secondo gli studi di Camici et al. (15) in condizioni di normalità, durante l'attività fisica l'attivazione adrenergica determina la vasocostrizione soprattutto dei rami coronarici sub-epicardici, creando un gradiente pressorio transparietale che favorirebbe la perfusione del miocardio attraverso i capillari sub-endocardici. In presenza di una patologia coronarica, questo meccanismo di compenso può essere disfunzionante, determinando un'alterazione del gradiente trasmurale e peggiorando la perfusione del miocardio sub-endocardico (14). Altre condizioni patologiche cardiache, come l'ipertrofia parietale e l'aumento della pressione di riempimento ventricolare sinistra, spesso associate alla patologia coronarica, possono favorire l'ischemia miocardica, creando quindi un circolo vizioso.

L'impianto del Reducer nel seno coronarico causerebbe un ostacolo fisico al drenaggio venoso coronarico con aumento della pressione a livello delle venule e del diametro dei capillari sub-endocardici e conseguente riduzione della resistenza al flusso.

L'effetto finale dell'impianto del Reducer è migliorare/ristabilire il gradiente pressorio trasmurale e la perfusione coronarica dai vasi epicardici a quelli sub-endocardici, riducendo di conseguenza l'area ischemica miocardica, favorendo la contrattilità, la funzione sistolica globale e le pressioni di riempimento ventricolare (16). La *figura 4* riassume la teoria del seno coronarico.

L'impianto del Reducer nei pazienti affetti da angina refrattaria causerebbe quindi un miglioramento della qualità di vita, una riduzione degli episodi anginosi e della mortalità a lungo termine.

Il primo studio prospettico, multicentrico e non randomizzato sull'impianto del device nell'uomo risale al 2007 (17), quando il Reducer venne impiantato in 15 pazienti affetti da angina refrattaria con ischemia



Prof. Antonio di Matteo e Prof. Francesco Versaci

miocardica documentata e non candidati alla rivascolarizzazione coronarica. Tutti i pazienti avevano una Frazione di Eiezione ventricolare sinistra (FE) > 30% ed una classe di angina (Canadian Cardiovascular Society class of angina, CCS) > Il nonostante la terapia medica ottimale e sono stati esaminati (Canadian Cardiovascular Class Society, Seattle Angina Questionnaire per la valutazione della qualità di vita, ecocardiografia da stress con dobutamina/SPECT) prima ed a 6 mesi dall'impianto del Reducer. Tutte le procedure sono state eseguite con successo e non vi sono verificate complicanze peri procedurali o post procedurali.

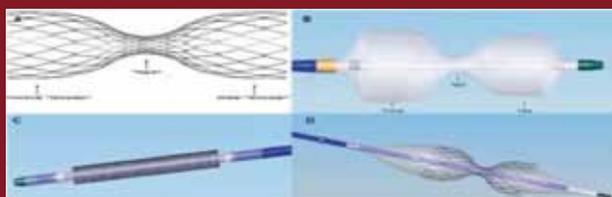
La CCS era migliorata in 12/15 pazienti (CCS media pre-impianto 3.07 vs post-impianto 1.64, p 0.0001) coerentemente con i dati dei test di Imaging coronarico, i quali mostravano una significativa riduzione ed estensione dell'area ischemica a 6 mesi (ecocardiografia da stress p:0.004, n = 13, SPECT p: 0.042, N = 10).

Konigstein et al(18) nel 2014 hanno confermato i dati ottenuti da Banai nel 2007 arruolando 21 pazienti affetti da angina refrattaria e sottoposti ad impianto di Reducer e confermandone l'efficacia nel migliorare sia i sintomi (classe CCS media di angina  $3.3 \pm 0.6$  prima della procedura e  $2.0 \pm 1.0$  a sei mesi da questa,  $p < 0.001$ ) che l'ischemia miocardica (stress score alla scintigrafia miocardica da  $21.5 \pm 10$  a  $13.2 \pm 9$ ,  $p = 0.01$ ).

In accordo con queste prime evidenze scientifiche, nel 2015 è stato pubblicato il trial COSIRA (Coronary Sinus Reducer for Treatment of Refractory Angina) (19), uno studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, che ha testato la sicurezza e l'efficacia del Reducer in pazienti con angina refrattaria (classe CCS III o IV), ischemia miocardica inducibile e non candidabili a rivascolarizzazione coronarica (no-option patients). Sono stati randomizzati 104 pazienti all'impianto di Reducer in

seno coronarico (gruppo di trattamento 52 pazienti) vs la simulazione della procedura senza impianto del dispositivo (gruppo di controllo 52 pazienti). L'end-point primario dello studio era il miglioramento di almeno due classi CCS di angina a sei mesi dalla procedura. Un miglioramento della sintomatologia anginosa (in termini di almeno una classe CCS) è stato riscontrato nel 71% dei pazienti trattati vs il 42% dei pazienti non trattati ( $p: 0.03$ ), mentre una riduzione di due classi CCS è stato riscontrato nel 35% dei pazienti trattati vs il 15% dei pazienti non trattati ( $p:0.02$ ). Inoltre, lo studio ha evidenziato nel gruppo sottoposto a reale impianto, un miglioramento della qualità di vita (valutata con il Seattle Angina Questionnaire) rispetto al gruppo di controllo ( $p=0.03$ ). Contrariamente ai dati clinici, nessuna differenza significativa è stata osservata tra i due gruppi per quanto riguarda la tolleranza all'esercizio fisico, l'entità ed estensione dell'ischemia miocardica inducibile valutata con ecocardiografia da stress o scintigrafia miocardica. Di particolare interesse appaiono i risultati recentemente pubblicati da Giannini et al. (20), in 50 pazienti sottoposti ad impianto di Reducer dal 2016 al 2017. Si tratta di pazienti affetti da angina refrattaria (CCS > II) con ischemia miocardica inducibile sul territorio dell'Arteria coronaria sinistra dimostrata mediante ecocardiografia da stress o RMN cardiaca e giudicati non rivascolarizzabili per via chirurgica o percutanea. L'impianto è avvenuto

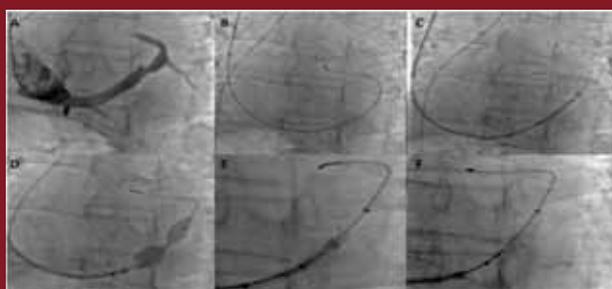
con successo in tutti i pazienti selezionati, a testimoniare l'elevata sicurezza del dispositivo. Il miglioramento di almeno una classe anginosa (CCS > I) è stato riportato in 40 pazienti (80% del totale) subito dopo l'impianto: 16 pazienti (32% del totale) hanno riferito il miglioramento di 2 classi funzionali (CCS > II), 20 pazienti (40% del totale) il miglioramento di 1 classe funzionale (CCS > I) e 4 pazienti (8% del totale) di 3 classi funzionali (CCS > III). Ad un follow-up di 4 e 12 mesi è stato evidenziato un significativo miglioramento sia della classe anginosa (CCS) che della classe funzionale (New York Heart Association, NYHA), nonché della qualità di vita in termini di tolleranza allo sforzo fisico (valutata mediante il Seattle Angina Questionnaire, 6-minutes Walking test e Scala di Borg), di riduzione della frequenza e durata degli episodi anginosi e della necessità di ricorrere all'uso di farmaci antianginosi. Gli studi finora eseguiti dimostrano che l'impianto del Coronary Sinus Reducer è sicuro e può svolgere un ruolo centrale nel trattamento dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica e non rivascolarizzabili per via percutanea/chirurgica. In considerazione di risultati così promettenti in una categoria di pazienti in costante crescita, è attualmente in corso il registro multicentrico Reducer-1 che valuterà in oltre 400 pazienti trattati in più di 40 centri sicurezza ed efficacia del trattamento con Reducer dell'angina refrattaria nel mondo reale.



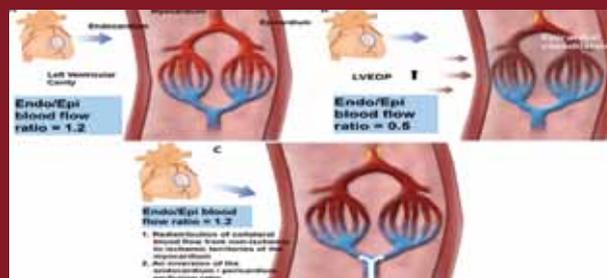
**Fig. 1** Il coronary sinus Reducer (A) ed il pallone per il rilascio del dispositivo (B). In figura C, il device montato sul sistema di delivery. In figura D, l'apertura del Reducer durante la fase di gonfiaggio del pallone.



**Fig. 3** Controllo TC dopo impianto del Reducer nel seno coronarico. Da sinistra sequenza trasversale di TC cardiaca che evidenzia il corretto posizionamento del dispositivo. Dettaglio del dispositivo nell'immagine centrale e controllo dei diametri dopo il rilascio nell'immagine a destra.



**Fig. 2** sequenza di impianto del Reducer nel seno coronarico sotto guida angiografica. Dopo angiogramma del seno coronarico tramite catetere diagnostico Multipurpose (MP) 6F per via transgiugulare (A), si posiziona guida angiografica (B) nel seno coronarico al fine di avanzare un catetere guida MP 9F (C). Si procede quindi al posizionamento e rilascio del dispositivo tramite gonfiaggio del pallone (D,E,F)



**Fig. 4** Rappresentazione della teoria del seno coronarico: in soggetti sani in assenza di coronaropatia e di normale funzione ventricolare, il rapporto tra flusso coronarico attraverso i vasi endocardici ed epicardici è 1.2 (A). In presenza di coronaropatia e di aumentate pressioni ventricolari, il flusso coronarico trasmurale si ridistribuisce a sfavore del miocardio sub-endocardico (B). L'impianto del Reducer causa un riequilibrio del flusso trasmurale miocardico, un aumento della perfusione nelle zone non necrotiche con consensuale miglioramento della funzione ventricolare (C)

**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)

Soldi &amp; salute

# La sanità va centralizzata per frenare la spesa regionale

di Enrico Cisnetto



anche grandi aree di inefficienza se non di degrado, gli italiani ricorrono sempre più alla spesa privata, costantemente in crescita da anni e passata dai 37,3 miliardi del 2017 ai 40 di quest'anno (+7,2%). Un esborso medio di 655 euro a cittadino per 44 milioni di persone, di cui sette milioni si sono indebitati e 2,8 milioni hanno attinto ai risparmi. Inoltre, le spese per la sanità privata crescono più velocemente dei consumi, specie tra le fasce più deboli, che sono quelle che più o l'inefficienza del settore pubblico. Come dimostra il fatto che un quarto degli esborsi (circa 10 miliardi) è dovuto a liste d'attesa mortalmente lunghe.

Al di là della quantità della spesa, però, sarebbe bene che ad aumentare fosse la qualità del servizio sanitario. Intesa, soprattutto, come capacità di essere uniforme su tutto il territorio. Pensate che, prima della nefasta riforma del Titolo V (del 2001) che ha spostato la competenza della sanità dallo Stato alle Regioni, l'Organizzazione mondiale della sanità metteva la sanità italiana al secondo posto nel mondo. Poi, la creazione di 20 sistemi sanitari diversi, oltre a complicare i processi decisionali e a moltiplicare le procedure amministrative, ha lasciato campo a gestioni clientelari delle Asl – nomine, acquisti, appalti – con la spesa che è esplosa e i servizi che sono peggiorati. Le uscite complessive, infatti, sono passate dai 42 miliardi di euro del 1990 ai 60 del 2000 fino ai 114 attuali. In pratica, nel decennio precedente la regionalizzazione la spesa sanitaria è cresciuta del 19,3%, mentre in quello successivo del 70%.

Evidentemente qualcosa è andato storto. Forse perché le Regioni gestiscono la sanità per il 60% con fondi non legati al loro prelievo fiscale, quindi senza doverne rendere conto. E, infatti, numerose sono le strutture che sono state commissariate. La propaganda del "portiamo il potere vicino al cittadino" non ha rappresentato solo la fine della correlazione tra prelievo e servizi e della divisione fra controllori e controllati, ma ha anche creato un contenzioso paralizzante tra Stato e Regioni (1500 conflitti costituzionali, uno ogni 3 giorni). Inoltre, con 20 sistemi sanitari diversi, sono sorti fenomeni distorsivi: dal "turismo sanitario", soprattutto da Sud a Nord, ai "costi non standard".

In Italia, nel 2050 una persona su tre avrà più di 65 anni e la sanità sarà sempre più centrale. Pensare di cambiare il sistema senza riaccentrare le competenze in capo allo Stato attraverso una moderna forma mutualistica è pura velleità. Vediamo se il "governo del cambiamento" saprà rendersene conto.

Allontanare la politica dalle scelte dei manager della sanità e permettere a tutti un equo accesso alle cure. Se fosse, l'intento programmatico del neo presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, sarebbe un vero "cambiamento". Ma c'è un solo modo per realizzarlo: fare marcia indietro sulla regionalizzazione della sanità.

È vero che la spesa sanitaria pubblica dal 2010 al 2016 è scesa dell'8,8%, mentre è cresciuta in Germania (+11,4%) e in Francia (+6,2%). Ed è anche vero che nel Def ne è prevista un'ulteriore riduzione, e pertanto sarebbe positivo invertire la tendenza. Anche se, va detto, il peso delle uscite sul prodotto interno lordo è quasi nella media Ocse: 8,8% contro 8,9%. Tuttavia, come emerge da un recente rapporto Censis, di fronte a una sanità pubblica che ha punte di eccellenza ma

# Chirurgia estetica

di Lidia Tamburrino

VALERIO BADIALI



LA RICETTA  
DELL'ISTITUTO ESTETICO  
ITALIANO È LA SUPER  
SPECIALIZZAZIONE  
DEL PERSONALE  
BILANCIATA AI COSTI  
CONTENUTI

**C**hirurgo estetico, specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, dalla fine degli anni '90 ha trascorso all'estero quasi 10 anni. Prima in Francia, dove ha conseguito due Diplomi

Universitari in "Microchirurgia" e "Chirurgia plastica ricostruttiva dei lembi" presso l'Università di Bordeaux

e successivamente in Spagna e Stati Uniti, dove ha frequentato stage di perfezionamento. Dal 2002 al 2008 ha vissuto a Londra e ha iniziato ad operare, tra Inghilterra e Belgio, per alcune delle più rinomate istituzioni private di chirurgia estetica d'Europa. Durante i suoi anni all'estero, ha effettuato quasi 6000 interventi di chirurgia estetica, tra cui più di 2800 interventi al seno, oltre 1692 liposculture e più di 700 lifting facciali.

Il dott. Badiali – che è membro dell'Aicpe, Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica e dell'Isaps, Società Internazionale di Chirurgia Plastica Estetica – è

# ISTITUTO ESTETICO ITALIANO

Coordinatore Scientifico di lei, Istituto Estetico Italiano, che ha l'obiettivo di rendere la chirurgia estetica accessibile a tutti garantendo il massimo risultato e la massima professionalità a costi contenuti.

**Dott. Badiali, quale arricchimento per la sua professione le ha dato soggiornare ed operare per tanti anni fuori Italia?**

Non è stata una scelta dettata dalla necessità d'imparare la tecnica chirurgica. In Italia, esiste una grande scuola di chirurgia plastica. E' stata una scelta dettata dal mio appassionarsi sempre di più a degli interventi specifici. Da questo punto di vista, è stato un arricchimento importante, perché io ho sempre creduto molto nella super-specializzazione.

**Che differenza trova nell'approccio alla chirurgia estetica tra l'Italia e gli altri Paesi?**

L'Italia è un ottimo paese nel ramo della chirurgia plastica. Il livello del chirurgo estetico italiano è molto alto. Dal punto di vista tecnico e organizzativo, però, questa altissima professionalità si cala in una realtà dispersiva. L'attività che si svolge all'estero consente di fare una pratica tecnica molto maggiore, perché il chirurgo opera cinque giorni alla settimana. Naturalmente, ci sono delle eccezioni, come la Francia, ad esempio, dove tendono ad avere un approccio legato solo alla loro nazione e non si aprono al mondo.

**Lei è coordinatore scientifico dell'Istituto Estetico Italiano. Qual è la missione di quest'Istituto?**

Fino al 2008, sono stato socio della Clinic. Nel 2009, nasce l'Istituto Estetico Italiano, che opera con una missione precisa: ridurre i costi standard abituali della chirurgia estetica, che moltissime persone non si possono permettere. Nel nostro settore, esistono due tipi di "offerta": professionisti di un certo livello, che operano

in cliniche anch'esse di gran livello e nei loro studi privati con parcelle molto elevate e chirurghi che vogliono fare massa di clienti e che per far questo operano in strutture non molto qualificate. Quindi, da un lato strutture con costi molto elevati e, dall'altra, strutture low cost. Con la nostra struttura, abbiamo scelto di avere un approccio dei costi cercando di offrire un servizio professionalmente di grande qualità e, nello stesso tempo, di dare a tutti la possibilità di affrontare questo tipo d'interventi. Tempo fa mi è capitato di operare una domestica filippina. Dopo aver visto il lavoro svolto e i suoi prezzi, la sua datrice di lavoro, che già si era operata in un'altra struttura rimanendo insoddisfatta, ha scelto di operarsi da noi.

**Com'è nata quest'esperienza?**

Ci siamo riuniti in un gruppo di chirurghi e che avevamo i medesimi intenti e desideravamo operare anche tenendo conto di un "mercato" che esiste e considerando i criteri e i metodi della "concorrenza", così come l'ho delineata prima. Abbiamo iniziato a realizzare marketing, a proporre al pubblico le nostre prestazioni, cosa che fino al 2008 – quando è stata approvata una legge ad hoc – non era possibile. Pianifichiamo l'acquisto delle sale operatorie su base annuale e garantiamo ai chirurghi ed agli anestesisti che operano nelle nostre strutture – nelle cliniche e nei day-hospital di Milano e di Roma - un numero minimo di interventi ogni anno. Praticiamo l'ottimizzazione dei costi, pur avvalendoci del migliore materiale di protesi in circolazione necessari per garantire i migliori interventi possibili. Abbiamo assunto molti medici più giovani che si stanno formando e che all'interno delle nostre strutture fanno dei trattamenti e costituiscono una loro clientela. Organizziamo giornate di lavoro per garantire i necessari approfondimenti scientifici. Acquistiamo dai nostri fornitori e vendiamo ai nostri clienti a prezzi poco

più alti di quelli a listino, guaine reggiseni, abbigliamento sportivo post-operatorio. Stessa cosa facciamo con i prodotti cosmetici post-operatori. Si riescono a realizzare piccoli margini puntando ad operazioni come questa. Da noi, il paziente o la paziente devono pagare in maniera anticipata; quindi facciamo cash-flow e pratichiamo ulteriori sconti durante l'anno. Ho avuto diversi battibecchi con colleghi che ritengono che questa pratica sia anti-etica. Non sono d'accordo. La nostra è un'azienda che esiste da quasi dieci anni e dev'essere valorizzata sul mercato con questi e con altri strumenti. I nostri pazienti premiano la nostra attività: i nostri report riportano le risposte ai questionari che sottoponiamo loro: la loro soddisfazione è pari al 98%.

**La sua specializzazione sono gli interventi al seno. Sono aumentati nel corso degli ultimi anni?**

Con la crisi economica, certamente c'è stata una flessione. Si è notata una ripresa negli ultimi due anni. Sta invece aumentando molto il mercato della chirurgia maschile, soprattutto per quanto riguarda la chirurgia estetica dei genitali. Il picco di interventi più elevato negli ultimi tempi riguarda la chirurgia del gluteo.

**Viviamo in una società sempre più anziana. Gli anziani si rivolgono alla chirurgia estetica?**

Recentemente, abbiamo fatto uno studio dal quale risulta - a differenza di quanto si potrebbe credere - che la percentuale più alta di coloro che si rivolgono alla chirurgia estetica, non è rappresentata dai giovanissimi, ma da quella delle persone che vanno dai 35 anni in su. Per quanto riguarda gli anziani, è in aumento il numero di coloro che desiderano sottoporsi ad interventi di chirurgia estetica, anche se in maniera più contenuta rispetto ad altri Paesi.





# *RENAISSANCE: un'eccellenza italiana nel settore dei laser*

di Caterina Del Principe

I laser Renaissance si stanno imponendo nel mercato italiano ed internazionale grazie alla varietà delle offerte di macchinari che il gruppo El.En. riesce a costruire. Un chiaro segno dell'imponente crescita del marchio Renaissance è sottolineato dai numeri: una realtà che nel 2017 ha fatto registrare un aumento di quasi il 60% del fatturato, rispetto al 2016, attestandosi a circa 13 milioni di euro, contro gli 8,1 dell'anno precedente. Numeri importanti per Renaissance che ha imboccato la strada giusta, quella tracciata da El.En., di cui Deka e Quanta System fanno parte in qualità di controllate. Crescita frutto di scelte aziendali ben precise e pianificate, come quella di riunire le forze sotto la direzione di un unico marchio commerciale, creando un portafoglio molto diversificato di prodotti, soluzioni ed eccellenze tecnologiche. Renaissance, attraverso una rete molto capillare di agenzie, che coprono tutte le regioni italiane, porta sul mercato i migliori prodotti di Deka, attiva nella progettazione, produzione e commercializzazione

di laser per applicazioni dermatologiche, di medicina estetica e chirurgiche, anche in campo oncologico, e quelli di Quanta System, specializzata nella produzione di laser per i settori della medicina estetica, della chirurgia e del restauro di opere d'arte. Un trait d'union nato al fine di ottenere un unico soggetto in grado di garantire un'offerta completa di sistemi, principalmente laser, ed attestarsi come punto di riferimento per il mercato interno. Renaissance gode di 36 brevetti di prodotto ed applicazione, validi sia per il mercato nazionale, che per quello internazionale. Completa il portafoglio degli asset una vastissima gamma di marchi registrati. In ambito medico ed estetico Renaissance ha lanciato nuove piattaforme laser e a microonde. In particolare il sistema laser "THUNDER MT", il più veloce al mondo per la depilazione, il "Q-PLUS C MT", il sistema Q-switched con tre potenti laser attivi e la "Mixed Technology", per rimuovere tatuaggi, anche resistenti con gradazioni critiche di colore, e lesioni pigmentate,



Paolo Salvadeo - DG Gruppo EI.En.

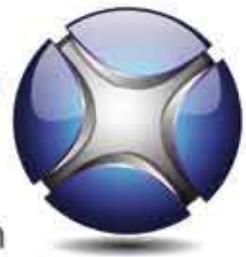
unico al mondo per la sua capacità di emettere simultaneamente, miscelando, più lunghezze d'onda. Nel portafoglio dei laser compaiono inoltre lo Smartlipo, macchinario utilizzato contro l'iperidrosi ascellare, che con un intervento mini invasivo riesce a bloccare le ghiandole sudoripare che lavorano in eccesso e il Motus AY, unico laser al mondo per la depilazione che può agire anche su fototipi più scuri come il 5 o il 6. Anche il nuovo laser "SmartXide Punto", utilizzato per il fotoringiovanimento cutaneo ed il trattamento delle rughe, è uno dei tanti fiori all'occhiello di questa multinazionale made in Italy. Infine il nuovo rivoluzionario sistema "ONDA", che con l'emissione delle "COOLWAVESTM" tramite manipoli intelligenti brevettati, rappresenta il vero punto di riferimento nel settore dei trattamenti body per cellulite, grasso e rassodamento corporeo. "Dalla dermatologia alla chirurgia, dal dimagrimento al rassodamento corporeo - commenta

il Direttore Generale di EI.En. SpA, Paolo Salvadeo -, siamo orgogliosi di mettere a disposizione del professionista soluzioni sempre attente al miglioramento della qualità della vita dei cittadini. Non ci poniamo limiti, spinti dal desiderio e dalla passione per tutto ciò che è, o può divenire, una novità ed un aiuto alle persone. Mi riferisco naturalmente alle varie attività portate avanti con la collaborazione di importanti centri di ricerca, ospedali, ed università a livello nazionale ed internazionale". La ricerca e l'innovazione di Renaissance non si ferma qui, anzi, tutto questo è solo l'inizio di un percorso che porterà alla soluzione di malattie e problemi estetici che possono provocare disturbi psico-sociali che, ogni giorno, la popolazione mondiale deve combattere, spingendosi sempre più avanti nel nome della scienza e dell'amore per il prossimo.



# OneView

Health videos and signals integration



**TMD TALENT MEDICAL DEVICES S.R.L.**  
00137 Roma - Via Roberto Rossellini, 54  
Tel. +39 06 86899629 - Fax +39 06 90216545

# ONEVIEW

## L'OCCHIO DEL CHIRURGO

CASE HISTORY DI UNA TECNOLOGIA INNOVATIVA,  
STRUMENTO PRODOTTO DA SPARKBIO SRL,  
SOCIETÀ DI TECNOLOGIE MEDICALI CON SEDE A SAN LAZZARO DI SAVENA

### PERCHÈ SCEGLIERLO

OneView, oltre a registrare e salvare in locale un video della intera procedura interventistica, consente la trasmissione sicura tramite internet della procedura e l'interazione tra il personale medico in sala e l'utente remoto che assiste all'intervento. Questa funzione apre ai medici numerosi scenari in termini educazionali e di supporto remoto.



OneView, tecnologia soprannominata fin dall'inizio "l'occhio del chirurgo", esordì sul mercato nel 2014 nel laboratorio di Elettrofisiologia cardiaca del dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna, gestito dal gruppo del professor Giuseppe Boriani e del dottor Mauro Biffi. Il sistema è stato realizzato da **SparkBio S.r.l.**, azienda che da oltre 25 anni è specializzata nello sviluppo di nuove tecnologie in ambito biomedicale. Il titolare, Ing. Sebastiano Zannoli, racconta che OneView nacque nel 2013 come progetto di ricerca in risposta ad un bando Spinner della Regione Emilia Romagna, dando così a un giovane ingegnere biomedico neolaureato l'opportunità di cimentarsi

nella ideazione, progettazione e sviluppo di un nuovo prodotto. "Le grandi idee nascono quasi sempre così, in maniera semplice" conclude Zannoli.

Il sistema OneView, rappresenta ad oggi la prima tecnologia software marcata CE come medical device per la registrazione simultanea e integrata delle sorgenti video già disponibili nelle sale operatorie ed interventistiche.

Oltre a registrare e salvare in locale un video della intera procedura interventistica (in formato digitale). OneView consente inoltre la trasmissione sicura

tramite internet della procedura e l'interazione tra il personale medico in sala e l'utente remoto che assiste all'intervento.

Questa funzione ovviamente apre ai medici numerosi scenari e opportunità in termini educazionali e di supporto remoto.

A livello di usabilità OneView si distingue per la possibilità di poter gestire tutte le funzioni principali tramite un semplice telecomando a 4 pulsanti.

Tra le altre innovative funzioni del software troviamo anche la possibilità di applicare dei marker temporali alle parti più interessanti della procedura che possono poi essere salvate su un cloud ad accesso protetto tramite login personale a disposizione dell'utente. In questo modo il medico potrà costruirsi la sua personale banca dati dei casi più interessanti, consultarli da PC o App e eventualmente editarli e condividerli con altri medici.

Vista la grande attenzione suscitata dall'entrata in vigore del nuovo Decreto GDPR, la domanda principale che potrebbe essere posta sulla tecnologia è dunque relativa al tema della protezione dei dati sensibili.

A tal proposito il responsabile dello sviluppo software di SparkBio ci spiega che il sistema OneView è la prima ed unica piattaforma disponibile in commercio che assicura

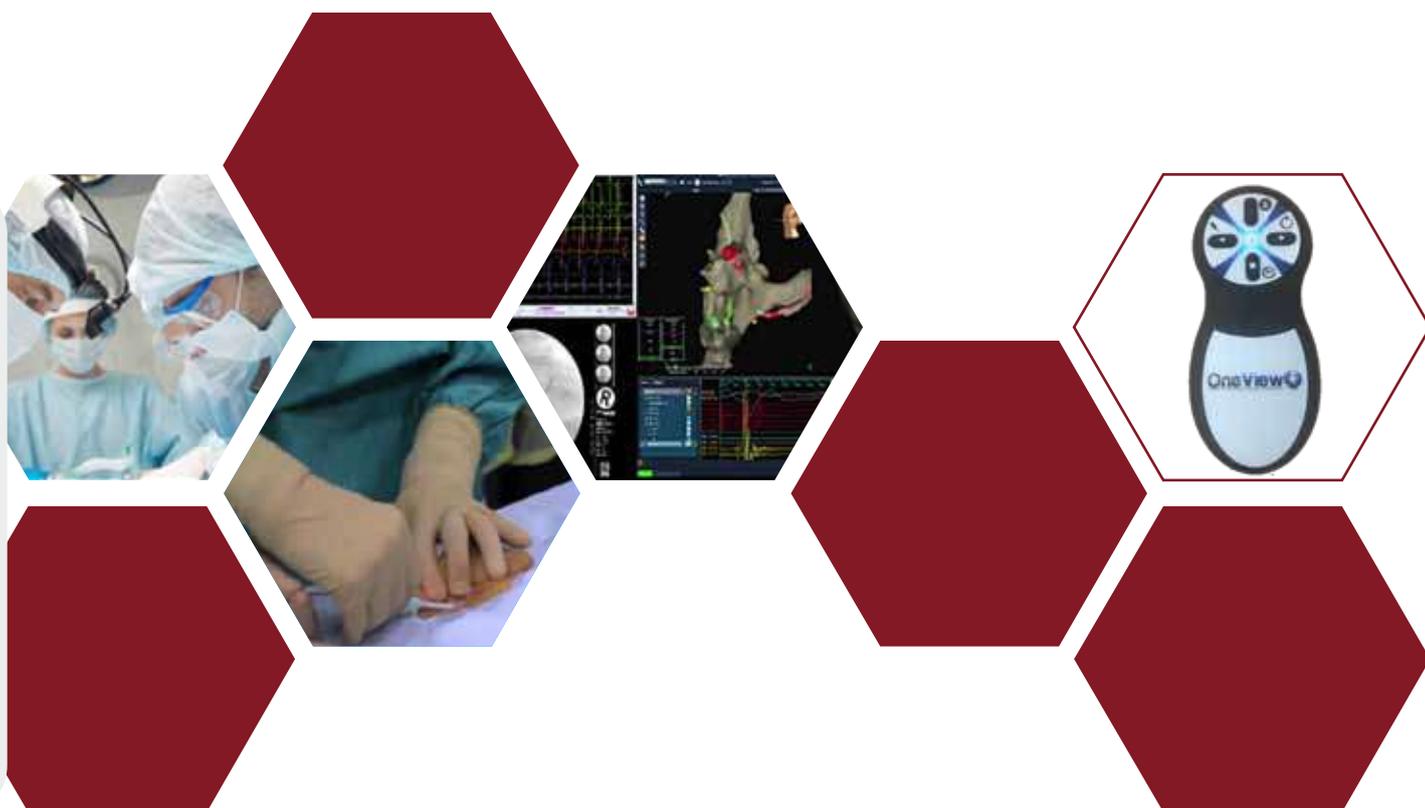


la sicurezza e la privacy dei dati paziente tramite un algoritmo software brevettato in grado di anonimizzare all'origine le informazioni personali e sensibili riferite al paziente e all'intervento chirurgico.

Il sistema assicura la proprietà intellettuale nella gestione dei dati ed è conforme ai principali Standard Europei di Compliance Etica (Medtech, Regolamento EU 2016/679, ACCME Standards).

Esso è inoltre marcato CE come dispositivo medico e dispone di hardware medical grade certificato (IEC 60601 3 Ed. /2007)

**T.M.D. Srl** è azienda partner per la promozione e la diffusione della tecnologia OneView nelle chirurgie vascolari e nelle radiologie interventistiche di tutta Italia.





# Fisco

## Unico e spese sanitarie

*COME OGNI ANNO, CONTRIBUENTI ALLE PRESE  
CON LE DETRAZIONI. UN VADEMECUM*

di Renato Pedullà

Giugno è un mese afoso, lungo e complesso. Come ogni anno con l'inizio dell'estate inizia il periodo caldo per milioni di contribuenti che, volenti o nolenti, si adoperano al pagamento delle diverse tasse (IMU, TASI, IRPEF, IRAP) e si accingono alla predisposizione della documentazione utile per l'elaborazione del Modello Unico. Sono vari i tipi di spesa che ogni anno il contribuente ha la possibilità di detrarsi dalla propria dichiarazione dei redditi, al fine di avere un risparmio fiscale. Si spazia dagli interessi per i mutui ipotecari per l'acquisto di immobili, alle spese per l'istruzione universitaria dei propri figli, dalle spese veterinarie alle spese per l'asilo nido, dall'ecobonus al bonus per mobili ed elettrodomestici e tante, tante altre ancora. Ma una attenzione particolare va alle molteplici tipologie di costo detraibili, che vengono riconosciute sotto la voce unica "Spese sanitarie", e qui, a mio parere, si apre un mondo di tecnicismi e di dettagli a cui bisogna fare molto attenzione, in quanto un errore di calcolo o valutazione può inficiare la correttezza del Modello dichiarativo. Analizziamo, quindi, quali sono le spese sanitarie e mediche che si possono scaricare dal Modello Unico 2018. Le spese mediche detraibili, sostenute nell'anno 2017, dal contribuente nel suo interesse o per familiari a carico ( NB

Per essere considerati familiari a carico del contribuente dichiarante, occorre che il reddito di tali familiari non superi i 2.840,51 euro annui, dal 2019 però per effetto della Legge di Bilancio 2018, il limite di reddito per essere considerati figli a carico, sale a 4.000,00 euro per chi non ha più di 24 anni a 2.480,51 euro per i più grandi) riguardano: visite chirurgiche e specialistiche, interventi chirurgici o trapianti, analisi ed esami diagnostici, acquisto o noleggio di protesi sanitarie, visite rese da un medico generico, medico omeopata o specialista, ricoveri a seguito di operazione chirurgica o degenze, spese per l'acquisto di farmaci - non i "parafarmaci" - , spese per l'acquisto di dispositivi medici o per noleggio di attrezzature sanitarie, ticket sanitari del Servizio sanitario nazionale, assistenza infermieristica e riabilitativa e assistenza alla persona. Il contribuente, per mezzo del professionista abilitato, per fruire della detrazione delle spese mediche 2017 deve procedere alla compilazione dei righe che compongono la sezione I del quadro RP del Modello Unico. Tale detrazione, è pari al 19% sul totale della spesa sanitaria, sostenuta al lordo della franchigia. La franchigia anche quest'anno è definita nell'importo di 129,11 euro, per cui se le spese sostenute nell'anno non superano l'importo

della franchigia non si ha diritto alla detrazione. Per calcolare la franchigia, occorre innanzitutto sommare tutte le spese sostenute nel corso del 2017, sottrarre l'importo di 129,11 euro e applicare sul risultato ottenuto il 19%. La franchigia però non si applica se questa riguarda i mezzi necessari per l'accompagnamento, la deambulazione e il sollevamento dei portatori di handicap (es. carrozzine) e l'acquisto di sussidi tecnici ed informatici rivolti a facilitare la loro autosufficienza. Fattore molto importante è avere sempre prontezza, nell'anno solare di riferimento, del "quantum" delle spese sostenute, perché se le spese sanitarie hanno superato, ribadisco, nell'anno, il limite di 15.493,71 euro (calcolato senza togliere la franchigia) è possibile ripartire la detrazione in 4 quote annuali di importo uguale. La ripartizione si rende necessaria se non c'è capienza fiscale, cioè, se l'Irpef da pagare nell'anno è inferiore alla detrazione di cui si ha diritto. Le spese sanitarie per medicinali sono sempre detraibili e la detrazione è ammessa anche per la quota ticket. Bisogna sempre ricordare che ai fini della detraibilità deve essere emesso lo scontrino fiscale "parlante", cioè quello con il codice fiscale del contribuente, o fattura con l'indicazione della natura della quantità e qualità del prodotto acquistato. Diverse sono le tipologie di esami medici e terapie che rientrano tra le prestazioni specialistiche detraibili purché prescritte da un medico anche privo di specializzazione. L'elenco è lungo ma viene utile ricordare quelli più frequenti, soprattutto per gli anziani, come gli esami di laboratorio, l'elettrocardiogramma, gli esami complessi come la Tac, l'ecografia, l'indagine laser, le sedute di dialisi e tanti altri esami specialistici. A questi si aggiungono, le terapie di cobaltoterapia, neuropsichiatria, iodoterapia ed altre particolari terapie. Per quanto riguarda le cure termali, per la loro detraibilità è necessaria la prescrizione medica. In riferimento ad esse sono assolutamente non detraibili le spese di viaggio e di soggiorno (R.M. 9/04/76, n. 8/207) e quelle che non risultano dalla prescrizione medica. Anche gli occhiali, lenti da vista e le lenti a contatto rientrano tra spese detraibili come tanti dispositivi medici (es. apparecchi per aerosol, apparecchi acustici, protesi dentarie, termometri, apparecchi per la misurazione della pressione etc.), purché siano corredate da marcatura CE, attestante la conformità alle Direttive europee. Ancora oggi, a mio modesto parere, appare come un'assurdità, che non possono beneficiare della detrazione, i prodotti farmaceutici qualificabili come "parafarmaci", cioè i colliri, pomate, cerotti, prodotti fitoterapici e gli integratori alimentari, in quanto non possono essere assimilati ai farmaci (Risoluzione AE del 22 ottobre 2008, n.396), stesso discorso vale, inoltre, per la non detraibilità delle prestazioni rese dall'osteopata. Una delle novità introdotte nella Legge di Bilancio 2018 riguarda la possibilità di portare in detrazione le spese sostenute per l'acquisto degli alimenti a fini medici speciali, ad esclusione di quelli sostenuti per i lattanti. Le spese mediche sostenute all'estero seguono lo stesso trattamento previsto per quelle



dott. Renato Pedullà

effettuate in Italia. Anche per esse è necessaria una documentazione dalla quale sia possibile ricavare le stesse indicazioni richieste per le spese sostenute in Italia.

Se la documentazione è in lingua straniera è necessaria la traduzione. Questa, se i documenti sono in inglese, francese, tedesco e spagnolo, può essere eseguita dal contribuente stesso. Non vi è obbligo di traduzione per i residenti in Valle d'Aosta, se la documentazione è scritta in francese, e per i residenti a Bolzano, se i documenti sono scritti in tedesco. Per i documenti redatti in lingua diversa da inglese, francese e tedesco e spagnolo è richiesta una traduzione giurata. Io consiglio, infine, un'attenzione particolare alla conservazione della documentazione della spesa. Per usufruire della detrazione bisogna essere in possesso della documentazione che certifica la spesa (fattura, ricevuta, quietanza o scontrino). Ricapitolando, per le spese indicate nei righe E1, E2, E3 ed E25 occorre conservare la seguente documentazione fiscale rilasciata dai percettori delle somme così indicate :- per le spese sanitarie relative all'acquisto di medicinali gli scontrini fiscali "parlanti",- per le protesi, oltre alle relative fatture, ricevute o quietanze, anche la prescrizione del medico curante, salvo che si tratti di attività svolte in base alla specifica disciplina, da esercenti arti ausiliarie della professione sanitaria abilitati a intrattenere rapporti diretti con il paziente,- per i sussidi tecnici ed informatici, oltre alle relative fatture, ricevute o quietanze, anche una certificazione del medico curante che attesti che quel sussidio tecnico e informatico è volto a facilitare l'autosufficienza e la possibilità di integrazione del soggetto riconosciuto portatore di Handicap. Fondamentale sapere e concludo, che tutta la documentazione relativa alla dichiarazione dei redditi (compresa la parte relativa alle spese sanitarie) deve essere conservata per i 5 anni successivi a quello della presentazione della dichiarazione ed in caso di richiesta di controllo da parte dell'Agenzia delle Entrate, deve essere prontamente fornita nella sua interezza, pena il mancato recupero della detrazione fiscale, con la conseguente ripresa delle imposte a cui si dovranno aggiungere le sanzioni e gli interessi.

MVS  
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





# Salute

## *Europa batte Stati Uniti*

NEGLI ANNI DELLA CRISI IL VECCHIO CONTINENTE  
HA RIDOTTO MORTALITA' E DIFFERENZE INTERNE

di *Martina De Vivo*

La mortalità in Europa è diminuita negli ultimi anni, senza interruzioni dovute alla crisi. La salute degli europei meno istruiti è migliorata, diversamente da quella degli americani. Soprattutto in molti Paesi dell'Europa orientale si è registrata una inversione di tendenza positiva.

Al contrario di molte descrizioni superficiali e parziali, insomma, sembra proprio che i Paesi europei, nella totalità, siano riusciti a impedire che la crisi finanziaria del 2008 aumentasse le disuguaglianze di salute al proprio interno. Diversamente è accaduto negli Stati Uniti d'America, benché quasi tutto il periodo della crisi sia stato coperto

dall'amministrazione democratica di Barack Obama, pure ritenuto, soprattutto in Europa, alfiere di progresso civile e uguaglianza. È la conclusione di uno studio pubblicato su *Pnas* (Proceedings of the National Academy of Sciences) da Lifepath, un progetto finanziato dalla Commissione Europea con lo scopo di individuare i meccanismi biologici che stanno alla base delle differenze sociali nella salute. Nonostante siano state al centro di molte iniziative e strategie di salute pubblica, le disuguaglianze di salute fra diversi gruppi socioeconomici continuano a essere un problema serio. Negli Stati Uniti sono aumentate le co-

siddette “morti per disperazione” fra i bianchi di mezza età e con un basso livello di istruzione. Morti associate all'aumento dei casi di suicidio e intossicazione, in parte dovuti all'abuso di antidolorifici oppiacei che si è diffuso come un'epidemia negli States. In un simile contesto, il gruppo multidisciplinare di esperti che ha redatto lo studio Lifepath ha cercato di capire se situazioni di questo tipo si fossero verificate anche in Europa.

I ricercatori, guidati da Johan Mackenbach, professore di salute pubblica all'Erasmus University Medical Center di Rotterdam, hanno raccolto dati sulla mortalità in diciassette Paesi dal 1980 al 2014 (per un totale di 9,8 milioni di morti) e sulla morbilità – cioè una condizione di malattia, disabilità o in generale di scarsa salute – riportata da 350mila persone provenienti da 27 paesi, dal 2002 al 2014. Analizzando questi dati hanno scoperto che, nonostante la crisi economica, l'Europa non ha subito lo stesso incremento di mortalità registrato negli USA. Al contrario, la salute, sia in generale sia quella delle persone con un basso livello di istruzione, è migliorata negli anni della crisi, mentre le disuguaglianze di salute sembrano essersi ridotte.

«Le conseguenze negative delle crisi economiche in genere colpiscono più duramente le persone svantaggiate dal punto di vista sociale ed economico. Per questo è importante valutare la salute dei cittadini in relazione alle loro condizioni socioeconomiche», ha sottolineato Mackenbach. «Il nostro studio – ha aggiunto - dimostra che, nonostante la recessione, nella maggior parte dei Paesi europei ci sia stato un miglioramento della salute fra le persone meno istruite. Addirittura, nell'Europa dell'Est, questo miglioramento ha ribaltato la tendenza negativa degli ultimi decenni».

In molti Stati dell'Europa occidentale, la mortalità è diminuita in maniera costante sia fra i meno istruiti sia fra co-

loro che dispongono di titoli di studio più elevati. Questo calo non è stato interrotto dalla crisi finanziaria del 2008, nonostante gli aumenti dei tassi di disoccupazione e povertà, spesso accompagnati da tagli alla spesa sociale e ai servizi sanitari. «Riteniamo che gli effetti a breve termine della crisi sulla vita delle persone non siano stati abbastanza forti da vanificare i progressi fatti negli ultimi anni e le misure di contenimento adottate», ha dichiarato Paolo Vineis, professore all'Imperial College London e coordinatore di Lifepath.

Sebbene il trend generale sia chiaro, gli effetti della crisi economica sulla salute possono essere a volte contrastanti. A esempio, l'aumento di alcuni fattori di rischio come licenziamenti e debiti ha contribuito all'aumento del numero di suicidi; di contro, però, la probabilità di morire per incidenti automobilistici o abuso d'alcol è diminuita.

In diversi Paesi dell'Europa orientale (in particolare in Ungheria, Lituania ed Estonia) si è verificata una sensibile inversione di tendenza in senso positivo: in particolare, la mortalità, aumentata drammaticamente negli anni successivi alla caduta dell'impero sovietico, ha preso a calare, anche fra le persone meno istruite. Questo cambio di rotta è attribuibile a una combinazione di fattori: miglioramenti della salute pubblica, calo dei fumatori, variazioni delle abitudini alimentari, misure di sicurezza stradale e politiche di controllo dell'abuso di alcol.

«Una simile inversione di tendenza non era mai stata riportata finora - ha concluso Mackenbach - Sembra che le politiche finalizzate all'abbassamento della mortalità, in quei Paesi, abbiano finalmente raggiunto anche le fasce meno istruite della popolazione. Ciò significa che quando si introducono nuove strategie sanitarie, bisogna monitorare con attenzione le disuguaglianze di salute dovute alle condizioni socioeconomiche».

**Durante la presidenza Obama le classi americane più disagiate non hanno migliorato la propria condizione, anzi**



Barack Obama

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



Il rispetto del divieto è la prima regola da seguire.

Campagna informativa a tutela dei minori promossa da:



Seguici su  [facciamogirarelavoce](#)

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

# NO AL BULLISMO

## *Bullismo e cyberbullismo: nuove emergenze educative*



di Angiolino Albanese

La legge n.71 del 2017 definisce il fenomeno di cyberbullismo; regola la rimozione dei contenuti offensivi dalla rete; stabilisce quando debba intervenire il Garante della privacy e, soprattutto, introduce una misura di ammonimento nel caso di reati commessi da minorenni con età superiore ai 14 anni. Si potenzia il ruolo che deve assumere la scuola come centro di educazione e di sensibilizzazione e s'introducono una serie di misure di carattere educativo e formativo. Con il termine «bullismo» si intendono l'aggressione o la molestia reiterate, da parte di una singola persona o di un gruppo di persone, a danno di una o più vittime, anche al fine di provocare in esse sentimenti di ansia, di timore, di isolamento o di emarginazione, attraverso atti o comportamenti vessatori, pressioni e violenze fisiche o psicologiche, istigazione al suicidio o all'autolesionismo, minacce o ricatti, furti o danneggiamenti, offese o derisioni, anche aventi per oggetto la razza, la lingua, la religione, l'orientamento sessuale, l'opinione politica, l'aspetto fisico o le condizioni personali e sociali della vittima. Con il termine «cyberbullismo» si intende qualunque comportamento o atto, anche non reiterato, perpetrato attraverso l'utilizzo della rete telefonica, della rete internet, della messaggistica istantanea, di social network o altre piattaforme telematiche. Per cyberbullismo si intendono, inoltre, la realizzazione, la pubblicazione e la diffusione on line attraverso la rete internet, chat-room, blog o forum, di immagini, registrazioni audio o video o altri contenuti multimediali, effettuate allo scopo di offendere l'onore, il decoro e la reputazione di una o più vittime, nonché il furto di

identità e la sostituzione di persona operati mediante mezzi informatici e la rete telematica al fine di acquisire e manipolare dati personali, ovvero di pubblicare informazioni lesive dell'onore, del decoro e della reputazione della vittima.

### **Gli atti di cyberbullismo**

Il riferimento normativo per l'illecito civile è l'art. 2043 c.c. che recita: "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno". La natura del danno riconosciuto e risarcibile è triplice: 1. Danno morale, riconosciuto per le patite sofferenze fisiche e/o morali, turbamento dello stato d'animo; 2. Danno biologico, riconosciuto per il danno riguardante la salute e l'integrità fisica e psichica della persona; 3. Danno esistenziale, riconosciuto per il danno alla persona, alla sua esistenza, alla qualità della vita, alla vita di relazione, alla riservatezza, alla reputazione, all'immagine ed all'autodeterminazione sessuale; Per la responsabilità civile vanno distinte le diverse responsabilità che devono ricadere sui diversi soggetti direttamente o indirettamente responsabili (civilmente) dalle conseguenze del comportamento delittuoso. Si distingue tra: a. Colpa del Bullo Minorenne; b. "Colpa in educando" dei genitori; c. "Colpa in vigilando" della Scuola. Il bullismo ed il cyberbullismo sono un fenomeno rilevante, sotto il profilo della responsabilità civile, nella misura in cui i genitori del minore autore degli atti di bullismo nonché, ove il fatto si verifichi durante le ore scolastiche, gli insegnanti (questi ultimi ex art. 2048, secondo comma c.c.), sono passibili di condanna al risarcimento danni alla vittima per colpa (colpa in educando per i genitori, in vigilando per gli insegnanti).

## *Devianza comportamentale e reati*

di *Maria Pia Barontini*

I reati configurabili a seguito di episodi di bullismo sono molteplici e possono essere indicati principalmente in: delitti contro la persona, delitti contro il patrimonio ed altri a seconda dei comportamenti assunti dal soggetto agente.

### **Delitti contro la persona**

Questi reati offendono i beni essenziali dell'individuo: la vita, l'incolumità fisica, la libertà e l'onore. Nel concetto di "persona" il legislatore ha voluto sintetizzare non già delle facoltà su cose o beni, ma la pretesa dell'intangibilità della propria vita, della propria integrità fisica e del proprio onore: istigazione al suicidio; percosse; lesione personale; diffamazione; pornografia minorile; violenza sessuale; violenza privata; minaccia; atti persecutori; interferenze illecite nella vita privata; violazione, sottrazione e soppressione di corrispondenza; circostanze aggravanti comuni.

### **Delitti contro il patrimonio**

Questi delitti offendono gli interessi patrimoniali degli individui; intendendo per "patrimonio" il

complesso dei rapporti giuridici, economicamente valutabili, che fanno capo ad un persona: furto; rapina; estorsione; danneggiamento; frode informatica.

### **Altri delitti**

Gli altri delitti che si possono configurare sono: violenza o minaccia a pubblico ufficiale; sostituzione di persona; trattamento illecito di dati; discriminazione razziale.

### **Imputabilità**

L'imputabilità è ai sensi dell'art. 85 c.p. la capacità di intendere e di volere. Il minore degli anni quattordici non è mai imputabile, art. 97 c.p., però nel caso in cui sia riconosciuto "socialmente pericoloso", possono essere previste misure di sicurezza come la libertà vigilata od il ricovero in riformatorio. Il minore, invece, che ha un'età fra i quattordici ed i diciotto anni, è imputabile se viene dimostrata la sua capacità di intendere e di volere, art.98 c.p. Tale capacità verrà determinata dal giudice competente che si avvarrà di consulenti professionali.

## *Il contenuto della Legge 71/2017*

di *Oriana Ippoliti*

La legge n.71 del 2017 definisce il fenomeno di cyberbullismo; regola la rimozione dei contenuti offensivi dalla rete; stabilisce quando debba intervenire il Garante della privacy e, soprattutto, introduce una misura di ammonimento nel caso di reati commessi da minorenni con età superiore ai 14 anni. Si potenzia il ruolo che deve assumere la scuola come centro di educazione e di sensibilizzazione e s'introducono una serie di misure di carattere educativo e formativo. Con il termine «bullismo» si intendono l'aggressione o la molestia reiterate, da parte di una singola persona o di un gruppo di persone, a danno di una o più vittime, anche al fine di provocare in esse sentimenti di ansia, di timore, di isolamento o di emarginazione, attraverso atti o comportamenti vessatori, pressioni

e violenze fisiche o psicologiche, istigazione al suicidio o all'autolesionismo, minacce o ricatti, furti o danneggiamenti, offese o derisioni, anche aventi per oggetto la razza, la lingua, la religione, l'orientamento sessuale, l'opinione politica, l'aspetto fisico o le condizioni personali e sociali della vittima. Con il termine «cyberbullismo» si intende qualunque comportamento o atto, anche non reiterato, perpetrato attraverso l'utilizzo della rete telefonica, della rete internet, della messaggistica istantanea, di social network o altre piattaforme telematiche. Per cyberbullismo si intendono, inoltre, la realizzazione, la pubblicazione e la diffusione on line attraverso la rete internet, chat-room, blog o forum, di immagini, registrazioni audio o video o altri contenuti multimediali, effettuate allo scopo

di offendere l'onore, il decoro e la reputazione di una o più vittime, nonché il furto di identità e la sostituzione di persona operati mediante mezzi informatici e la rete telematica al fine di acquisire e manipolare dati personali, ovvero di pubblicare informazioni lesive dell'onore, del decoro e della reputazione della vittima.

#### **Gli atti di cyberbullismo**

Il riferimento normativo per l'illecito civile è l'art. 2043 c.c. che recita: "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno". La natura del danno riconosciuto e risarcibile è triplice: 1. Danno morale, riconosciuto per le patite sofferenze fisiche e/o morali, turbamento dello stato d'animo; 2. Danno biologico, riconosciuto per il danno riguardante la salute e l'integrità fisica e psichica della persona; 3. Danno esistenziale, riconosciuto per il danno alla persona, alla sua esistenza, alla qualità della vita, alla vita di relazione, alla riservatezza, alla reputazione, all'immagine ed all'autodeterminazione sessuale; Per la responsabilità civile vanno distinte le diverse responsabilità che devono ricadere sui diversi soggetti direttamente o indirettamente responsabili (civilmente) dalle conseguenze del comportamento delittuoso. Si distingue tra: a. Colpa del Bullo Minorenne; b. "Culpa in educando" dei genitori; c. "Culpa in vigilando" della Scuola. Il bullismo ed il cyberbullismo sono un fenomeno rilevante, sotto il profilo della responsabilità civile, nella misura in cui i genitori del minore autore degli atti di bullismo nonché, ove il fatto si verifichi durante le ore scolastiche, gli insegnanti (questi ultimi ex art. 2048, secondo comma c.c.), sono passibili di condanna al risarcimento danni alla vittima per colpa (culpa in educando per i genitori, in vigilando per gli insegnanti).

Il bullismo, come lo stalking e la violenza di genere, sono la manifestazione di una società in

cui sono sovrastanti i valori della prevaricazione e dell'arbitrio del più forte sul più debole, in cui i modelli vincenti, spesso propagati anche attraverso i mass media, sono quelli della prepotenza e della mancanza di rispetto degli altri. Il problema del bullismo è da collegare a un deficit socio-relazionale, unito all'incapacità di accettare, vivere e gestire i conflitti. I bulli fanno leva sull'emozione della paura del conflitto che tuttora controlla la nostra struttura educativa, ma in realtà i bulli non sanno litigare: essi operano nell'ombra e adoperano la violenza come modalità di controllo altrui perché sono incapaci di compararsi con gli altri e di stazionare nelle relazioni conflittuali. È necessario riconsiderare il gruppo classe come luogo per imparare a stare nelle relazioni, affrontandone sia gli aspetti problematici sia offrendo sistemi utili allo sviluppo di un'alfabetizzazione emotiva e socio-relazionale. Nel bullismo l'asimmetria di potere che viene esercitata dal bullo nei confronti della vittima è di tipo fisico o sociale; nel cyberbullismo, il potere passa tramite le abilità e le competenze assimilate nelle nuove tecnologie, infatti, si utilizza la posta elettronica, la messaggistica istantanea, i blog, gli sms o mms ovvero si usano i siti web.

Nel cyberbullismo il potere risiede nella capacità di arrivare a molestare gli altri salvaguardando il proprio anonimato; questo aspetto che fa sì che venga ridotto ulteriormente il senso di responsabilità da parte del cyberbullo.

Preso atto che per molti giovani strumenti di autoaffermazione sono la violenza, l'aggressività e la minaccia, quale risultato di concepire sé stessi sopra tutto e tutti e di conseguenza anche sulle volontà altrui, cosa devono fare le agenzie primarie educative? Come ci insegna la Metafora del porcospino: insegnare empatia e giusta vicinanza tra individui.



# ROMA, CAPITALE DELL'ACCOGLIENZA

## L'ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE MODELLO DI EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA

di Domenico Alessio\*



L'Istituto Romano di San Michele, Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, nasce nel lontano 1582 per volere di Papa Sisto V al fine di promuovere opere di carità, lenire le sofferenze dei meno abbienti e degli orfani e contrastare il dilagare dell'accattonaggio.

L'iniziativa del Pontefice, assume nel 1686 la straordinaria caratterizzazione di Organizzazione di assistenza e di recupero dei soggetti sociali più deboli, incentivando, nel contempo, una *Scuola di Arti e Mestieri* attraverso la quale è stato realizzato e raccolto un ingente numero di opere d'arte che oggi costituiscono importante patrimonio artistico dell'Istituto che sarà presto valorizzato attraverso

la creazione di un *Museo di Arte Sacra*, unico nel suo genere, nella città di Roma. L'IPAB San Michele ha sempre rappresentato una continuità assistenziale nella storia del complesso sistema della solidarietà romana, volta a fornire un'assistenza materiale e spirituale. Un grande patrimonio morale e immobiliare, quest'ultimo frutto di specifiche donazioni e lasciti finalizzati al raggiungimento dei propri scopi istituzionali. In questo contesto l'IPAB S. Michele può e deve essere chiamato a confermare non solo il proprio impegno nel settore tradizionale di competenza, ma anche sviluppare nuovi incarichi, in considerazione della marcia rapida e forzata

dell'invecchiamento della popolazione, attraverso il recupero del proprio patrimonio edilizio per offrire una risposta tutelare e differenziata in un sistema di "assistenza e sanità" connesso al territorio. L'IPAB San Michele ha la possibilità di sviluppare una politica sistemica di servizi tendenzialmente finalizzata a rafforzare la rete di risposte ai bisogni di socialità, di assistenza e di emarginazione, in modo non secondario all'attività sottostante il piano regolatore sociale del Comune di Roma, e la rete di solidarietà dell'VIII Municipio, tendenzialmente finalizzata alla ricerca di strutture che ampliano l'offerta di Welfare, rivisto alla luce della riforma di settore recata dalla Legge delega 328/2000 che ha riconosciuto il ruolo istituzionale delle IPAB nell'ambito del c.d. "terzo settore", quali parti costitutive della rete regionale dei servizi sociali - e del successivo decreto attuativo n.207/2001. Sulle caratteristiche dell'IPAB San Michele si può discutere se sia più o meno positiva la tendenza ad un riconoscimento degli elementi privatistici che connotano generalmente questa istituzione, ma resta essenziale che la finalità socio-assistenziale pubblica e storicamente costitutiva dell'Ente, deve tradursi in una reale compartecipazione nell'agire sociale, perché il perseguimento di scopi di beneficenza rispondono certamente a finalità di interesse generale di natura non industriale o commerciale. Per tutto ciò appare evidente la necessità di un legame maggiore della più grande IPAB di Roma con la vita della Città e con la progettazione cittadina a livello municipale. L'IPAB San Michele deve portare a maggiore frutto la propria autonomia funzionale e la finalità pubblica, creando una forte sinergia con i servizi socio-sanitari territoriali, partendo dalla necessità generale che il conseguimento dell'interesse pubblico può avvenire anche attraverso strumenti privatistici. C'è bisogno che Comune e Regione delineino ancora di più un programma chiaro degli indirizzi di politica sociale su cui può intervenire il San Michele. Si intende pertanto ribadire che l'unica strada percorribile, per un riordino dell'IPAB San Michele, è quella di assegnare già a livello statutario una "veste ordinamentale" nuova e moderna, in grado di esaltarne l'autonomia e la capacità gestionale, di rendere l'Ente pari agli altri soggetti privati operativi nell'assistenza e, nel contempo, non disperdere la propria valenza di



dott. Domenico Alessio

soggetto di pubblica utilità, in modo che nel confronto vi sia la possibilità di concorrere alla gestione di servizi di assistenza alla persona sempre più complessi. Nell'area della senescenza il nostro Istituto, in considerazione di un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, ha pensato alla crescita e alla differenziazione dei posti letto, per aprirsi alla questione delle lungodegenze e delle malattie cronico-degenerative che, com'è noto, interessano in larga parte proprio la popolazione più anziana, con inclusione di questi segmenti nel *target* delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e delle Case di Riposo. Le caratteristiche degli ospiti incidono profondamente sull'efficacia e efficienza delle due strutture residenziali, perché trattasi di un'utenza mediamente poco eterogenea (relativamente alle condizioni di partenza e ai bisogni di cura) e piuttosto instabile quanto ad impegno assistenziale; non si richiedono quindi, trattamenti altamente specialistici (sanitari) e qualitativamente molto differenziati, quanto piuttosto un'assistenza continuativa con un'elevata flessibilità di intervento di fronte a manifestazioni di intensità e frequenza diversa nella stessa tipologia di bisogni. Pertanto, per gli standard dimensionali della struttura Casa di Riposo (80 posti letto) e della Residenza Sanitaria Assistenziale (40 posti letto), considerata la tipologia degli ospiti anziani, è ragionevole pensare che l'efficacia e la qualità del servizio siano da misurare principalmente in termini di mantenimento dei

**Il patrimonio artistico  
sarà presto valorizzato  
con l'istituzione  
del Museo di Arte Sacra**

livelli di benessere fisico e di autonomia funzionale e relazionale degli ospiti, di adeguati livelli di umanizzazione e di confort alberghiero, nonché in termini di grado di qualificazione professionale del personale impiegato. In particolare la Residenza Sanitaria Assistenziale con accreditamento R3, (mantenimento 1° livello) rientra nelle prestazioni con bassa necessità di assistenza sanitaria e mantiene la sua caratteristica di residenza per gli aspetti riguardanti l'assistenza tutelare. Va inoltre ricordato che in questa tipologia di ospiti anziani, trattandosi di soggetti in età avanzata, le comorbilità anche severe costituiscono la norma e che usualmente si osservano patologie croniche, stabilizzate o progressive, spesso invalidanti. Uno dei risultati attesi dalla Residenza Sanitaria Assistenziale è quello di fornire agli ospiti non autosufficienti un'assistenza tale da ridurre significativamente i ricoveri in ambiente ospedaliero, soprattutto laddove trattasi di ricoveri impropri. La nostra Casa di Riposo potrebbe evolvere strutturalmente verso il sistema "residenza", con spazi abitativi dove possono essere accolti contemporaneamente ospiti permanenti, persone rimaste sole e povere, segnalate dai servizi sociali che potranno trascorrere tutto il resto della propria vita in quell'ambiente. Ma si pensa anche ad ospiti anziani per periodi predeterminati, vale a dire persone, che avendo ancora dei supporti familiari, potranno risiedere nella struttura alcune settimane o mesi, per venire incontro a specifiche esigenze dell'anziano, dei parenti o per alleggerire il carico assistenziale della famiglia, o ancora semplici ospiti diurni segnalati dal territorio, che possono vivere nella casa di accoglienza le ore in cui i

familiari sono assenti per motivazioni diverse. Questo modello di residenza per anziani, completamente operante in una realtà municipale e/o circoscrizionale ma non necessariamente, consentirebbe fitti scambi fra la vita della Comunità locale e quello della Casa che accoglie gli anziani. La situazione ottimale sarebbe quella di disporre di una residenza IPAB per ogni Comunità locale sul territorio di Roma, una casa che accolga contemporaneamente ospiti anziani, stabili e temporanei, ospiti diurni e occasionali, che possono essere coinvolti nella stessa vita di quartiere per l'aiuto e/o la segnalazione di altri anziani. In altre parole, la presenza nella nostra residenza deve essere dettata da criteri ovviamente di "necessità", di provenienza municipale, di durata anche provvisoria ma graduata sui bisogni reali della singola persona, affinché il livello etico della risposta assistenziale e il confort alberghiero non sia al di sotto della sensibilità umana. L'ambizione è quella di creare presso la nostra struttura residenziale una comunità solidale ed attenta per favorire la diffusione di un *Welfare* che stabilisca legami, con e fra cittadini e supporti nei limiti delle proprie risorse gli interventi previsti dalle Istituzioni per la popolazione anziana povera. L'obiettivo è quello di organizzare una rete di buon vicinato funzionante durante tutto l'arco dell'anno ed in grado di attivarsi ogni qualvolta si verificano situazioni di emergenza a partire dai casi segnalati dai Municipi di riferimento. Per l'ospitalità diurna e temporanea la direttiva tecnico-metodologica di riferimento prenderebbe le distanze da una concezione strettamente diagnostica e si convertirebbe in una nuova opportunità formativa, che coinvolga il soggetto in modo





attivo. Così si potrebbe pensare a una rivalutazione dell'inserimento e/o reinserimento sociale dell'anziano sia rispetto alla famiglia che a una più vasta rete sociale. La promozione della salute della persona anziana passa proprio attraverso quest'aspetto dell'assistenza non solo nei rimandi sanitari. Ed in questa opera, a mio parere ha enorme importanza il ruolo della famiglia nell'assistenza. Ciò che sta a cuore delle persone anziane, anche di quelle più deteriorate, più regredite, è di avere ancora qualche rapporto con le persone care, con i propri ricordi, con i propri affetti, e questo anche la migliore delle strutture residenziali, non lo potrà mai offrire senza l'aiuto attivo dei familiari. L'esistenza stessa della famiglia è cura per l'anziano, in quanto relazione affettiva e significativa con il mondo, con gli altri e con se stessi. Per questi motivi un atteggiamento di collaborazione con la famiglia, anche se a volte difficile, è la strada per rendere meno complicato meno frustrante il nostro operare. Una struttura residenziale che porti in se anche il concetto più ampio dell'abitare, il concetto più completo dell'assistere non può fare a meno del pieno coinvolgimento anche delle persone che ci vivono e che ci lavorano, purché coscienti che l'uomo patisce lo scotto di una impossibile eternità, perché in fondo, la malattia dell'uomo è malattia d'infinito, e con la sofferenza l'uomo ha contezza della propria



individualità, della propria specificità e nessuno è sostituibile nel proprio dolore e nella propria morte. Proprio per questo la cura degli anziani impone che ogni istante si inventi una strategia nuova, un approccio diverso perché così si impara a non trovare mai il limite per le persone anziane. Il riferimento per le politiche sociali è, dunque per l'IPAB S. Michele l'identità comunitaria, una identità che favorisce il diffondersi della cultura della responsabilità, che combatte lo spirito di "secessione egoistica" indotto dalla cultura e dalla crisi del nostro tempo, che sollecita la partecipazione, la mobilitazione civile, ma anche nuovi lavori e scelte professionali legate ai servizi alla persona, nell'ambiente, come identità comunitaria che svolge un ruolo educativo di solidarietà, intesa come determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune .

**Per le politiche sociali  
il riferimento del San Michele  
è all'identità comunitaria,  
che favorisce la cultura  
della responsabilità**

*\*Commissario Straordinario*

# MEDICINA PREVENTIVA DAL GIAPPONE

*a cura della redazione*

Qual è stata l'ultima volta in cui avete camminato in un bosco fermandovi ad ammirarlo sorpresi dai boccioli in primavera o incantati dai motivi disegnati dalla brina invernale su una foglia? E quante ore, invece, passate ogni giorno a guardare uno schermo? Per millenni gli esseri umani hanno vissuto a stretto contatto con la natura, ma l'urbanizzazione forzata degli ultimi secoli ha finito per alterare un equilibrio consolidato generando in tutti noi una condizione di stress. Shinrin-yoku (letteralmente "bagno nel bosco", in inglese Forest Bathing) è la parola giapponese che definisce una profonda immersione nella natura. Non è una forma di esercizio fisico e non è una semplice passeggiata. È un'esperienza codificata di sollecitazione dei cinque sensi per educarsi all'ascolto dei suoni di un bosco, alla capacità di respirarne i profumi, di osservare la luce e le sfumature dei colori, alla sensibilità nello stabilire un contatto con le piante e con la terra. Perché, come dimostrano tanti recenti studi, quando siamo in armonia con la natura il sistema nervoso si riequilibra, le difese immunitarie si rafforzano, la frequenza cardiaca si abbassa, le capacità di concentrazione e di memorizzazione aumentano sensibilmente. In questo manuale pratico e poetico – un caso internazionale venduto in 15 Paesi – il professor Qing Li, immunologo e fondatore della Società Giapponese di Medicina Forestale, ci guida alla

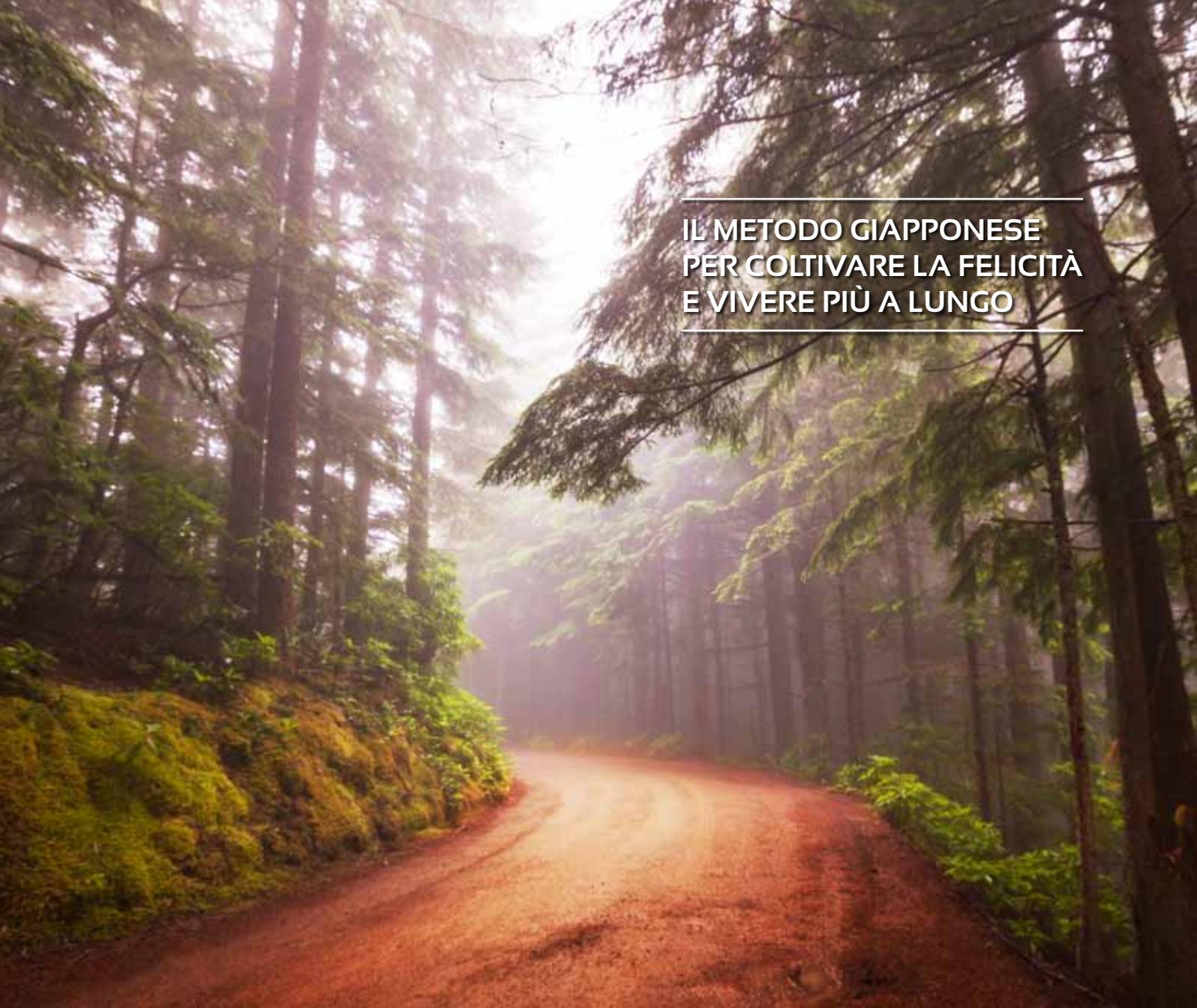
scoperta e alla pratica dello shinrin-yoku illustrando con grande chiarezza e semplicità un'esperienza destinata a cambiare in meglio le nostre vite.

«Lo shinrin-yoku è l'arte di comunicare con la natura attraverso i cinque sensi: non dobbiamo far altro che accettare il suo invito, e lei farà il resto.»

Trascorrere più tempo nella natura, passeggiare nei boschi e immergersi nel verde: tutto questo è Shinrin-yoku, un termine giapponese, ribattezzato forest bathing dagli americani, che significa "trarre giovamento dall'atmosfera della foresta". Una vera e propria immersione nel verde con l'obiettivo di godere dei benefici della natura per la nostra salute.

Negli anni Ottanta in Giappone si è diffusa questa pratica promossa dalla medicina giapponese, la quale sostiene che trascorrere più tempo nella natura potrebbe avere sorprendenti benefici per la salute. Infatti passeggiare tra gli alberi può essere utile per ridurre lo stress, per rafforzare il sistema immunitario e per ritrovare il buonumore e le energie.

Il forest bathing è stato approfondito in una serie di studi nel 2010, da Qing Li, che è uno dei massimi esperti al mondo di medicina forestale. Immunologo, è fondatore e presidente della Società Giapponese per la Medicina Forestale e da quasi trent'anni si occupa di shinrin-yoku



## IL METODO GIAPPONESE PER COLTIVARE LA FELICITÀ E VIVERE PIÙ A LUNGO

e dei suoi benefici. Secondo gli studi l'attività delle cellule NK (natural killer) nel sistema immunitario umano prima e dopo l'immersione nelle foreste, aumenterebbe. È come se il corpo, dopo un'immersione del genere a contatto con la natura e il verde, rispondesse aumentando le sue difese immunitarie. Tra gli altri benefici ci sono anche concentrazioni inferiori di cortisolo, diminuzione della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, diminuzione dello stress e cura alla depressione. Il merito sarebbe da attribuire ai fitoncidi, oli essenziali del legno degli alberi, i quali, oltre a rilasciare speciali sostanze nell'aria per proteggersi dal marciume e dagli insetti, sembrerebbero anche portare beneficio agli esseri umani.

Ulteriori studi hanno monitorato l'attività elettromagnetica di piante e alberi, per verificarne la risonanza e gli effetti sull'uomo: il risultato di queste ricerche ha portato a scoprire come i faggeti rilasciano alcune sostanze aromatiche vegetali (i monoterpeni) capaci di apportare benefici all'organismo e stimolare positivamente le difese immunitarie.

Sembra che da giugno a settembre le foglie siano al loro massimo e i boschi sprigionino il loro meglio, vale quindi la pena di approfittare dei benefici del forest bathing da subito. Secondo la psicologia ambientale, è l'ambiente in cui ci troviamo che determina il nostro modo di essere. Per fuggire dallo stress della vita in città molti scelgono di sfruttare i weekend per una gita in montagna, per una totale immersione nella natura.

Per trarre beneficio dal forest bathing occorre restare immersi nel bosco per qualche ora, passeggiando e alternando il cammino a momenti di riposo e di rilassamento. Per un vero "bagno" occorre anche respirare profondamente usando il diaframma come si fa nello yoga e assorbendo tutti gli aromi del bosco, abbandonarsi all'ascolto dei suoni e delle voci del bosco, contemplare tutte le diverse sfumature del verde del fogliame, per una vera immersione che coinvolge tutti i sensi. Per stimolare il tatto è bene anche toccare la corteccia degli alberi, cercando di percepirne la superficie e di assorbirne l'energia.



## **CI VUOLE IMMAGINAZIONE PER RENDERE LA SCIENZA PIÙ INNOVATIVA**

**Questa è la differenza fra produrre e progredire.**

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

Per scoprire come far progredire la scienza per la vita, visita [www.bostonscientific.eu](http://www.bostonscientific.eu).

# DCBeadLUMI™

La prima sfera radiopaca a eluizione di farmaco

## UN NUOVO LIVELLO DI CONTROLLO



### VISIONE

Possibilità di vedere le sfere durante e dopo il trattamento



### PRECISIONE

Procedura più precisa e controllata rispetto alle tecniche attualmente disponibili<sup>1</sup>



### SICUREZZA

Fiducia nel trattamento di successo del paziente

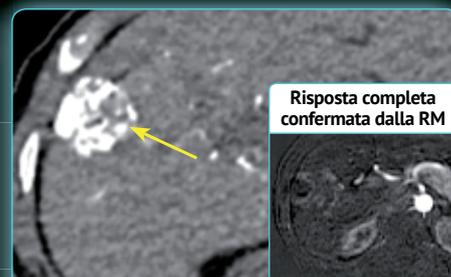
LUMI-TACE di un carcinoma epatocellulare isolato di 4,6 cm con più vasi che lo alimentano



Fluoroscopia single-shot durante la procedura



CBCT 10 minuti dopo l'embolizzazione con DC Bead LUMI™



Risposta completa confermata dalla RM

DC Bead LUMI™ è ancora visibile nella CBCT del follow-up di 6 settimane

[www.dcbeadlumi.com](http://www.dcbeadlumi.com)

DC Bead LUMI™ prevede il caricamento con doxorubicina (per il trattamento di tumori HCC) e irinotecano (per il trattamento di tumori mCRC) nella relativa indicazione approvata del marchio CE.

Le immagini mostrate e le citazioni utilizzate in questa parte sono basate sull'esperienza di casi clinici con le sfere radiopache di BTG negli Stati Uniti. Il 14 dicembre 2015, la Food and Drug Administration statunitense ha concesso l'autorizzazione per queste sfere radiopache per embolizzazione sotto il marchio "LC Bead LUMI™" per il trattamento dei tumori ipervascolarizzati e delle malformazioni arterovenose. DC Bead LUMI™ è approvato con marchio CE come sfera radiopaca a eluizione di farmaco. Al fine di evitare confusione, BTG ha sostituito qualsiasi riferimento a LC Bead LUMI™ con DC Bead LUMI™, poiché si sta dimostrando la natura radiopaca del prodotto.

\* "Prima" si riferisce alla disponibilità commerciale

1. Duran R et al. *Theranostics* 2016; 6(1): 28-38.

Imagine where we can go.



BTG

[btg-im.com](http://btg-im.com)

DC Bead LUMI™ è prodotto da Biocompatibles UK Ltd, una società del gruppo BTG International. DC Bead e DC Bead LUMI sono marchi di Biocompatibles UK Ltd e DC Bead è un marchio registrato in Cina, nell'Unione Europea in Giappone e nella Repubblica di Corea. "Imagine where we can go," "See More. Treat Smarter," BTG e il logo BTG a forma di cerchio sono marchi di BTG International Ltd. BTG e il logo BTG a forma di cerchio sono marchi registrati negli Stati Uniti, nell'Unione Europea e in alcuni altri paesi. Tutti i diritti riservati. © Copyright 2016 Biocompatibles UK Ltd. EM-LUM-2016-0387. EMEA. Data di preparazione dicembre 2016.

HD HealthDefence S.p.A.

DISTRIBUTORE LAZIO e CAMPANIA

Via Portuense, 959 - 00148 Roma - tel 0665002930 - fax 0665003101 - [commerciale@healthdefence.it](mailto:commerciale@healthdefence.it)