

ORE12 SANITÀ ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA CIR/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 1-2 2019 - prezzo di copertina. € 10,00

CLINICO UNIVERSITARIO AGOSTINO GEN

**A Trento
un modello scandinavo**

**Aneurisma cerebrale,
in difesa del paziente**

**Nuove frontiere
per l'aneurisma aortico**

**Il diabete gestazionale
si combatte a Potenza**

**GEMELLI WAY, SANITA'
A MISURA D'UOMO**



VIOLATECH

TELEMEDICINE SOLUTIONS

La piattaforma di telemedicina e di sanità connessa che mette il **PAZIENTE** al centro del processo di cura preventiva, predittiva, personalizzata e partecipativa.



VIOLATECH S.R.L.

Via Kenia, 74 - 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290488

info@violatech.it • www.violatech.it

Hic et nunc

Le guerre generazionali non sono la ricetta giusta

di *Pietro Romano*

L'incidenza delle spese medico-assistenziali per gli ultimi dodici mesi di vita dei cittadini Usa è pari a un quarto della spesa complessiva sostenuta dal sistema sanitario federale Medicare. E perché, presumibilmente, per buona parte si tratta di persone anziane o vecchie, negli Usa si dibatte aspramente su un quesito: è giusto o no che individui al tramonto possano sottrarre tante risorse al benessere comune? Del resto, negli stessi Stati Uniti d'America, si è recentemente sentito dichiarare dall'ex presidente del Partito democratico (progressista per definizione) Howard Dean che gli anziani, avendo davanti a sé un'aspettativa di vita breve, non dovrebbero avere peso in politica. E questo senza che nessun difensore di minoranza (più o meno) oppressa abbia protestato. Che dire? Non è che un aspetto della crescente democrazia alla carte.

Tornando alla sanità (e all'assistenza sociale), e venendo a casa nostra, non è che gli anziani e i vecchi italiani se la passino egregiamente. Anche se nessuno, per ora, propone di tagliare loro le medicine. Invecchiare nel nostro Paese è facile (gli ultra 65enni costituiscono il 21,4 per cento della popolazione contro una media

europea del 18,5 per cento), molto più difficile è farlo in condizioni ottimali. L'Italia, insomma, non sembra un Paese per vecchi. Nemmeno per giovani, si dice comunemente, ma di fronte ai giovani che hanno studiato e/o che hanno voglia di lavorare c'è sempre la strada dell'espatrio (per quanto sia ingiusto), per i vecchi – se non benestanti - non c'è alternativa, a meno di emigrare a loro volta. Ma lo si immagina un ottantenne fare le valigie e andarsene in Portogallo per risparmiare notevolmente sulle tasse, avere medici disponibili a sufficienza e trovarsi con un potere di acquisto ben superiore a quello italiano?

Ormai alle spalle gli anni in cui i nonni con le loro sostanze reggevano figli e nipoti vagabondi, oggi capita sempre più spesso il contrario. A fronte di una spesa pubblica per l'assistenza medica e sociale che per gli anziani arriva al 52%, infatti, la media di spese private (parcelle, medicine, terapie riabilitative, personale di servizio) per ciascun ultra 65enne tocca ormai i 700 euro mensili. Un dato per molti versi falso, comunque, perché mette insieme le spese di persone che ancora lavorano con quelle di cittadini non autosufficienti. E che si confronta con assegni pensionistici in media inferiori a questa soglia monetaria e dal valore effettivo in costante riduzione. Questi dati si incrociano con l'insorgere di una emergenza sulla quale Ore 12 Sanità batte con insistenza da anni: la grave carenza di medici e infermieri, posti letto e strutture dedicate alla terza e alla quarta età. Un'emergenza, forse sarebbe meglio dire un complesso di emergenze, che già sta mettendo in crisi quel Sistema sanitario nazionale un tempo fiore all'occhiello dell'amministrazione pubblica e ora in declino. Un declino che è figlio di molti padri, ma soprattutto delle politiche di austerità post-crisi. Bisognerebbe metterci mano rapidamente, invertire la rotta etc etc. Il problema è che questo non è l'unico... problema italiano. Purtroppo. Anni di politiche scellerate e fallimentari hanno condotto il Paese, e la sanità, nello stato attuale. E già si sentono tecnocrati membri di istituti di ricerca dalla dubbia importanza (ma imposti dall'Unione europea), come l'Upb (Ufficio per le politiche di bilancio), adombrare ulteriori tagli alla sanità. Un settore (ma non è l'unico) per il quale il 2019 non si è aperto brillantemente. Non ci rimane che sperare nel futuro.



**GEMELLI WAY
PER UNA MEDICINA
PIÙ A MISURA D'UOMO**

di Katrin Bove



**ANEURISMA
AORTICO**

di Katrin Bove



ANEURISMA CELEBRALE

Franco Chioffi e Silvio Sarubbo



**TRENTO
EPATOBILIARE**

di Lidia Tamburrino

21

LA SALA IBRIDA

25

NORME & SALUTE

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA

SOM



**BASILICATA,
REGIONE WOMEN FRIENDLY**

di Caterina Del Principe



**LEA,
L'ITALIA A TRE VELOCITÀ**

di Carlo M. Buonamico



**TRATTAMENTI
DEL RACHIDE**

di Enrico Cotroneo

41 **TRA SELFIE E WHATSUP**

44 **ORE 12 LIFE**



**OMS,
SALUTE GLOBALE**

di Carlo M. Buonamico

45 **VITAMINA**

SEGUICI SU:
WWW.OREI2GROUP.IT

 **TWITTER**
OREI2GROUP

 **FACEBOOK**
OREI2GROUP

 **LINKEDIN.COM**
COMPANY/OREI2GROUP

 **LA NOSTRA APP**

MARIO

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12group.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Digital Publishing Director

Nicola C. Carrassi
ncarrassi@ore12italia.it

Redazione

redazione@ore12italia.it
Virtual Support +39 06 40405342
Fax +39 06 400 60034

Pubblicità

adv@ore12italia.it

Progetto Grafico

J. Delar

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Digital & Web Division

Redazione 5 - Ryancreation Cove

Hanno collaborato a questo numero:

Carlo M. Buonamico, Franco Chioffi, Ornella Cilona,
Enrico Cotroneo, Caterina Del Principe,
Danilo Quinto, Silvio Sarubbo, Lidia Tamburrino, Marco Toti.

Foto e illustrazioni

RCO EUROPE
Centro documentazione e gestione licenze

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via Orti della Farnesiana, 9/A - 00135 Roma

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione
[privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu
privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro
Abbonamento Copia Digitale: 45,00 Euro
Abbonamento Deluxe (Cartaceo + digitale): 85,00 Euro

Modulo di abbonamento disponibile sul sito
www.ore12italia.eu - Fax +39 06 400 60034



www.ricomunicare.com

Pubblicato in Italia e nel mondo da

RICOMUNICARE SRL

Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.229 del 07/12/2016.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP/ORE12QUOTIDIANO/ORE12OMNIBUS
© 2016/2019 RICOMUNICARE SRL. All rights reserved
ORE12LIFE/12LIFE © (TM) 2019 RCOEUROPE/RICOMUNICARE SRL/
RYANCREATION. All rights reserved

LE FIRME



Franco Chioffi

Direttore
U.O. di Neurochirurgia – Area Emergenza
Ospedale “S. Chiara”
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS)
di Trento



Enrico Cotroneo

Past Presidente SNO
Direttore Neuroradiologia
Diagnostica Interventistica
Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini,
Roma



Mauro Gargiulo

Professore di Chirurgia Vascolare
Direttore Dipartimento di Medicina Sperimentale,
Diagnostica e Specialistica (DIMES)
Università di Bologna
UOC di Chirurgia Vascolare
Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna



Chiara Mascoli

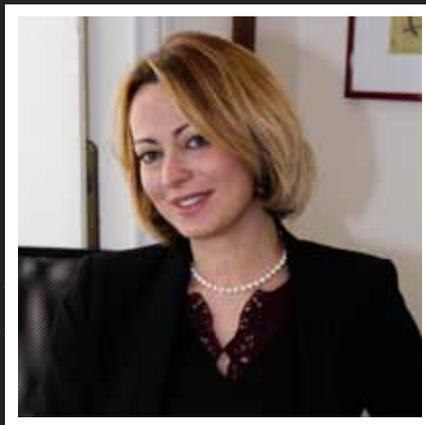
Chirurgia Vascolare - Università di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna



Silvio Sarubbo

U.O. di Neurochirurgia – Area Emergenza
Ospedale “S. Chiara”
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS)
di Trento

• N U M E R O •



«Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò». E' la scritta che compare sul portale del più antico ospedale di Parigi, l'Hotel Dieu. La persona prima di tutto, quindi. Portatrice di una patologia, ma detentore di sentimenti, di conoscenze, di aspettative e spesso di problematiche psicologiche.

Per **umanizzazione** s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura; questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Il processo di umanizzazione consiste, quindi, sostanzialmente nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti.

E' stato il Patto per la salute 2014-2016 ad introdurre per la prima volta in Italia il tema dell'umanizzazione. Con la collaborazione della Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, Agenas l'ha "misurata", coinvolgendo 278 strutture, 286 associazioni, 594 cittadini sul territorio e i risultati dell'indagine sono stati poi presentati durante un convegno a Roma.

I giudizi sono stati elaborati sulla base di 144 item che hanno composto la checklist per la valutazione partecipata ed è stata utilizzata, come metro di valutazione, una scala di punteggi da zero a dieci. La media nazionale supera la sufficienza ed è pari a 6,53 e il primo dato da sottolineare è che i punteggi tendono verso l'alto col crescere del numero dei posti letto: i numeri più alti corrispondono alle strutture con almeno 800 posti. Questi in sintesi alcuni valori: 6,45 per i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura 6,93; accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza 6,13; cura della relazione con il paziente/cittadino 6,36.

Se risulta molto buona l'accessibilità ai disabili motori, poco o niente è stato fatto per l'eliminazione delle barriere sensoriali. Altre criticità riguardano la semplificazione delle modalità di prenotazione delle prestazioni; l'informatizzazione tecnologica dei dati clinici; l'attivazione di corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per gli infermieri e per i medici, l'attenzione alle persone di diversa cultura e provenienza. Rare inoltre le iniziative di "medicina narrativa", fondamentale nella medicina contemporanea e che ha come fine la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato. Aspetti positivi riguardano, in particolare, l'attenzione alla condizione del bambino in ospedale, la lotta alla sofferenza inutile e l'ostetricia.

E' evidente che il tema dell'umanizzazione costituirà sempre più un discrimine decisivo per considerare "buono" un processo di cura del paziente, così come è del pari evidente che l'obiettivo sarà conseguito se crescerà la consapevolezza della necessità di praticarlo come priorità da parte dell'intero sistema-salute, considerando che l'area più debole che emerge dalla ricerca è proprio quella relativa alla "cura della relazione con il paziente/cittadino".





INFUMIX

L'INNOVAZIONE È MADE IN ITALY

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

RIVENDITORE LAZIO E UMBRIA:



Medical Devices

commerciale@spmed.it - info@spmed.it

PIERC SAS

GABRIELE GIOVANELLI (CEO): +39 3487063526

SAVERIO IAQUINTA (INTERNATIONAL BUSINESS MANAGER): +39 3474585354



POLICLINICO UNIVERSITARIO AGOSTINO GEMELLI



Gemelli Way

Per una medicina più a misura d'uomo

IL PROFESSOR MASSETTI SPIEGA QUESTO MODELLO INNOVATIVO DI MEDICINA PERSONALIZZATA CHE PONE IL PAZIENTE AL CENTRO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA RI-UMANIZZANDO I LUOGHI DI CURA

di *Katrin Bove*



Massimo Masetti

Il professor Massimo Masetti svolge la sua professione in una delle più importanti istituzioni sanitarie italiane, il Policlinico universitario "Agostino Gemelli" di Roma. Il suo denso curriculum si apre con la laurea in Medicina a Siena nei primi anni novanta, prosegue con un'esperienza formativa di eccellenza in Francia (Centre Hospitalier et Universitaire di Caen) e con la specializzazione in Cardiocirurgia in Italia. In seguito la sua carriera proseguirà tra Italia e Francia. Grazie proprio all'esperienza transalpina, il professor Masetti ha contribuito a una profonda riorganizzazione dei percorsi di cura cardiologici, focalizzati sulla sinergia multidisciplinare sul paziente e sulla facilitazione della continuità assistenziale con la rete cardiologica del territorio. Una riorganizzazione nella quale rientra Gemelli Way. Al fine di amplificare questa azione di modernizzazione e di umanizzazione dell'ospedale, nel 2013 il professor Masetti ha creato una

Onlus, denominata “Dona la vita con il Cuore” che persegue due obiettivi principali: promuovere la ricerca scientifica sulle malattie cardiovascolari e realizzare attività di solidarietà a carattere sanitario nei confronti delle popolazioni disagiate. Nel 2016, dopo una raccolta di fondi, è stato acquistato il “Camion del Cuore”, unità mobile allestita con tre ambulatori attrezzati con la diagnostica cardiologica che ha permesso di raggiungere quartieri periferici e zone disurbanizzate.



Professor Massetti, ci può spiegare sinteticamente che cos'è Gemelli Way?

Gemelli Way è un modello innovativo di medicina personalizzata dove il paziente è al centro di una concreta condivisione multidisciplinare e di una reale continuità assistenziale. Il modo di curare i malati presuppone una evoluzione dell'organizzazione e, progressivamente, anche una ristrutturazione degli ambienti nell'ospedale che tengano conto delle nuove esigenze.

Il processo di umanizzazione di un ospedale che cosa comporta?

Innanzitutto porta a parlare di “umanizzazione” o meglio di “ri-umanizzazione” dei luoghi di cura. Un ospedale è sempre stato un luogo dove umanità e aiuto ai sofferenti hanno accompagnato le cure vere e proprie. La medicina per sua natura è sempre stata una scienza umana, ma il problema è che il progresso recente e il contesto socio-economico e finanziario hanno portato a un progressivo impoverimento di questi valori con una situazione che è sotto gli occhi di tutti quando si vive un'esperienza di cura. Il processo di umanizzazione coinvolge due grandi dimensioni, entrambe indispensabili e inscindibili per la realizzazione. La prima dimensione è quella Organizzativa/Strutturale; non si può parlare di umanizzazione se l'organizzazione delle cure non sia centrata sul paziente; l'elemento organizzativo è cruciale nella costruzione di un modello che favorisca il benessere al malato e tutto il personale che cura deve porre il paziente al centro delle risorse e delle competenze umane. L'elemento strutturale è strettamente connesso a quello organizzativo e, anzi, lo deve seguire coerentemente. Per favorire un'organizzazione centrata sul malato è necessario cambiare la struttura stessa e la logistica dell'ospedale. Ad esempio, i reparti devono

essere identificati per “intensità di cura e complessità assistenziale” e non per singola specialità; gli ambulatori devono essere più grandi e tali da permettere di svolgere un'attività multidisciplinare con più specialisti che visitano contemporaneamente il malato. La seconda dimensione è quella relazionale diretta sia sul personale curante, medici ed infermieri, che sul paziente e la sua famiglia. Per dimensione relazionale si intende un insieme di iniziative (corsi di comunicazione e formazione all'ascolto) volte a sviluppare o enfatizzare gli strumenti che permettono di migliorare il benessere psicologico del malato durante il percorso di cura. Il miglioramento dell'aspetto “relazionale” deve coinvolgere anche la famiglia oltre che il malato stesso con il miglioramento dell'accesso all'informazione e alla trasmissione dei risultati degli esami.

Il reparto di cardiocirurgia del policlinico Gemelli, da lei diretto, da quanto tempo è gestito con questo format?

L'Area Cardiovascolare del Policlinico Universitario Agostino Gemelli che dirigo ha iniziato una progressiva riorganizzazione strutturale da alcuni anni e oggi numerosi obiettivi sono stati raggiunti, altri sono in itinere e gli ultimi saranno raggiunti nei prossimi anni. Il modello organizzativo si è radicalmente modificato con l'adozione di un vero e proprio “Heart Team”, uno strumento di condivisione multidisciplinare per la gestione dei percorsi di cura complessi. Sono stati creati i percorsi clinici per le principali patologie cardiovascolari con una logica di gestione trasversale e non verticale. Per il funzionamento di questi ultimi, gli ambulatori sono diventati multidisciplinari così come gli ambienti dove vengono realizzate le terapie (Sale operatorie ibride, Laboratori per terapie percutanee).



Questa riorganizzazione ha progressivamente coinvolto il territorio per garantire quella continuità assistenziale necessaria allo sviluppo del modello stesso di cura. Gli ospedali denominati “Spoke” e i colleghi operanti negli ambulatori sparsi nel territorio sono stati progressivamente coinvolti nella gestione dei percorsi di cura integrandoli a pieno titolo nella catena organizzativa ospedaliera. Questo processo di cambiamento ha richiesto dei tempi che a seconda del punto di vista potrebbero sembrare lenti o veloci; tuttavia siamo di fronte ad una radicale evoluzione dei processi di cura che si inserirà a pieno titolo, come il miglioramento tecnologico, nel progresso della medicina.

Lei personalmente come vede il futuro di un ospedale?

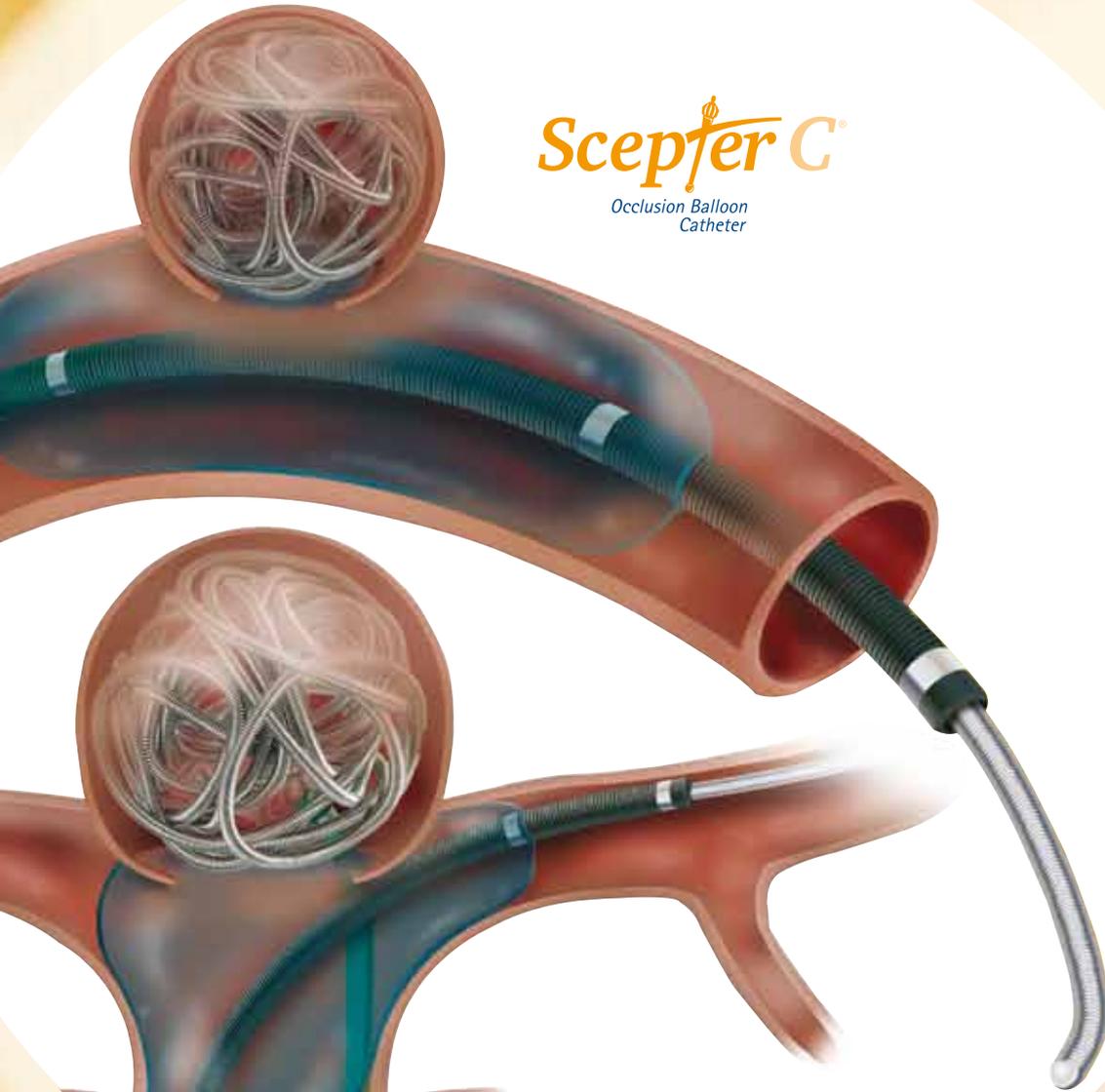
Il futuro dell'ospedale si integra in questa sorta di “rivoluzione” dei percorsi di cura; sarà un luogo accogliente dove il malato si recherà per una tappa del suo percorso terapeutico. Qui troverà un personale che lo accoglie, lo cura e lo conforta in un momento di sofferenza e di speranza; i luoghi saranno confortevoli e di facile accesso per i familiari che saranno coinvolti insieme ai sanitari durante le cure. Progressivamente anche la struttura stessa dell'ospedale cambierà, abbandonando l'aspetto di grandi agglomerati specialistici verticali separati gli uni dagli altri, veri concentrati di competenze e tecnologie specifiche. L'architettura sanitaria e l'orientamento urbanistico vedrà la costruzione di strutture sanitarie

tematiche assemblate per favorire i percorsi di cura dei grandi problemi di salute; la tecnologia garantirà la comunicazione e la trasmissione dell'informazione senza costringere il malato a percorsi complessi ed attese inutili. Infine ma non meno importante, la cura del confort e l'ambientazione dei luoghi di cura contribuiranno a pieno titolo a quell'umanizzazione di cui si parla sempre di più.

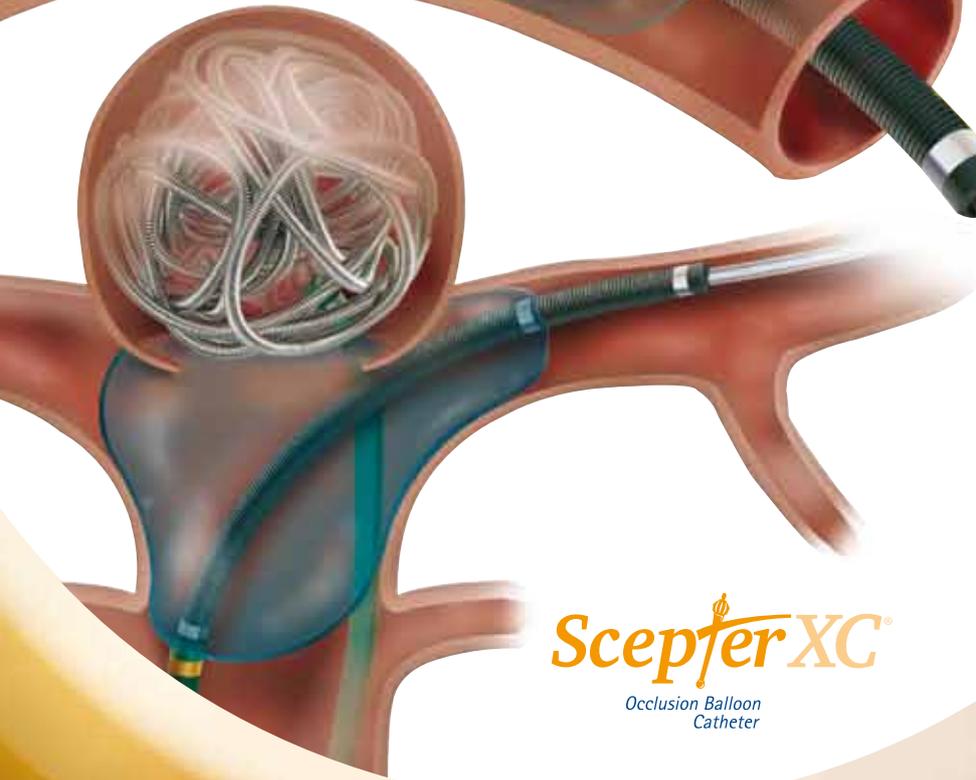
Il nostro Servizio sanitario nazionale compie quarant'anni, che cosa pensa della sanità in Italia? E quali, secondo lei, dovrebbero essere le riforme future?

Ci vorrebbe molto tempo per spiegarlo ma mi limiterò a dire che la sanità nel nostro Paese può considerarsi di ottima qualità. Tuttavia, come per tutti i Paesi europei, necessita di profonde riforme, se non altro per garantire la sua sostenibilità. Dopo decenni nei quali il progresso tecnologico e scientifico ha costruito una sanità sulle competenze e quindi sul “sapere”, oggi è venuto il momento di riflettere sul modo di curare. La costruzione di modelli gestionali ospedalieri fortemente integrati sul territorio garanti della continuità assistenziale, l'adozione e l'implementazione di tecnologie legate alla trasmissione dell'informazione insieme alla ricerca o il miglioramento del confort dei luoghi di cura, costituiscono i cardini del futuro sistema sanitario, garante di quel diritto alla salute universale sancito dalla nostra Costituzione.

Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter



**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

Quell'ospedale ha fegato

di Lidia Tamburrino

ALBERTO BROLESE



A

Alberto Brolese ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1988 e il Diploma di Specialista in Chirurgia nel 1993 con il massimo dei voti e la dichiarazione di lode. Dal Dicembre 2009 a tutt'oggi è Direttore di Struttura Complessa di Chirurgia Generale II – Centro di Alta specializzazione in Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica presso l'Ospedale "Santa Chiara" di Trento Chirurgia Generale II. Precedentemente ha svolto la sua attività professionale presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova – Clinica

La struttura complessa di Chirurgia generale II dell'Ospedale "Santa Chiara" di Trento è diretta dal professor Alberto Brolese, primo chirurgo italiano ad avere eseguito, nel nostro Paese, l'intervento di prelievo di fegato parziale da donatore vivente a scopo di trapianto su familiare, in collaborazione con il luminare nipponico Koichi Tanaka. Brolese è un personaggio di assoluto spessore internazionale che si è perfezionato e/o ha lavorato in mezzo mondo, dagli Usa al Giappone e in numerosi centri chirurgici europei

Chirurgica Generale I ed è stato allievo del prof. Davide D'Amico. Si è perfezionato negli Stati Uniti come Visiting Research Fellow e ha lavorato nel Centro Trapianti di fegato del Presbyterian University Hospital of Pittsburgh (Pennsylvania). Per lunghi periodi si è recato in Giappone, presso l'Università di Kyoto, per imparare le tecniche del trapianto di fegato da donatore vivente. Nell'ottobre del 1997 è il primo chirurgo italiano che esegue in Italia, in collaborazione con il chirurgo giapponese Koichi Tanaka, il primo intervento di prelievo di fegato parziale da donatore vivente a scopo di trapianto su familiare. Ha frequentato inoltre prestigiosi Centri chirurgici europei,

tra cui quelli di Parigi, Strasburgo, Essen e Bruxelles, per l'approfondimento delle tecniche di chirurgia mininvasiva sia laparoscopica che toracoscopica, di Chirurgia robotica, di Chirurgia resettiva del fegato e delle vie biliari, delle tecniche di trapianto di fegato con Split Liver (divisione del fegato in due parti per il trapianto su 2 riceventi).

Prof. Brolese, la seconda clinica di Chirurgia Generale II dell'ospedale Santa Chiara di Trento, che lei dirige da 9 anni, è diventata un centro d'eccellenza, non solo italiano, per le operazioni di chirurgia addominale ed epato-biliopancreatica. Può illustrarci le componenti di questo successo?

Come si può e si deve facilmente immaginare, nulla si realizza dal nulla. Arrivare come dice lei all'eccellenza, e quindi al successo, è il frutto di una profonda passione per la propria professione, di moltissimi anni di studio e di applicazione clinica sui nostri pazienti in un processo di lento e continuo miglioramento, puntando più alla qualità espressa dal nostro lavoro che alla quantità, parametro quest'ultimo che in sanità sempre di più si vuole far valere. Infatti, ciò che conta maggiormente è appunto la qualità e la modalità di approccio al paziente, che deve essere sempre al centro delle nostre attenzioni. E' questo il punto nodale! Il paziente, con le sue più eterogenee fragilità, si rivolge a noi spesso in un momento molto critico della sua vita e per patologie con prognosi molto delicate. Ecco che, esprimendo noi in quel momento la migliore umanità e semplicità, associata a preparazione sempre aggiornata, competenza gestionale, applicazione tecnica e tecnologica personalizzata laddove indicata e anche alla collaborazione di un team di collaboratori affiatato ed opportunamente diretto, si possono ottenere ottimi risultati, anche di eccellenza, come lei ci attribuisce.

E' il frutto di una abnegazione formativa fatta di giorni e notti intere e di weekend trascorsi nelle sale operatorie di mezza Italia e in altri Paesi del mondo. E chi come me ha avuto la fortuna di lavorare per oltre vent'anni anche nel settore della chirurgia del fegato e dei trapianti di fegato adulto e pediatrico ed ha introdotto per primo in Italia nel 1997 il trapianto di fegato da donatore vivente, ha potuto sperimentare l'evoluzione, all'inizio pionieristica, di questo particolare settore ed ha potuto dedicarsi in 30 anni di carriera anche allo sviluppo ed alla applicazione delle tecniche mininvasive laparoscopiche e robotiche in chirurgia addominale.

Se ci sono le buone premesse, sono i nostri pazienti poi a costruire la nostra storia e il nostro futuro e a loro va la nostra gratitudine.

Modalità e qualità di approccio al paziente devono essere al centro delle nostre attenzioni

Il successo è frutto di una profonda passione e di moltissimi anni di studio e di applicazione clinica

Dalle testimonianze dei pazienti operati da lei e dalla sua equipe, si evince che nel reparto di Chirurgia Generale che lei dirige è assicurata una cura meticolosa pre e post interventistica e un rapporto ottimale medico-paziente. Ritiene che questo approccio sia decisivo per la buona pratica chirurgica?

Da diversi anni ho introdotto nella nostra realtà chirurgica dell'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari di Trento (Apss) il modello assistenziale derivato da uno dei modelli sanitari migliori al mondo come quello scandinavo e che prevede la ottimizzazione del percorso perioperatorio del paziente chirurgico. Tale modello, definito Eras (*Enhanced Recovery After Surgery*), prevede, attraverso una ventina di azioni ben precise nella fase pre-operatoria, intraoperatoria e post-operatoria, di minimizzare l'impatto del gesto chirurgico sul paziente al fine di ridurre le complicanze perioperatorie e quindi i risultati. Alcune di queste azioni prevedono, ad esempio, una nutrizione specifica per migliorare lo stato nutrizionale e immunitario, l'impiego della chirurgia mininvasiva laparoscopica o robotica, il minimo ricorso a sondini nello stomaco e drenaggi nell'addome o a catetere urinario, la precoce rialimentazione, che può iniziare addirittura la sera stessa dell'intervento, la mobilitazione precoce dal letto. In definitiva, nei casi migliori il paziente quasi non ha la percezione reale di essere stato operato e chiede anche di andarsene a casa o viene dimesso pochi giorni dopo l'operazione. Tutto ciò è chiaramente possibile solo grazie al lavoro sinergico del personale medico ed infermieristico affiancato da nutrizionisti e fisioterapisti. Forse anche per questo a noi giungono molti pazienti da varie regioni d'Italia, isole comprese.

Pensi che questa modalità operativa, a fronte di minori risorse impiegate in senso lato, riduce le complicanze perioperatorie del 50%, la mortalità del 30% e la durata della degenza ospedaliera del 30-40%, con beneficio quindi non solo per il paziente, ma anche per i costi sanitari. Ciò nonostante, tale approccio metodologico al paziente che va incontro ad intervento chirurgico viene applicato ancor oggi in Italia in meno del 10% dei reparti chirurgici.

L'ultimo suo "miracolo" è stato un delicatissimo intervento al fegato, avvenuto nello scorso mese di agosto, ad un paziente 65enne, al quale è stata



asportata una massa della grandezza di un pompelmo nella parte centrale del fegato, grazie a strumentazioni all'avanguardia, in particolare il robot "Da Vinci", la più moderna e sofisticata tecnologia mininvasiva sino ad oggi esistente al mondo. Ci racconta qual è l'apporto della tecnica specialistica robotica in chirurgia addominale?

Lei si riferisce in questo caso ad uno quegli interventi di chirurgia resettiva anche maggiore del fegato che in alcuni casi si rende necessaria. Nel paziente in particolare a cui lei si riferisce, l'asportazione della lesione tumorale ha reso necessario "dividere" il fegato a metà, dopo averne asportato nella sua parte centrale il 40% del suo volume. Ne è residuo quindi un 35% del volume del lobo destro e un altro 25% del volume costituito dal lobo sinistro. Grazie alla fenomenale capacità rigenerativa del fegato, il volume dello stesso ritorna quasi al 100% già nelle prime 3-4 settimane dopo l'intervento e l'80% di questa rigenerazione avviene già entro la prima settimana. Un fenomeno del tutto straordinario e ancora per certi versi misterioso, che nella mitologia greca è rappresentato con la leggenda di Prometeo, il cui fegato, quotidianamente

Da anni a Trento è stato introdotto il modello assistenziale scandinavo, uno dei migliori esistenti al mondo

mangiato da una aquila, continuava a riformarsi.

Ecco, la tecnologia robotica in questi casi consente di eseguire l'intervento con la massima precisione, il chirurgo vede il campo operatorio in una *full immersion* con un ingrandimento di 10 volte e una visione tridimensionale, le braccia robotiche azionate dal chirurgo non tremano e tutto ciò consente di eseguire interventi mininvasivi molto più precisi e sicuri rispetto alla chirurgia tradizionale ed anche a quella laparoscopica. Le perdite di sangue sono abitualmente minime e il paziente non abbisogna di trasfusioni. Pertanto, tutta la chirurgia mininvasiva laparoscopica addominale e soprattutto quella robotica, associata alla modalità gestionale Eras, consente di ottenere quei fenomenali risultati di cui abbiamo parlato poc'anzi. E questa è una di quelle qualità che ci viene riconosciuta dai pazienti.

Oggi nel nostro contesto applichiamo questa tecnologia per la chirurgia resettiva del fegato, del pancreas, del colon-retto. Ma le applicazioni della chirurgia robotica nelle varie branche specialistiche riguardano oramai la quasi totalità degli organi addominali.

Quali sviluppi futuri potrà avere questa tecnica?

Si può ben immaginare che se queste sono le caratteristiche della tecnologia robotica e i risultati che può fornire sono così promettenti, la strada imboccata oramai sia senza ritorno. Infatti, l'unico attuale vero limite che viene attribuito alla chirurgia robotica è quello dei costi, che sono indubbiamente maggiori del 10-20% rispetto alla chirurgia laparoscopica o tradizionale.

Ma, come le ho accennato, le metodiche gestionali che stiamo utilizzando vanno ampiamente a controbilanciare questo aspetto. Nel frattempo sottolineo ancora che la qualità del lavoro che il robot Da Vinci consente è impareggiabile e ciò va a tutto vantaggio del paziente. E, quando verrà meno l'attuale monopolio in questo settore ed entreranno in commercio nuovi *devices*, il problema verrà sicuramente ridimensionato moltissimo.

Come Lei sa il mondo della Robotica in tantissimi settori sta emergendo e diventando in alcuni contesti industriali addirittura dominante. Anche il Robot Da Vinci è da anni in continua evoluzione (attualmente ha 4 braccia artificiali) e tra poco sarà disponibile una versione del tutto innovativa che, attraverso un singolo foro nell'addome di appena 1,5 cm, consentirà di introdurre nell'addome 4 strumenti flessibili e riprodurre le stesse procedure chirurgiche di cui abbiamo parlato, ma con una invasività ulteriormente minore.

Uno dei problemi più impegnativi che deve affrontare la sanità italiana è quello della "migrazione" dei pazienti, soprattutto dal Sud al Nord, per interventi chirurgici di alta complessità. Si calcola che il fenomeno riguardi almeno un milione di persone ogni anno. Lei ritiene che la telemedicina, intesa come consulto a distanza innanzitutto, possa alleviare e far diminuire questo problema?

Lei tocca un tasto veramente molto dolente della nostra attuale realtà sanitaria. Quello della migrazione sanitaria è un fenomeno che purtroppo non si fermerà mai! Intendo che, soprattutto per le competenze specialistiche o addirittura super-specialistiche del tutto particolari, è del tutto fisiologico, nonché necessario e consigliato, che i pazienti si rivolgano presso questi Centri riconosciuti e cosiddetti di eccellenza nel settore, poiché alla base c'è un processo formativo e accrescitivo molto intenso e di tantissime professionalità, che non è possibile facilmente riprodurre improvvisamente in un'altra o altre sedi, non ultimo anche per un problema di costi. Quindi, avere tutto dappertutto con la stessa qualità è impossibile. Pertanto è ragionevole pensare che sia giusto farsi operare o seguire da chi può esprimere il meglio in quel preciso settore. Lei si riferisce in particolare alla discrepanza Nord-Sud. Mi sembra di poter dire che questa tendenza alla migrazione sanitaria sia in diminuzione per quanto concerne il trattamento di patologie comuni, ma non solo. Sono già realtà o stanno crescendo infatti nel Sud Italia

Nel Sud Italia sono già realtà o stanno crescendo molti centri sanitari di eccellenza in diversi settori

Nei casi più gravi la tecnologia robotica consente di eseguire interventi con la massima precisione

molti Centri sanitari di eccellenza oramai in diversi settori, che stanno migliorando notevolmente la qualità delle cure. Questo lo si apprende da varie fonti, incontrando i Colleghi nei diversi eventi congressuali o leggendo anche le loro pubblicazioni. E' naturale che il processo richiederà qualche decade, ma l'importante è che il fenomeno abbia iniziato una inversione di tendenza. Certo, è spiacevole che la migrazione sanitaria avvenga ancora oggi per le patologie più frequenti che possono venire trattate benissimo nelle città di residenza.

La telemedicina certamente potrà avere un ruolo solo parziale nel ridurre tale fenomeno, anche perché vorrei sottolineare che il rapporto medico-paziente *diretto* deve essere ancora oggi un cardine fondamentale per la presa in carico diretta del paziente e quindi poter esprimere al meglio il nostro lavoro.

Molti specialisti d'eccellenza come lei, che operano in Italia, si lamentano del fatto che il nostro Paese, a differenza di altri, non garantisca al meglio la possibilità di dedicare il tempo necessario alla ricerca ed all'aggiornamento scientifico. Come si potrebbe ovviare, a suo parere, a questo dato di fatto?

Purtroppo negli ultimi anni stiamo assistendo appunto come dice lei alla difficoltà di dedicare del tempo sufficiente all'aggiornamento e alla ricerca scientifica. E questo problema è evidente anche nelle più blasonate Università italiane. E' indubbio che la contrazione delle risorse e il blocco del *turnover* del personale degli ultimi anni abbia accentuato queste criticità. Se a questo aggiungiamo anche la recente introduzione delle norme europee sulla regolamentazione del lavoro in ambito sanitario, che impongono giustamente di rispettare dei limiti orari di lavoro e riposo, si può ben comprendere che da qualche parte qualcosa non si riesce a fare. A fronte della necessaria ottimizzazione dei vari processi in vari settori e quindi con necessità teorica di avere energie ulteriori e tempo-uomo utile, ne deriva che sta diventando sempre più difficile mantenere la stessa qualità con le stesse risorse. Ma molto spesso il medico di oggi, in virtù della passione lavorativa, sa compensare con proprie energie personali e questo gli fa certamente onore. E' altrettanto evidente che abbiamo bisogno di avere nel nostro settore la necessaria infusione di risorse economiche necessarie per finanziare la ricerca e quindi preservare al meglio il diritto alla salute al prezzo della migliore qualità possibile.

ANEURISMA AORTICO

NUOVI TRATTAMENTI MININVASIVI

MANAGEMENT DELLE COMPLICANZE COLLEGATE ALLA RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE DELL'ANEURISMA AORTICO: PROSPETTIVE FUTURE

di *Katrin Bove*

L'EVAR (EndoVascular Aortic Repair) è una metodica di trattamento che prevede il posizionamento per via endoluminale di un'endoprotesi coperta all'interno della sacca aneurismatica, escludendo così la stessa dalla circolazione sistemica in modo da prevenirne l'accrescimento e quindi la rottura.

Indubbiamente l'introduzione di questa metodica ha rivoluzionato il trattamento della patologia aneurismatica dell'aorta e si propone come alternativa di trattamento mininvasivo, soprattutto in termini di riduzione dei tempi operatori, di degenza e di ritorno allo svolgimento delle attività quotidiane, migliorando notevolmente anche morbilità e mortalità operatoria. Nonostante gli indubbi vantaggi, rimane comunque un trattamento non scevro da complicanze sia a lungo che a breve termine.

Ad affermarlo sono il professor **Mauro Gargiulo**, Direttore Dipartimento di Medicina Sperimentale della Università di Bologna, e la dott.ssa **Chiara Mascoli**, chirurgo vascolare della Università di Bologna e del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna.

Quali sono le complicanze collegate ad EVAR?

Trascurando le complicanze correlate alla procedura, tra le complicanze più rilevanti vi sono gli endoleaks; di questi, classificati in 5 diversi tipi, il tipo II è uno dei più discussi. La presenza di questa tipologia di endoleak, capace di risolversi spontaneamente in una buona percentuale dei casi, è fortemente correlata ad un aumento degli eventi avversi e ad una significativa incidenza di aumento di volume della sacca aneurismatica, quando persistente. Ciò lede notevolmente al successo clinico del trattamento sottoponendo il paziente a rischi evolutivi dell'aneurisma e stress psicologico.

Quali sono le opzioni di trattamento per ELII persistente?

Le opzioni possono essere suddivise in diverse tipologie di approccio.

La prima ipotesi è rappresentata dal trattamento

endovascolare dell'endoleak di tipo II. Tale trattamento può essere eseguito attraverso un approccio trans-limb, ovvero attraverso un accesso dall'asse iliaco della protesi, un approccio attraverso vie collaterali (arterie lombari o arteria mesenterica inferiore) ingaggiate, non senza difficoltà, con l'ausilio di microcateteri, oppure attraverso il trattamento trans-cavale, creando cioè un passaggio tra vena cava inferiore ed aorta.

Un'alternativa è rappresentata dal trattamento percutaneo. In questo caso l'accesso viene eseguito mediante puntura eco guidata della sacca dall'esterno, creando un tramite per il rilascio di agenti trombotici (capaci di facilitare la formazione di trombo).

Infine, il trattamento chirurgico può consistere in un intervento di sacculotomia, operazione invasiva dove



Mauro Gargiulo

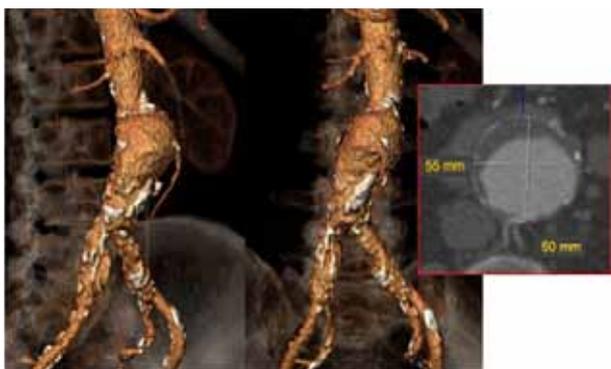


Figura 1. Aneurisma dell'aorta addominale sottorenale



Figura 2. Trattamento endovascolare (EVAR) e embolizzazione della sacca aneurismatica

si vanno a legare le arterie che tendono a rifornire l'endoleak, oppure di espianto dell'endoprotesi stessa con conseguente confezionamento di innesto aorto-bisiliaco, sostituzione dell'aorta aneurismatica con una protesi sintetica in chirurgia open e anestesia generale.

Come avete pensato di intervenire presso il vostro centro?

A partire dall'analisi dei fattori di rischio dell'endoleak di tipo II, abbiamo iniziato un lavoro prospettico di embolizzazione preventiva. La tecnica utilizzata prevede l'utilizzo unicamente di spirali, e non di colla, per evitare l'utilizzo di materiali embolici poco controllabili.

Il confronto con pazienti aventi analoghi fattori di rischio per la comparsa di endoleak di tipo II persistente, trattati precedentemente, ha dimostrato una significativa riduzione dell'endoleak di tipo II ad un anno. A partire da un 70% di presenza di endoleak nella popolazione non embolizzata in fase di posizionamento dell'endoprotesi, si è scesi infatti ad un'incidenza del 21%.

Anche se decisamente favorevole, questa prima esperienza prospettica, ha dimostrato una non completa risoluzione di questo tipo di complicanza aprendo, però, la

strada ad una terza fase della nostra esperienza, ovvero l'analisi dei fattori che potessero incidere positivamente o negativamente sulla risoluzione dell'endoleak.

Analizzando i pazienti trattati con questo tipo di tecnica abbiamo infatti riscontrato che la concentrazione di spirali per unità di volume libero della sacca si rivelava il fattore chiave della riuscita dell'intervento. Questo è un parametro chiave per la definizione di uno standard di trattamento "tailored", ovvero progettato ad hoc per il singolo paziente, che tende a massimizzare la riuscita e la risoluzione di una complicanza tuttora molto sentita dai nostri colleghi.

Su quali basi viene scelto se trattare o meno preventivamente la sacca aneurismatica?

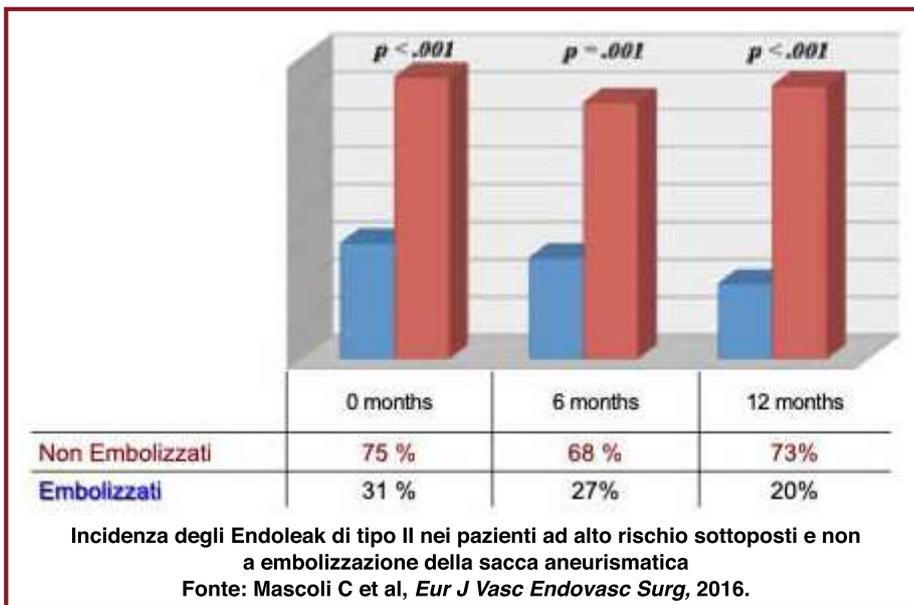
A partire dal 2004 ad oggi, presso il nostro centro, si è effettuata un'analisi retrospettiva mirata all'identificazione di fattori di rischio relativi all'ELII persistente, distinguendoli da quelli che potessero essere invece correlati al solo sviluppo di endoleak transitorio. Partendo da un'analisi bidimensionale e tridimensionale della sacca aneurismatica e dell'anatomia vascolare del paziente abbiamo identificato, come significativamente, ed indipendentemente, correlati alla persistenza di ELII, la presenza di volume di trombosi della sacca inferiore al 40% del volume totale dell'aneurisma e/o la presenza, di un numero maggiore o uguale a sei, di vasi efferenti, pervi, della sacca aneurismatica.

Come incide la presenza di endoleak di tipo 2 sul paziente?

Tralasciando momentaneamente gli eventi avversi correlati alla presenza di questo endoleak, e già espressi precedentemente, un grosso problema pensiamo



Chiara Mascoli



che invece può risultare difficile è definire la concentrazione di spirali necessaria per il trattamento preventivo. Bisogna infatti avere una buona capacità di planning preoperatorio, di valutazione di una diagnostica TAC e di utilizzo di appositi software di post-processing, relativamente all'analisi del volume di cui abbiamo parlato poco fa e del numero di vasi afferenti. Quindi adeguata capacità di lettura di una TAC dalla quale poi desumere l'eventuale rischio del paziente e l'eventuale necessità di un trattamento preventivo.

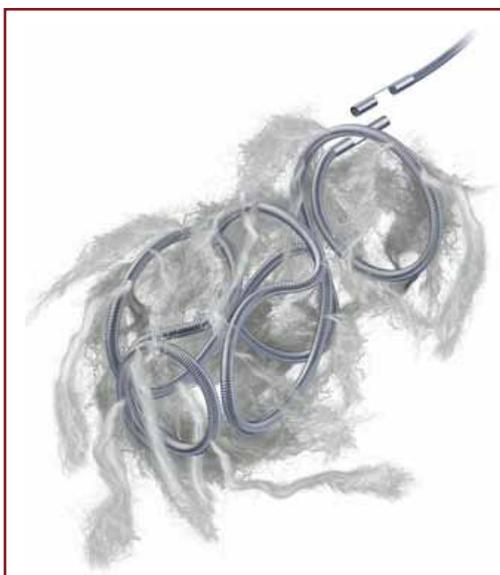
sia legato alla qualità della vita del paziente. Questo aspetto prettamente psicologico sta prendendo sempre più piede nell'ambito clinico, soprattutto visto l'aumento dell'aspettativa di vita dei pazienti. Il paziente che presenta un endoleak di tipo II, ad oggi, viene sottoposto ad uno screening molto più dettagliato e con tempistiche decisamente più ristrette rispetto ad una popolazione libera da questa tipologia di complicanza. Questo aspetto non riteniamo sia da trascurare in quanto crea nel paziente la sensazione che il trattamento sia stato fallimentare con la conseguente riduzione della qualità di vita.

Pensa che sia un trattamento facilmente replicabile e proponibile su larga scala?

La tecnica di per sé è una tecnica facilmente standardizzabile che non necessita di skills importanti per chi già pratica un trattamento endovascolare. Ciò

Come pensa che evolverà questa tipologia di trattamento nei prossimi anni?

Riassumendo quanto detto precedentemente, rimuovere l'incidenza di endoleak di tipo II comporta una riduzione degli eventi avversi e guida il trattamento verso un miglioramento di qualità della vita per il paziente. Inoltre non dimentichiamo che questa complicanza potrebbe, anche, far insorgere endoleak di tipo I e III, decisamente più gravi in termini di progressione di malattia. Considerando questioni puramente tecniche direi che da un lato si andrà verso una strada sempre più "tailored", con un trattamento pianificato sull'anatomia del paziente e standardizzato presso tutti i centri che praticano EVAR; dall'altro verso l'utilizzo di materiali tecnologicamente più avanzati, che consentano di utilizzare meno materiale ottenendo effetti trombogenici sempre più importanti.



Interlock-35™ Fibered IDC™ Occlusion System, ha introdotto la combinazione di fibre di Dacron™ e precisione di riposizionamento per migliorare le diverse tipologie di trattamento embolico.

Le spirali **Interlock-35 Cube** sono la miglior opzione clinica per il trattamento degli endoleak di tipo II. Appositamente progettate per fornire un packing circolare di qualsiasi aneurisma, facilitano il riempimento trasversale, essenziale nel trattamento della patologia aneurismatica e per l'occlusione di grandi vasi.



© 2016 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

Informazione pubblicitaria

ANEURISMA CEREBRALE

“ASLEEP-AWAKE-ASLEEP CLIPPING” PER IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEGLI ANEURISMI CEREBRALI INTATTI, UNA NUOVA FRONTIERA NEL MONITORAGGIO COGNITIVO IN NEUROCHIRURGIA

di Franco Chioffi e Silvio Sarubbo

Gli aneurismi cerebrali intatti (Figura 1) vengono comunemente definiti incidentali: ad esclusione di rari casi di malformazioni di grandi dimensioni, sono completamente asintomatici e la loro diagnosi è in genere correlata all'esecuzione di indagini neuroradiologiche (TC o Risonanze Magnetiche) per le ragioni più varie (per es., cefalea, traumi minori, ecc.). Diversi studi epidemiologici hanno provato a fissare la prevalenza di questo riscontro nella popolazione generale, che è circa dell'1-2%, sebbene a seconda delle diverse popolazioni e delle modalità tecniche con cui gli studi sono stati eseguiti, questo dato possa variare dallo 0.5 all'8%. Considerati questi numeri, la gestione degli aneurismi intatti è divenuta negli ultimi 10 anni una problematica in costante crescita, che ha costretto la comunità neurochirurgica e neuroradiologica ad aprire una seria discussione riguardo i criteri che debbano fare orientare verso il trattamento, piuttosto che verso un atteggiamento conservativo e di follow-up neuroradiologico (comunemente noto come “wait and see”).

Da un lato, infatti, la potenziale rottura di un aneurisma cerebrale è un evento non infrequente - fatale in una percentuale variabile tra il 25-50% dei casi o che può lasciare conseguenze invalidanti – dall'altro, i pazienti sono spesso giovani, totalmente asintomatici, privi di deficit neurologici e nel pieno della propria vita familiare e professionale e, pertanto, proporre un trattamento non scevro da rischi è una decisione che necessita della giusta riflessione.

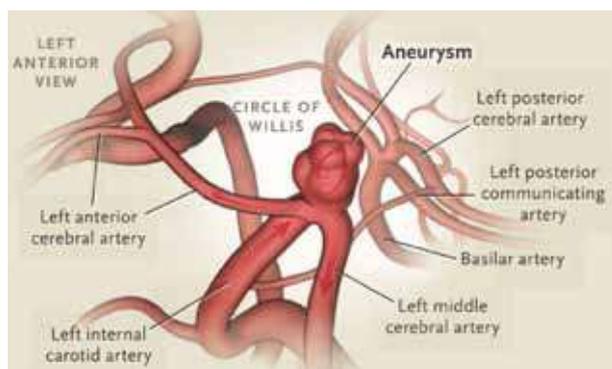
Il trattamento degli aneurismi cerebrali incidentali, come per quelli rotti, può essere chirurgico (clippaggio) od endovascolare (spiralì con o senza stent) (Fig. 2): è buona norma discutere i casi in un ambiente multidisciplinare (neurochirurgico-neuroradiologico).

Sebbene in calo negli ultimi 20 anni, i rischi di un deficit neurologico permanente (tra l'8% e l'11%) o della mortalità (0.6-1.2%) in caso di intervento, non sono trascurabili. Secondo una recente review della American

Heart Association/American Stroke Association, che costituisce la base per le raccomandazioni di trattamento degli aneurismi cerebrali incidentali (Thompson et al.), il range di morbilità varierebbe tra il 13.5% e il 27.6% e quello di mortalità tra lo 0.7% ed il 3.5%.

Dal punto di vista clinico, nella stragrande maggioranza dei Centri in cui vengono eseguiti questi interventi, non si prescinde da un monitoraggio neurofisiologico intra-operatorio in condizioni di anestesia generale, che consente di tenere sotto controllo la conduttività delle vie motorie e sensitive nel corso della procedura (in gergo potenziali evocati sensitivi e motori, PESS/PEM). Nonostante questo, diverse criticità sono emerse negli ultimi anni. Si tratta di un monitoraggio delle vie effettrici o afferenti primarie, non di funzioni cognitive, notevolmente più complesse e diffuse in territori cerebrali più ampi. In secondo luogo, è stato ormai accertato come la specificità sia estremamente elevata, ma non si possa





Rappresentazione schematica di un aneurisma cerebrale intatto della biforcazione A1-M1 della arteria carotide interna di sinistra, tratto da: Lawton and Vates, New England Journal of Medicine 2017 (vedi anche bibliografia).

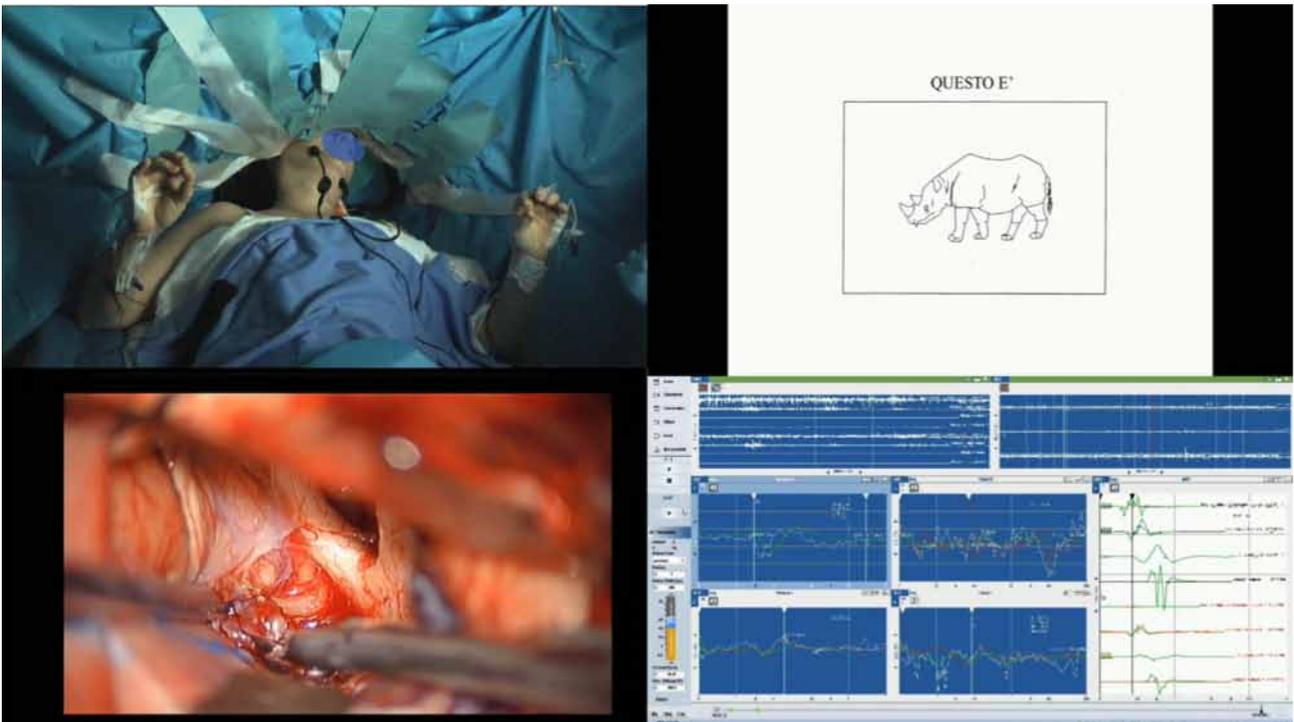
dire altrettanto della sensibilità: un calo dei potenziali è segno di sofferenza cerebrale (in questo caso per una ipo-vascularizzazione dei territori a valle dell'aneurisma per effetto del clippaggio, transitorio e definitivo) e sarà probabilmente correlata ad un deficit post-operatorio (specie se il calo è $\geq 50\%$) ma, al contrario, non si può essere sicuri che tale deficit non si verifichi nel caso in cui i potenziali non si siano modificati. Proprio per questo, si è diffusa l'"awake surgery", ovvero la chirurgia con risveglio intra-operatorio per il monitoraggio neurologico e neuro-cognitivo continuo e/o mappaggio cortico e sottocorticale.

Presso la Neurochirurgia di Trento questa attività è stata avviata nell'autunno del 2018 con le medesime modalità tecniche utilizzate per la neurochirurgia oncologica: il paziente viene posizionato nel modo più confortevole e sicuro e viene successivamente indotta l'anestesia generale (mediante infusione di Remifentanil e Propofol e con supporto respiratorio di maschera laringea). Dopo la fase di apertura ed esposizione dell'aneurisma, il paziente viene svegliato ed estubato, al fine di procedere all'esecuzione dei test neuropsicologici e clinico-neurologici selezionati in base alla sede e lateralizzazione della malformazione vascolare (Fig. 2). Nel nostro Centro vengono eseguiti questi test: task motori complessi e di coordinazione bimanuale, test di denominazione, associazione semantica, controllo di campo visivo e motilità oculare, funzioni esecutive ed attenzione, metallizzazione (ovvero riconoscimento ed elaborazione delle emozioni). I test vengono eseguiti per tutto il corso della procedura di esclusione dell'aneurisma ed anche in caso di clippaggio temporaneo, ovvero nel corso della manovra di temporanea chiusura del vaso principale che rifornisce l'aneurisma e tutti i territori cerebrali a valle dello stesso (Figura 3). Il clippaggio temporaneo del vaso portante è in genere eseguito per ridurre il rischio di rottura intra-operatoria ed agevolare il corretto posizionamento

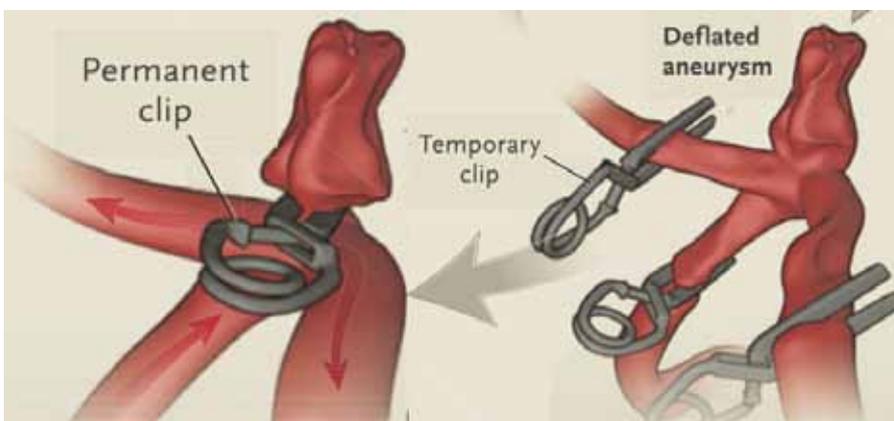
della clip sul colletto dell'aneurisma. I test proseguono per almeno 20 minuti dopo il clippaggio definitivo della malformazione, al fine di chiarire con assoluta certezza se il clippaggio sia stato eseguito senza modificare (ad es., provocando una stenosi anche minima del vaso portante) in modo funzionalmente significativo la fisiologica vascularizzazione dei territori cerebrali a valle dell'aneurisma. Sebbene, infatti, esistano diversi metodi qualitativi (come la video-angiografia intra-operatoria) o quantitativi (come la flussimetria o la misurazione velocitometrica con micro-doppler), di cui tutti i Centri che eseguono routinariamente queste procedure sono muniti, un buon esito di questi controlli, eseguiti normalmente sui vasi a valle dell'aneurisma dopo la sua esclusione dal circolo, non sempre correlano con l'esito clinico, ad esempio non sempre una riduzione di flusso è correlata ad un deficit funzionale e viceversa. Per questo il monitoraggio neurologico e neuro-cognitivo del paziente, in aggiunta ai metodi quantitativi e qualitativi di cui sopra, rappresenta una garanzia ulteriore ed estremamente sensibile e specifica del risultato. Sebbene le esperienze del Gruppo di Saint Louis e quella del nostro Centro, così come le altre esperienze riportate in letteratura con numeri inferiori, costituiscano di certo un punto di partenza, e non di arrivo, questo approccio chirurgico potrebbe modificare sostanzialmente in futuro la prognosi chirurgica dei pazienti candidati a clippaggio di un aneurisma cerebrale intatto, oltreché fornire notevoli informazioni utili a modificare ed implementare alcuni aspetti della tecnica chirurgica, ma anche delle conoscenze riguardo la dinamica funzionale del flusso ematico cerebrale e di diversi aspetti di "brain processing" ad essa correlati.



Silvio Sarubbo



Un'immagine tratta da un intervento di "asleep-awake-asleep clipping", eseguito presso la Neurochirurgia dell'Ospedale "S. Chiara" di Trento, che ritrae il paziente che esegue un compito motorio complesso (box in alto a sinistra) ed un task di denominazione (box in alto a destra) proprio durante il clippaggio definitivo dell'aneurisma (box in basso a sinistra) e durante il monitoraggio neurofisiologico dei potenziali evocati sensitivi e motori (box in basso a destra).



Rappresentazione schematica della tecnica di clippaggio temporaneo (temporary clipping) per favorire il clippaggio definitivo dell'aneurisma, tratta da: Lawton and Vates, *New England Journal of Medicine* 2017 (vedi anche bibliografia).

BIBLIOGRAFIA

Abdulrauf SI, Vuong P, Patel R, Sampath R, Ashour AM, Germany LM, Lebovitz J, Brunson C, Nijjar Y, Dryden JK, Khan MQ, Stefan MG, Wiley E, Cleary RT, Reis C, Walsh J, Buchanan P. "Awake" clipping of cerebral aneurysms: report of initial series. *J Neurosurg.* 2017 Aug;127(2):311-318.

Brinjikji W, Rabinstein AA, Nasr DM, Lanzino G, Kallmes DF, Cloft HJ. Better outcomes with treatment by coiling relative to clipping of unruptured intracranial aneurysms in the United States, 2001–2008. *AJNR Am J Neuroradiol* 2011; 32: 1071–75

Brown RD Jr, Broderick JP. Unruptured intracranial aneurysms: epidemiology, natural history, management options, and familial screening. *Lancet Neurol* 2014;13(4):393-404

Lawton MT, Vates GE. Subarachnoid Hemorrhage. *N Engl J Med.* 2017 Jul 20;377(3):257-266

Lee T, Baytion M, Sciacca R, et al. Aggregate analysis of the literature for un- ruptured intracranial aneurysm treatment. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005; 26:1902–08

Li MH, Chen SW, Li YD, et al. Prevalence of unruptured cerebral aneurysms in Chinese adults aged 35 to 75 years: a cross-sectional study. *Ann Intern Med* 2013; 159: 514–21

Raaymakers TW, Rinkel GJ, Limburg M, Algra A. Mortality and morbidity of surgery for unruptured intracranial aneurysms:a meta-analysis. *Stroke* 1998; 29: 1531–38

Vlak MH, Algra A, Brandenburg R, Rinkel GJ. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2011; 10: 626–36.

Winn HR, Jane JA Sr, Taylor J, Kaiser D, Britz GW. Prevalence of asymptomatic incidental aneurysms: review of 4568 arteriograms. *Stroke* 1983; 14: 121.

Thompson BG, Brown RD Jr, Amin-Hanjani S, Broderick JP, Cockroft KM, Connolly ES Jr, Duckwiler GR, Harris CC, Howard VJ, Johnston SC, Meyers PM, Molyneux A, Ogilvy CS, Ringer AJ, Torner J; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association; American Stroke Association. Guidelines for the Management of Patients With Unruptured Intracranial Aneurysms: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2015 Aug;46(8):2368-400



La sala ibrida, un successo ternano

NELL'OSPEDALE DEL CAPOLUOGO UMBRO UNO STRUMENTO STRAORDINARIO, UTILIZZATO DALLA CHIRURGIA VASCOLARE PER LA GESTIONE DI PATOLOGIE MOLTO COMPLESSE. SARANNO TRATTATE, IN PARTICOLARE, GLI ANEURISMI TORACO-ADDOMINALI E LE DISSECAZIONI AORTICHE, SOTTO GUIDA ANGIOGRAFICA E TAC CONTEMPORANEAMENTE

di Danilo Quinto

Sono state due le figure protagoniste del convegno intitolato “Presente e futuro della Chirurgia vascolare in Italia”, che si è svolto lo scorso primo febbraio presso l’Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia del Polo Scientifico Didattico di Terni: il Dott. Maurizio Dal Maso, Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni e il Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare-Dipartimento cardio-toraco-vascolare dello stesso Ospedale, Dott. Fiore Ferilli.

Li abbiamo intervistati entrambi, sia per l’importanza del convegno – del quale hanno introdotto i lavori, insieme ai Dott. Pardini e Donzelli – sia, e soprattutto, perché grazie a loro, che ci hanno fortemente creduto, l’Ospedale di Terni si doterà a breve (sarà inaugurata e resa operativa nel mese di marzo) di una “sala ibrida” all’avanguardia, tra le migliori delle venti “sale ibride” che ci sono in Italia. Attraverso i “titoli” nel quale si è articolato il convegno – “Sala ibrida e patologia aortica”, “Sala ibrida e patologia periferica”, “Aspetti multidisciplinari della sala ibrida” – si

è affrontato un tema che sta rivoluzionando, grazie all'apporto della tecnologia sempre più sofisticata, il mondo della sanità.

Una sala ibrida è una sala operatoria dotata di dispositivi avanzati di imaging quali angiografi rotazionali di ultima generazione integrati con scanner per la tomografia computerizzata. Questi dispositivi permettono procedure chirurgiche minimamente invasive, meno traumatiche per i pazienti. Il chirurgo non ha pertanto bisogno di eseguire sul paziente le incisioni convenzionali per accedere alle parti del corpo da operare, potendo effettuare un cateterismo o l'inserimento di *device* e sonde attraverso piccole incisioni. Le sale operatorie ibride sono usate principalmente in chirurgia vascolare, cardiocirurgia e neurochirurgia, ma possono essere utili per svariate altre discipline chirurgiche.

In particolare, per quanto riguarda la Chirurgia Vascolare - che è una branca di alta specializzazione della Chirurgia ed ha come obiettivo il trattamento delle patologie delle arterie e delle vene - la diffusione dei sistemi angiografici nelle sale operatorie di chirurgia vascolare è stata promossa in modo sostanziale dalla possibilità di eseguire il trattamento endovascolare su numerose patologie aortiche e dei vasi periferici. Una sala ibrida, infatti, permette l'esecuzione di complesse procedure endovascolari aortiche in completa sicurezza. Il sistema di imaging è utile non solo per la guida e il corretto posizionamento del *device*, ma anche per la pianificazione della procedura, giovandosi del sistema "fusion" delle immagini angiografiche con le immagini tac.

"Non vedo l'ora di poter adoperare, insieme ai bravissimi



Fiore Ferilli

componenti della struttura complessa che dirigo, questo straordinario strumento", dice il Dott. Ferilli, che dal 1981, subito dopo la laurea, svolge la sua attività professionale all'interno dell'Ospedale "Santa Maria" e dal 2010 dirige la Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare. "La Struttura del Santa Maria", racconta il Dott. Ferilli, "è dotata di 12 posti letto di degenza ordinaria e dispone di posti letto di Terapia Intensiva Postoperatoria. Vengono trattate le patologie aneurismatiche, ostruttive, dissecative e malformative dell'aorta toracica e addominale, con la possibilità di eseguire interventi in circolazione extra-corporea. Si effettuano interventi in chirurgia aperta tradizionale e, grazie alla rapida evoluzione della tecnologia ed allo sviluppo di materiali sempre più sofisticati, diventano costantemente più frequenti le procedure di chirurgia mininvasiva ed endovascolare, in collaborazione con la Struttura Semplice di Radiologia Interventistica. Una particolare attenzione viene posta alle più moderne tecniche chirurgiche di impianto di endoprotesi aortiche per il trattamento degli aneurismi dell'aorta addominale, dell'aorta toracica e dei vasi periferici. In particolare, la Struttura ha acquisito una notevole esperienza nel

**UN INVESTIMENTO
RESO POSSIBILE
DALLA BUONA SALUTE
(FINANZIARIA)
DELLA SANITÀ UMBRA**

trattamento endovascolare delle dissecazioni di tipo B dell'aorta toracica e viene considerata uno dei Centri di riferimento nazionale”.

Come inciderà la sala ibrida in questo contesto?

“Sarà una Sala Operatoria Ibrida multidisciplinare, che la Chirurgia Vascolare, che ne rappresenterà il “cuore”, utilizzerà per la gestione di patologie molto complesse riguardanti soprattutto gli aneurismi toraco-addominali e le dissecazioni aortiche, sotto guida angiografica e TAC contemporaneamente. Tali metodiche consentono di ridurre il ricorso ad accessi vascolari in chirurgia aperta che sono comunque gravati da significative percentuali di

morbilità e mortalità. La stessa Sala può essere inoltre utilizzata da altre specialistiche, quali la Cardiocirurgia, la Neurochirurgia, la Radiologia, l'Ortopedia e l'Urologia, sempre nell'ottica della mininvasività. Sono molto contento del fatto che il convegno che abbiamo tenuto, grazie all'apporto di specialisti provenienti anche da altre regioni – penso in particolare ai colleghi di Bologna – abbia posto inevidenza tutte le potenzialità della sala ibrida”.

Che cosa significa intraprendere questa strada?

“Innanzitutto, è un motivo di soddisfazione professionale, me lo lasci dire. Il nostro lavoro ha dato ottimi risultati in questi anni e questo è uno dei presupposti principali perché si possa decidere di investire sull'allestimento di una sala ibrida. In secondo luogo, questa è la strada della modernità nella sanità, dei miglioramenti delle prestazioni e della riduzione dei tempi di ricovero. La tecnologia ha certamente un costo elevato, ma con il tempo quest'investimento si ammortizzerà e garantirà un'altissima professionalità degli interventi”.

Al Direttore Generale del “Santa Maria”, il Dott. Dal Maso, che ha una vastissima esperienza sia come medico clinico, dal 1979 al 1999, e successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale e Direttore Generale – da 3 anni riveste questa responsabilità a Terni, dopo essere stato Dirigente della Direzione sanitaria aziendale e Direttore di struttura della Azienda Sanitaria di Firenze, Direttore Sanitario della Azienda Policlinico Umberto I di Roma e Direttore Sanitario della



Maurizio Dal Maso

Azienda USL 1 di Massa Carrara – chiediamo quali sono i presupposti che hanno portato alla decisione di varare la sala ibrida nell'Ospedale che dirige.

“Quando tre anni fa ho assunto questa responsabilità”, ci dice, “ho potuto subito rilevare la qualità e la professionalità dei medici. E' gente veramente brava, mi sono detto e subito ho pensato, anche rilevando un secondo elemento decisivo per questa scelta – la casistica dei pazienti locali, oltre a quelli esterni, che rappresentano il 20-25% del totale - che valesse la pena fare quest'investimento, fare una gara, considerando un terzo elemento decisivo: tutte le chirurgie classiche sono diventate mini-invasive; la chirurgia vascolare, con la nuova tecnologia, ha cambiato le regole del gioco: buco l'arteria femorale e dopo 2 giorni il paziente torna a casa, mentre prima era costretto a rimanere in Ospedale 8-10 giorni”.

La portata dell'investimento non dev'essere stata di poco conto. Siete in buona salute, quindi?

“Di certo la sala ibrida è una tecnologia ad alto costo. Basti pensare che la sala operatoria 'normale' del nostro Ospedale costa 500-600 euro ora, mentre la sala ibrida ha un costo di 1.000 euro l'ora. L'investimento si è potuto affrontare perché il sistema sanitario umbro è molto solido dal punto di vista finanziario ed abbiamo potuto usufruire anche di un finanziamento della Regione, che ha inteso riconoscere a quest'Azienda una grande professionalità ed anche una capacità di attrazione verso pazienti provenienti da altre aree, che nel tempo, sono convinto, si rafforzerà”.

Quali sono i problemi da risolvere e gestire per l'avvio della fase iniziale?

Noi saremo operativi a partire dal mese di marzo. Di qui ad allora i problemi da affrontare sono di notevole portata e complessità, anche tenendo conto che saremo l'unica realtà in Italia ad aver due angiografi uno accanto all'altro: la programmazione di un utilizzo intensivo, un apporto multi-disciplinare, la formazione del personale, lo sviluppo multi-disciplinare, la definizione delle procedure. E' un lavoro difficile, ma ben avviato, perché qui da noi c'è armonia e abitudine a lavorare tutti per un unico obiettivo: essere al servizio del paziente".

Secondo lei, qual è il problema vero che vive la sanità italiana?

"Al di là del problema economico, che molte Regioni italiane vivono nell'ambito sanitario, a me sembra che il cuore del problema sia quello di fare reti professionali. Bisogna definire prima chi fa che cosa, dove, come e condividere i protocolli. Sono cose già scritte, da almeno vent'anni. Ci vorrebbe poco per metterle in pratica. Manca solo la volontà".



Norme & salute

La gestione della qualità al servizio della salute

di Ornella Cilona*



Migliorare i servizi sanitari e garantire la soddisfazione dei pazienti: è questa la sfida lanciata al settore sanitario dalla norma UNI EN ISO 9001 sui sistemi di gestione della qualità, approvata in una nuova versione nel 2015. Sono sempre di più gli ambulatori medici, le aziende farmaceutiche, le cliniche di lunga degenza e gli ospedali che rispettano questo standard internazionale, uno dei più conosciuti e utilizzati al mondo. I vantaggi sono senza dubbio notevoli e vanno dall'eliminazione delle inefficienze al risparmio sui costi economici e al migliore impatto sull'ambiente.

Nella sanità, ISO 9001 è, però, soprattutto altro: un sistema di gestione della qualità concentrato sulla definizione, il monitoraggio e la valutazione dei processi che hanno conseguenze sull'esito della cura, sulla scelta e sull'organizzazione delle risorse umane e sulla messa a punto dei dispositivi e dei macchinari. Per la norma ISO, la qualità non è un valore fine a stesso ma

acquisisce un contenuto innovativo perché tiene conto dei bisogni e delle domande dei pazienti, dei clienti e delle altre parti interessate.

L'applicazione di ISO 9001 in questo settore presenta delle caratteristiche particolari, pur rispettando le regole generali comuni a tutti i sistemi di gestione. Prima di tutto, il principio cardine del "risk based thinking", la prevenzione in base ai possibili rischi, ruota intorno alla salute del paziente. Ecco quindi che le strutture sanitarie certificate ISO 9001 puntano su personale medico altamente qualificato e su dispositivi e macchinari all'avanguardia e in perfetto stato. Nel caso siano rilevati casi di criticità, però, tali strutture sono obbligate a intraprendere delle azioni correttive. Nella norma questo processo è riassunto con le parole "Plan, Do, Check, Act" (programmare, fare, verificare, agire).

Per gestire i rischi in maniera adeguata il primo passo da compiere è quello della definizione dei ruoli, delle responsabilità e dell'autorità, che si traduce in una chiara indicazione di chi (e in quale misura) deve rendere conto del proprio operato in presenza di una diagnosi sbagliata o dell'insoddisfazione di un cliente. Si tratta, dunque, di attribuire i livelli di responsabilità sulla qualità del servizio erogato in modo da risolvere presto ed efficacemente eventuali problemi.

Un altro aspetto fondamentale dell'applicazione di ISO 9001 nella sanità è costituito dalla definizione delle linee guida necessarie per raggiungere un'elevata qualità del servizio e delle prestazioni mediche e dall'individuazione degli indicatori in base ai quali monitorare in concreto i risultati ottenuti in tale ambito.

Sono tre i tipi di indicatori messi in evidenza dallo standard: di struttura (a esempio, il numero dei posti letto o le tecnologie presenti nell'ospedale o nell'ambulatorio); di processo (presenza o meno di liste d'attesa, appropriatezza delle scelte e degli interventi diagnostici o terapeutici); di esito (mortalità intra ospedaliera, indicatori sullo stato di salute generale di un paziente dopo che è stato sottoposto a una terapia o a un intervento).

**Presidente della Commissione UNI "Responsabilità sociale delle organizzazioni"*

ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

BASILICATA, REGIONE WOMEN FRIENDLY

ALLA ASL DI POTENZA STANNO PER PARTIRE
DUE GRANDI PROGETTI SUL DIABETE
MIRATE ALLE DONNE CON DIABETE GESTAZIONALE

di Caterina Del Principe

La Basilicata si conferma regione *women friendly*. Sperimenterà, nei prossimi due anni, un nuovo approccio nella presa in carico delle donne con diabete gestazionale, con il quale s'intende un aumento della glicemia (livelli di zucchero nel sangue) a digiuno o dopo i pasti e che si osserva per la prima volta in gravidanza, nella maggioranza dei casi nel secondo trimestre. L'aumento della glicemia in gravidanza non provoca in genere sintomi e per questo la diagnosi può essere fatta soltanto con un carico orale di glucosio eseguito tra la 24° e 28° settimana di gravidanza. In una minoranza di donne, le glicemie alte a digiuno sono già presenti nelle prime settimane di gravidanza, spesso per un diabete di tipo 2 non diagnosticato prima dell'inizio della

gravidanza.

Il bambino in utero riceve dalla madre, attraverso la placenta, il glucosio che gli è indispensabile per crescere. La glicemia alta della madre stimola il pancreas del bambino a produrre insulina, esponendo il bambino a livelli di insulina più alti del normale (iper-insulinemia). Se una donna con il diabete gestazionale non controlla in maniera adeguata le sue glicemie il suo bambino potrà avere: un peso alla nascita aumentato (spesso oltre 4 chili) perché l'iper-insulinemia provoca una deposizione di tessuto adiposo a livello dell'addome del bambino e per questo la circonferenza addominale del bambino misurata durante le ecografie sarà molto maggiore rispetto alla media. Un bambino grande,

UNA PATOLOGIA
SOTTOVALUTATA
CHE PERO' PUO'
DETERMINARE
GRAVI PROBLEMI
PER LA PUERPERA
E PER IL FETO



Giuseppe Citro



soprattutto se è un primo figlio, può rendere necessario ricorrere al parto cesareo o all'induzione del parto prima del termine della gravidanza, solitamente intorno alle 38 settimane; un aumentato rischio di ipoglicemia nel periodo neonatale perché, dopo il taglio del cordone ombelicale, il bambino avrà livelli alti di insulina senza un adeguato supporto di zuccheri dato che non avrà ancora iniziato ad alimentarsi. In caso di ipoglicemia, sarà necessario mantenere il bambino in ambiente protetto per provvedere all'infusione endovenosa di glucosio per diverse ore dopo la nascita e il controllo frequente delle glicemie del bambino. Secondo alcuni autori in certe popolazioni potrebbe esserci un aumentato rischio di obesità nell'infanzia o nell'adolescenza e un aumentato rischio di diabete di tipo 2 nell'età adulta, rispetto ai bambini di una mamma che non ha il diabete gestazionale o con un diabete gestazionale ben controllato.

È ragionevole stimare che il diabete gestazionale arrivi a complicare l'8-10% delle gravidanze. Sappiamo però che la frequenza del diabete gestazionale negli ultimi decenni è andata progressivamente aumentando per l'aumento dell'età materna al momento della gravidanza, della prevalenza di sovrappeso e obesità,

per l'incremento di donne immigrate da paesi ad alta prevalenza di diabete di tipo 2, nonché per il recente cambiamento delle modalità di diagnosi.

Al Dott. Giuseppe Citro, dal 2007 responsabile dell'Unità di Diabetologia ed Endocrinologia dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, chiediamo: perché è importante questa sperimentazione che si terrà nei prossimi due anni a Potenza.

“Il progetto, presentato nell'ambito del programma CCM 2018, è stato approvato dal Ministero della Salute attraverso il comitato scientifico del CCM (Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) e sarà finanziato con 450.000 euro. I progetti presentati da tutta Italia sono stati 34, ma solo 7 hanno ricevuto il finanziamento del Ministero e, tra questi, quello dal titolo “Presenza in carico integrata, peer education e activation: strategie per un'efficace promozione di comportamenti protettivi tra le donne con diabete gestazionale” proposto appunto dalla regione Basilicata, che avrà come coordinatore il sottoscritto e coinvolgerà altre strutture regionali (UOC di Ginecologia Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e UO di Diabetologia di Tinchi e Matera della ASM), due ASL della Toscana, una ASL dell'Emilia Romagna e

la Scuola Superiore sant'Anna di Pisa, che monitorerà i risultati durante e dopo il parto. E' motivo di orgoglio per noi, perchè è la prima volta in assoluto che la Regione Basilicata sia capofila di un progetto finanziato dal Ministero”.

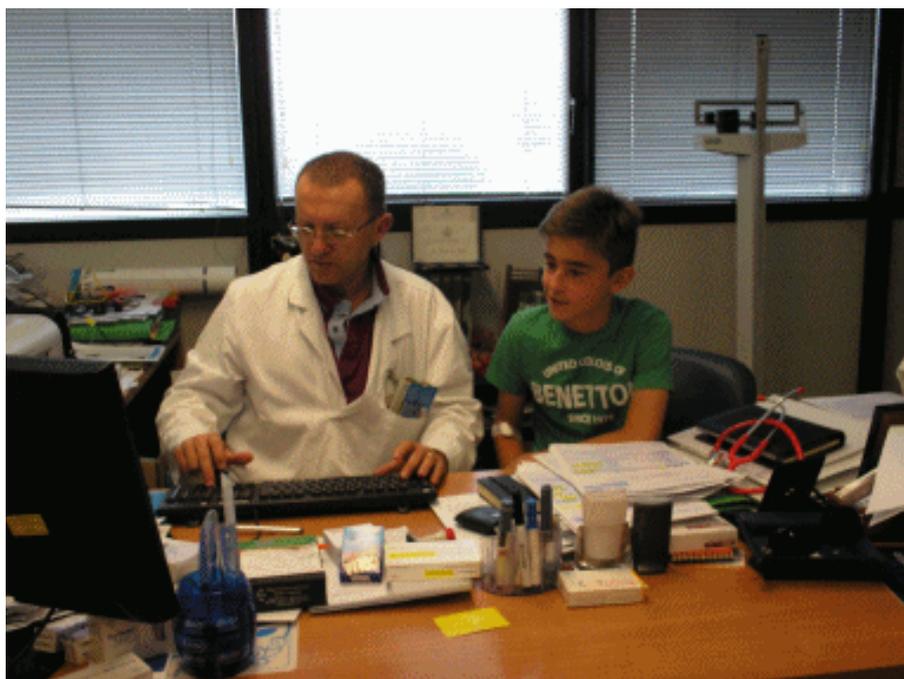
Per quale ragione, secondo lei, è stato finanziato?

“Credo per l'utilità. E' un tipo di patologia che viene sicuramente sottovalutata, che però può determinare delle problematiche nel corso del parto per la donna e per il feto ed è un fattore di rischio del diabete di tipo 2. Il secondo motivo è l'approccio educativo, perchè

ricorriamo nell'approccio educativo a figure di donne che hanno già avuto il diabete gestazionale, che affiancano le partorienti, nello stile di vita e, successivamente, nel fenomeno dell'allattamento, che negli ultimi anni si sta perdendo”.

Che cosa prevede il progetto?

“Il progetto prevede una fase di presa in carico delle donne con diabete gestazionale mediante un accesso strutturato al programma di screening secondo gli standard assistenziali delle società scientifiche, attraverso un percorso integrato tra le strutture ginecologiche e diabetologiche. Alle donne verranno offerti interventi di tipo educativo derivati da analoghi programmi realizzati presso strutture universitarie statunitensi, integrati con le raccomandazioni delle società scientifiche italiane, da parte di personale dei Centri Diabetologici e dei Punti Nascita. Qualche settimana prima del parto alla gravida sarà affiancata una “family-peer-coach”, rappresentata da una “mamma esperta”, possibilmente con pregressa diagnosi di diabete gestazionale, opportunamente formata, con il compito di aiutare, attraverso un meccanismo di “contaminazione tra pari”, la gravida e la sua famiglia all'adozione di comportamenti corretti finalizzati alla prevenzione del diabete tipo 2. A supporto della



progettualità sarà sviluppata una webapp con la finalità di informare le donne gravide sia durante la gravidanza che dopo ed offrire uno strumento di monitoraggio dei comportamenti protettivi rispetto al rischio di sviluppare il diabete tipo 2; la webapp sarà usata per monitorare gli stili di vita e l'allattamento al seno e rappresenterà la fonte dei dati per valutare gli effetti comportamentali dell'intervento educativo”.

In questi giorni state gestendo un altro progetto molto importante, sempre in tema di diabete.

“Sì. Siamo i primi in Basilicata e tra i primissimi in Italia, a sperimentare da circa un mese, su quattro giovani lucani di età compresa tra i 7 e i 19 anni, con diabete tipo 1, una nuova tecnologia composta da un sensore che rileva in continuo la glicemia e che “dialoga” con un microinfusore che eroga in continuo insulina; la nuova tecnologia, nota anche come “pancreas artificiale”, anche se rappresenta in realtà una tappa di avvicinamento al vero pancreas artificiale, costituisce una vera rivoluzione nella terapia insulinica. Il nuovo presidio, composto da un microinfusore di insulina e un sensore per il monitoraggio continuo della glicemia, dispone di un algoritmo che permette di somministrare insulina in modo automatico in rapporto ai valori di glucosio rilevati nel sangue, funzionando cioè nello stesso modo con cui il pancreas del soggetto non diabetico tiene sotto controllo i valori di glucosio nel sangue”.

Perché è così importante questo progetto?

“La tecnologia avanzata di questo sistema eroga insulina ogni 5 minuti, 24 ore su 24, e non in maniera predeterminata dal paziente, ma sulla base dei valori di glucosio misurati dal sensore. Il sistema è inoltre

**Per la prima volta
la Basilicata è capofila
di un progetto
finanziato dal ministero**



capace di sospendere automaticamente l'erogazione dell'insulina quando il valore del glucosio segnalato dal sensore raggiunge o si prevede che raggiunga valori troppo bassi. Insomma, il soggetto con diabete sarà quasi del tutto libero dalle numerose operazioni necessarie per tenere sotto controllo la glicemia e soprattutto non incorrerà in episodi di ipoglicemia, che rappresentano un ostacolo notevole al raggiungimento del buon controllo della malattia, oltre che costituire un pericolo per la salute del diabetico”.

Siamo all'automazione completa?

“Non ancora, ma è un approccio rivoluzionario, perché non è più il paziente che decide il livello di insulina da erogare (salvo quello dei pasti). Il paziente deve fare meno atti per gestire la propria malattia. L'altro vantaggio è quello di evitare la ipoglicemia, che può scatenare crisi

cardiache fatali. Tutto questo in attesa che il Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione dell'Università di Padova testi il suo progetto sul quale sta lavorando da molti anni sulla realizzazione di un pancreas artificiale italiano, che ha l'obiettivo di mantenere la persona per il più lungo tempo possibile nel target glicemico considerato ottimale (70-180 mg/dl) senza che questa si debba preoccupare di controllare l'andamento del glucosio. Sarà la nuova frontiera per il trattamento del diabete di tipo 1, che in Italia interessa circa 250.000 persone. Un primo modello è già disponibile nel mercato statunitense e a breve potrebbe essere commercializzato anche un modello italiano, basato su un sistema predittivo, che agisce anche in base all'andamento dei livelli di glucosio nei giorni precedenti, garantendo un elevato livello di personalizzazione”.

RACHIDE

CHE COSA FARE QUANDO INSORGONO PATOLOGIE DEGENERATIVE OSSEE E DISCALI

di *Enrico Cotroneo*

Le patologie del rachide sono molteplici sia congenite che acquisite.

Ci occuperemo delle patologie degenerative ossee e discali che frequentemente colpiscono la popolazione già dalla terza decade di vita.

In particolare del cosiddetto "mal di schiena".

Circa il 65% della popolazione europea soffre di episodi di "low back pain". Cioè di episodi acuti o cronici di lombalgia, lombocruralgia, sciatalgia.

Le cause possono essere dovute a:

- alterazione della postura;
- presenza di discopatia;
- presenza di ernia discale;

- degenerazione artrosica dei metameri vertebrali che determina un conflitto con le radici nervose (sindrome delle faccette);

- fratture vertebrali da osteoporosi.

Il dolore nella regione lombare è il sintomo principale.

Si può accompagnare a irradiazione al gluteo, alla coscia (lombocruralgia), al polpaccio sino al malleolo (sciatalgia).

Il dolore può accompagnarsi a disestesia (formicolio, bruciore e così via)

Questa condizione determina una limitazione delle normali attività di vita del soggetto.

Qualora non si intervenga nei tempi corretti si possono avere disturbi motori al piede (deficit della dorso flessione



o dell'estensione) con difficoltà nella deambulazione.

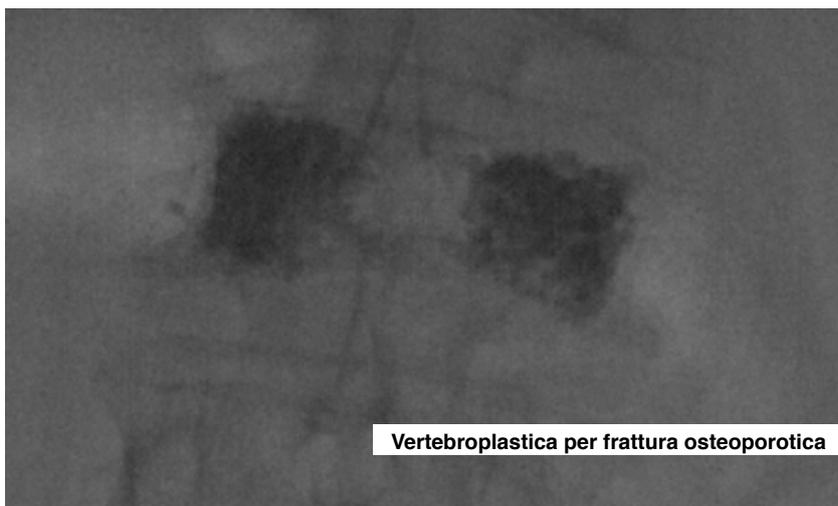
E' sempre opportuno uno studio di Risonanza Magnetica che permette una diagnosi certa sia nel caso di patologia discale che di conflitto discoartrosico o segnali la presenza di fratture vertebrali.

Qualora un primo approccio farmacologico o fisiatrico fallisca si può ricorrere a tecniche di terapia mininvasiva.

In una scala crescente, in rapporto all'importanza della patologia visualizzata con studio RM, si possono eseguire:

- 1) infiltrazioni di ozono a livello paravertebrale;
- 2) infiltrazioni di farmaci a livello intraforaminale (sotto controllo scopico);
- 3) terapia delle faccette interapofisarie mediante posizionamento di aghi spinali e impulsi di radiofrequenza;
- 4) discolisi mediante iniezione di alcol gelificato nel disco intervertebrale (sotto controllo scopico);
- 5) vertebroplastica nel caso di fratture traumatiche o su base osteoporotica dei metameri vertebrali, mediante iniezione di cemento polimetilmetacrilato (sotto controllo scopico) nel corpo vertebrale.

Le terapie mininvasive elencate non sono indicate per tutte le patologie che determinano lombalgia o lombo sciatalgia. Nel caso di ernia discale espulsa con frammento in sede intraforaminale la terapia chirurgica appare più indicata.



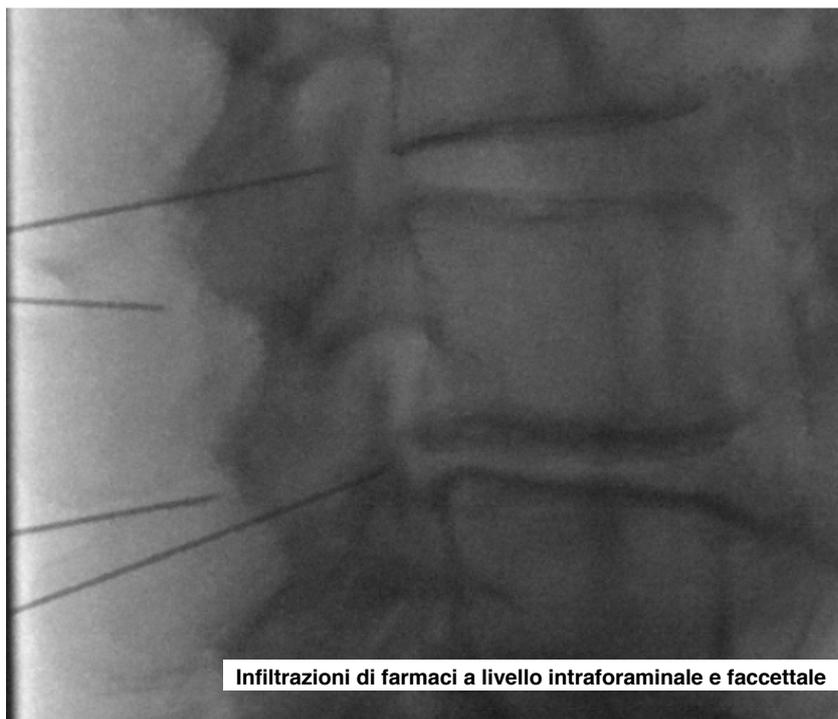
Anche nel caso di spodilolistesi dei corpi vertebrali di grado elevato (scivolamento anteriore di un matamero lombare rispetto al sottostante), la terapia chirurgica con stabilizzazione dei corpi vertebrali è quella più corretta. Appare sempre importante quindi una corretta diagnosi mediante studio di Risonanza Magnetica o di Tomografia Computerizzata

I vantaggi di tali terapie sono legati alla possibilità di trattamenti ambulatoriali o in regime di DH, alla ridotta invasività terapeutica, alla minore incidenza di complicanze infettive.

I rischi sono sempre possibili come in tutti gli atti medico chirurgici invasivi, un corretto colloquio con il paziente e i suoi famigliari è essenziale per chiarire vantaggi e rischi delle procedure elencate.



SI PUO' RICORRERE A TECNICHE DI TERAPIA MININVASIVA QUALORA FALLISSERO GLI ALTRI APPROCCI



SALUTE GLOBALE, IL DECALOGO OMS

IN DIECI PUNTI IL PIANO QUINQUENNALE DEL GRANDE BALZO SANITARIO

di Carlo M. Buonamico

Dieci punti su cui agire, tre miliardi di persone da aiutare e cinque anni di tempo.

Questi i numeri che sintetizzano l'obiettivo che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) vuole raggiungere con il nuovo piano strategico quinquennale 2019-2023: tutelare e migliorare la salute globale. Assicurando l'accesso all'assistenza sanitaria a un miliardo di persone in più rispetto a oggi, proteggendo un ulteriore miliardo di uomini dalle emergenze sanitarie e permettendo a un miliardo di persone in più di vivere in salute.

Contrastare il fenomeno no-vax

Dalla lotta all'inquinamento agli screening per l'Hiv, tra i dieci punti chiave indicati da Oms per poter migliorare la salute globale anche il contrasto alla tendenza che vede un allontanamento dai vaccini e il sostegno alle politiche vaccinali.

I vaccini rappresentano "uno dei metodi dal miglior rapporto di costo-efficacia per la prevenzione delle malattie", si legge nel documento pubblicato sul sito www.oms.it. E i dati Oms del resto parlano chiaro: grazie ai vaccini ogni

anno si evitano circa due-tre milioni di decessi e se il loro impiego fosse più diffuso si potrebbe salvare un ulteriore milione e mezzo di vite umane.

Eppure si nota una crescente riluttanza alla vaccinazione che ha portato, ad esempio, a un aumento del 30 per cento dei casi di morbillo a livello globale e al riacutizzarsi di questa problematica sanitaria anche

in paesi in cui questa malattia era quasi eradicata.

Un fenomeno, quello del morbillo, che desta preoccupazione anche in Europa e in Italia. Il recente report del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie sul morbillo ha evidenziato che da novembre 2017 a ottobre 2018 in Europa si sono registrati 13.144 casi di morbillo, l'81



per cento dei quali in persone non vaccinate. Il nostro Paese si è collocato al terzo posto nella classifica europea con 2.552 casi, dietro Grecia (2.884) e Francia (2.863). Ma perché non ci si vaccina più come un tempo, nonostante i vaccini siano ampiamente disponibili e in molti casi passati dal Servizio sanitario o siano economicamente accessibili, almeno nei Paesi più sviluppati?

Le ragioni sono varie e complesse. Sono un mix di timori scaturiti da notizie, in molti casi *fake-news*, diffuse attraverso canali social non istituzionali nè scientifici, legate agli effetti avversi conseguenti somministrazione del vaccino. Più in generale si tratta di mancanza di fiducia in questo strumento di prevenzione primaria, dicono gli esperti dell'Oms.

Per combattere questo fenomeno è fondamentale una comunicazione corretta sui vaccini, che deve passare attraverso la diffusione di informazioni credibili attraverso soggetti legittimati e riconosciuti, che Oms identifica nei professionisti della salute.

In effetti, medici, infermieri e farmacisti dovrebbero godere della fiducia dei cittadini ed essere quindi le figure maggiormente deputate a rispondere agli interrogativi di quanti dovrebbero vaccinarsi.

La strategia di Oms si articola anche su altri nove punti:

1. Ridurre l'inquinamento dovuto ai combustibili fossili per migliorare la qualità dell'aria che respiriamo e **rallentare i cambiamenti climatici**. In soli 20 anni, tra il 2030 e il 2050, il clima più ostile determinerà 250.000 morti.

2. Rallentare l'aumento di incidenza delle malattie non trasmissibili, come diabete, tumore e malattie cardiovascolari, che complessivamente sono causa del 70 per cento delle morti mondiali, pari a 41 milioni di persone.

3. Monitorare i virus influenzali per prevenire una pandemia globale. Ciò che è certo, secondo Oms, è che una pandemia influenzale ci sarà, ma non si sa quando.



Ecco perché 153 istituzioni di 114 paesi monitorano costantemente i ceppi virali in circolazione per identificare il prima possibile quello potenzialmente pandemico e sviluppare un vaccino *ad hoc*.

4. Monitorare e sostenere le situazioni di fragilità e

vulnerabilità sanitaria tipiche dei paesi vittime di crisi politiche ed economiche prolungate, che limitano o annullano l'accesso alle cure di base.

5. Contrastare la resistenza di batteri, virus e funghi ai trattamenti farmacologici, sensibilizzando all'uso



corretto e non eccessivo degli antimicrobici, come gli antibiotici, sia in ambito umano che veterinario. L'eccessiva diffusione nell'ambiente può infatti generare la resistenza dei patogeni ai farmaci, che quindi risultano inefficaci. Ne sono un esempio i 600.000 casi di resistenza all'antibiotico di prima scelta (rifampicina) da parte del batterio causa della tubercolosi registrati nel 2017.

6. Prepararsi per le emergenze sanitarie pubbliche derivanti da agenti patogeni altamente pericolosi **come il virus Ebola** e altre febbri emorragiche (Zika e Nipah), per le quali non esistono ancora trattamenti e vaccini efficaci.

7. Potenziare l'assistenza primaria in modo che il maggior numero di persone possa accedere alle cure di base in tutte le fasi della vita. Tra le attività che Oms metterà in atto ci sarà la collaborazione con le nazioni che

**Dai vaccini all'inquinamento,
dai virus alla dengue, dall'Hiv
a pandemie ed emergenze:
tutto quel che serve alla salute,
diritto primario dell'uomo**

hanno siglato nell'ottobre 2018 la dichiarazione di Astana volta a rafforzare l'assistenza sanitaria di base nei diversi paesi.

8. Ridurre le morti per dengue del 50 per cento entro il 2020, adottando misure per tenere sotto controllo queste infezioni, che oggi sono stimate in circa 390 milioni ogni anno.

9. Favorire l'auto-test per l'Hiv in modo che si riescano a screenare anche le comunità di soggetti tradizionalmente difficili da raggiungere come prostitute, carcerati, omosessuali di genere maschile e transgender. In questo modo si potrà favorire l'accesso alle terapie di queste persone e soprattutto, sensibilizzando all'adozione di misure comportamentali adeguate, ridurre il rischio di contagio. Tra le attività che saranno messe in campo da Oms, la definizione di una guida dedicata alle aziende per offrire l'autotest sul luogo di lavoro.

In attesa che queste 10 mosse trovino una reale attuazione, una frase riportata sul frontespizio del documento di lavoro di Oms ci invita a riflettere: *“La salute è un diritto dell'uomo. Nessuno dovrebbe ammalarsi o morire semplicemente perchè è povero o perchè non può accedere ai servizi di cui ha bisogno”*.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





Lea, Italia a tre velocità

*LA FORTE DISOMOGENEITA' TERRITORIALE
NEL MANTENIMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
METTE PESANTEMENTE A RISCHIO IL DIRITTO ALLA SALUTE,
TUTELATO DALLA CARTA COSTITUZIONALE*

di Carlo M. Buonamico

Otto Regioni virtuose, otto sul binario giusto e cinque che arrancano. La fotografia scattata dal ministero della Salute sul mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) del 2017 mostra una situazione di forte disomogeneità territoriale. Che rischia di mettere alla prova il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

Ma vediamo in dettaglio i risultati che restituisce l'analisi del dicastero.

In base alla griglia dei Lea - composta da 33 indicatori che permettono di individuare per le regioni sia le

aree di criticità che i punti di forza dell'assistenza sanitaria erogata dalle strutture di ciascuna regione in tema di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera – alle Regioni viene assegnato un punteggio complessivo, che determina il livello delle performance del Servizio sanitario regionale. Le Regioni che superano i 200 punti sono considerate virtuose, ovvero quelle i cui cittadini possono accedere in modo più che adeguato alle prestazioni sanitarie minime stabilite dalla legge. Quelle che totalizzano tra 160 e 200 punti sono

Regioni che offrono prestazioni sanitarie valide, ma con possibilità di miglioramento. Mentre quelle che non arrivano a 160 punti sono le realtà regionali che presentano criticità così significative da non riuscire a garantire ai propri cittadini un'adeguata assistenza sanitaria, nemmeno per le prestazioni che prevedono la compartecipazione alla spesa attraverso il pagamento del ticket.

Il quadro che emerge è quello di una "gara" che vede un'Italia a tre velocità. Un gruppo di testa, fatto dalle otto Regioni che superano i 200 punti e guadagnano per così dire la medaglia d'oro della qualità dell'assistenza sanitaria: Veneto (218 punti), Emilia Romagna (218), Toscana (216), Lombardia (212), Umbria (208), Abruzzo (202) e Marche (201) capeggiate dal Piemonte che totalizza 221 punti. Il gruppo degli inseguitori, formato da altre otto Regioni – Liguria (195), Friuli Venezia Giulia (193), Basilicata (189), Provincia Autonoma di Trento (185), Lazio (180), Puglia (179), Molise (167) e Sicilia (160) – in cui i Lea sono rispettati, ma si potrebbe fare meglio. Campania (153), Valle d'Aosta (149), Sardegna (140), Calabria (136) e Provincia Autonoma di Bolzano (120) compongono invece il gruppo di coda che arranca faticosamente, la cui sanità fa acqua soprattutto nell'area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e in quella distrettuale (residenziali anziani e disabili). Con la precisazione del ministero della

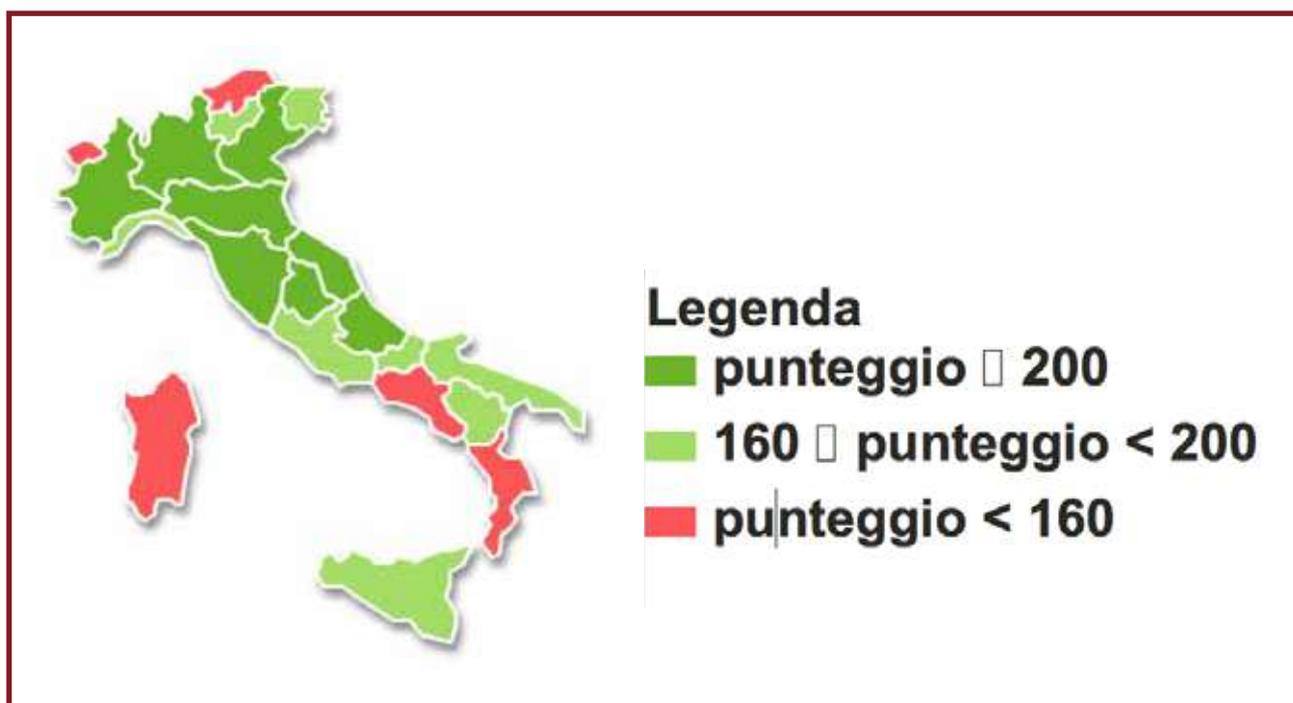
Salute rispetto al fatto che P.A. di Bolzano, Sardegna, e Valle d'Aosta non hanno inviato tutti i flussi informativi obbligatori. Questo può portare a un punteggio falsato per queste Regioni.

Dall'analisi della griglia dei Lea degli ultimi sei anni (si veda Figura 2) si notano dei segnali incoraggianti. Come un generale aumento dei punteggi assoluti di ciascuna Regione che ha determinato il passaggio di alcune di esse dalla fascia di inadempienza a quella di adempienza. Anche se, precisa il ministero "È importante evidenziare come i miglioramenti registrati siano verosimilmente da attribuire alla staticità della Griglia Lea nella quale soglie e indicatori non vengono modificati dal 2015; pertanto, si sono generati effetti di adattamento del sistema, senza che, di fatto, ci sia stata una promozione della qualità e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria".

Altra nota positiva, quella relativa alla Regione Campania – commissariata per la Sanità - che in un solo anno passa da 124 punti (2016) a 153 (2017) poco al di sotto della sufficienza (160). Diverso, invece, il trend della Calabria - altra Regione commissariata - che continua a registrare un continuo peggioramento: dai 147 punti del 2015 è scesa ai 136 del 2017.

Risultati deludenti che, forse, sono anche frutto dei problemi manageriali che affliggono la Sanità di questa Regione. È delle ultime settimane il battage politico e mediatico tra il ministro della Salute Giulia Grillo e il

“Mantenimento dell'erogazione dei LEA”, Regioni adempienti e inadempienti



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.



Tra Selfie e Whatsup

I pericoli del narcisismo digitale

di Marco Toti

Noi non ci siamo mai scattati un *selfie* (“piccolo sé”), anche perché il nostro cellulare, abbastanza antiquato, non lo permette. Se fosse possibile, ci libereremo del cellulare: ma ciò – ed è abbastanza inquietante ammetterlo – non è possibile, *de facto*: esso non solo si è trasformato da mezzo in fine (qui confermandosi l’inanità di chi, non conoscendo la natura umana, blatera di “neutralità” dei mezzi), ma costituisce ormai una sorta di appendice corporea, agghiacciante preludio del “postumano” (o del “transumano”?). Tuttavia, il fenomeno del *selfie* risulta, nel suo banalmente abissale obbrobrio, di ragguardevole significato antropologico, “spirituale” e sociologico. Il “narcisismo digitale” costituisce il sintomo e il segno tra i più crassi di isolamento autocentrato, solipsismo

elevato alla massima potenza, incapacità di ascolto, di visione e di attenzione (e quindi scarsa empatia, ovvero autentica psico- o sociopatia): lo vediamo *massime* nella scuola, ove operiamo, e dove è divenuta difficile anche la semplice trasmissione di nozioni un tempo date per scontate.

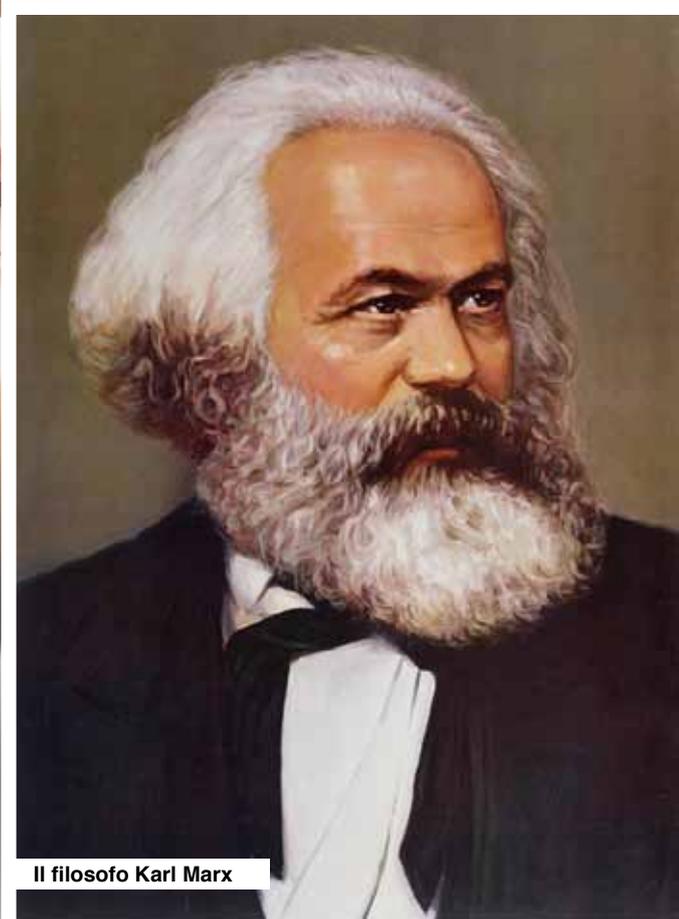
Una società liquefatta, fondamentale perché ricusante il principio di autorità (e, di conseguenza, i riti di iniziazione, religiosi e non, sostituiti in forma succedanea dai “nostri riti quotidiani”, che spesso non sono altro che automatismi, patologici e “terapeutici” ad un tempo), manca di *ritmo*: poiché manca di *rito*, ossia di *ordine* (questo indica il radicale *rta in sanscrito). I “social”, paradossalmente, generano *incomunicabilità* ed assenza di autentica relazione

tra *persone*: trasferendo su di un piano “virtuale” e “immaginario” un rapporto che è spesso maschera di un patetico soliloquio interiore. Avendo l’Occidente superbamente negato la dimensione “rituale” – sia in senso religioso che “sociale” --, esso si autoalimenta di una corrente venefica – invisibile, ma perfettamente operante, ed anzi in quanto tale ancor più efficace -- che pervade gli *états d’esprit* “collettivi”.

Marx, quando parlava di *alienazione*, si esprimeva da demonologo. Egli aveva intuito l’*abisso* della società capitalista, ora mutata in civiltà del capitalismo: una

teologia laicissima, tutta orizzontale, in cui tutti credono (mercatismo, scientismo, sionismo, immigrazionismo, psicologismo, efficientismo, etc.: in una parola, mondialismo). Ai dogmi della Chiesa non crede più nessuno, intimamente: e l’eucarestia degli psicofarmaci e degli ansiolitici (si dice che lo Xanax sia il farmaco più venduto negli USA!) è il succedaneo per eccellenza, in un contesto sociale mutatosi in una bolla astratta già implosa su se stessa, poiché strutturalmente priva di legami comunitari (per non parlare dell’orientamento alla trascendenza). E tuttavia, non ci sentiamo di

**In una società
priva di legami comunitari
trionfano psicofarmaci
e ansiolitici**



Il filosofo Karl Marx

condannare *tout court* certi ritrovati della medicina occidentale: che non sono certo l'*optimum*, ma che, oltre a molti danni (anche letali, per non parlare degli interessi privati in gioco), hanno anche salvato molte vite. Per un aspirante suicida, una seduta cognitivo-comportamentale è come un antistaminico per un malato terminale di cancro.

Vi è però l'altra faccia della medaglia, come insegna l'esperienza. Si può usare, per dire, *WhatsApp* come "terapia": la barriera del *medium* protegge, lasciando esprimere ciò che difficilmente si preferirebbe *vis à vis*. In ultima analisi -- e con analogia rispetto agli psicofarmaci oppure relativamente a certi rapporti che si nutrono di "distanza" --, *a mali occidentali, rimedi occidentali*. Dopo tanta ricerca, non ci sentiamo di poter affermare nulla di più: sconcertante, forse, ma almeno realistico. Come non si poteva uscire vivi dagli anni '80, non si può uscire vivi (nel senso di una vita integra, piena di senso) dalla "civiltà occidentale": si può sopravvivere, barcamenandosi a colpi di succedanei per il corpo e la mente (per lo spirito, ormai, c'è ben poco), tenendo sempre presente che, in questo caso, il contesto "metasociale" è una sorta di testo canonico, non scritto epperò ubiquamente onnipervasivo.



ORE **12 life**

>> **12 life selection:**
TAKE
VITAMINA

L'ECCELLENZA A
PORTATA DI CLICK

>> **SUL PORTALE WEB**
www.ore12life.it TROVERAI:

TED TALKS:
Lizzie Velasquez

MINDFULNESS:
Dr. Ronald D. Siegel



12 Life Selection: alla scoperta di Vitamina, il player on line che rivoluziona il mondo degli integratori



La redazione Web di 12Life è alla continua ricerca di prodotti e servizi d'eccellenza che migliorino la nostra e vostra qualità di vita. Appena troviamo un servizio, un prodotto, un'azienda che ci intrigano, acquistiamo dallo shop on line o fisico e/o ci iscriviamo al servizio, usando un nominativo non a noi riconducibile, senza contattare ufficialmente l'azienda. Solo dopo aver testato personalmente gli acquisti, se ci hanno soddisfatti, (in termini di qualità, puntualità, innovazione, efficacia, funzionalità etc), contattiamo l'azienda. E' ciò che è avvenuto con Vitamina (www.takevitamina.com), piattaforma on line che offre integratori con un servizio innovativo e completo di consulenza personalizzata. **12Life Selection: il meglio del meglio proposto con il 100% di indipendenza e imparzialità.**

di Nicola Bartolini Carrassi*

Ho scoperto TakeVitamina in uno dei miei scouting notturni. Arrivato sul sito ho risposto ad un test on line, con il quale è possibile individuare le proprie necessità, con una proposta di integratori da abbinare alla consulenza one to one con uno dei membri dello staff, Giovanna Geri (vedi box). Successivamente al pagamento del mio ordine, dopo aver giudicato la funzionalità del sito, - e successivamente - puntualità, servizio di consegna, packaging, quantità e qualità di informazioni allegate e, puntigliosamente, altri aspetti fondamentali, ho provato gli integratori ricevuti via corriere per tre settimane: (la mia selezione personalizzata comprendeva Aloe, Vitamina B12 e Zinco). Ampiamente soddisfatto, dopo una riunione con la redazione WEB, abbiamo deciso di contattare l'assistenza generale di Vitamina, dalla quale - a stretto giro - ci ha risposto Filippo Sala, manager dell'azienda con già numerose esperienze di Start Up di grande successo alle spalle.

Filippo, la fine dell'anno ha portato in casa Take Vitamina un nuovo alleato per la salute e il benessere, la vitamina D3. Ci saranno quest'anno altri 'arrivi' nel vostro team vitaminico ad arricchire l'offerta?

Pensiamo di lanciare gli Omega 3. Occorrerà ancora qualche settimana prima di averli in magazzino pronti per la commercializzazione ma abbiamo già previsto sia la composizione del prodotto che l'etichetta. Per la seconda parte del 2019, stiamo valutando inoltre un sedicesimo integratore da lanciare.



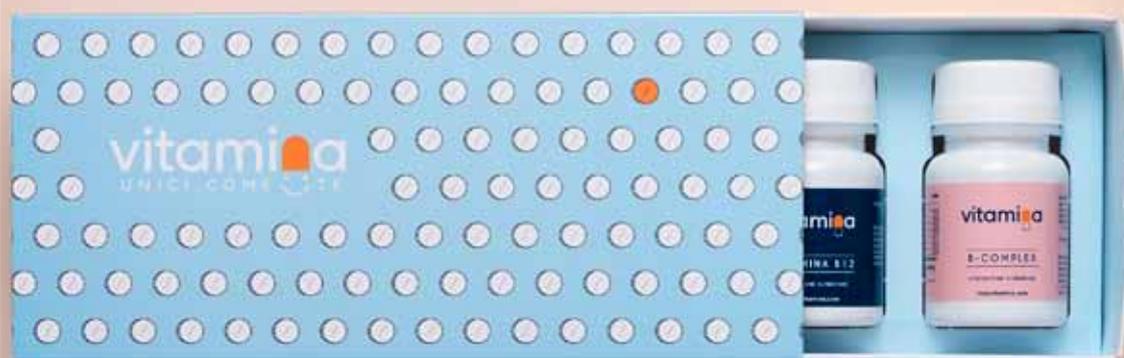
Da Start up ad azienda vincente

Vitamina è la prima piattaforma italiana di personalizzazione e delivery di integratori alimentari. Nata dall'idea di tre giovani toscani - Filippo Sala, manager, Giovanna Geri, farmacista, e Marco Saccenti, designer - Vitamina punta a digitalizzare il settore degli integratori alimentari unendo gli aspetti di innovazione tecnologica e di consumo alla qualità e trasparenza del prodotto: gli integratori sono 100% made in Italy, prodotti da un laboratorio fiorentino con oltre 40 anni di esperienza e riconosciuti dal ministero.

Nel 2017 Vitamina è stata scelta tra oltre 100 startup dall'acceleratore fiorentino Nana Bianca per il programma Hubble, finanziato dalla Fondazione CR Firenze e promosso dalla Fondazione per la Ricerca e l'Innovazione dell'Università di Firenze.

takevitamina.com

**Nella foto
i tre fondatori
Filippo Sala,
Giovanna Geri
e Marco Saccenti**



Solo ciò di cui hai bisogno, niente di più.



Dal lancio ad oggi del vostro servizio sono stati necessari aggiustamenti o modifiche dettate anche dalle esigenze che i vostri clienti hanno manifestato?

Realizziamo dei questionari semestrali e interagiamo quotidianamente via chat con molti dei nostri clienti. Le richieste riguardano più aggiunte che aggiustamenti. Da una maggiore sensibilità all'ambiente (pack 100% green) a nuovi integratori da lanciare. In questo senso, stiamo lavorando in ambedue le direzioni.

La strategia e i presupposti del vostro progetto sono tutti confermati? Lo stesso vale per il vostro team di toscani di eccellenza?

Sì, il modello funziona e questo ci rende estremamente felici. Il test è apprezzato, veloce e gratuito. Potenziemo i servizi, come l'abbonamento e la consulenza online. Il team al momento è consolidato e crescerà insieme ai nostri numeri anche nel corso del 2019. Siamo basati in Toscana e al momento non intendiamo muoverci.

E' confermato anche il vostro partner di eccellenza nella formulazione e composizione del prodotto 100% made in Italy?

Sì, confermatissimo anche il nostro fornitore fiorentino con cui abbiamo un ottimo rapporto sia professionale che personale.

Avete in programma di esportare il modello di takevitamina all'estero? Direttamente o tramite programmi di franchising o affiliazione?

L'Italia è un mercato enorme, tutto da esplorare. Nei prossimi 24 mesi ci concentreremo sul mercato italiano, in seguito, penseremo all'estero. C'è da dire che vendiamo già in UE a clienti italiani che ci chiedono i nostri prodotti.

Se dovessi riassumere in un tweet il 2018 cosa scriveresti?

Il 2018 è stato un anno di crescita che ci ha permesso di consegnare integratori in quasi ogni provincia d'Italia.



Il 15 novembre 2017 è nata Vitamina la prima piattaforma online di personalizzazione e delivery di vitamine, che punta così a “digitalizzare” il settore degli integratori, finora dominato da farmacie e canali di distribuzione tradizionale. Il core biz: integratori alimentari personalizzati, 100% made in Italy e consegnati a domicilio, in pacchetti mensili cuciti sullo stile di vita del singolo cliente. Il mercato, degli integratori alimentari è tanto ricco quanto poco digitalizzato:

solo negli USA, paese pioniere, il mercato vale 133 miliardi di dollari, con la previsione di raggiungere i 220 miliardi nel 2022 (fonte: Zion Market Research), mentre in Italia, il primo paese europeo per vendite, il giro d'affari del settore si aggira intorno ai 3 miliardi di euro, con un significativo trend di crescita che ha fatto registrare, nel 2017, un +7,3% rispetto all'anno precedente e uno schiacciante dominio delle farmacie, che rappresentano, ad oggi, più dell'85% del valore dell'intero comparto (fonte: Centro Studi FederSalus, “La filiera italiana dell'integratore alimentare”, 2017).



E così la startup Vitamina ha esordito l'anno scorso nel settore, con un modello che costituisce una novità assoluta per il panorama italiano, e che “sfida” il dominio di farmacia e GDO sul terreno dell'innovazione, digitalizzando l'intera esperienza di acquisto e di consumo di integratori: sul sito web della startup, infatti, l'utente viene accuratamente profilato attraverso un test di circa 30 domande inerenti abitudini alimentari, stile di vita, esigenze e obiettivi personali, ed è assistito da una live chat con esperti farmacisti e nutrizionisti, che lo seguono nell'esperienza dal primo momento del test fino alla composizione del piano di integrazione personalizzato, che verrà poi consegnato a domicilio entro 72 ore dall'ordine.

«Abbiamo fondato Vitamina con l'idea di cambiare l'approccio del singolo utente alla scelta e quindi al consumo degli integratori alimentari, mirando a offrire un'esperienza personalizzata, cucita sulle esigenze nutrizionali e gli stili di vita del singolo individuo, con il valore aggiunto della comodità e della velocità del delivery» spiegano i tre giovani fondatori della startup Filippo Sala, toscano con già diverse esperienze di startup alle spalle, Giovanna Geri, una laurea in farmacia prima e in scienze dell'alimentazione dopo, seguita da 9 anni di esperienza in farmacia e Marco Saccenti, visual designer – «Vitamina unisce la qualità e la trasparenza del prodotto all'innovazione tecnologica e dei consumi: i nostri integratori sono realizzati da un laboratorio fiorentino con oltre 40 anni di esperienza e riconosciuto dal ministero. Seguiamo le linee guida ministeriali su dosaggi, certificazioni e stoccaggio, mentre sul nostro sito web è possibile consultare la tracciabilità di ogni singolo ingrediente, oltre a un glossario e una serie di contenuti informativi curati direttamente dai nostri specialisti. Anche i pacchetti mensili che consegniamo sono accompagnati da un foglietto illustrativo con le specifiche di ogni prodotto e le modalità di assunzione».

Sedici gli integratori attualmente disponibili nel catalogo della startup, prevalentemente mono ingrediente e a base di minerali, estratti vegetali e probiotici, organizzati in categorie basate sulle esigenze nutrizionali o di stili di vita: dallo stress alle difese immunitarie, dalla digestione alla depurazione, i pacchetti mensili di Vitamina sono studiati per rispondere a qualsiasi esigenza del singolo individuo.

*Editor in chief di Ore12Life.

Scopri maggiori informazioni, approfondimenti, materiale multimediale e i nostri WEB TV CHANNEL E PODCAST sul portale www.ore12life.it, oppure nella sezione dedicata su www.ore12italia.eu/12life.



CI VUOLE IMMAGINAZIONE PER RENDERE LA SCIENZA PIÙ INNOVATIVA

Questa è la differenza fra produrre e progredire.

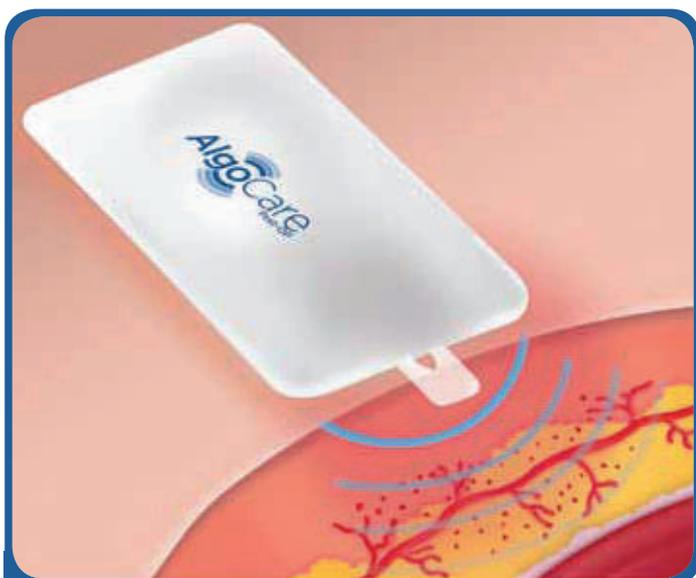
Ricerca l'eccellenza senza compromessi. Concentrarsi costantemente sulle soluzioni che impatteranno maggiormente sulla vita dei pazienti. Ascoltare attentamente e lavorare al fianco dei medici per comprendere i loro problemi più complessi. Questi sono i principi alla base di ogni prodotto e di ogni relazione 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.



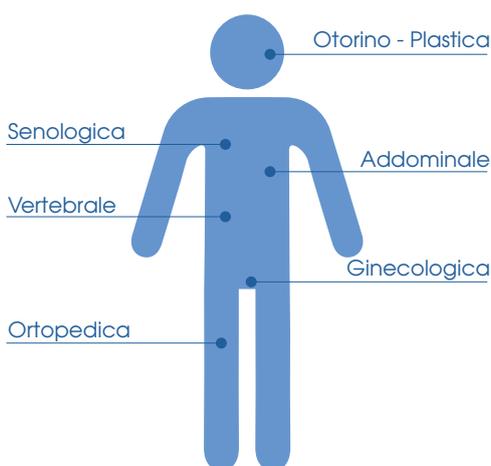
the wave to care you

Patch per il trattamento del dolore post-operatorio senza utilizzo di farmaci

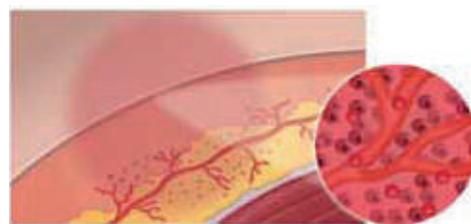


AlgoCare Post-OP è un dispositivo medico terapeutico attivo non invasivo per il trattamento dell'infiammazione e dell'edema post-operatorio.

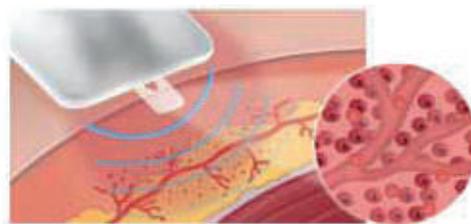
AlgoCare
Post-OP



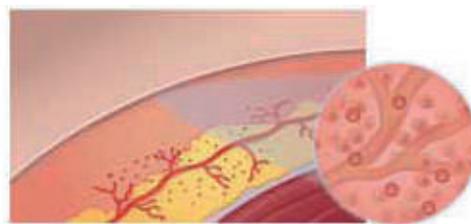
Per Info visita il sito
www.algocare.eu



PRIMA



DURANTE



DOPO

AlgoCare può essere utilizzato fino a sei giorni consecutivi.

Vantaggi

- Terapia senza utilizzo di farmaci
- Riduzione dell'edema e infiammazione locale
- Effetto analgesico
- Riduzione della terapia farmacologica post-operatoria
- Riduzione dei tempi di recupero funzionale
- Basse emissioni