

**Cardiologia,
mininvasivo e tempestivo**

**Aneurisma cerebrale,
come prevenirlo**

**Zingaretti, storia
di un "risanatore"**

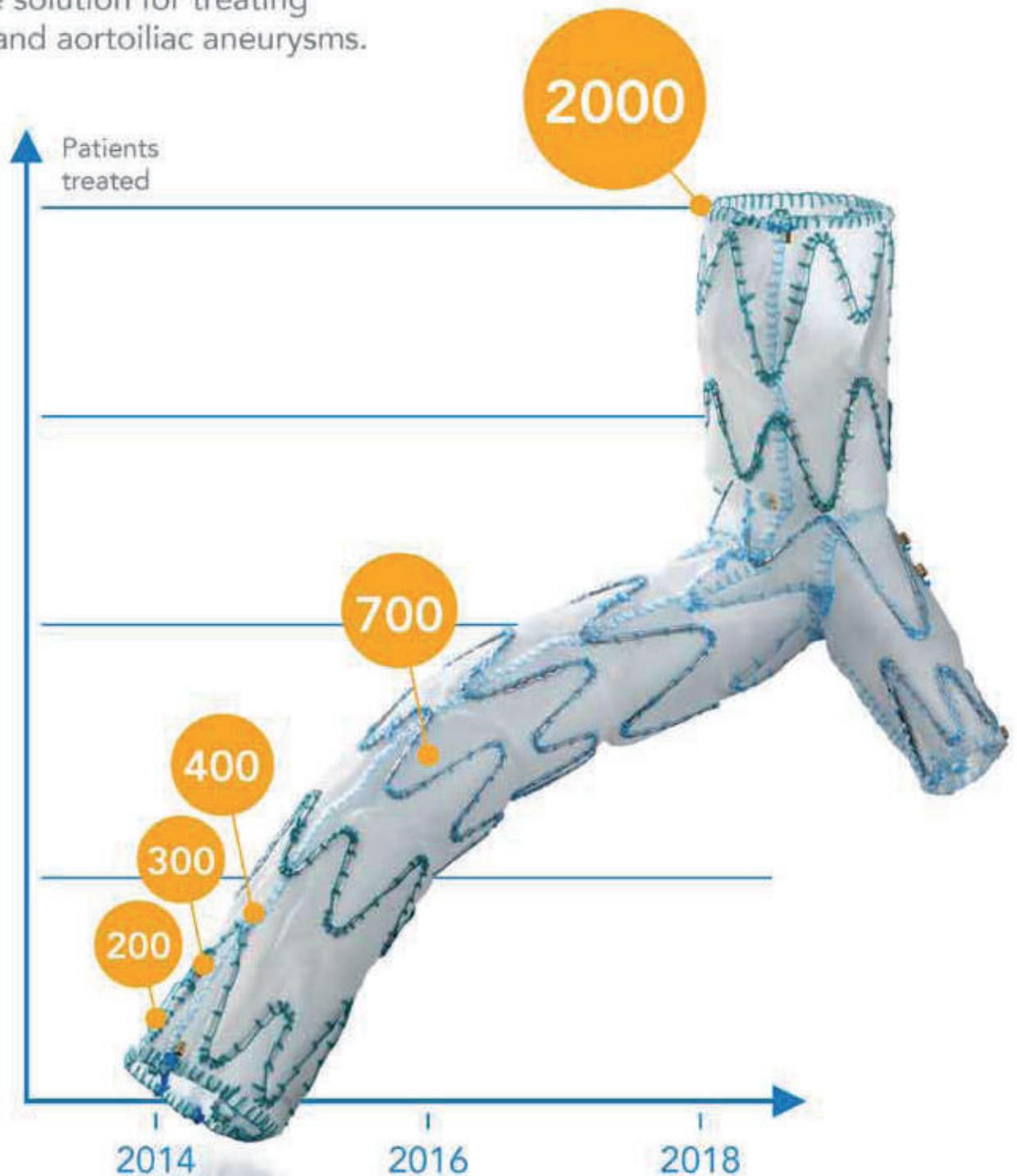
**"Donne for life",
benessere in rosa**

**CORINDUS
UN ROBOT PER AMICO**

Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.



Hic et nunc

Sbatti la Sanità in prima pagina

di *Pietro Romano*

“Allarme sanità in Molise! Per fare fronte alla carenza di medici negli ospedali della regione appello al ministero della Difesa perché permetta l'utilizzo dei camici bianchi con le stellette”. Come di regola, solo un'emergenza, che poi starebbe rientrando mentre andiamo in stampa, ha sbattuto la sanità in prima serata televisiva o sulle prime pagine dei giornali (e dei siti).

Chi segue l'informazione tradizionale e/o informale si è abituato a questo andazzo. Sembra di assistere in eterno a “Sbatti il mostro in prima pagina”, un film a tesi del '72 all'epoca di grande successo. Eppure, questa - così come nella vulgata viene raccontata - scomiccherata sanità italiana è tutt'altro che scomiccherata.

Ore12 Sanità si è preposto il compito esattamente contrario, cercando di raccontare le eccellenze - professionali, tecniche, industriali - della sanità italiana. E numero dietro numero ci sta riuscendo. Ovviamente senza foderarsi gli occhi di prosciutto, come recita un adagio. Partendo prima di tutto dai dati. E dai soldi investiti nel settore. Perché senza soldi non si cantano le messe e/o senza lilleri non si lallera, per passare dal sacro al profano.

Dal Rapporto 2018 Oasi – Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano - realizzato dal Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) emerge che la spesa sanitaria italiana vale l'8,9% del prodotto interno lordo contro il 9,8% del Regno Unito, l'11,1% della Germania e il 17,1% degli Usa. Ma nessuno può francamente ammettere che la differenza qualitativa tra la sanità italiana e quella anglo-sassone rispecchi queste difformità.

Sicuramente l'Italia sconta dis-equilibri territoriali preoccupanti ma il problema degli squilibri territoriali tra Nord e Sud, aree urbanizzate e aree interne, pianura e montagna è preoccupante su tutti i fronti socio-economici, non solo sul fronte della sanità. Così come la carenza di medici rilanciata dal “caso Molise” non è per nulla un problema meramente italiano. Tutt'altro. In Francia è scoppiato ben prima che da noi. E, quasi ovviamente, affetta soprattutto le aree periferiche. E' stato raccontato in libri e pellicole cinematografiche. Avrebbe contribuito allo scoppio della rivolta dei *Gilet Jaunes* e non è estraneo al pieno di voti del *Rassemblement National* nelle aree rurali.

In realtà, mancano medici, soprattutto specializzati, da un capo all'altro d'Europa. Casomai, nel nostro Paese, hanno contribuito a creare questa situazione incresciosa leggi assurde sul numero chiuso all'università e costanti tagli agli investimenti nell'istruzione e, specificamente, nelle scuole di specializzazione. Come se non bastasse, le politiche di austerità imposte al nostro Paese da miopi, e sciagurate, politiche europee accolte supinamente da una parte (consistente) della classe dirigente italiana, hanno ridotto l'appetibilità dell'Italia ai giovani (e meno giovani) maggiormente acculturati. Tanto che, stando ai dati della Commissione Ue, è dall'Italia che va via oltre la metà (il 52% per la precisione) dei camici bianchi europei che espatriano. Più che al dito (il Molise) è a quest'ultimo dato (la luna) che gli imbecilli dovrebbero guardare. Inserendo i problemi della sanità nel complesso dei problemi vissuti dall'Italia.



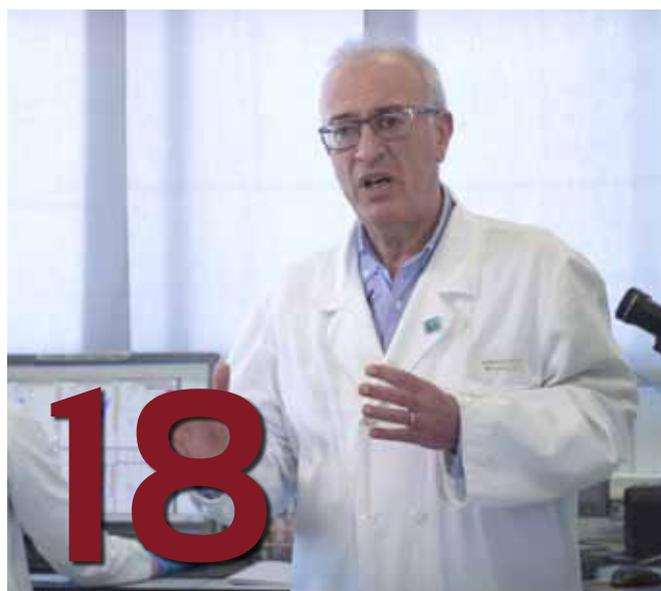
**Cardiologia,
I TRATTAMENTI
MININVASIVI**

di Maurizio Di Biasi



**ANEURISMA
CEREBRALE**

di Enrico Cotroneo



MEDULLOBLASTOMA

di Danilo Quinto



**CORINDUS
VASCULAR
ROBOTIC**

17

**RICERCA
SANT'ANNA**

21

**UNA BATTAGLIA
DA VINCERE**

25

SANITÀ & SALUTE

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA

06

LA POLEMICA

SOM



CUORE ROSA

di Lidia Tamburrino



MIGRAINE RELIEF ROOM

di Carlo Maria Buonamico



DIGICEUTICI

39

EUREKA, START-UP

42

INFEZIONI OSPEDALIERE



IL VALORE DELLA TRASPARENZA

di Carlo Maria Buonamico

44

ORE 12 LIFE

MARIO

SEGUICI SU:
WWW.OREI2GROUP.IT



TWITTER
OREI2GROUP



FACEBOOK
OREI2GROUP



LINKEDIN.COM
COMPANY/OREI2GROUP



LA NOSTRA APP

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 Maria Buonamico, Caterina Del Principe,
Danilo Quinto, Marco Soldà, Lidia Tamburrino

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



Dott. Maurizio Di Biasi

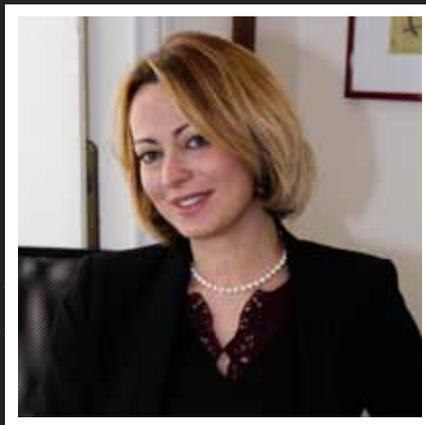
Medico Chirurgo, Specialista in Cardiologia
Dipartimento Alte Specialità, U.O.C. Cardiologia
Responsabile SS Emodinamica
e Cardiologia Interventistica ASST FBF-Sacco,
Polo Universitario "Luigi Sacco", Milano



Prof. Enrico Cotroneo

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

• NUMERO 3 •



In Italia si conta il 30% di tutte le morti causate da infezioni ospedaliere nei 28 Paesi dell'Unione europea. Il dato, inquietante e molto preoccupante, emerge dal Rapporto Osservasalute, presentato all'Ospedale Gemelli di Roma nel mese di maggio.

Il numero delle morti sepsi-correlate - casi in cui la sepsi è presente tra la multimorbosità riportata sul certificato di morte - è passato infatti dai 18.668 casi del 2003 ai 49.301 del 2016. La maggior parte dei decessi per questa causa (circa il 75% del totale) si concentra nella fascia di età superiore ai 75 anni. A conferma del fatto che si tratta di un fenomeno associato all'invecchiamento della popolazione, alla condizione di multicronicità nei soggetti, che determina un conseguente scadimento delle condizioni fisiche. I tassi regionali, spiega il rapporto di "Osservasalute", presentano un'alta variabilità geografica, con valori più elevati nel Centro e nel Nord Italia rispetto al Mezzogiorno. Nel 2016 per gli uomini i valori più alti sono stati registrati in Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia, i più bassi in Campania e Sicilia. Per quanto riguarda le donne, i più alti sono in Emilia Romagna e Liguria e livelli minori in Campania e Sicilia come per gli uomini. Questa diversità può in parte essere spiegata con la maggiore attenzione da parte delle strutture ospedaliere nel riportare le cause di morte nel certificato. Si tratta di un'emergenza. Anzi, di una "strage in corso", come ha affermato, commentando i dati, Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute. Di certo è un fenomeno ampiamente sottovalutato, rispetto al quale si è diffusa la convinzione che sia inevitabile. In realtà, non è affatto così. Stando ai numeri dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia si contraggono tra le 450 e 700mila infezioni in pazienti ospedalieri ogni anno, il 30% delle quali potenzialmente prevenibili, grazie all'antibioticoresistenza, cioè ai batteri che riescono a sopravvivere a gran parte delle terapie disponibili. Su questo, l'Italia è ultima in Europa. Come ha rilevato Ricciardi, nel 2017 è stato pur varato il Piano nazionale di contrasto all'antibioticoresistenza, ma è rimasto inattuato. E' su questo che occorre intervenire, per evitare che questa "strage" si perpetui.



A white robotic arm with red accents is shown in a dynamic pose, holding a surgical instrument. The word 'ROSA' is printed on the arm's body. The background is a dark grey gradient with a white circular border.

ROSA[®] Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

CARDIOLOGIA

I TRATTAMENTI MININVASIVI

GESTIONE OTTIMALE DEL FLUSSO DEI PAZIENTI E NUOVI STANDARD DEL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER PROCEDURE MININVASIVE CARDIOLOGICHE: COME ASSICURARE TEMPESTIVITÀ, QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

di *Maurizio Di Biasi*



Dott. Maurizio Di Biasi

Il miglioramento delle condizioni sanitarie e socio-economiche nella popolazione, la diffusione di stili di vita favorevoli e l'utilizzo di farmaci e dispositivi biomedicali efficaci sono tra i fattori che, accrescendo le possibilità di sopravvivenza, favoriscono l'aumento progressivo dei soggetti anziani con patologie croniche, spesso cardiovascolari (CV), che richiedono nuovi modelli di cura per soddisfare le esigenze di questi pazienti e una presa in carico globale da parte di un team multiprofessionale.

Tra le patologie croniche non trasmissibili, le **patologie cardiovascolari** sono le più frequenti e la prima causa di morte nella popolazione mondiale.

Le patologie cardiache che interessano le valvole e le altre strutture del cuore vengono inserite nell'ambito della **Cardiopatia Strutturale** e gli interventi mininvasivi che mirano al trattamento delle patologie suddette si identificano come:

- TAVI per la stenosi valvolare aortica; (fig. 1)
- MitraClip e altri devices per valvulopatia mitralica;
- Valve in valve (VIV) per protesi biologiche mitraliche degenerate; (fig. 2)
- Chiusura percutanea auricola sinistra; (fig. 3)
- Chiusura percutanea forame ovale pervio.

Tali procedure, di alta complessità, vengono routinariamente effettuate presso il laboratorio di Emodinamica e Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Sacco di Milano da me diretto che opera all'interno del Dipartimento Alte Specialità diretto dal **Prof. M. Viecca**.

Per quanto riguarda l'intervento di TAVI in Italia, pur essendo in aumento il numero dei suddetti interventi, tale tecnica viene sottoutilizzata: il numero di pazienti trattati è infatti pari a 68 per milione di abitanti (inferiore alla media europea che è di circa 87) rispetto al fabbisogno di circa 300 pazienti per milione di abitanti. Mentre in tutto il mondo si sta andando verso l'utilizzo sempre più diffuso di questa possibilità terapeutica, in Italia essa è riservata prevalentemente ai casi più gravi.

Molti più pazienti quindi dovrebbero essere oggi trattati con queste innovative possibilità terapeutiche nell'ambito



Fig. 1 Esempi di protesi valvolari aortiche impiantabili mediante approccio mininvasivo (TAVI)

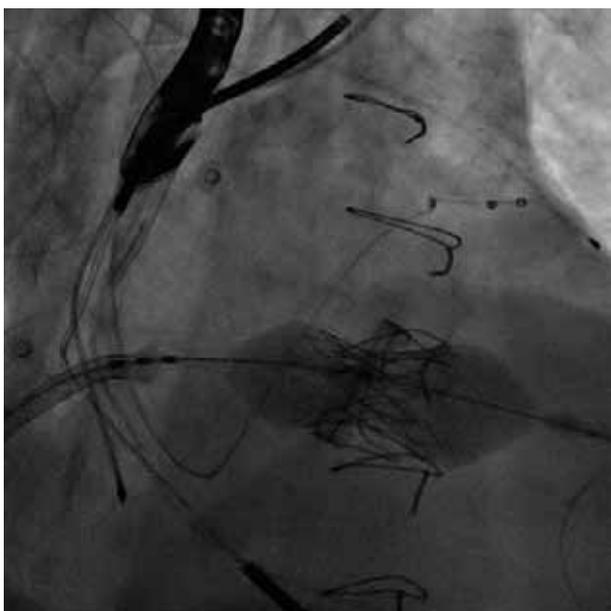


Fig. 2 Esempio di valve in valve (VIV) per protesi biologica mitralica degenerata e posizionata con tecnica mini-invasiva mediante accesso venoso femorale e cateterismo transtettale

della cardiologia interventistica in considerazione degli ottimi risultati raggiunti in termini di allungamento della speranza di vita e della minore invasività e anche maggiore efficacia rispetto alla tecnica chirurgica tradizionale e per questo motivo, come evidenziato nel grafico sottostante, (fig. 4) osserveremo una crescita continua e inevitabile di queste procedure come nel caso di TAVI.

Da qui nasce l'esigenza di definire la gestione ottimale del flusso dei pazienti suddetti e creare un nuovo percorso clinico-assistenziale per i pazienti che devono essere sottoposti a procedure mininvasive cardiologiche.

A tale scopo ho creato, presso la Divisione di Cardiologia dell'ASST FBF-Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Polo Universitario di Milano diretta dal Prof. Maurizio Viecca, un Ambulatorio dedicato specificamente alla gestione dei pazienti affetti da Cardiopatia Strutturale attraverso il quale sia possibile effettuare una selezione specifica ed accurata dei pazienti che possono giovare delle più moderne tecniche di trattamento invasivo percutaneo mediante un corretto e sicuro iter clinico e diagnostico.

L'apertura di un Centro dedicato al trattamento mininvasivo delle cardiopatie strutturali è fondamentale perché permette:

- l'individuazione delle persone con cardiopatia strutturale e l'attuazione degli interventi idonei a prevenire e/o ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra nel caso di **valvulopatie**;

- l'individuazione delle persone con valvulopatie già operate di sostituzione valvolare mitralica con **protesi biologica degenerata** per eventuale intervento percutaneo di valve in valve (VIV);
- la diagnosi e la terapia delle persone affette da **fibrillazione atriale** persistente che non possono assumere anticoagulanti orali e che possono quindi beneficiare dell'**occlusione percutanea dell'auricola sinistra**;
- l'individuazione, la diagnosi e la terapia delle persone affette da **forame ovale pervio** sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita e prevenire eventi ischemici cerebrali;
- il monitoraggio in **follow-up** di tutti pazienti suddetti affetti da cardiopatia strutturale e sottoposti ad interventi percutanei;
- ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la riduzione di tutti i ricoveri grazie ad **accesso ambulatoriale "open"** per gestione della terapia domiciliare e garantendo la continuità assistenziale;
- migliorare la qualità della attività clinica basata sulla attivazione di un **percorso clinico individualizzato** e condiviso dagli specialisti in modo trasversale e sul confronto tra MMG, cardiologi del territorio e Specialisti Ospedalieri.

L'ambulatorio della "Cardiopatia Strutturale" prevede la possibilità di eseguire visite cardiologiche "iperspecialistiche" che saranno effettuate dai cardiologi emodinamisti che si interessano specificamente del trattamento delle cardiopatie strutturali per via percutanea e in alcuni casi potrà essere necessaria, nella stessa seduta, una valutazione ecocardiografica di base per avere conferma della patologia da trattare in modo da definire il corretto iter diagnostico-terapeutico del paziente.

L'individuazione dei pazienti che possono beneficiare di tali interventi può avvenire attraverso:

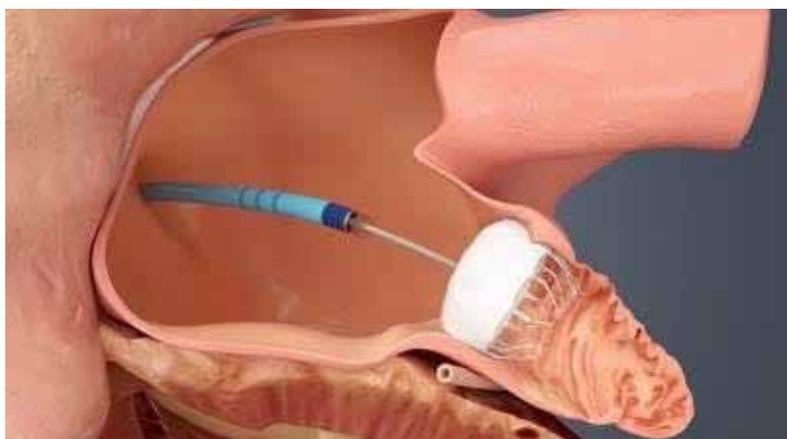


Fig. 3 Esempio di chiusura auricola sinistra con tecnica mini-invasiva mediante accesso venoso femorale e cateterismo transtettale

1. Il **MMG** che individua, tra i propri assistiti, quelli con presumibili caratteristiche favorevoli e lo invia all'ambulatorio di cardiologia generale che a sua volta, in caso di valutazione iperspecialistica, invia all'ambulatorio di cardiopatia strutturale.
2. Il **cardiologo**, che lavora presso il **Reparto di Cardiologia**, o presso il **Laboratorio di Ecocardiografia**, o presso l'**Ambulatorio dello Scompensamento Cardiaco intraospedaliero**, che individua i pazienti stabilizzati che possono necessitare di terapie percutanee per cardiopatia strutturale.
3. **Gli internisti, i neurologi, i nefrologi ospedalieri** che inviano all'ambulatorio di cardiologia generale e, in caso di evidenza di cardiopatia strutturale suscettibile di trattamento percutaneo, lo invia all'ambulatorio della cardiopatia strutturale.
5. Lo **specialista cardiologo territoriale** che segnala direttamente il paziente al cardiologo dell'ambulatorio della cardiopatia strutturale.
6. Il **cardiologo di altri ospedali**, facenti parte o meno

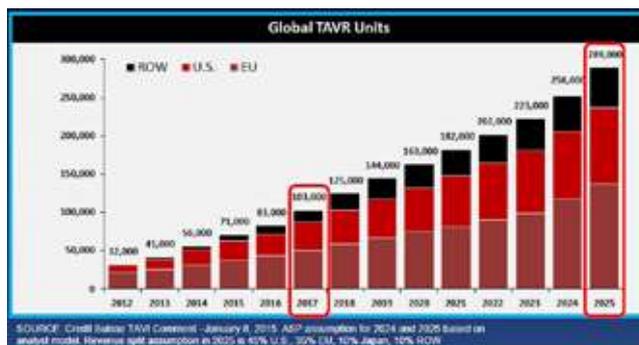


Fig. 4 Stima della crescita globale delle procedure TAVI. Circa 300 mila procedure entro il 2025

della medesima ASST, che non eseguono tali procedure interventistiche.

Tale approccio, multidisciplinare e multiprofessionale, alla cura del paziente cardiologico ad alta complessità è altamente raccomandato dalle linee guida internazionali per il miglioramento della qualità di vita e della prognosi del paziente ed è il percorso che seguiamo presso il nostro

Ospedale come descritto nella flow chart sottostante. (fig. 5)

In questo modo potremo creare una strategia terapeutica sempre più "tailored" per ogni paziente con un trattamento pianificato in base all'anatomia e alle condizioni cliniche del paziente e con la possibilità di utilizzare, presso il nostro Laboratorio di Cardiologia Interventistica, i dispositivi biomedicali tecnologicamente più avanzati che ci permettono di ottenere i risultati clinici migliori.

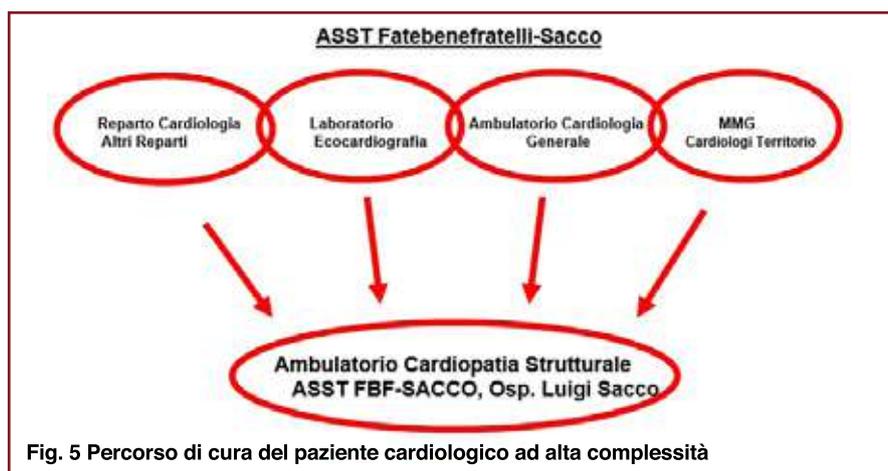
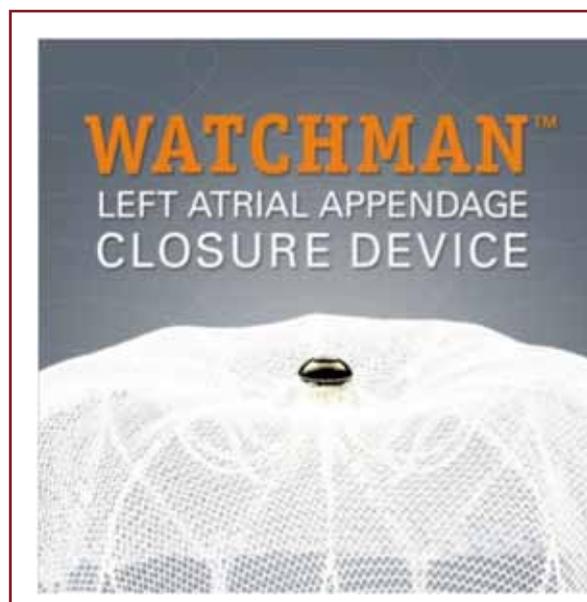


Fig. 5 Percorso di cura del paziente cardiologico ad alta complessità



Il dispositivo WATCHMAN™ chiude l'auricola sinistra mediante una procedura "one shot", evitando la fuoruscita di coaguli e riducendo così il rischio di ictus in pazienti intolleranti e/o controindicati alla terapia anticoagulante.



© 2016 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

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

Informazione pubblicitaria

OneView

Health videos and signals integration



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



Copyright © Corindus, Inc. All rights reserved.

Cibernetica & Salute

ROBOTICA VASCOLARE, LE SOLUZIONI
DELL'AMERICANA CORINDUS VASCULAR ROBOTICS

Lasciamo il testo dell'articolo in inglese, lingua in cui è stato scritto, allo scopo di conservarne intatte le sfumature.



Matt Lemay,
Vice President of International of Corindus

Not too long ago, the thought of having a robot manipulate a guidewire or stent through a patient's artery may have seemed way too futuristic to ever come to fruition. But today, an exciting new wave of medical robotic solutions have entered the marketplace with the potential to save thousands of lives. While some may be wary at the thought, the implementation of robotics in various fields is increasing rapidly—and for good reason. Robotic assistance allows physicians to conduct minimally-invasive procedures with precise measurement for improved patient outcomes that the human hand physiologically cannot duplicate. Robotic devices in the catheterization lab provide benefits to both patients and physicians, providing the tools for precise device control, enhanced visualization, and a reduction in radiation for physicians, staff, and patients.

For instance, physicians manually performing a percutaneous coronary intervention (PCI) would have to stand over one patient after another wearing a 5 kilogram,

or heavier, lead vest. Interventional Cardiologists experience the highest amounts of radiation exposure of any medical professional, raising the risk of serious health issues such as brain tumors.

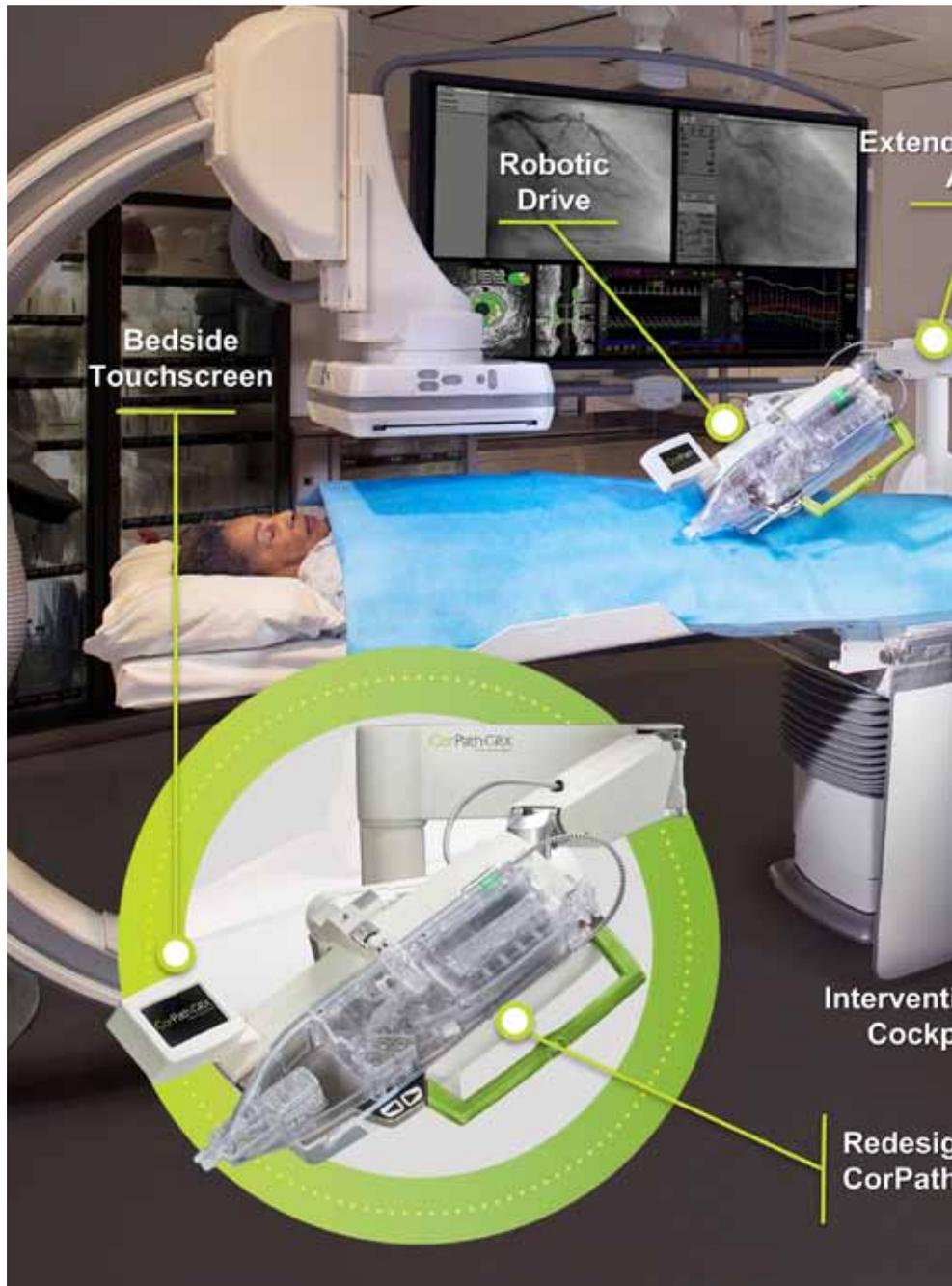
A company based in the United States, Corindus Vascular Robotics, has changed the game for interventionalists with its vascular robotic solution. The company's CorPath GRX System has been shown to reduce radiation exposure by 95 percent for the physician and 15 percent for the technologist, while also potentially reducing the orthopedic stress associated with long, difficult procedures. Additionally, CorPath GRX provides the patient with a minimally invasive and precise procedure, potentially reducing the likelihood of an additional stent or another procedure.

Corindus' Distinctiveness in the Medical Robotics Space

Corindus' CorPath GRX platform is the first FDA-cleared and CE marked medical device to bring robotic precision to percutaneous coronary and vascular procedures. Ultimately, Corindus' future vision includes improving access to advanced care and reducing time to treatment globally through remote procedures, utilizing robotics through an internet connection. Strokes, heart attacks, and other forms of cardiovascular disease cause 18 million deaths per year worldwide. By reducing the time to treatment for emergent events such

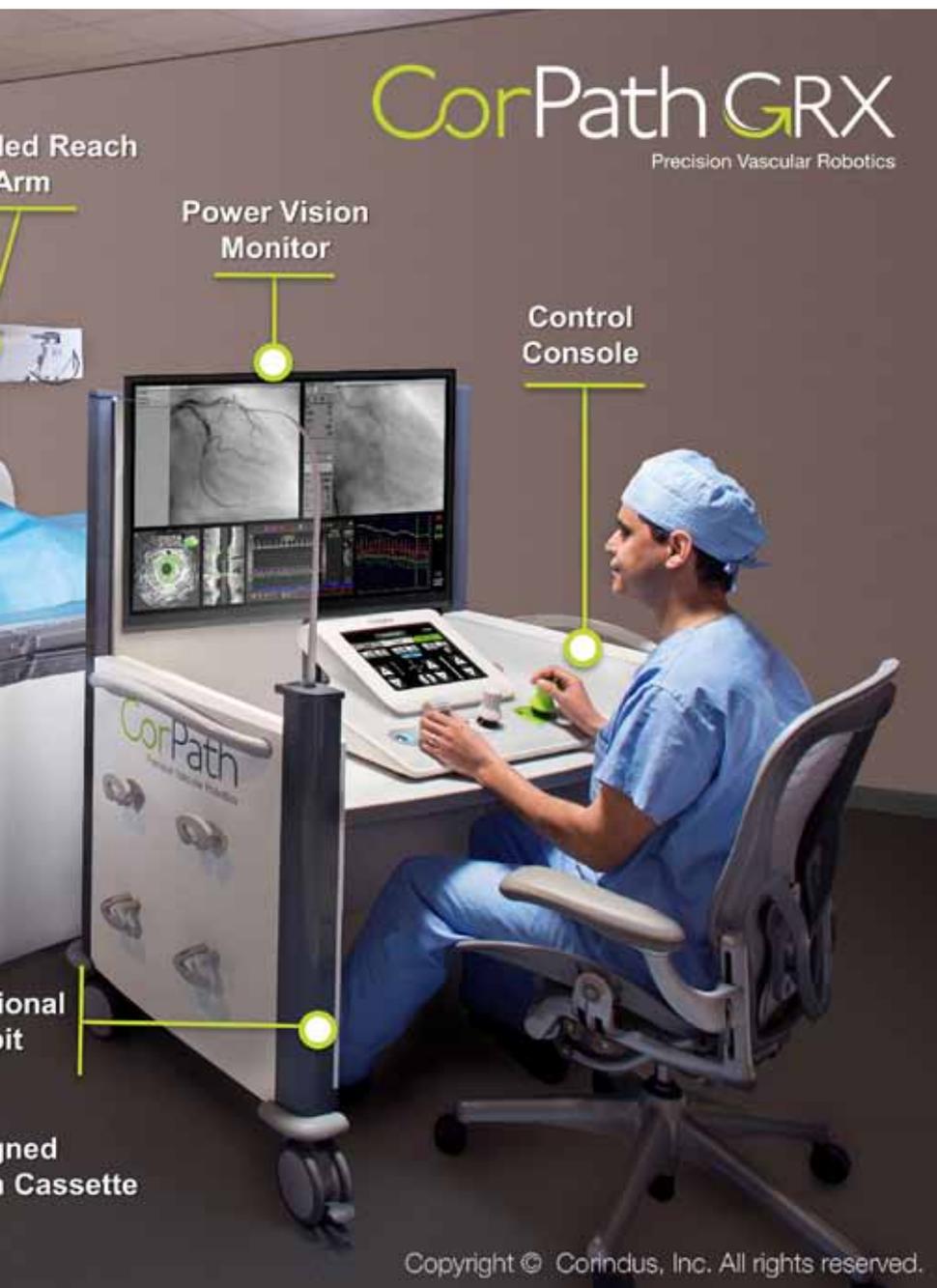
as heart attack and stroke, telerobotic intervention has the potential to drastically reduce mortality rates and reduce likelihood of permanent disability.

CorPath GRX came to market after receiving indication in late 2016 for PCI, then followed with indication for peripheral vascular intervention (PVI) for plaque buildup in the arteries leading to the intestines, arms, and most commonly the legs. This past March, Corindus received CE mark to use CorPath GRX in neurovascular intervention (NVI) for the treatment of stroke and aneurysms in the 33 countries which accept CE mark. The company is also seeking premarket clearance from the U.S. Food and Drug Administration (FDA) to use



CorPath GRX in neurovascular intervention. Once the FDA clears the application for neurovascular intervention, Corindus' CorPath System will become the world's first and only FDA cleared and CE marked robotic platform indicated for use in PCI, PVI and NVI cases - assisting in procedures head to toe.

Their technology has not only advanced interventional treatment but is also aimed at aiding physicians in extending their careers. With physician burnout rates closing in on 80%, robotic technology is poised to curb this number by reducing the physical toll paid by physicians. Robotic platforms and devices are now at the tips of our



Copyright © Corindus, Inc. All rights reserved.

new part of the telehealth market: tele-treatment, or the practice of bringing health solutions to patients remotely rather than wasting precious time transporting them to a hospital. Physicians will be able to perform procedures that require the highest level of skill and attention over long distances, granting access to high quality care to underserved patient populations without geographic barriers to treatment.

In partnership with Apex Heart Institute in India last December, Corindus successfully completed the first in-human remote PCI procedures with robotic technology controlled by a physician who was 32 kilometers (20 miles) away from the patients. During this, and other procedures, the physician sits in front of a Control Console and uses a set of joysticks and touchscreen controls that translate their movements into device control. This robotic-assisted intervention enables precise measurement of anatomy and device positioning. Remote procedures can provide those same benefits, regardless of direct proximity to the patient, with the potential to drastically increase the number patients treated in a timely manner - which is key for those suffering from heart attack or stroke.

The team behind this success envisions a shift in the healthcare treatment paradigm, potentially leading to hospital facilities increasing efficiency with multi-room control,

ambulances and cruise ships equipped with tele-robotic capabilities that can treat heart attack or stroke, and robotic-assisted treatment centers in areas that lack medical infrastructure.

Looking ahead

With the growing trend and use of robotic devices in healthcare, Corindus hopes to continue its work to increase patients' access to care for better patient outcomes and improve the health and wellness of physicians and hospital staff. With the international expansion of CorPath GRX in Europe, Japan, India and Australia last year and early into 2019, Corindus is poised to impact the future of heart attack and stroke care around the world.

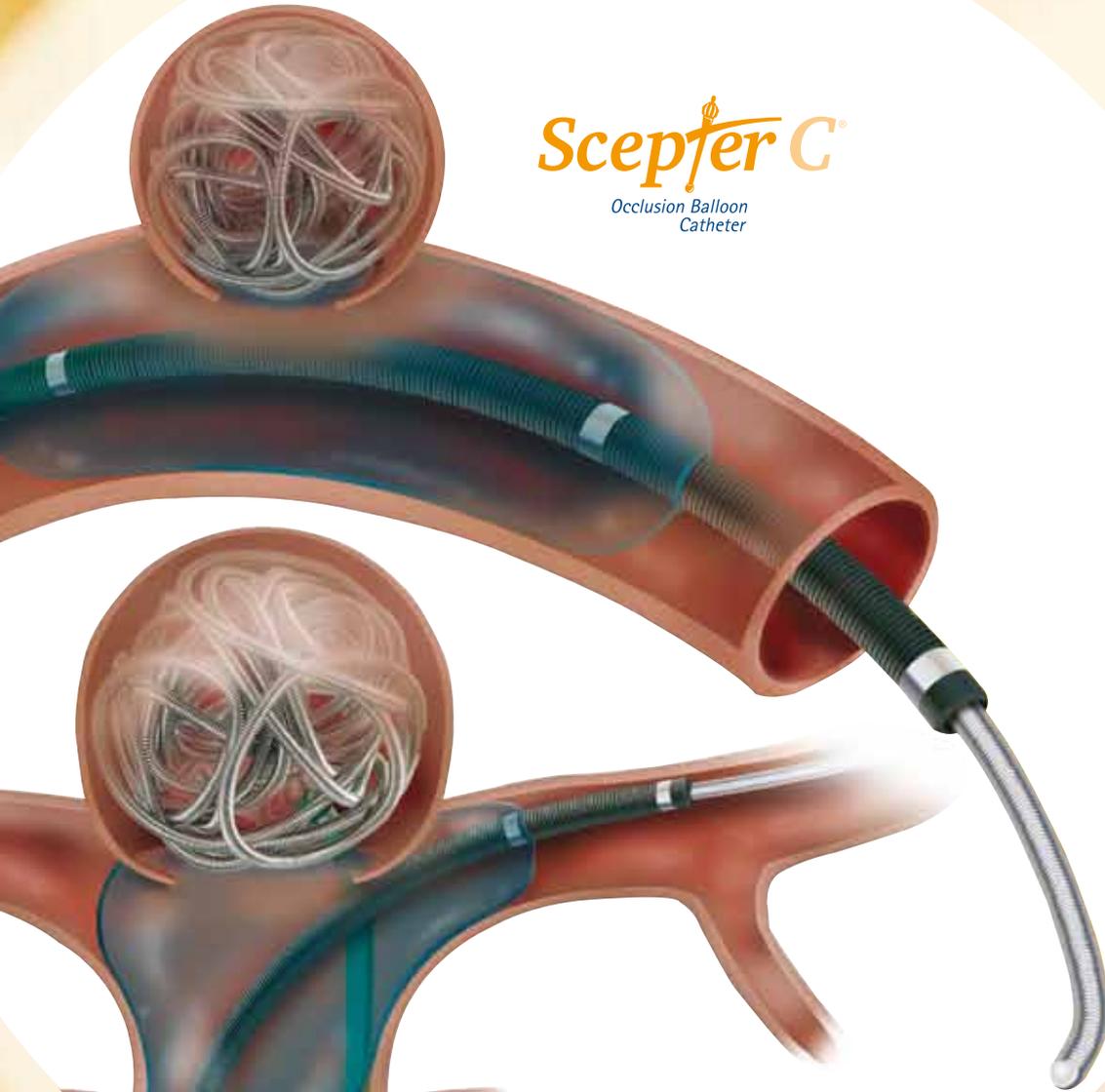
fingers, with the hopes of enhancing skill and decreasing the chances of a negative outcome.

First in the world telerobotic heart procedure

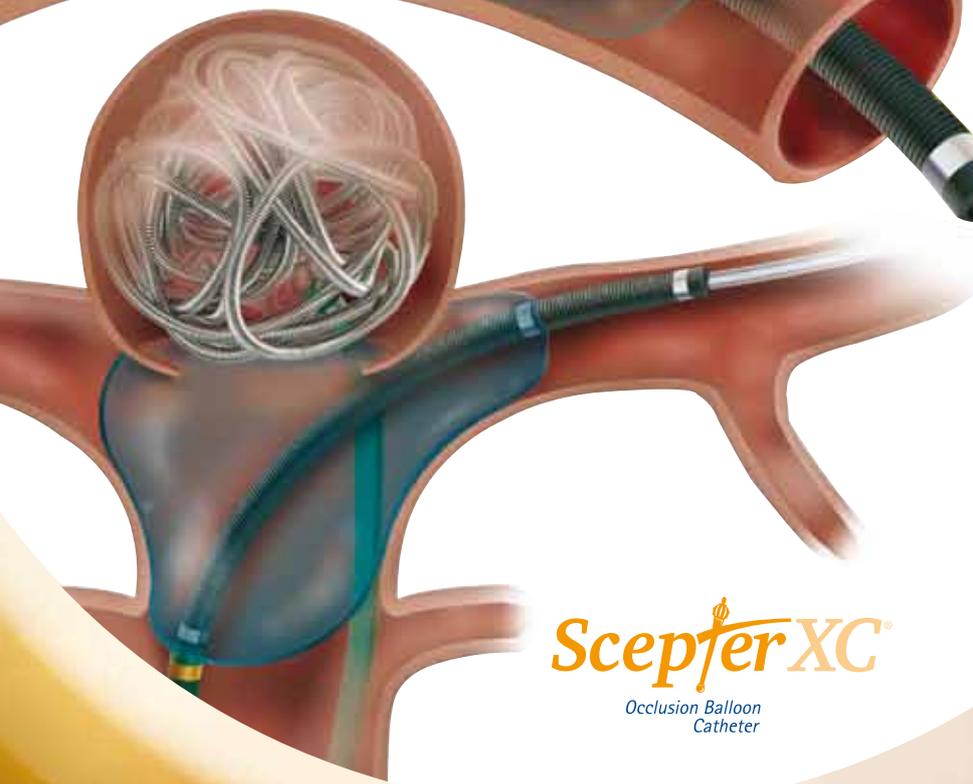
The World Health Organization calculates approximately half the world's population lacks access to essential care, making time-sensitive medical events like a heart attack or stroke impossible to treat. In addition to geographic obstacles, even medically advanced countries like the U.S. have an extreme shortage of specialists to address diseases in need of timely treatment.

As Corindus' remote technology becomes more advanced, the company has major plans to infiltrate a

Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter



**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE



Aneurisma cerebrale

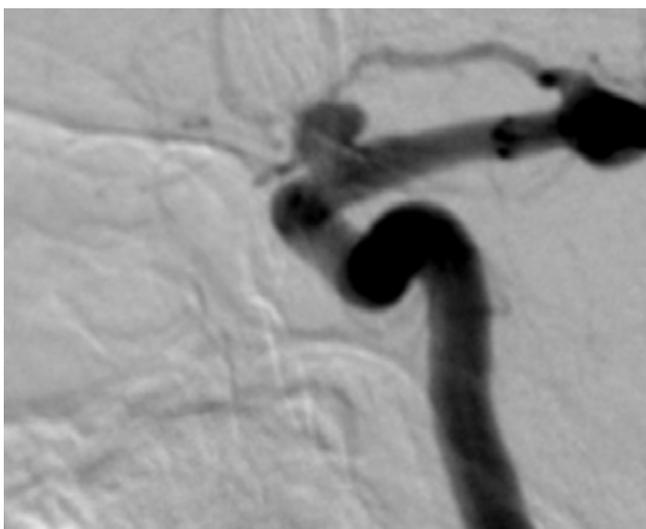
L'ANEURISMA È UNA MALFORMAZIONE DOVUTA AD UN'ALTERATA STRUTTURA DELLA PARETE DI UN VASO ARTERIOSO, IN PARTICOLARE AD UN'ALTERAZIONE ACQUISITA DELLA TUNICA MEDIA DELLA PARETE VASALE. PUÒ LOCALIZZARSI IN QUALSIASI ORGANO DEL CORPO UMANO

di *Enrico Cotroneo*

L'aneurisma cerebrale è una malformazione dei vasi arteriosi dell'encefalo. Circa il 3% della popolazione caucasica è affetta e quindi portatrice di un **aneurisma cerebrale**. La percentuale dei soggetti portatori di aneurisma che ha una rottura del medesimo è fortunatamente bassa. Gli aneurismi cerebrali si dividono in piccoli (da 1 mm a 10 mm), grandi (da 11 mm a 25 mm) e giganti (oltre 25 mm). L'aneurisma intatto (aneurisma non rotto) non dà segno di sé, a meno che non si tratti di un aneurisma gigante che comprime strutture intracraniche (paresi di un nervo cranico). Quando l'aneurisma si fissa (aneurisma rotto) determina l'emorragia subaracnoidea o anche l'emorragia intracerebrale. Si tratta di patologie gravi e molto spesso invalidanti, la cui prognosi è in rapporto alla quantità di sangue che invade lo spazio subaracnoideo o che si espande all'interno del tessuto encefalico.



Enrico Cotroneo



Angiografia di aneurisma cerebrale prima dell'intervento endovascolare



Angiografia post trattamento endovascolare

Cause e sintomi dell'aneurisma cerebrale

I fattori di rischio di rottura dell'aneurisma sono vari ma uno dei più importanti è l'elevato valore della pressione arteriosa massima. L'**emorragia subaracnoidea** determina una cefalea improvvisa e violentissima (a rombo di tuono) che i pazienti descrivono come "il mal di testa più violento che abbia mai provato nella mia vita". Si può accompagnare a nausea, vomito, disturbo dello stato di coscienza, sino al coma.

Come si diagnostica un aneurisma cerebrale

Il sospetto diagnostico di rottura è clinico (" la più violenta cefalea mai provata in vita mia").

La diagnosi di certezza di un aneurisma rotto si effettua mediante studio con Tomografia Cerebrale (TC) ed AngioTC dell'encefalo.

L'aneurisma indenne, a meno che non si tratti di aneurisma gigante (> 25 mm di diametro) che determina effetti compressivi sul parenchima cerebrale o sui nervi cranici, è asintomatico.

La diagnosi di aneurisma non rotto spesso avviene mediante studio con Risonanza Cerebrale ed Angiografia RM dei vasi cerebrali. per altra patologia .

Come si cura

Purtroppo non esistono farmaci che curino l'aneurisma cerebrale. Se si è portatori di aneurisma, occasionalmente rilevato durante studio con RM per altra patologia cerebrale come spesso accade, bisogna curare l'ipertensione arteriosa, evitare il fumo (che comporta un rischio di aumento delle dimensioni dell'aneurisma) e contattare uno specialista neuroendovascolare. La cura si effettua mediante trattamento endovascolare (**embolizzazione**) o mediante intervento neurochirurgico open e in entrambi i casi è previsto un trattamento in anestesia generale. Le indicazioni per le due tipologie di intervento variano in base a molteplici fattori (conformazione dell'aneurisma, localizzazione all'interno del cranio, età del soggetto, comorbidità presenti, ecc.) e devono sempre scaturire da un confronto tra i due specialisti (neuroradiologo interventista e neurochirurgo).

La polemica

Nicola Zingaretti, storia di un “risanatore”

di *Pietro Romano*



Duecentomila euro in un bilancio regionale come quello del Lazio non sono una grande cosa. Ma perché spendere questa somma al solo scopo di valutare la percezione esterna della regione? E' difficile comprenderlo per il cittadino comune. Tanto più se si calcola quante medicine, a esempio, si possono comprare con 200mila euro. Ma ai vertici della regione Lazio evidentemente la pensano diversamente. Liberissimi. Com'è liberissimo un organo d'informazione di criticare questa scelta, inopinata, se non scellerata, in tempi di tagli e super-tagli ai bilanci pubblici. Tagli o non tagli, quando si tratta di curare l'immagine, del resto, dalle parti dell'amministrazione guidata da Nicola Zingaretti non si fanno problemi. Nel dicembre 2016, a esempio, la regione rilevò la necessità di rendere effettiva la possibilità del presidente e di altri esponenti dell'amministrazione di disporre di un fotografo dedicato.

L'interesse di Zingaretti e compagni per l'immagine, comunque, non è sprecato. Lo dimostra quanto siano coccolati dalla stampa, romana e nazionale, attirata evidentemente dalla immagine che il segretario del Pd

ha saputo costruire di sé: un'autentica narrazione nella quale non si capisce dove finisce lui e dove comincia suo fratello attore. E dalla quale, soprattutto, sfumano se non scompaiono episodi imbarazzanti. Per rimanere sulla sanità, a esempio, è sintomatica la maniera in cui due diverse operazioni finanziarie destinate a sanare la situazione debitoria del settore siano state trattate nel corso degli anni. Nel 2002, appunto per coprire i debiti pregressi della sanità regionale, la giunta allora guidata da Francesco Storace scelse una operazione finanziaria – che si chiama leasing e non è né oscura né sofisticata ma diffusissima – la cui conclusione era prevista per il 2033 con il riscatto delle strutture sanitarie regionali che, in sostanza, erano state tecnicamente, ma non concretamente, vendute in attesa che, attraverso il versamento di un canone mensile sulle stesse, fossero liberate da ogni peso al pagamento della somma ricevuta per saldare il debito. La giunta di Zingaretti ha deciso di seguire un'altra strada, altrettanto legittima: ha emesso un bond con scadenza 2043, liberando immediatamente le strutture dal peso del leasing, e del debito pregresso, ma nel contempo re-indebitandosi fino al 2043. Ebbene, l'operazione di Zingaretti è stata letta come “il riacquisto delle strutture sanitarie vendute da Storace”. Nel frattempo, chiusure di ospedali e riduzione di occupazione sanitaria sono finite nel dimenticatoio. Ignoranza o malafede dietro queste letture dei fatti?

Passando dalla sanità alla giustizia cambia poco. Poche settimane fa l'ex capo di gabinetto di Zingaretti, Maurizio Venafro, è stato condannato in Appello a un anno di reclusione (con sospensione della pena) in un rivolo della maxi-inchiesta sulla Terra di mezzo. Ma quanto poco sdegno – e soprattutto quanti pochi “collegamenti” - c'è stato nella descrizione di questa decisione. Così come, tra corsa alla segreteria del Pd e campagna elettorale europea di Zingaretti, si è persa notizia di una richiesta di danni per 263 milioni avanzata dalla Corte dei conti per un palazzone da destinare a sede della provincia di Roma comprato con una procedura, contestata dalla magistratura contabile, da Zingaretti presidente dell'amministrazione provinciale.



“Più forti
di tutto”

Medulloblastoma, il tumore pediatrico più pericoloso

NEL MESE DI MAGGIO SI È TENUTA A PADOVA,
ALL'ISTITUTO DI RICERCA PEDIATRICA CITTÀ DELLA SPERANZA,
LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA SUL MEDULLOBLASTOMA,
IL TUMORE PEDIATRICO PIÙ DIFFUSO E CHE PRESENTA,
PURTROPPO, UN ELEVATO TASSO DI RECIDIVE

di Danilo Quinto

“Ci prendiamo cura delle persone, insieme”. È questa la missione di Fondazione Just Italia, Onlus creata nel 2008 dall'omonima azienda di Grezzana, che distribuisce in Italia i cosmetici svizzeri Just esclusivamente tramite Party a domicilio. In omaggio alla propria missione, Fondazione Just Italia sostiene le iniziative delle organizzazioni non profit sviluppando, ogni anno, due filoni di attività: il supporto a un grande progetto di ricerca scientifica o di assistenza socio-sanitaria, di portata nazionale e destinato ai bambini, e il sostegno a iniziative solidali locali, destinate al territorio veronese.

In oltre 10 anni di attività, Fondazione Just Italia ha sostenuto progetti per oltre 4,4 milioni di Euro, contribuendo a ricerche su svariate gravi patologie pediatriche al fianco di eccellenze medico-scientifiche, come, ad esempio,

la leucemia linfoblastica acuta, la Sindrome di Rett, le cardiopatie congenite, l'osteosarcoma e, quest'anno, il Medulloblastoma, il tumore cerebrale pediatrico più diffuso e resistente alle terapie, che tende a manifestarsi nei bambini fra **0 e 5 anni** : in Italia colpisce circa 100 pazienti l'anno. Ha origine nella regione posteriore dell'encefalo - dove si trova anche il cervelletto - deputata al controllo della coordinazione e dell'equilibrio. I sintomi più comuni, con i quali la malattia si manifesta, sono: vomito, problemi di equilibrio, cefalea, nausea, letargia o sdoppiamento della vista. Può essere diagnosticato tramite risonanza magnetica, biopsia o rachicentesi e trattato con intervento chirurgico, chemioterapia e radioterapia ad alte dosi. La prognosi dipende dal livello di rischio. Nei pazienti con sottotipo ad alto rischio, il tasso di sopravvivenza

si aggira attorno al 50%. Gli effetti collaterali neurotossici delle terapie gravano sulla qualità di vita dei pazienti che sopravvivono. Nonostante i progressi fatti negli ultimi anni, la cura di questo tumore presenta ancora molte problematiche. Per questo il progetto di ricerca coordinato dal prof. Giampietro Viola mira ad individuare nuovi approcci che possano aiutare **le terapie** ad eliminare anche le cellule tumorali più resistenti e a ridurre gli effetti collaterali. La ricerca vuole giungere a una maggiore conoscenza dei fenomeni di recidiva per creare nuovi approcci farmacologici più efficaci e meno tossici.

Il progetto finanziato da Fondazione Just Italia permetterà di studiare le cellule di Medulloblastoma che sopravvivono alla chemioterapia, allo scopo di ridurre l'insorgenza dei fenomeni di resistenza. Per queste cellule resistenti, che sono in grado di ricreare un nuovo tumore contro cui la chemioterapia risulta inefficace, saranno individuati nuovi "bersagli da colpire", che potranno essere sfruttati per lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche. Ne conseguirà l'individuazione di possibili farmaci candidati, in grado di colpire i bersagli individuati per affiancare l'attuale chemioterapia e ridurre, così, l'insorgenza dei fenomeni di resistenza.

La grande iniziativa 2019 si chiama "Più forti di tutto". Sarà **gestita** dall'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza di Padova, la struttura scientifica che ha messo a punto la ricerca triennale sul Medulloblastoma. L'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza (IRP) è il più grande polo europeo dedicato alla ricerca scientifica e clinica di eccellenza nell'ambito delle malattie pediatriche. Inaugurato nel 2012, conta circa 300 ricercatori, che trattano le patologie pediatriche sotto differenti aspetti: l'oncologia, il trapianto di cellule staminali e la terapia



genica; la medicina rigenerativa; la nanomedicina; la genetica e le malattie rare; l'immunologia e la neuroimmunologia; la medicina predittiva.

Marco Salvatori, Presidente di Fondazione Just Italia, presentando il Progetto di Ricerca, ha dichiarato: *"Il Progetto ci ha coinvolti in modo profondo. Per individuare il nostro principale impegno annuale, tra tutte le candidature ricevute abbiamo applicato il nostro metodo, ampiamente consolidato, di "scelta condivisa". Tutte le candidature ricevute a seguito del bando nazionale (destinato alle Organizzazioni non profit italiane impegnate in ricerca scientifica o assistenza sociosanitaria, e disponibile sul sito della Fondazione nel periodo ottobre-novembre), sono state valutate anche da AIRicerca, l'Associazione dei ricercatori italiani nel mondo, che fornisce alla nostra Fondazione un adeguato supporto scientifico. Gli step successivi consistono nella selezione di tre Progetti finalisti, scelti dal CDA della Fondazione affiancato dal*



Marco Salvatori

**IL PROGETTO È SOSTENUTO
DA FONDAZIONE
JUST ITALIA, NELL'AMBITO
DELL'INIZIATIVA
DI SOLIDARIETÀ 2019
"PIÙ FORTI DI TUTTO",
CON BEN 375 MILA EURO**

Comitato di Gestione e - infine - nella votazione da parte degli Incaricati alle Vendite Just (25.000, in tutta Italia) che hanno decretato il vincitore. Abbiamo compreso a fondo la portata della sfida; per questo abbiamo definito l'iniziativa "PIÙ FORTI DI TUTTO", e saremo a fianco dei Ricercatori che vogliono individuare cure più efficaci e meno tossiche per i bambini malati". Daniela Pernigo, Vicepresidente della Fondazione, ha aggiunto: "Ci sentiamo partecipi di una grande responsabilità, ma condividiamo le speranze di tante famiglie che, ogni giorno, lottano per i propri piccoli".

Dal canto suo, Giampietro Viola, Professore Associato presso il Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino e Responsabile del gruppo di farmacologia sperimentale presso l'Istituto di Ricerca Pediatrica IRP, ha commentato: "Siamo felici e orgogliosi del sostegno di Fondazione Just Italia. È una sfida molto impegnativa, perché con questa Ricerca ci proponiamo di comprendere gli aspetti, tuttora oscuri, di questa patologia pediatrica che è grave, colpisce bambini molto piccoli e, soprattutto, è molto resistente alle terapie, con una percentuale di recidive che si aggira intorno al 50%. Nonostante i progressi degli ultimi anni, la cura del Medulloblastoma presenta ancora molte problematiche; è un tumore aggressivo, caratterizzato da

bassa sopravvivenza ed elevata tendenza a recidivare, a causa della permanenza di cellule resistenti alle terapie. Il nostro Progetto si propone di caratterizzare le cellule resistenti dal punto di vista molecolare, di individuare nuovi bersagli a livello cellulare e nuove strategie terapeutiche che possano ridurre sia la tossicità sia il rischio che il tumore si ripresenti, in particolare per i bambini al di sotto dei 5 anni, per i quali le possibilità di guarigione sono ridotte".

Sono seguiti gli interventi di Antonella Viola, Direttrice Scientifica dell'Istituto di Ricerca Pediatrica, e di Stefania Fochesato, Past President della Fondazione Città della Speranza. "Il Progetto sostenuto da Fondazione Just Italia" – ha commentato la prima – "è di grande portata scientifica; i dati raccolti consentiranno una nuova lettura delle informazioni genetiche già disponibili su questi tumori e ci aiuteranno a comprendere le cause che rendono il Medulloblastoma una sfida davvero ardua, ma che vale la pena affrontare". "È per noi un privilegio avere al nostro fianco Fondazione Just" – ha sottolineato Fochesato – "Ciò conferma il valore e il carattere innovativo della ricerca svolta in IRP e ribadisce come, solo facendo squadra, si possa favorire l'esplorazione di nuove frontiere ed essere davvero più forti di tutto".



SOSTEGNO ALLA RICERCA

da sinistra Marco Salvatori e Daniela Pernigo di Fondazione Just Italia

Il Professor Giampietro Viola, Stefania Fochesato e Antonella Viola dell'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza di Padova

Un purgatorio d'angeli, con il Paradiso in testa ma con l'Inferno tra le mani

di Danilo Quinto

FRANCESCA M. TERRACCIANO



Il verso di Pelle d'oca e lividi, uno dei tanti successi del cantautore Gatto Pancieri, testimonial d'eccezione di Aisos, descrive la vita dei piccoli pazienti colpiti dall'osteosarcoma, il tumore maligno primitivo più frequente dell'osso

LAisos (Associazione Italiana Studio Osteosarcoma), costituita 15 anni fa, è diventata un centro d'eccellenza, una realtà internazionale nello studio, nella ricerca e nel modo di affrontare una patologia rara e gravissima, che colpisce soprattutto persone che hanno meno di 20 anni, in particolare i bambini. Purtroppo è una malattia che viene definita *rara*, ed è proprio questa definizione che rappresenta in fondo un freno agli investimenti che servirebbero per la ricerca, per trovare cure efficaci, diciamo pure cure salva-vita.

“L'obiettivo perseguito fin dall'inizio, in stretta collaborazione con le Istituzioni pubbliche e private” - afferma la Presidente dell'Associazione, Dott.ssa Francesca Maddalena Terracciano - è stato quello di creare un centro d'accoglienza, orientamento e diagnosi per i pazienti e le loro famiglie, seguendoli prima, durante e dopo l'intervento, che nel 90% dei casi è necessario ed offrendo loro un indispensabile aiuto psicologico”.

Che cos'è l'osteosarcoma?

“E' il tumore maligno primitivo più frequente dell'osso e colpisce soprattutto i giovani, nel 70% dei casi,

fino ai vent'anni. E' una lesione che riguarda molto spesso le metafasi delle ossa lunghe e si caratterizza perchè produce osso matrice osteoide. In questo senso si appalesa più frequentemente con una sintomatologia dolorosa. E' un dolore urente (che dà anche calore, causa bruciore intenso e continuo nella parte interessata e spesso sono associate alterazioni della sensibilità cutanea come l'Allodinia, cioè il dolore causato da uno stimolo generalmente non doloroso - per es., sfiorare la pelle provoca un forte dolore - e l'iperalgia, ossia la percezione di dolore molto intenso in risposta a stimoli dolorosi lievi, n.d.r.), non è evocato da alcune situazioni, ma è spontaneo. Inizialmente è insidioso, anche perché transitorio, successivamente diviene intenso, persistente, si esacerba durante il riposo notturno ed è poco sensibile ai comuni anti-dolorifici o anti-infiammatori".

Quali sono gli altri sintomi?

"Altro segno che può essere presente è la tumefazione, che inizialmente può essere minima, ma che con la crescita della neoplasia è sempre più manifesta. La consistenza di tale tumefazione è frequentemente duro-ossea (forme osteogeniche), ma può essere, più raramente, tesa-elastica (nelle forme osteolitiche), comunque risulta fissa sui piani sottostanti. La cute sovrastante si presenta lucida e tesa, con dilatazione delle vene superficiali. Nelle forme osteolitiche l'esordio può essere quello di una frattura spontanea dell'osso interessato (frattura patologica)".

Chi colpisce?

"Due a uno, tre a uno colpisce i maschi rispetto alle femmine. Il motivo che noi riteniamo più valido per spiegare perchè accada questo è costituito dal fatto che nel maschio la crescita dell'osso è più cospicua. Questo rapporto si evidenzia quando la malattia si presenta nell'età della crescita. Se poi andiamo a vedere quella piccola parte di osteosarcoma che colpisce l'età adulta, non c'è più questa differenza di rapporto tra maschi e femmine, ma ci sono relazioni con altri tipi di situazioni. Per esempio, la malattia di Paget (uno dei principali disordini del metabolismo scheletrico), le malattie croniche, l'osteogenesi imperfetta, che comprende un gruppo eterogeneo di malattie genetiche caratterizzate da un aumento della fragilità scheletrica".

Quali sono i soggetti a rischio?

"L'età di insorgenza dell'osteosarcoma è piuttosto variabile, essendo massima l'incidenza tra la prima e la seconda decade di vita (fino a 20 anni) con il 61% dei casi. Solo il 10% di tutti i sarcomi osteogenetici, colpisce soggetti di età superiore ai 60 anni e in questi casi si tratta quasi sempre di forme secondarie ad altre patologie. È ragionevole derivare da questi dati

una connessione tra lo sviluppo dell'osteosarcoma e la rapida crescita scheletrica che avviene durante il periodo adolescenziale".

Si conoscono le cause d'insorgenza della malattia?

"Può originare senza causa apparente, oppure essere secondaria ad altra affezione scheletrica (casi che si sviluppano di sovente in tarda età). Nella storia del soggetto colpito non è raro che sia riportato un trauma osseo. Verosimilmente tale evento non è la causa dello sviluppo del tumore, ma rappresenta il motivo per cui vengono messe in essere le procedure diagnostiche che rilevano una patologia neoplastica preesistente, fino a quel momento asintomatica".

E' difficile la diagnosi?

"Punto nodale della diagnosi e delle cure di questa lesione è la multidisciplinarietà. L'approccio non può essere di una singola disciplina o di un singolo specialista, ma ci vuole un pool di specialisti che insieme giunga alla diagnosi. L'ortopedico è sicuramente coinvolto, magari anche se con interesse oncologico, così come il radiologo e l'anatomopatologo. La radiologia è fondamentale, dalla lastra comune, con approfondimenti di tac e risonanza magnetica in fase terapeutica. In questa fase direi che l'approccio, oltre che multi-disciplinare, diventa multi-professionale, perchè entrano in gioco altri medici: l'oncologo per la chemioterapia pre e post operatoria, la radioterapia e il supporto psicologico ai piccoli pazienti e alle loro famiglie e la riabilitazione, perchè i piccoli pazienti devono essere inseriti in un collettivo che li deve accettare".

Si può dire che è una patologia rara che si può curare?

"Certamente, con i presupposti che ho indicato. Cinquant'anni fa morivano 4 pazienti su 5. Oggi se ne salvano 4 su 5. E la diagnosi precoce si rivela il primo passo verso la guarigione".

Come siete riusciti a realizzare quest'obiettivo?

"Coinvolgendo generosi volontari ed eccellenti professionisti. Voglio citare, per tutti, il Presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione, il Prof. Carlo della Rocca, che è con noi sin dall'inizio di quest'avventura e che ora è Presidente della Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università La Sapienza di Roma. Tutti i professionisti che collaborano, operano in maniera multidisciplinare, senza alcun vincolo contrattuale. Prendono in carico i pazienti completamente, portandoli nella maggior parte dei casi alla completa guarigione".

Quale terapia viene usata?

"Nel caso di osteosarcoma ad alto grado di malignità, si procede con la chemioterapia pre e post-operatoria e con la chirurgia del tumore primitivo e delle metastasi.

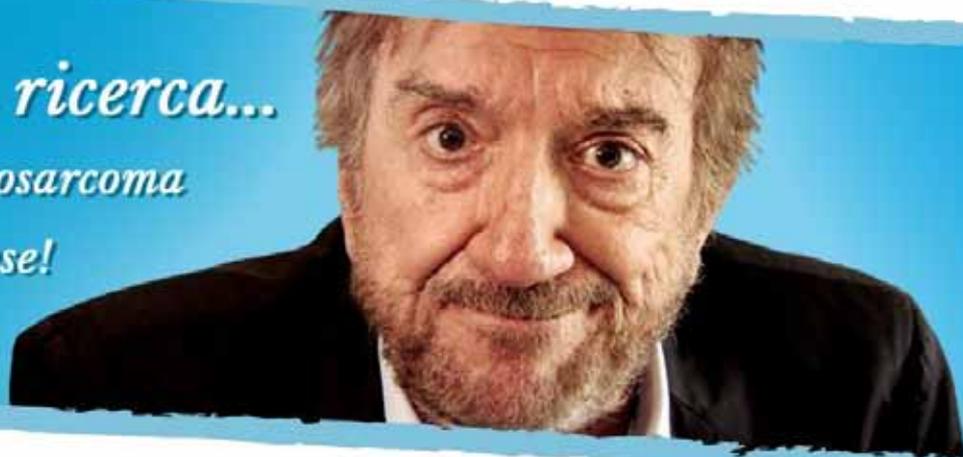
La risposta alla chemioterapia è valutata in base a dati clinici (come la regressione del dolore), di laboratorio (riduzione della fosfatasi alcalina), di 'imaging' (arresto della crescita, ossificazione e formazione di capsula, regressione della vascolarizzazione, riduzione dell'assorbimento dell'isotopo radioattivo usato) e alla valutazione istologica dell'estensione della necrosi del pezzo operatorio, che per essere soddisfacente deve raggiungere una percentuale di tessuto necrotico superiore al 90%. Nelle forme a basso grado di malignità è sufficiente un intervento chirurgico ad ampi margini e non c'è indicazione ad altre terapie".

tipologia. L'ultima attività, di grande importanza, che svolgiamo, è il **supporto psico-terapeutico**. L'èquipe neuropsichiatrica è costituita da un neuropsichiatra infantile, due psicoterapeuti (neuropsichiatri infantili o psicologi), uno psicologo testista e un **compagno di sostegno**".

Anche i bambini usufruiscono del supporto psico-terapeutico?

"I bambini riescono a elaborare e sconfiggere la malattia molto più facilmente degli adulti, ma il supporto di AISOS è comunque fondamentale per il loro reinserimento in società dopo l'intervento, grazie a programmi di psicoanalisi e psicoterapia in cui il

*Sosteniamo la ricerca...
Mandiamo l'osteosarcoma
a quel paese!*



Quali sono le attività più rilevanti dell'Associazione?

"La prima è l'attività di **formazione e informazione** verso medici specialisti e personale sanitario, ma anche verso le stesse famiglie, per assicurare una diagnosi certa e tempestiva. Un'altra attività che offriamo è la **riabilitazione**, per creare un protocollo da affiancare a quelli attualmente in uso e volto al reinserimento dei pazienti nella società. Si tratta di una riabilitazione motoria, considerato che nella maggior parte dei casi i pazienti sono soggetti in accrescimento sottoposti a trattamenti chemioterapici altamente tossici e ad interventi chirurgici più o meno demolitivi. Diamo anche un **contributo rilevante alla ricerca** – che è stato riconosciuto nel 2013, quando AISOS ha vinto il primo premio nazionale della ricerca - mediante studi di grande rilevanza, come ad esempio quello sulle MicroVescicole, che si pone come obiettivo quello di individuare le molecole in grado di bloccare le metastasi dell'osteosarcoma e utilizzarle per il trattamento di tutte le neoplasie e i sarcomi della stessa

bambino vive a stretto contatto con chi è già guarito dalla malattia prendendo forza e motivazione, e arrivando a creare progetti a breve e lungo termine per la propria esistenza. E' quest'obiettivo quello che più abbiamo a cuore. Il neuropsichiatra infantile è chiamato dall'associazione al momento del sospetto e condivide il processo diagnostico con l'intera èquipe medica che dovrà relazionarsi con il paziente partecipando, quindi, alla comunicazione della diagnosi al paziente e ai familiari e alla costruzione del processo terapeutico, inserendo i suoi interventi in un progetto tagliato su misura per quel determinato paziente e per quella determinata famiglia, attraverso la valutazione del concetto di resilienza".

Che cosa s'intende per resilienza?

"S'intende la capacità di riprendersi dalle crisi e di superare le difficoltà della vita. È un concetto che si basa sui punti di forza piuttosto che sulle debolezze e i deficit. Lo scopo dell'èquipe neuropsichiatrica che lavora su questo tipo di patologie è, in primis, quello



di valutare la resilienza familiare, quella individuale e anche quella del gruppo di professionisti che affronta il caso. Lavorare quindi, oltre che sul trauma, anche sui punti di forza posseduti dal nucleo familiare, dal paziente e dalla èquipe terapeutica. Un approccio centrato sulla resilienza familiare si propone di identificare e rinforzare i processi interattivi determinanti che consentono alle famiglie di resistere e reagire all'avvento di contingenze critiche potenzialmente disgreganti, spostando la loro prospettiva di osservazione da una visione centrata esclusivamente sul danno a una visione che ne sottolinei gli aspetti di disagio, riconoscendo loro un potenziale positivo di evoluzione e di recupero. Un recupero che comprende la ripresa del percorso del percorso di studio e l'indirizzamento ad un lavoro consono alla situazione del soggetto, grazie alla convenzione che l'AISOS ha con un'Agenzia per il Lavoro”.

Quali sono le soddisfazioni maggiori dell'attività che l'Aisos svolge?

“La ringrazio di questa domanda. Non sono nè i premi nè i riconoscimenti internazionali. Sono, da un lato, un lavoro di squadra, senza il quale il nostro lavoro risulterebbe vano; dall'altro, i rapporti meravigliosi che si creano con i nostri pazienti e con i loro familiari. Ieri, ho ricevuto una lettera bellissima di un padre che ci ringraziava di aver salvato sua figlia. Mi sono commossa e mi commuovo ancora, se ci ripenso. Ecco, contribuire a restituire un percorso di vita a persone che sono state colpite da questa terribile

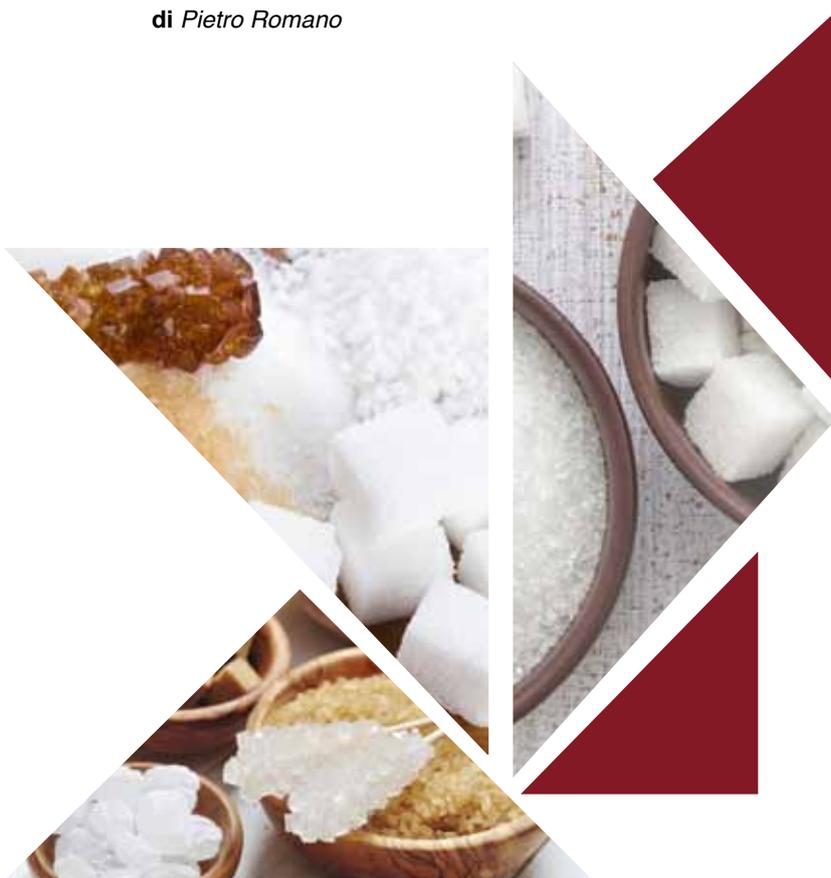
patologia, dà un senso a questa nostra realtà. E' questo il nostro più grande successo”.

Come vede il futuro dell'AISOS e della lotta contro l'osteosarcoma?

“Le risorse economiche e psicologiche sono di primaria importanza per far sì che i piccoli pazienti possano essere accolti, sostenuti e affiancati dalle loro famiglie. Sono certa che il progetto pre-clinico sperimentale alla terapia molecolare dell'osteosarcoma proseguirà e verrà portato a termine grazie alle risorse economiche che riusciremo a raccogliere su quest'obiettivo: i fondi che vengono erogati per la ricerca, essenziali per raggiungere risultati ancora più significativi, i lasciti testamentari, le donazioni libere di semplici cittadini e delle aziende, che così possono ottenere detrazioni maggiori, il 5 x mille. Invito tutti i lettori della Vostra rivista a utilizzare questa possibilità con la prossima dichiarazione dei redditi (il Codice Fiscale dell'AISOS è 08433741009), a telefonarci o a scriverci per qualsiasi tipo d'informazione o necessità (Tel. 06 700 9568 - Email: info@aisos.it) e a visitare il nostro sito (<https://www.aisos.it/>). Tutti possono diventare testimonial della lotta a questa malattia, come hanno fatto, tra gli altri, il regista Marco Carniti, i cantanti Sal Da Vinci e Gatto Pancieri, Gigi Proietti, Pupi Avati, Enzo De Caro, Vittorio Sgarbi. Noi speriamo fortemente che tanti altri, donne e uomini dello spettacolo, dell'arte e della cultura del nostro Paese, semplici cittadini, si aggiungano presto a loro. Diamoci una mano, insieme”.

Sanità & salute

Alimenti ultra-trasformati, la lunga attesa dell'Efsa

di *Pietro Romano*

Per conoscere il parere sugli zuccheri aggiunti agli alimenti dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa) bisognerà attendere l'anno prossimo. Eppure l'indagine è partita nel 2017. Una indagine nata non autonomamente ma su richiesta di cinque Paesi europei (Danimarca, Finlandia, Islanda, Norvegia e Svezia) nei quali l'industria alimentare è poca cosa. Un paradosso che tra i richiedenti non ci sia nessun colosso dell'agroalimentare continentale: Francia, Germania, Spagna. Non c'è nemmeno l'Italia che pure si picca di superare tutti per qualità e attenzione alla salute dei consumatori. Evidentemente, il governo dell'epoca (Paolo Gentiloni presidente del Consiglio, Beatrice Lorenzin ministro della Sanità, giusto per chiarezza) aveva altri, e più pressanti, impegni per non aggiungersi al quintetto.

In sostanza, l'Efsa intende stabilire un valore limite su base scientifica per l'esposizione quotidiana agli zuccheri aggiunti di qualsiasi provenienza. In questa categoria

rientrano saccarosio, fruttosio, glucosio, idrolizzati di amido come sciroppo di glucosio, sciroppo ad alto contenuto di fruttosio e altre preparazioni zuccherine aggiunte nel corso della produzione di alimenti. Gli eventuali effetti negativi valutati andranno dal peso corporeo all'intolleranza, dal diabete alle carie dentali e ai fattori di rischio cardiovascolare.

In attesa che perlomeno tra un anno da Parma, dove ha sede l'Efsa, arrivino i dati sulla eventuale pericolosità per la salute umana degli zuccheri aggiunti agli alimenti, il *British Medical Journal* negli ultimi giorni di maggio ha pubblicato lo studio di un collettivo di centri di ricerca, università e ricercatori francesi dal quale emerge la pericolosità degli alimenti "ultra-trasformati". Da tale indagine risulta che il consumo di alimenti ultra-trasformati causerebbe, perlomeno, un rischio più elevato di malattie cardiovascolari. Oltre a un assorbimento calorico mediamente superiore alle 500 calorie tra quanti li consumano abitualmente e quanti li evitano. A ultra-trasformare i cibi, secondo la ricerca, un processo industriale di frazionamento degli alimenti, poi ricomposti, ai quali vengono aggiunti additivi. Tra questi, la malto-destrina, gli esaltatori del gusto, i casinati.

Sia ben chiaro. Questi additivi non vanno demonizzati, soprattutto nei Paesi più poveri. Hanno migliorato la sicurezza dei cibi, abbassato i costi degli alimenti e ridotto i tempi di preparazione. Ma, forse, con altri costi, anche sul servizio sanitario pubblico che andrebbero quantificati, sul piano economico e non solo.

Quanto agli zuccheri di cui si parlava all'inizio, il pediatra ed endocrinologo americano Robert Lustig ha dato alle stampe un libro dal titolo *Sugar, the bitter truth* nel quale racconta la storia dello sciroppo di glucosio-fruttosio con la geopolitica sullo sfondo. Analizza la parziale pericolosità di questo ingrediente che dagli anni sessanta è entrato a gamba tesa nell'industria alimentare, prima negli Usa e poi nel resto del mondo. E mette in guardia dalla sua sostituzione con il saccarosio, lo "zucchero nascosto" alla base di molti cibi ultra-trasformati. Che in comune hanno, a chi non ci è abituato, gusti estremizzati, dal troppo salato al troppo dolce. Gusti ai quali, però, ci si abitua con facilità.



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

CUORE ROSA

di Lidia Tamburrino

DONATELLA POSSEMATO



“La chiave del successo della struttura che dirigo deriva dal fatto che ho cercato di calare nell’azienda il mio percorso di vita. Io stessa ho vissuto tutte le problematiche che attraversano la vita delle donne”, racconta la dottoressa Possemato, direttrice della Casa di Cura “Santa Famiglia”, che ha sede nel quartiere Prati, a Roma e presidente della Onlus “Donne for life”

La chiave del successo della struttura che dirigo deriva dal fatto che ho cercato di calare nell’azienda il mio percorso di vita. Sono stata attraversata io stessa da tutte le problematiche che attraversano la vita delle donne”, racconta la Dott.ssa Donatella Possemato, Direttrice della Casa di Cura Santa Famiglia, che ha sede nel quartiere Prati, a Roma e presidente della Onlus “Donne for life”.

E’ stato difficile realizzare quest’impresa, che ora rappresenta una realtà consolidata?

“All’inizio, sicuramente sì. Acquisire una mentalità nuova

non è mai semplice. Significa mettersi in gioco e cercare professionisti della sanità disposti a farlo, a condividere un’esperienza nuova e a dare un esempio. Ci siamo riusciti, con tenacia e con impegno. In qualche modo costituiamo un esempio di buone pratiche all’interno del mondo così variegato della sanità”.

Qual è il vostro know-how?

“Donne for life è un polo di riferimento per le donne a 360 gradi. Intende seguire tutte le tappe dell’esistenza femminile, privilegiando i suoi momenti più fragili, non solo a livello medico-sanitario. Prendiamo in carico storie di donne alle prese con le problematiche più disparate per

dar loro un supporto psicologico, medico, legale, emotivo. “Si parla tanto di incentivare la natalità ma troppo poco di sostegno alle donne, alle madri”, dichiara la presidente Possemato, “eppure è la donna il perno della famiglia, se non sta bene lei tutto il nucleo ne risente. Operiamo in modo trasversale per infondere loro coraggio, speranza. Il primo passo è quello di non farle sentire sole”.

Qual è l'obiettivo principale della Casa di Cura Santa Famiglia?

“Tutelare la salute della paziente, ritenendolo non solo oggetto di attenzioni e cure, ma soggetto con dignità e diritto di scelta. Cerchiamo di offrire una serie di garanzie, che potremmo così sintetizzare: il massimo della sicurezza, sia nell'esecuzione dei trattamenti che nella vigilanza sui malati; un'elevata qualità delle cure, determinata sia dall'alto grado di competenza professionale, che da una particolare attenzione alle condizioni ambientali ed al rapporto umano, improntato alla correttezza, alla gentilezza, alla propensione all'ascolto ed al confronto; un piano di formazione, secondo le direttive dettate dal Comitato Scientifico, che individua gli aggiornamenti formativi per il personale sanitario, con crediti ECM, e per il personale non sanitario, sulla base degli adempimenti normativi ed ai fini del miglioramento continuo; un'ampia disponibilità per i medici, operanti nella struttura, delle più moderne attrezzature, necessarie per effettuare un iter diagnostico-terapeutico quanto più completo possibile; una particolare attenzione al comfort alberghiero. Siamo accreditati con il Servizio sanitario Nazionale – associati all'A.I.O.P. (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e all'Associazione degli industriali (Confindustria) - e abbiamo definito i requisiti dei servizi e gli standard di qualità, con particolare riguardo all'accessibilità, alla trasparenza e all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, alla continuità dell'assistenza medica e infermieristica”.

Come viene trattato l'aspetto ginecologico?

“Forniamo percorsi diagnostici e terapeutici di altissimo livello, dei quali si può usufruire accedendo agevolmente di mattina o scegliendo la consulenza di un professionista di propria fiducia nell'orario pomeridiano. Qualora i trattamenti ambulatoriali non fossero idonei a risolvere l'eventuale patologia e si rendesse necessario un approccio chirurgico, siamo in grado di offrire equipe di chirurghi d'eccellenza per tutti gli aspetti della chirurgia mininvasiva laparoscopica, laparotomica, vaginale e dell'incontinenza urinaria. Le sale operatorie di cui disponiamo, sono all'avanguardia, lo strumentario è continuamente aggiornato, i medici anestesisti sono di grande esperienza ed estremamente competenti. Il reparto di degenza è di nuovissima concezione ed allestito con letti elettrici ed ergonomici, inoltre il personale infermieristico altamente specializzato, offre



un'assistenza continua ed umanizzata. Le pazienti che scelgono di sottoporsi ad un intervento chirurgico presso la nostra Casa di Cura, vengono inserite in lista operatoria in regime di completa convenzione con il SSN, con tempi d'attesa inferiori a quelli pubblici. In alternativa, ci si può avvalere delle nostre molteplici convenzioni con le maggiori compagnie assicurative ed in questo caso, è a disposizione un'area solventi, dedicata alla degenza del regime intramoenia”.

In Italia, la denatalità incide per il 7%. Un dato che si accumula ogni anno. Come affrontate questo tema?

“Noi abbiamo aumentato il numero dei parti, sviluppando un'accoglienza ai problemi diversa rispetto agli altri e lo dico con tutto il rispetto. Le donne possono usufruire del sostegno della maternità sia nella fase della gravidanza che del puerperio secondo le linee guida dell'OMS. Cerchiamo di sostenere una cultura della maternità e del parto che rispetti al massimo le scelte, i desideri, le culture di ogni singola mamma. Crediamo nell'importanza del rispetto dei ritmi fisiologici del travaglio, dell'ascolto della voce della partoriente che più di ogni altra persona può capire quali siano le giuste posizioni e condizioni per il proprio parto. La figura professionale dell'ostetrica o del ginecologo è di un sostegno discreto alla donna/coppia, senza voler imporre schemi prestabiliti e cercando di mantenere un ambiente intimo e familiare. Punti fondamentali del nostro servizio nelle sale parto e nel reparto della casa di cura sono: la centralità della mamma in sala parto, un'assistenza ostetrica discreta e rispettosa della fisiologia e dei desideri della coppia, il clampaggio ritardato del cordone, il contatto immediato pelle a pelle madre bimbo, l'inizio immediato dell'allattamento garantendo la possibilità del “breast crawl”, il rooming in con assistenza in camera all'allattamento (e domiciliare ove richiesto). Quando la donna si veda negata per condizioni preesistenti la possibilità di un parto fisiologico (pregresso taglio cesareo, presentazione podalica) è possibile valutare con il ginecologo la possibilità di aderire al protocollo VBAC (parto naturale dopo cesareo)



o tentare un rivolgimento manuale del feto podalico in ambiente ospedaliero e quindi nelle condizioni di massima sicurezza”.

Come funziona l'Unità Operativa di Neonatologia?

“E' composta da 10 Medici specialisti in Neonatologia, Pediatria e Chirurgia Neonatale. I Neonatologi garantiscono turni di guardia di 24/24 ore e assicurano la loro presenza ad ogni parto, sia spontaneo che operativo. Ci avvaliamo di un organico di Vigilatrici di Infanzia e Puericultrici, specializzate per le cure del neonato sano e malato. L'Unità e' composta da una sezione per il neonato sano e da una di Patologia Neonatale. Nella prima trovano accoglienza i neonati sani che per esigenze temporanee devono essere allontanati dalla madre (visite pediatriche o specialistiche, controlli predimissioni, problemi postpartum materni, ecc), mentre nella Patologia Neonatale vengono ricoverati i neonati affetti da patologie insorte dopo il parto. Nella nostra struttura e' possibile assistere i neonati affetti da patologie che non richiedano assistenza intensiva, quindi possiamo curare nella nostra struttura, senza separare i piccoli dalla mamma, patologie come la prematurita', il basso peso alla nascita, le infezioni, gli itteri patologici e tutte le altre patologie neonatali minori. Prima della dimissione i neonati effettuano tutti i test e gli screening necessari a garantire la loro salute presente e futura. Oltre ad effettuare gli Screening Metabolici, la Visita Oculistica, L'ECG e lo Screening Audiometrico, il personale medico e infermieristico, prima della dimissione, si occupa di informare ed aiutare le mamme riguardo le procedure di allattamento e di cura dei piccoli. Dopo 2 giorni dalla dimissione i genitori sono invitati a tornare in Clinica per controllare, gratuitamente, le condizioni del bambino, l'andamento dell'allattamento, il controllo del peso ed eventuale controllo della bilirubina totale (Ittero), che eseguiamo senza fare il prelievo al neonato, con un apparecchio dedicato. Le mamme che

dopo il rientro a casa avessero difficoltà sull'allattamento al seno possono rivolgersi al nostro personale anche nei giorni successivi, evitando di trasformare la dimissione in “abbandono” della coppia mamma-bambino. Prima del parto vengono organizzati Corsi di preparazione al parto, ai quali partecipa anche il Neonatologo”.

Quanti sono gli ambulatori specialistici e come funzionano?

“Per l'ADOLESCENZA, uno staff di professionisti è a disposizione, a partire dal primo ciclo mestruale (menarca), delle ragazze per aiutarle a prendere coscienza del proprio corpo e della propria sfera emotiva, per affrontare le problematiche: alterazioni del ciclo mestruale, squilibri

ormonali, mestruazioni dolorose (dismenorrea), sessualità contraccezione, tutela della fertilità futura ponendo particolare attenzione alla attività fisica ed al comportamento alimentare. Un altro ambulatorio si occupa dell'ALLATTAMENTO AL SENO. Con l'ambulatorio di ANGIOLOGIA si può fare prevenzione, per evitare rischi di eventi acuti come ictus, embolia, aneurismi e molti altri. Un gruppo composto da ginecologi ed ostetriche si occupa, raggiunte le 37 settimane, di MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA A TERMINE. L'ambulatorio della MENOPAUSA E GINECOLOGIA ESTETICA offre la diagnosi e la terapia dei disturbi e delle patologie presenti. E' dedicato al sostegno della maternità in tutte le sue fasi l'ambulatorio di GINECOLOGIA DOLCE, mentre l'ambulatorio di FISIOPATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO si occupa della diagnosi e del trattamento dell'incontinenza urinaria e delle alterazioni della statica pelvica. Infine, sono presenti l'ambulatorio PEDIATRICO, quello della DIAGNOSI PRENATALE e la CONSULENZA PSICOLOGICA, uno spazio e un tempo di ascolto rivolto alle gestanti, alle neomamme, alla coppia, in un percorso individualizzato di sostegno alla gravidanza, al parto, al post-partum e all'allattamento”.

In sintesi, può elencare i vostri successi?

“Volentieri. Il primo è la sinergia lavorativa tra le tante persone che lavorano nella nostra struttura, che conta 70 posti letto. Una sinergia che produce ottimi risultati di bilancio. Mettiamo al mondo il primo bambino che nasce in Italia ogni anno. Siamo orgogliosi del fatto di essere stati scelti per alcune iniziative prestigiose, tra le quali mi lasci ricordare la “giornata per i poveri” indetta da Papa Francesco. A questo proposito, devo sottolineare che la nostra struttura è scelta da persone abbienti, ma la nostra filosofia ci porta a considerare la moglie di un calciatore alla stessa stregua di una donna di origine rom. E' questa, credo di poter dire, la nostra forza”.



Associazione per la Lotta alla Trombosi
e alle malattie cardiovascolari

Via Lanzone, 27 - 20123 Milano

tel. 02. 58 32 50 28 | alt@trombosi.org | www.trombosi.org

Il 5x1000 ad ALT

Trombosi è: Infarto, Ictus ed Embolia.
Colpisce il doppio dei tumori.
Si può **evitare** almeno in un caso su tre
con l'**informazione**.

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE)

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c.1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97052680150**

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA
Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

.....istiche riconosciute

Sostieni ALT

che da 30 anni lavora per il bene di molti.

Nella prossima dichiarazione dei redditi metti la tua firma e il

CODICE FISCALE 970 526 801 50

DIGICEUTICI

UN'APP AL GIORNO (NON) TOGLIERÀ IL MEDICO DI TORNO

“Le prescrivo un’app”. No, non è fantascienza. Negli Stati Uniti d’America i medici possono prescrivere le “app” alla stregua dei farmaci. Parola di Fda (*Food and drug administration*). L’ente regolatorio americano ha già approvato alcune applicazioni digitali che possono essere indicate dal medico curante al paziente nell’ambito di un percorso terapeutico.

Si tratta dei cosiddetti “*digiceuticals*”, termine nato dalla crasi di *digital* e *therapeutics* e che in italiano suona come “digiceutici”. Vere e proprie cure che devono dimostrare la loro efficacia attraverso studi clinici, come avviene per i medicinali tradizionali.

Si badi bene: non si tratta delle circa 350.000 applicazioni digitali dedicate al benessere dell’utente, che si limitano a registrare asetticamente parametri biometrici. I digiceutici vanno ben oltre, perché sono progettati e utilizzati per curare o gestire una patologia.

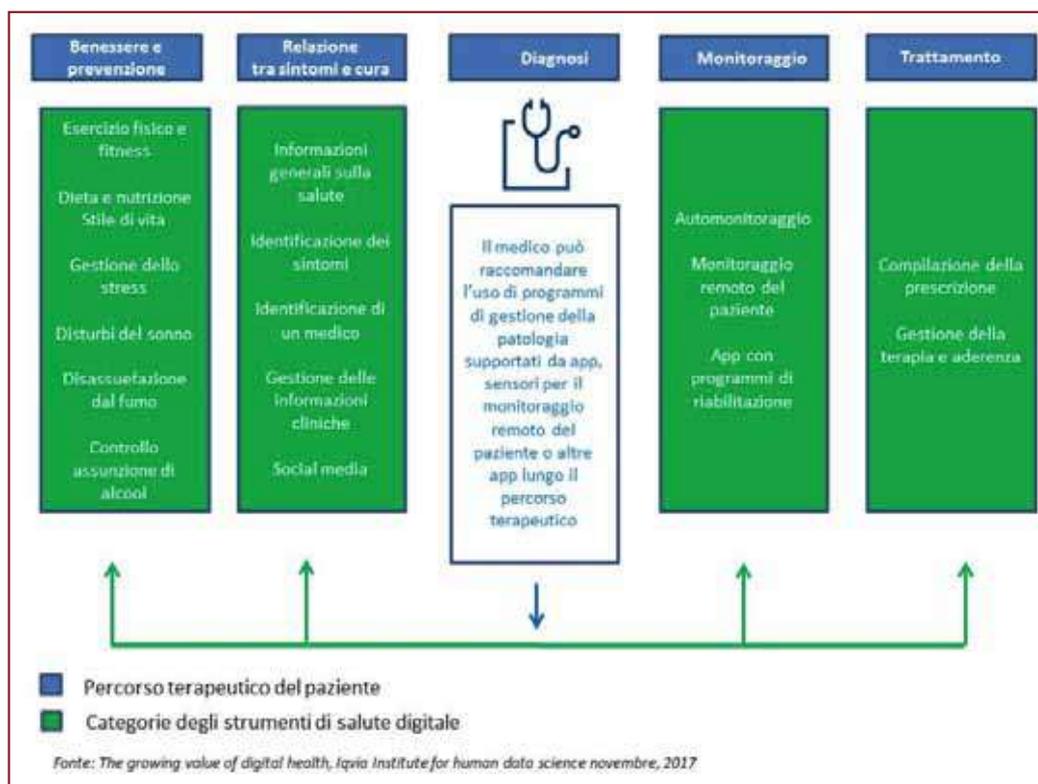
Sviluppati prevalentemente per essere impiegati in ambito psichiatrico-comportamentale e cardiovascolare, o per la gestione di malattie del sistema nervoso centrale e dell’apparato muscolo-scheletrico, secondo gli esperti i digiceutici più efficaci hanno una caratteristica comune: quella di poter interagire sia con il paziente che con il medico curante.

Con o senza medico?

In alcuni casi l’uso dell’app è vincolata alla prescrizione dello specialista. Ne è un esempio uno dei primi digiceutici approvati negli Usa, l’app “Resest” sviluppata da Pear Therapeutics per conto di Sandoz, divisione della big pharma Novartis impegnata nella produzione di medicinali equivalenti e di biosimilari. Studiata per trattare la dipendenza da cocaina e altre sostanze stupefacenti, questa app serve per modificare il comportamento dei pazienti promuovendone l’astinenza. Il meccanismo d’azione di questo farmaco virtuale è semplice. L’utente può scaricare l’app direttamente dalla Rete, ma può utilizzarla solo attraverso un codice di sblocco consegnato dal medico. Una volta iniziato, il percorso terapeutico dell’app deve essere seguito al pari di una cura vera e propria: 61 unità (pillole) di terapia da fruire (prendere) quattro volte a settimana, per tre mesi. Dopo 90 giorni l’app termina il suo funzionamento e per un’eventuale prosecuzione occorre un nuovo codice di sblocco che può fornire solo il medico.

Diverso invece il caso dell’Apple Watch 4, lanciato sul mercato alla fine dello scorso anno. Tra le varie app rese disponibili da questo orologio digitale c’è quella, approvata dalla Fda, che permette di fare un elettrocardiogramma (Ecg) a chi lo indossa. Senza alcuna indicazione medica. “Cool” direbbero Oltreoceano. E, in effetti, questa funzione desta qualche perplessità, considerando che può rilevare anomalie nel ritmo cardiaco quali ad esempio la fibrillazione atriale, una delle anticamere dell’ictus. Tuttavia, evidenziano gli esperti, un Ecg classico è a 12 derivazioni che corrispondono a 12 elettrodi posizionati sul paziente, mentre l’iWatch è in grado di fornire solo la traccia utile a evidenziare le aritmie cardiache. Inoltre non mette l’utente in collegamento con il medico, che potrebbe interpretare il valore del dato restituito dal *device*. Con il rischio di generare falsi positivi, inutili preoccupazioni per chi lo usa e anche un’eccessiva medicalizzazione dovuta ad accessi inappropriati al pronto soccorso.





Un atto medico per l’empowerment del paziente

Ecco che il valore aggiunto dei digiceutici può trovare la sua massima espressione quando l’utente ne fa uso in stretta collaborazione con un medico.

In questo modo si riesce a raggiungere quello che in gergo si definisce “empowerment” del paziente. Cioè si dà la possibilità a chi è affetto da una patologia di essere il protagonista del proprio percorso di cura, grazie alla comprensione delle dinamiche e delle strategie che governano la terapia e grazie anche al supporto dell’operatore sanitario che può intervenire quando l’utilizzatore necessita di aiuto.

Indipendentemente dal livello di innovazione tecnologica che sarà introdotta da app e digiceutici, resta imprescindibile il tradizionale rapporto di fiducia e dialogo che lega a doppio filo medico e paziente.

È certo che l’uso di questi nuovi strumenti terapeutici deve essere governato dall’operatore sanitario, al pari di qualsiasi terapia tradizionale. Prescrivere un’app deve rimanere un atto medico, sottolineano gli esperti. Perché un’app al giorno, no, non toglierà il medico di turno.

C.M.B.

L’esperienza italiana

La migliore efficacia dei digiceutici si raggiunge quando il Sistema sanitario è parte integrante del loro processo di sviluppo, validazione e successivi approvazione e utilizzo. Anche in Italia si stanno muovendo i primi passi in questa direzione. In Trentino, ad esempio, l’assessorato alla Salute e Politiche Sociali della provincia autonoma di Trento in collaborazione con l’azienda provinciale per i Servizi sanitari e sotto la gestione tecnico-scientifica della fondazione Bruno Kessler, ha dato vita all’app TreC. Dedicata alle persone con diabete, permette al paziente di tenere un diario digitale dei parametri biologici relativi alla

malattia e di ricevere supporto nella gestione della patologia attraverso alcune funzioni “intelligenti” dell’app (conteggio bolo, conta carboidrati, ecc.). Non solo. L’utente può condividere i dati con gli operatori sanitari, con i quali può comunicare attraverso un sistema di messaggistica integrato e può imparare la conta dei carboidrati grazie a un’app educativa basata sul cioè un percorso formativo costruito sull’apprendimento ludico. Viceversa il medico può essere avvertito se l’andamento glicemico del paziente è anomalo, così da potergli inviare dei promemoria sull’uso dell’insulina o fissare visite ambulatoriali.



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 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it

Il valore della trasparenza

di Carlo Maria Buonamico

RAFFAELLO CARNA'



Analizziamo la situazione insieme a Raffaello Carnà, Carnà&Partners - Consulente volontario di Transparency International Italia

Come si è evoluta nel tempo l'irregolarità delle procedure in ambito sanitario?

Questo settore negli anni è stato protagonista di casi di corruzione anche gravi. L'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) nel 2015 ha analizzato i rischi nella sanità e, dopo aver trattato il comprensibile rischio clinico, ha tratteggiato la possibile relazione tra rischio sanitario e rischio corruzione. Ha, altresì, esemplificato le possibili aree e modalità di commissione (ad esempio, incarichi e nomine, attività libero professionale ecc.).

Nel tempo il settore è stato destinatario di regolamentazioni

Il tema della transparency è sempre più attuale.

Onu, Consiglio d'Europa e Transparency International aggiornano le proprie considerazioni rispetto a quanto la corruzione sia ancora presente nei diversi Stati del mondo.

Il nostro Paese pare uscito dalla voragine corruttiva percepita che lo posizionava agli ultimi posti delle classifiche internazionali. Segnale che è in atto un'inversione di tendenza, grazie a un cambio culturale sostenuto anche dalle leggi entrate in vigore che rendono più difficile mettere in atto pratiche corruttive, che però persistono ancora. Anche nel campo della salute

via via più stringenti finalizzate, in larga parte, a far emergere e contrastare le situazioni di conflitto di interesse tra operatori sanitari e aziende private.

Sul fronte di queste ultime si registra una sempre maggiore attenzione ad improntare i rapporti con la sanità pubblica in modo corretto.

Si nota, infatti, un percorso evolutivo nelle interazioni favorite anche dalle associazioni di categoria, che impongono ai propri associati livelli di compliance sempre più alti, e dalle disposizioni del d.lgs. 231/2001 in materia di responsabilità amministrativa degli enti.

Nel 2018 si è registrato un aumento di segnalazioni rilevanti di irregolarità rispetto al 2017 ricevute da Alac (Allerta anti corruzione di Transparency Italia) nell'ambito della sanità pubblica. Si tratta di un



TRANSPARENCY INTERNATIONAL ITALIA

Associazione contro la corruzione

effettivo aumento della casistica o di una tendenza a denunciare di più?

La sanità pubblica è un settore molto complesso ed eterogeneo. Si presta, più di altri, ad essere terreno fertile di segnalazioni.

Si noti, tuttavia, che 34 segnalazioni sull'universo della sanità pubblica non rappresenta un campione significativo. Ce ne saranno state di sicuro altre, rivolte ai canali istituzionali di ciascun ente e di cui non conosciamo la statistica.

È un dato, però, che evidenzia una maggiore sensibilità e propensione a segnalare non necessariamente legata ad un incremento della casistica patologica.

Il report "A voce alta" di Alac indica l'aumento delle segnalazioni provenienti da enti pubblici (non solo in ambito salute). La stessa cosa non vale per i soggetti privati. Forse per una legge sui whistleblower che tutela di più chi denuncia nel pubblico rispetto al privato?

L'istituto del whistleblowing in Italia nasce, sotto il profilo normativo, nel settore pubblico. La legge 190/2012 cosiddetta "legge anticorruzione" ha introdotto l'art. 54-bis nel d.lgs. 165/2001 (Testo unico sul pubblico impiego), che disciplina la "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti".

Con la legge 179/2017, si è potenziata, rendendola molto organica, la disciplina del whistleblowing nel settore pubblico e si è introdotta nel privato tramite integrazioni all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001.

Tuttavia, la tematica della segnalazione di comportamenti illeciti si rinvia, prima della legge 179/2017, nell'applicazione - non obbligatoria - delle disposizioni previste dal D.Lgs. 231/2001, che ha introdotto la responsabilità amministrativa degli enti. Nei modelli organizzativi delle aziende c'è infatti un paragrafo dedicato alle segnalazioni a favore dell'Organismo di

vigilanza e alla conseguente tutela del segnalante da ritorsioni e/o discriminazioni. Si trattava, tuttavia, di una protezione su base volontaristica non necessariamente godibile dal segnalante.

Inoltre, nelle affiliate italiane di gruppi multinazionali è frequente l'esistenza di un sistema di whistleblowing che, al fine di garantire il segnalante e favorire le investigazioni interne, è gestito a livello globale nonché tramite piattaforme di terze parti idonei a rendere anonimo il whistleblower.

Il Testo unico bancario, all'art. 52 bis, dispone che le banche adottino procedure per la segnalazione, da parte del personale, di fatti che possano costituire una violazione delle norme disciplinanti l'attività bancaria. In tale contesto è garantita la riservatezza e la protezione dei dati personali del segnalante e del soggetto segnalato, nonché la tutela da condotte ritorsive.

Attualmente, la legge 179/2017 interviene direttamente sul d.lgs. 231/2001, aggiungendo tre nuovi commi all'art. 6 mediante i quali è sancito che:

- i modelli organizzativi devono prevedere canali che consentano ai destinatari di presentare segnalazioni circostanziate di condotte illecite rilevanti;
 - i canali di segnalazione devono garantire la riservatezza dell'identità del segnalante;
 - deve essere previsto almeno un canale alternativo idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;
 - sono vietati atti ritorsivi quali il licenziamento ritorsivo o discriminatorio.
 - l'ente deve implementare il sistema sanzionatorio con riferimento a chi viola le misure di tutela nonché a chi effettua segnalazioni, con dolo o colpa grave, infondate.
- Tuttavia, la legge non dispone per le società che non hanno implementato quanto previsto dal d.lgs. 231/2001 la cui adesione non è obbligatoria (salvo rare eccezioni). Inoltre, la normativa per il settore privato difetta di organicità, anche nella governance delle segnalazioni. Ad esempio, a differenza di quanto avviene nel pubblico, non è sancito quale persona, organo o funzione aziendale debba riceverle.

Sempre più stringenti regolamentazioni permettono di far emergere e contrastare i conflitti d'interesse

EMICRANIA, MIGRAINE RELIEF ROOM

NASCE IL NUOVO PROGETTO NOVARTIS
PER CONTRASTARE QUESTA PATOLOGIA NEUROLOGICA

di Carlo Maria Buonamico

Non chiamiamola solo “mal di testa”. L’emicrania è una vera e propria patologia invalidante, che colpisce sei milioni di persone in Italia, 4 su 6 sono donne. A fotofobia, fonofobia, impossibilità a concentrarsi e a svolgere normali attività quotidiane si possono associare anche stordimenti e svenimenti. Gli attacchi possono durare anche 5 o 6 giorni e possono verificarsi in qualsiasi momento, anche in ambito lavorativo, causando difficoltà a svolgere le proprie attività finanche a esserne totalmente impossibilitati.

Oggi le aziende hanno a disposizione una soluzione per alleviare il malessere e il dolore che i propri collaboratori possono provare in ufficio.

Il design corre in soccorso all’emicrania: il progetto di Novartis

In occasione della *Design week* di Milano, Novartis ha presentato il progetto “Migrainbow” per promuovere nelle aziende la consapevolezza sociale sull’emicrania e proporre soluzioni per la sua gestione in ambito lavorativo. È nata così l’installazione “Reimagine Medicine: re-Design migraine”, un percorso in tre stadi sviluppato dal designer Davide Radaelli, che ha permesso ai visitatori di capire cosa prova la persona colpita da emicrania all’interno della “*migrain experience room*”; la necessità di sentirsi protetta dagli elementi esterni – luce, rumori e sollecitazioni di varia natura – che possono acuire il dolore all’interno della “*migrain protection room*”; e, infine, trovare un luogo - la “*migrain relief room*” - dove poter decomprimere e cercare di alleviare il proprio dolore.

Quest’ultima stanza è un prototipo proposto per dare sollievo a chi viene colto da emicrania sul lavoro. L’obiettivo più ampio è di sensibilizzare la popolazione aziendale sull’emicrania, che non deve essere banalizzata



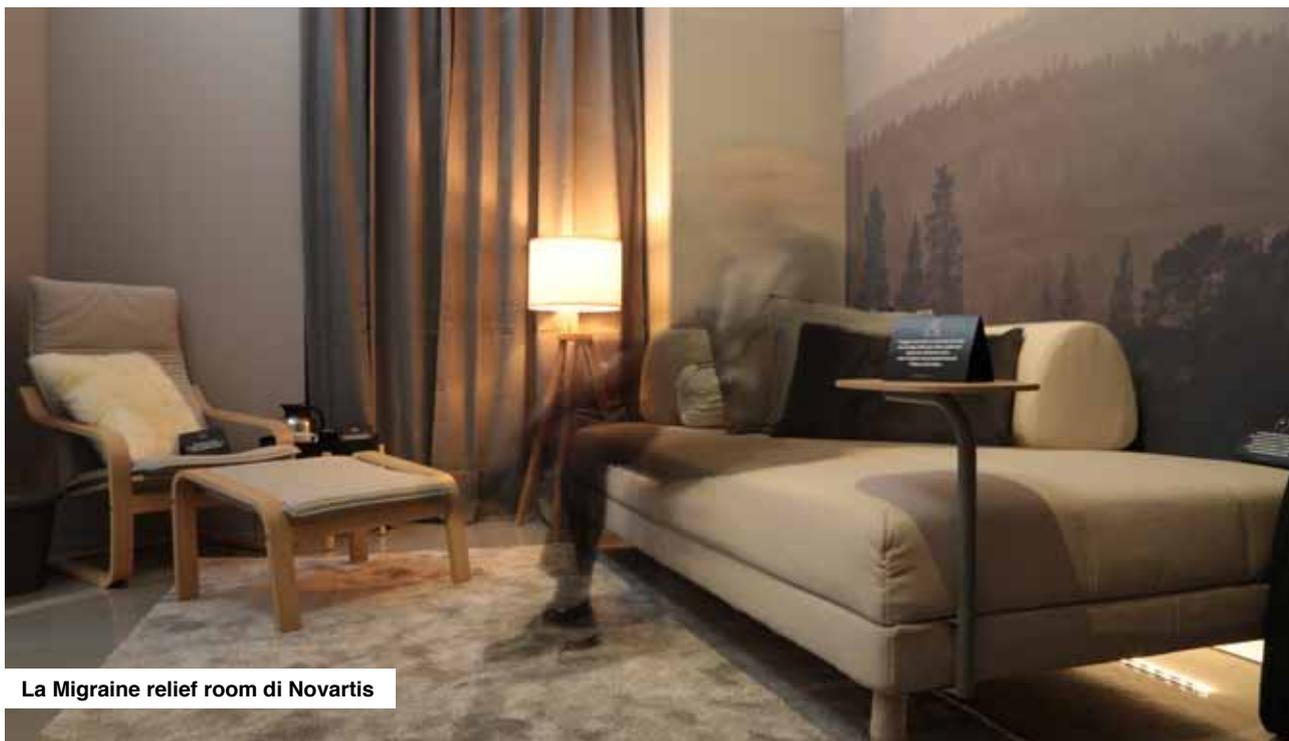
e considerata un “mal di testa” ma una patologia neurologica, spesso ignorata e sottovalutata, dai risvolti negativi in termini di riduzione della produttività lavorativa (presentismo) e di tempo di lavoro mancato (assenteismo).

Una stanza per fuggire dal dolore

In cosa consiste la “*migraine relief room*”? È un ambiente realizzato seguendo le indicazioni dei pazienti, che hanno portato al concepimento di un locale protettivo, dai colori neutri. Al pari della luce, i colori possono rappresentare un elemento di disturbo in caso di emicrania. Tutto deve

di emicrania si sforzano di essere produttive, ma hanno bisogno di migliorare la gestione dei sintomi e di avere maggiore comprensione da parte di parenti e amici, oltre che dei colleghi di lavoro>>.

Considerando che questa malattia interessa in particolare la fascia della popolazione in età lavorativa tra i 35 e i 45 anni, essa rappresenta un problema che si ripercuote gravemente anche a livello economico: 16,8 giorni lavorativi persi ogni anno dagli uomini che soffrono di emicrania, 13,6 dalle donne. Secondo il Cergas Bocconi,



La Migraine relief room di Novartis

essere soft: tende per oscurare la luce o per lasciarla filtrare delicatamente; cuscini e coperte con diverse consistenze per trovare riparo; un tappeto morbido per camminare a piedi nudi o per sdraiarsi.

Cose semplici, quasi domestiche, che permettono la realizzazione di questo tipo di ambiente in qualsiasi azienda e a costi contenuti.

Perché in azienda?

Vien da chiedersi perché le aziende dovrebbero predisporre questo angoletto riparato per i dipendenti; di fatto per far passare il mal di testa basta un “cache?” o poco più.

È qui che ci si sbaglia, spiega il professor Piero Barbanti, responsabile dell’unità per la cura e la ricerca su Cefalee e Dolore dell’Ircs San Raffaele Pisana di Roma e presidente eletto della Associazione neurologica italiana per la ricerca sulle cefalee: <<L’emicrania viene spesso considerata solo un mal di testa, ignorando il profondo impatto sulla vita quotidiana. Nonostante vivano in condizioni fortemente invalidanti, le persone che soffrono

ciò determina una perdita di 1.524 euro all’anno in termini di produttività per ogni malato. Cifra che, sommandosi ai 1.100 euro per prestazioni sanitarie, ai 236 per assistenza formale e ai 1.492 per l’assistenza informale fa sì che questa malattia costi alla collettività ben 4.352 euro annui per ogni paziente. A cui si aggiunge anche un costo di 464 euro di spesa privata per farmaci o trattamenti non coperti dal Ssn.

Se le aziende seguissero l’idea proposta da Novartis, una parte dei costi sociali dell’emicrania si potrebbero evitare e si ridurrebbe la sofferenza fisica dei malati. Se spunteranno tanti “bozzoli” in cui il dipendente potrà rifugiarsi quando la testa scoppia lo vedremo nei prossimi mesi. Quel che è certo è che se le imprese riusciranno ad alleviare gli effetti di questa patologia sui propri collaboratori si avrà una minore interruzione dell’attività lavorativa e un miglioramento della sfera emotiva del paziente. In ultima analisi una migliore performance del dipendente, anche a vantaggio del datore di lavoro.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



Eureka,

lampadina che si illumina, start-up che nasce

Le nuove società al servizio della salute

di Carlo Maria Buonamico

Innovare nel mondo della salute può significare scoprire nuove molecole da inserire nelle *pipeline* delle aziende farmaceutiche e trovare soluzioni per rispondere a bisogni di cura non ancora soddisfatti, i cosiddetti “*unmet needs*”. Tutto parte dalla scintilla che scocca nella mente di una persona che a volte non si occupa già di farmaci e sanità, ma che si trova a dover risolvere un problema contingente, e poi decide di costruire una nuova attività imprenditoriale intorno all’idea che ha dato risposta a quell’esigenza.

Uomini lungimiranti chiamati *startupper*, che come dei capitani coraggiosi sfidano il mercato di riferimento per far decollare la propria idea. Termine quanto mai appropriato, ad esempio, per ABzero la creatura di Giuseppe Tortora e Andrea Cannas che hanno messo a punto un drone per la consegna di farmaci, sangue e possibilmente organi. Lampadina che si illumina, start-up che nasce. Le realtà innovative da portare a conoscenza degli operatori della salute e dei cittadini sono moltissime.

Tra le tante, la Quicklypro fondata da tre fisioterapisti





-Niccolò Sala, Manuel Rocco e Francesco Rusnati che hanno ideato un dispositivo medico che guida la camminata del paziente con Parkinson grazie a *feedback* visivi proiettati al suolo. O la Pharmaprime, nata dall'idea di quattro venticinquenni romani e guidata dal Ceo Luca Buscioni. L'idea è quella di consegnare a domicilio farmaci e prodotti della farmacia attraverso dei *rider*, col vantaggio di trovare sempre il prodotto richiesto al prezzo migliore grazie a un *software* integrato con i gestionali delle farmacie aderenti che permette di conoscere disponibilità e prezzo della referenza. Con il vantaggio di una consegna entro 40 minuti. Il tutto anche in aree remote, in virtù della sinergia con Abzero che mette a disposizione di Pharmaprime i propri droni. Perché anche per le start-up l'unione fa la forza.

Ancora, Experenti capitanata dal Ceo Amir Baldissera, che propone un bugiardino 4.0 che sfrutta la realtà aumentata e virtuale per semplificare la comprensione e l'utilizzo di farmaci e *medical device*: inquadrando la confezione con lo *smartphone* si attiva l'infermiera-avatar che fornisce con video tutorial le informazioni sul prodotto e ricorda gli orari della terapia; o Software Studios, diretta dal neurobiologo e Ceo Vincenzo Megale, che sviluppa tecnologie digitali immersive per il benessere, valorizzando le necessità psico-emotive dei pazienti, che ha lanciato Tommi, il videogame che aiuta i bambini malati a ridurre ansia e percezione del dolore.

Ma come nasce l'idea di fondare una startup in un contesto come quello italiano carente di politiche favorevoli agli investimenti per lo sviluppo industriale e all'innovazione? Dice Baldissera: «L'ecosistema economico italiano non agevola lo sviluppo come avviene in altri paesi, inutile negarlo. Ma gli imprenditori sono sognatori incoscienti. I nostri interlocutori restano sempre stupiti quando diciamo che lo sviluppo *software* è completamente italiano. Le nostre università e i centri di ricerca sfornano ingegneri e informatici che non hanno nulla da invidiare ai colleghi

esteri». Concorde Megale: tutto «nasce dalla volontà di trasformare una passione e un *team* in una realtà concreta, capace di fornire valore alla società. Il contesto politico ed economico non è certo ottimale, ma chi intraprende un percorso imprenditoriale inizia sempre un viaggio fatto di sfide, rischi e incertezza. Senza questi ingredienti non esiste innovazione. Anzi, il *mindset* di base di ogni imprenditore è essere cacciatore di problemi da risolvere». In effetti, gli ostacoli da superare sono molti, ma è possibile avere successo. Anche secondo Cannas: «Nel nostro caso una prima barriera da affrontare era quella ingegneristica che nel 2014 limitava di molto le prestazioni dei droni; un secondo ostacolo era, ed è a tutt'oggi, quello normativo e di contesto. Il problema è riuscire a far metabolizzare a dirigenti, medici e pazienti una nuova metodologia di trasporto che da un lato favorisce e dimezza gli esborsi per la pubblica amministrazione (Pa) e dall'altro velocizza il trasporto, a tutto vantaggio delle persone che aspettano. In Italia ci sono molti programmi sia privati che pubblici, che aiutano lo sviluppo tecnologico dei "piccoli" che hanno alto valore tecnologico. La riprova è testimoniata da alcuni programmi che ABzero si è aggiudicata tra cui il *contest* privato di Axa Italia #natiper e il programma Por Fesr della Regione Molise. La politica per lo sviluppo industriale e tecnologico dal 2017 ad oggi ha avuto una discreta crescita». E poi si può cercare la consulenza delle strutture deputate a sostenere i progetti innovativi. Come è successo a Quicklypro che, spiega Sala, «è supportata dall'incubatore d'Impresa di Bergamo, che aiuta a comprendere le criticità dell'idea di impresa al fine di superarle. A ciò si affiancano le difficoltà nel processo di brevettazione e, nel nostro caso, il reperimento di competenze che supportino lo sviluppo ingegneristico del prodotto. Anche gli aspetti finanziari sono un nodo da sciogliere. Per ora siamo ricorsi solo all'autofinanziamento, ma è nostra intenzione trovare nuova linfa attraverso una campagna di *crowdfunding* aperta anche agli investitori istituzionali. Ciò per consentirci di produrre il dispositivo, attualmente in fase di R&S, inizialmente con un partner esterno, ma con l'intenzione di portare *in-house* anche la fase produttiva». E se è vero che l'idea di impresa è fondamentale per avere successo, «in realtà, l'elemento principe che viene valutato dai finanziatori è la solidità del *team*», afferma Baldissera. «La credibilità, l'esperienza pregressa dei fondatori viene considerata critica per predire il successo o meno di un progetto imprenditoriale». Senza dimenticare la solidità scientifica, su cui deve poggiare una soluzione innovativa dedicata alla salute, come dice Megale: «Il nostro Tommi nasce con una missione: promuovere l'impatto sociale

e umano della tecnologia digitale. Penso che l'aspetto che ci ha premiati fin dall'inizio è stato lavorare per unire soluzioni *software smart* e innovative come il rigore della ricerca scientifica». E senza trascurare la vastità della platea a cui l'innovazione si rivolge. «Attualmente stiamo chiudendo un accordo con un fondo istituzionale che crede nella nostra idea principalmente perché i destinatari del nostro servizio sono potenzialmente tutti i cittadini e per il fatto che le aziende farmaceutiche sono nostri partner: esse promuovono il nostro servizio di reperimento e consegna dei farmaci presso il medico, riuscendo a supportare l'accesso al farmaco da parte dei pazienti stessi e migliorandone quindi l'aderenza alla terapia», illustra Buscioni. «Innovazione senza compromessi, automazione e semplificazione delle procedure, e sicurezza» è invece la ricetta del successo secondo Cannas. «La nostra intuizione - aggiunge - è stata quella di non concentrarci sulla progettazione dei droni (che sono "soltanto" i vettori), ma di sviluppare una nostra tecnologia che pilota e preserva la qualità e il valore del bene trasportato. Non essendo legati alla tecnologia drone abbiamo sempre a disposizione droni di ultimissima generazione ai quali viene collegata la nostra capsula intelligente per il trasporto. Il valore aggiunto sul quale aziende, finanziatori e Pa scommettono è proprio questo: la versatilità e la certezza di effettuare trasporti sempre ai massimi livelli di qualità e sicurezza».

Ecco allora che risulta vincente riuscire a comunicare efficacemente il valore della propria innovazione a tutti i protagonisti della salute - pazienti, medici, istituzioni e *payer* - ognuno con interessi differenti, ma collegati. Ma come fare? Una strada da percorrere può essere quella di avere all'interno del proprio *team* un caleidoscopio di competenze differenti. «Grazie alla nostra squadra, formata da ricercatori medici, ingegneri biomedicali, sviluppatori e innovatori in ambito business, riusciamo a fare emergere una sensibilità professionale in grado di cogliere criticità e opportunità nei diversi ambiti della salute, dialogando consapevolmente con i vari *stakeholder* e proponendo soluzioni in linea con le loro richieste e necessità», dice Megale. Un'altra opportunità è rappresentata, ad esempio, dall'essere in grado di soddisfare le richieste di informazione delle strutture sanitarie. «Grazie al prototipo

e alle evidenze scientifiche, riusciamo a dialogare positivamente anche con i *payer* ospedalieri. Il fatto che noi ideatori siamo operatori sanitari del settore di riferimento ci permette di rispondere a tutte le domande tecniche, e non, che i nostri interlocutori ci pongono per poter comprendere il valore dell'innovazione che proponiamo», spiega orgogliosamente Sala.

Ci chiediamo, infine, quale sia la formula d'oro per distinguersi e avere successo nel tempo, in un mercato sempre più competitivo. «L'unico modo per competere è offrire un servizio distintivo, qualitativamente eccellente sotto diversi punti di vista», afferma Buscioni prendendo a esempio la propria realtà, che riesce a essere «competitiva sui tempi di consegna anche rispetto ai *big player* dello *shopping online*, consegnando farmaci e prodotti della farmacia in 40 minuti contro le 24 ore o più dei *competitor*». Il "su misura" è invece la chiave di volta secondo Baldissera, nel caso in cui le soluzioni offerte non siano brevettabili: «Non vendiamo semplice tecnologia, ma progetti di *mixed reality* che si integrano nelle attività dei clienti portando valore aggiunto. Pertanto costruiamo un rapporto fiduciario con le realtà con cui lavoriamo che va oltre il semplice *software*; diventiamo parte della squadra del cliente portando innovazione e miglioramento delle performance misurabili».

L'importante, in ogni caso, è avere fiducia nella propria idea e non mollare se ci si crede veramente. Senza cedere anche ai colpi «più pericolosi per il morale di ogni start-up. Come quando, al primo concetto che esprimi, c'è sempre qualcuno che ha un cugino che ci aveva pensato cinque anni prima di te», suggerisce Cannas. «L'unico modo che noi abbiamo trovato per andare avanti è stato quello di insistere ed avere noi per primi la convinzione che quello che facciamo cambierà le cose».



INFEZIONI OSPEDALIERE, COME AFFONTARE LA SITUAZIONE

di *Caterina del Principe*

C'è un killer che produce in Italia morti maggiori degli incidenti stradali. In base ai dati diffusi dall' European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), sono 8mila le morti italiane provocate dalle infezioni ospedaliere, contro i 3mila morti sulla strada.

Il dato è emerso in occasione di un convegno che si è svolto a Roma presso il Senato, alla fine dello scorso mese di maggio, intitolato "Focus sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere", al quale hanno partecipato medici, infermieri e associazioni di malati e che aveva l'obiettivo di individuare strumenti e modalità per affrontare questo problema.

E' un tema di cui in Italia si discute da oltre trent'anni, che ora è diventato un'emergenza. Si contano circa 530.000

casi l'anno (dato rilevato al 2018). Viene stimato che i pazienti avrebbero una probabilità del 6% di contrarre le infezioni durante il ricovero ospedaliero, come infezioni urinarie, respiratorie, infezioni del sito chirurgico.

I fattori di quest'emergenza sono molteplici.

Il primo è da individuare nella resistenza agli antibiotici, uno dei problemi più gravi della salute pubblica. Un problema difficile da gestire, che nel tempo ha portato ad uno sviluppo consistente di malattie infettive resistenti. Da questo punto di vista, l'Italia è fanalino di coda, tra i Paesi europei, insieme alla Grecia. E' molto cresciuto il numero di infezioni resistenti per lo più ai carbapenemi, una classe di antibiotici a largo spettro usati comunemente in ospedale: dalle stime sono usati troppo e in forma





inadeguata. Dal 2007 le morti correlate all'antibiotico-resistenza sono aumentate di 2,5 volte e in Italia di 3,6 volte. Il secondo fattore è legato alla criticità dovuta all'assistenza sanitaria, che colpisce in modo rilevante i pazienti più "fragili", con un'età superiore ai 65 anni. Costituiscono veicoli di batteri l'utilizzo di sistemi sempre più invasivi per l'organismo umano, come gli interventi chirurgici, i cateteri, gli strumenti endoscopici. E' molto scarsa la prevenzione, rispetto, ad esempio, al contatto diretto e indiretto da persona a persona, tramite le mani, ai colpi di tosse o all'utilizzo di oggetti contaminati (oggetti comuni, strumenti diagnostici o assistenziali). Se si attuasse la prevenzione (la pratica del lavaggio delle mani, il riscaldamento del paziente durante un'operazione chirurgica, l'uso di medicazioni in grado di tenere sotto controllo eventuali infezioni dovute all'accesso venoso attraverso il catetere), i fattori di rischio si ridurrebbero in maniera consistente.

Le conseguenze dell'infezione sono anche di carattere economico: i costi di trattamento di una singola infezione vanno dai 5 ai 9 mila euro; in Europa il costo annuale di queste infezioni è stimato attorno ai 7 miliardi di euro.

Come affrontare questa situazione così grave?

Nel 2017, il Ministero della Salute ha pubblicato il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, fissando il percorso che le istituzioni nazionali, regionali e locali, devono compiere per un miglior controllo della resistenza agli antibiotici e sottolineando l'importanza della sorveglianza, allo scopo di disporre di dati validi e rappresentativi per monitorare le resistenze nel tempo.

Dopo due anni, il 18 gennaio 2019, il Ministero della Salute ha emesso la circolare "Sistema nazionale di sorveglianza sentinella dell'antibiotico-resistenza (AR-ISS) - Protocollo 2019", che aggiorna il protocollo della sorveglianza AR-ISS, attiva dal 2001 con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il Protocollo prevede di avvalersi di una rete di laboratori ospedalieri di microbiologia, i quali, su base annuale, inviano i dati di sensibilità agli antibiotici (ottenuti nella routine di laboratorio) per alcuni patogeni, rilevanti dal punto di vista epidemiologico e clinico, al Laboratorio nazionale di riferimento presso l'ISS. I dati della sorveglianza AR-ISS confluiscono, come dati rappresentativi dell'Italia, nella sorveglianza europea EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network), coordinata dall'ECDC, e poiché nel corso del 2018 l'Italia si è candidata alla partecipazione al sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza GLASS, organizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, già dal 2019 i dati della rete AR-ISS potrebbero confluire anche in quest'altra rete internazionale. Il nuovo protocollo - che sarà aggiornato annualmente - include anche un documento che esplicita il set di requisiti minimi che i laboratori partecipanti alla sorveglianza devono possedere, allo scopo di definire gli standard minimi di qualità per i laboratori diagnostici che forniscono dati alla sorveglianza AR-ISS.

Ci si deve augurare che attraverso questo Protocollo, il Piano Nazionale entri a far parte definitivamente dei programmi condivisi e applicati da Regioni e Ospedali. Senza la realizzazione di quest'obiettivo, le infezioni ospedaliere costituiranno - si può ben dire - un flagello in costante aumento.



12 Line

ALLA SCOPERTA DELL'
ASMR

FOTO: Pierrick VAN-TROOST

12 Life Selection: Risposta Automatica del Meridiano Sensoriale, o come è più conosciuta, ASMR

di Marco Solda'

Sono sempre di più le persone che traggono benefici dalla pratica ASMR, anche grazie agli 'artisti' specializzati in questa tecnica -alcuni di loro propongono video su Youtube che oscillano tra i 6/10 milioni di visualizzazioni totali- e tanto se ne discute sia on line, sia negli ambienti scientifici.

L'ASMR è descritto generalmente come una sensazione di calore che dalla testa scende lungo la schiena, appena sentiamo qualcuno che ci parla a bassa voce, emette suoni onomatopeici e non, accompagnando il tutto con gesti lenti e precisi.

Per fare un esempio, è la sensazione che potremmo provare dal barbiere o dal parrucchiere. Siamo seduti sulla comoda poltroncina, coperti da un leggero telo, con gli occhi chiusi.

Siamo sottoposti al massaggio e digito pressione della cute durante il lavaggio, percepiamo le attenzioni di qualcuno che si sta prendendo cura di noi... I piccoli tocchi delle dita sulla nostra pelle, il rumore leggero e veloce della forbice, dell'acqua vaporizzata, dell'asciugatura...

Nel preciso momento siamo rilassati, siamo completamente appagati, i nostri sensi sono stimolati, proviamo sensazioni di calore e formicolii: stiamo sperimentando l'ASMR

Si iniziò a studiare l'ASMR nel 2013, collegandola alla Sinestesia (l'associazione sensoriale che porta a vedere suoni e colori) e grazie agli studi di **Nick Davis** e **Emma Barratt** si è dimostrato che gli effetti benefici sulla salute di cuore, pressione e sollievo dal dolore, sono immediati nei soggetti che sperimentano l'ASMR.

In principio gli studi furono effettuati raccogliendo informazioni tramite un questionario on line, al quale rispose un centinaio di persone; le sensazioni sembravano coincidere tra tutti i partecipanti.



Photo by Christopher Campbell

La descrizione fu precisa per tutti: "Una sensazione di calore e formicolio che parte da collo, attraversa le scapole, e scende per la colonna vertebrale".

Con il tempo gli studi furono più approfonditi ed effettuati con tecniche sempre più precise e mirate. Gli input che causano l'ASMR vennero battezzati "Triggers", 'grilletti' che azionano il processo di rilassamento.



Photo by Austin Ban

Riguarda l'esperimento effettuato nel Settembre del 2018 da lui stesso insieme con gli scienziati, **Bryson Lochte**, **Sean Guillory** e **William Kelley** con l'intento di rispondere a un quesito diffuso:

'Che succede nel nostro cervello quando si manifesta L'ASMR?'

Sono stati selezionati 10 partecipanti (con un'età media 24 anni) di diversa provenienza, successivamente sottoposti a risonanza magnetica durante sollecitazioni specifiche.

I partecipanti hanno scelto i video contenenti i triggers a loro più congeniali.

Prima della scansione cerebrale,

Ma è così per tutti?

L'università di Sheffield, UK, condusse un sondaggio durante un convegno a proposito delle sensazioni provate durante l'ascolto dei tiggers ASMR: la maggior parte dei partecipanti diede il feedback già registrato in precedenza. E lo stesso accadde in più parti del mondo, senza differenze di sesso, età o estrazione sociale.

Oggi è ufficialmente dimostrato che gli effetti dell'ASMR sono reali; è evidenziato anche dal recente studio che la dottoressa Giulia Poerio ha pubblicato a proposito, esaltandone i benefici: durante la sperimentazione del fenomeno, misurazioni effettuate sui soggetti studiati, hanno mostrato come l'ASMR riduca la frequenza cardiaca (3,14 battiti al minuto in meno), abbassi il livello di stress, combatta malinconia e tristezza nelle persone soggette a stati depressivi, sia utile contro il dolore neuronale, favorisca la respirazione e il sonno.

Il dottor Craig Richard ha invece fondato l'**ASMR University**, un portale online nel quale si possono trovare tutte le informazioni riguardanti l'ASMR, i suoi benefici, le tecniche e le pratiche per raggiungere l'effetto desiderato. Sono molteplici le attività ASMR, dalle registrazioni vocali, a quelle di suoni tanto comuni quanto inconsueti se presentati come trigger, sino ad arrivare al gioco di ruolo: dottori, assistenti di volo, fidanzate e fidanzati che si prendono cura dello spettatore che li osserva dalla ripresa in soggettiva. Craig Richard è anche l'autore del libro "Brain Tingles", una guida per ritrovare la calma, il sonno e la pace sensoriale ed emotiva praticando l'ASMR.

Ci colleghiamo alla pagina della **ASMR University**, dove tra tanti articoli e studi riguardanti l'ASMR, troviamo una pubblicazione del dottor Craig Richard del 23 Dicembre 2018.



Photo by Cassandra Hamer



Photo by Kasper Rasmussen

sono stati isolati da qualsiasi sollecitazione collegata all'ASMR per 48 ore.

Durante la scansione, i soggetti potevano premere dei pulsanti in base alle sensazioni provate, come formicolio, calore, e altre sensazioni. Contemporaneamente si sono registrati i trigger relativi ai feedback fisici.

Le scannerizzazioni sono state poi confrontate e analizzate. Tra tutti, è emerso un dato significativo: varie aree del cervello sono state attivate dai trigger durante vari momenti della visione dei video scelti e utilizzati dai partecipanti all'esperimento.

I risultati suggeriscono che i video ASMR attivino regioni cerebrali precedentemente osservate e già conosciute, (come quelle provate durante esperienze come il legame sociale), e possano sollecitare la produzione di dopamina, ossitocina, endorfine e altri neurotrasmettitori associati a comportamenti affiliativi.

Questa è solo una delle tante ricerche che sono state effettuate sino ad oggi, e sono molte le testimonianze delle persone che hanno tratto comprovati benefici dalle tecniche ASMR. Il riconoscimento ricevuto dagli scienziati e ricercatori che hanno studiato e avallato i benefici dell'ASMR, ci portano a pensare che presto, questa nuova 'cura' non invasiva, possa essere utilizzata a sostegno delle terapie farmacologiche e chirurgiche. Inoltre, l'effetto sul dolore neuropatico e/o cronico, è un'ottimo elemento da abbinare a cure palliative e di natura medica. Insomma, da quello che è stato scoperto sino ad ora, L'ASMR si candida ad essere una innovativa pratica, che produce risultati eccellenti, senza controindicazioni.



Photo by Vero Photoart

Nella sezione 12 Life del nostro sito troverete approfondimenti, video e molto altro materiale a compendio di questo articolo.

Vi aspettiamo su www.ore12italia.eu

METTI ALLA PROVA LA SCIENZA DEGLI ASMR:

LA NOSTRA **WEB TELEVISION 12 LIFE** PROGRAMMA
PER TUTTA LA NOTTE, SINO AL MATTINO, OLTRE 4 ORE
DI SPECIALI ALL'AUTONOMOUS SENSORY MERIDIAN RESPONSE

*I BENEFICI SONO GIÀ STATI APPURATI.
SCOPRI I TALENTI ASMR CHE ABBIAMO SELEZIONATO ESPRESSAMENTE PER TE.*

WWW.ORE12ITALIA.EU/WEB-TV/





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.

DCBeadLUMI™

La prima sfera radiopaca a eluizione di farmaco

UN NUOVO LIVELLO DI CONTROLLO



VISIONE

Possibilità di vedere le sfere durante e dopo il trattamento



PRECISIONE

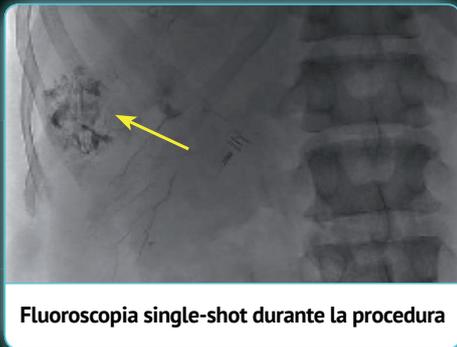
Procedura più precisa e controllata rispetto alle tecniche attualmente disponibili¹



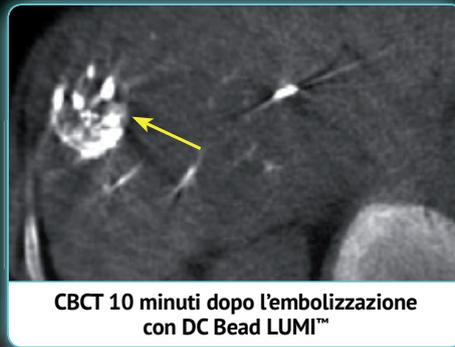
SICUREZZA

Fiducia nel trattamento di successo del paziente

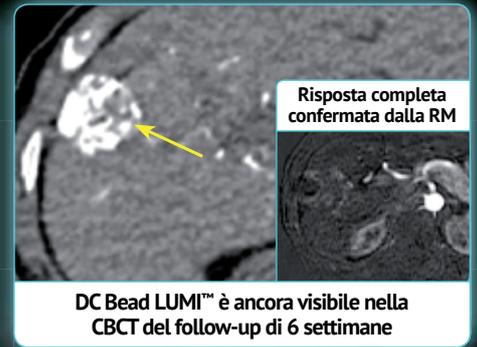
LUMI-TACE di un carcinoma epatocellulare isolato di 4,6 cm con più vasi che lo alimentano



Fluoroscopia single-shot durante la procedura



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



Risposta completa confermata dalla RM

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

www.dcbeadlumi.com

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

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

* "Prima" si riferisce alla disponibilità commerciale

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

Imagine where we can go.



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

btg-im.com

HD HealthDefence s.p.a.

DISTRIBUTORE LAZIO e CAMPANIA

Via Portuense, 959 - 00148 Roma - tel 0665002930 - fax 0665003101 - commerciale@healthdefence.it