

ORE 12 SANITÀ
ITALIA

**Chirurgia urologica,
un robot in reparto**

**I nuovi trattamenti
endovascolari mininvasivi**

**L'ultima frontiera
della radiologia**

**Medicina,
luce del Medioevo**

**I GUERRIERI
ANTI-CORONAVIRUS**



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 065922067 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • www.violatech.it

Hic et nunc

Lotta al Coronavirus, un pasticciaccio brutto

di *Pietro Romano*

Ha fatto il giro della rete il racconto rimbalzato da un quotidiano nazionale della triste storia di una giovane donna morta per non aver potuto continuare le sue cure anti-tumorali all'epoca dell'epidemia, e della sanità orientata quasi esclusivamente alla lotta contro il virus. Come spesso accade nell'informazione contemporanea, però, il singolo, e drammatico, caso ha oscurato una realtà macro ben meno lacrimosa e ben più agghiacciante. Una realtà fatta di condanne a morte in corsia (inflitte da un medico o da un giudice, la sostanza non cambia), di eliminazione fisica di malati decisa a tavolino secondo fasce di età o di patologie sofferte, di mancata tutela di intere categorie professionali, medici e infermieri in primis, ma non solo. Una realtà fatta, soprattutto, di morti aggiuntive né da coronavirus né con il coronavirus ma da psicosi da coronavirus.

Duecentomila e più sarebbero i morti per le restrizioni imposte dall'amministrazione sanitaria britannica, secondo esperti vicini al governo del Regno Unito. Acqua al mulino del premier conservatore Boris Johnson, nemico del confinamento o dell'ibernazione, come lui preferiva chiamarla? L'ufficio di Sanità pubblica francese ha pubblicato a sua volta uno studio statistico dal quale si rileva che la stragrande maggioranza dei dipartimenti transalpini non ha mostrato un eccesso di mortalità durante i mesi del confinamento e anche prima (l'indagine parte dal 2 marzo). Nell'indagine si dice anche, tuttavia, che al momento non si conosce l'incidenza di morti a causa sia del rallentamento nelle attività mediche, soprattutto di prevenzione, sia della crisi e del lockdown, effetto della depressione psichica compresa. La situazione non cambia da un capo all'altro del mondo, tranne in Cina. Un Paese esemplare, all'apparenza, ma anche un Paese dove la trasparenza è quasi inesistente. E' complicato credere ai dati di Pechino...

Per valutare l'effettiva portata dell'epidemia, quindi, bisognerà attendere statistiche più compiute? La politicizzazione dell'emergenza, e soprattutto del modo in cui è stata affrontata dai governi, la rende speranza vana agli occhi di chi redige questa nota. L'Italia, su tale fronte, è esemplare, purtroppo. Lo dimostra il caso della

Lombardia. E' evidente che la classe dirigente ha affrontato il virus in maniera superficiale. Ma questa superficialità ha accomunato la politica, l'impresa, il sindacato, la cultura. Invece, complici i mezzi di comunicazione al solito partigiani, le colpe sono state addossate su una sola parte. Non cambia, comunque, a ruoli inversi, la situazione del presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, denunciato a sua volta per epidemia colposa. Un po' eccessivo?

Caso mai, le colpe di Conte sono altre. Essere stato a sua volta superficiale a inizio epidemia, non aver voluto chiudere le frontiere, non aver finanziato la Irbm di Pomezia (che è dovuta "emigrare" a Londra per ricevere finanziamenti) ora motore del più avanzato progetto di vaccino, essere adesso lassista nei confronti di quanti arrivano dall'estero, diversi dei quali colpevoli di aver riattivato l'epidemia. Soprattutto non si capisce, a voler essere benevoli, il suo accanimento nel mantenimento dello stato di emergenza, un macigno lungo la strada della ripresa italiana, che offusca il ruolo internazionale del nostro Paese. Un ruolo, a sua volta, già offuscato dai sostenitori del Mes, il meccanismo di aiuti europei (altro debito aggiunto) utile a ristrutturare il sistema sanitario nazionale sotto rigoroso controllo straniero. Come se l'Ssn fosse derelitto, quando fino alla vigilia dell'epidemia era considerato tra i migliori in Europa. Non solo. Inoltre, come mai tanti che lodano la capacità italiana di affrontare la crisi, ora vogliono intervenire profondamente sulla sanità italiana? Una contraddizione evidente.

Ammesso, e non concesso, che questi fondi siano necessari, allora, non si capisce nemmeno come mai l'Italia non si sia battuta perché nell'ambito del Recovery Fund rimanesse l'Health Fund, un fondo per le spese sanitarie. A meno che la delegazione italiana non avesse confuso health con wealth, pensando che fosse un fondo per aiutare i ricchi. Da gente che disquisisce di Russia mediterranea e di spiagge afgane, come hanno fatto in questi giorni esponenti di primo piano della maggioranza politica, ci si può attendere di tutto.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12economia.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

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

Giuseppe Capua è responsabile UOSD Medicina dello Sport presso l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista economica

Michele Gallucci è professore ordinario di Urologia presso l'Università La Sapienza di Roma

Mirna Moro è giornalista

Daniilo Quinto è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di una giornalista economica

Flavia Scicchitano è giornalista

Francesco Sisinni, già alto dirigente pubblico e docente universitario, ha fondato con Giovanni Spadolini il ministero dei Beni culturali

Lidia Tamburrino è giornalista

Felice Vincenzi è lo pseudonimo di un giornalista economico

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

Warning

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi diritto non raggiunti o impossibili da rintracciare



Publicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.183 del 22/11/2018.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

1	HIC ET NUNC
5	LA LETTERA
7	TROMBOEMBOLISMO VENOSO
11	MEDICI IN PRIMA LINEA
14	IL CORAGGIO DEGLI INFERMIERI
17	INFERMIERI IN PRIMA LINEA
20	UNIMPRESA
23	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
26	UROLOGIA, CHIRURGIA ROBOTICA
29	CHIRURGIA UROLOGICA
SOM	



32

Cnr disabilità
Ricerca e Tecnologia



42

Psicologi, psicoterapeuti
ed educatori



35

SPORT E BENESSERE
UN BINOMIO
VINCENTE

41

UMAMI

45

MEDICINA, LUCE
DEL MEDIOEVO

37

IL PLASMA

SEGUICI SU:
WWW.ORE12ITALIA.EU



TWITTER
ORE12GROUP



FACEBOOK
ORE12GROUP



LINKEDIN.COM
COMPANY/ORE12



ISTAGRAM
@ORE12ITALIA



LA NOSTRA APP
WWW.ORE12ITALIA.EU/12APP

MARIO



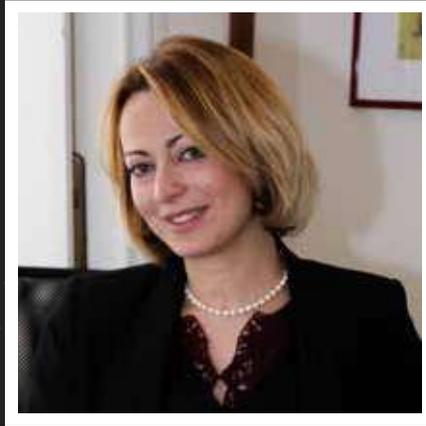
CI VUOLE IMMAGINAZIONE PER RENDERE LA SCIENZA PIÙ INNOVATIVA

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.

• NUMERO 3 •



Uno dei problemi emersi nella “vicenda” del Coronavirus è stato certamente la mancanza di chiarezza, che si è protratta nel tempo e che per certi versi è riscontrabile anche in questa cosiddetta fase due o tre, come la si voglia chiamare.

La mancanza di chiarezza è stata determinata dal fatto che ci si trovava di fronte ad un virus dalle caratteristiche e dagli effetti sconosciuti. Nonostante questo – è inutile nascondere – anche autorevoli esponenti del mondo scientifico si sono avventurati a dare spiegazioni, amplificate dai mezzi d’informazione, che spesso si contraddicevano o si contrapponevano l’una con l’altra.

Non è un fenomeno avvenuto solo in Italia. Autorevoli riviste scientifiche internazionali hanno dovuto ritirare pubblicazioni apparse in questi mesi. Ad esempio, sono stati pubblicati e poi subito ritirati lo **studio che negava l’utilità delle mascherine**, che era stato usato dall’OMS; la ricerca **che identificava il virus nel peritoneo**; gli studi pubblicati sul “New England Journal of Medicine”, relativi agli ace inibitori e quelli che misuravano falsi positivi ai tamponi tra i pazienti asintomatici; due studi di Lancet: quello sulla tossicità della cloroquina e un altro che descriveva **le condizioni di lavoro degli infermieri a Wuhan**.

Nel tentativo di dare risposte, si è usata in buona fede una fretta forse eccessiva, che ha contribuito a generare confusione nell’opinione pubblica, alimentata dalla repentina diffusione delle notizie di nuovi studi, che per essere validati – anche se pubblicati su riviste prestigiose – devono essere, come si sa, ripetibili e sperimentati dagli esponenti scientifici a cui si rivolgono. Considerando i risultati pubblicati di recente di uno studio condotto dai ricercatori dell’Imperial College di Londra – l’esame dei genomi di oltre 7.600 pazienti di tutto il mondo, ha portato alla scoperta di 200 mutazioni del Covid19 – sarebbe più prudente, a nostro avviso, dare interpretazioni più equilibrate rispetto all’evoluzione del rapporto tra il virus e l’uomo ed agli effetti che il trascorrere del tempo provocherà. Nè allarmismi, nè sottovalutazioni, quindi, nè tantomeno divisioni nel mondo scientifico, aiutano ad affrontare quella che a tutti gli effetti può essere considerata ancora un’emergenza – come molte altre conosciute in passato ed altre che verranno, del resto - in attesa della messa in commercio di un vaccino efficace, sul quale si sta impegnando l’intera comunità scientifica internazionale e considerando i protocolli di cura che in questi mesi sono stati sperimentati, anche con efficacia.



ROSA® Brain

L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

TROMBOEMBOLISMO VENOSO ED EMBOLIA POLMONARE

NUOVI TRATTAMENTI ENDOVASCOLARI MININVASIVI

di *Katrin Bove*

Il **tromboembolismo venoso (TEV)** è una condizione medica complessa, definita come la combinazione di due patologie, la Trombosi Venosa Profonda (TVP) e l'Embolia Polmonare (EP) ed è dovuto alla formazione di un coagulo di sangue, detto trombo, nel sistema venoso profondo (negli arti inferiori o superiori, nell'inguine) che ostruisce il flusso sanguigno verso il cuore. Questo coagulo inoltre può staccarsi, diventare un embolo e raggiungere i polmoni, ostruire le arterie polmonari, causando così l'embolia polmonare.

Il tromboembolismo venoso è la terza malattia cardiovascolare più comune e la terza causa di morte, con impressionanti numeri di incidenza: si stimano circa 10 milioni di casi ogni anno in tutto il mondo e circa 700.000 casi in Europa, con più di 500 mila decessi all'anno. In Italia si verificano ogni anno 150-200 nuovi eventi per 100 mila abitanti e 70-100 ricoveri per embolia polmonare. Tuttavia, questa patologia rimane ancora drammaticamente sottostimata e soprattutto sotto-diagnosticata, malgrado i dati di mortalità (34% dei decessi avvenuti a distanza di poche ore dall'evento; il 59% con diagnosi di embolia polmonare post-mortem; solo il 7% con corretta diagnosi prima del decesso).

Ad affermarlo è il professor. **Antonio Gaetano Rampoldi**, Direttore della

Struttura Complessa di Radiologia Interventistica dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Ca' Granda di Milano.

Qual è il profilo del paziente con TEV?

Il paziente con possibile sviluppo di TEV ha un profilo molto vario per i molteplici fattori di rischio che ne possono determinare l'insorgenza: fattori genetici, familiarità con problemi di coagulazione del sangue, uso di estrogeni e contraccettivi orali, gravidanza, età, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione e tabagismo. Ma anche immobilità, dovuta a lungodegenza in ospedale o a viaggi di lunga durata, traumi



Antonio Gaetano Rampoldi



Figura 1. Il sistema endovascolare ad ultrasuoni EKOS™

o interventi chirurgici; infine cancro, che presenta il rischio di sviluppare trombosi quattro volte maggiore.

Quali sono i sintomi che fanno riconoscere il TEV?

I sintomi dell'embolia polmonare sono solitamente dati da mancanza di respiro, frequenza respiratoria accelerata, dolore toracico, battito cardiaco accelerato, intorpidimento leggero o svenimento. Mentre quelli della TVP sono: dolore, gonfiore, indolenzimento, calore, rossore o perdita di colorito della pelle, la presenza di vene prominenti superficiali nell'arto interessato; tuttavia la TEV può anche essere asintomatica.

Quali sono le cure per la TEV?

L'attuale trattamento più frequentemente impiegato, detto "conservativo" consiste nella somministrazione di terapia anticoagulante ed elasto-compressione con l'impiego di apposite calze elastiche. Tuttavia,

il farmaco può portare all'aumento del rischio emorragico, e, in molti casi, a complicanze a lungo termine, come la sindrome post-trombotica e l'ipertensione polmonare tromboembolica cronica, con un impatto molto grave sulla qualità di vita dei pazienti. In caso di pazienti ad alto-rischio di mortalità sono ora a disposizione modalità endovascolari capaci di rimuovere direttamente il trombo.

In caso di embolia polmonare: in cosa consistono le nuove opzioni terapeutiche?

Queste nuove opzioni terapeutiche consentono di effettuare un trattamento mininvasivo, efficace e sicuro, in grado di rimuovere il trombo dall'arteria polmonare, ripristinare il flusso sanguigno e consentire al paziente di recuperare le normali condizioni emodinamiche. Una di queste procedure endovascolari prevede il posizionamento in sala operatoria di uno/due cateteri all'interno dei trombi

in arteria polmonare; successivamente il paziente è trasferito in Unità di Alta Intensità per monitoraggio durante terapia trombolitica a bassa dose attivata da un sistema ad ultrasuoni.

Con quali strumenti e tecniche si può rimuovere un embolo dai polmoni?

Esiste da tempo sul mercato il sistema EKOS™ dell'azienda Boston Scientific (Figura 1), composto da una consolle a cui vengono collegati cateteri dedicati di varie misure, in grado sia di infondere il farmaco attraverso il corpo esterno, sia di emettere un'onda acustica dall'"anima" interna del catetere stesso (Figura 2). Questa procedura endovascolare consiste nell'inserire una guida, solitamente dalla vena femorale comune, che fa strada al catetere in grado di scorrere su di essa, fino al raggiungimento del trombo, a questo punto viene inserita la parte interna del catetere e collegato il tutto alla consolle. Quest'ultima attiva le due funzioni del catetere: l'infusione del farmaco dai fori distali del corpo esterno, e contemporaneamente, l'emissione di ultrasuoni (onde ad elevata frequenza e bassa energia) dall'anima interna. L'azione combinata di farmaco-onde acustiche aumenta la capacità penetrante del farmaco stesso: il trattamento è più

efficace nella dissoluzione del trombo, nella durata dell'intervento, e soprattutto nella minore quantità di farmaco utilizzato, rispetto alla normale procedura di trombolisi. Il trattamento operato dal sistema EKOS™ è stato ampiamente validato da diversi studi clinici internazionali.

Quali sono i vantaggi di questo trattamento dell'embolia polmonare?

Nel trattamento dell'embolia polmonare è necessario ripristinare le condizioni emodinamiche del paziente: ripristinare il flusso per aumentare l'ossigenazione sanguigna, ridurre la pressione dell'arteria polmonare e il sovraccarico del ventricolo destro. La rapida risoluzione di questi sintomi consente di stabilizzare le condizioni del paziente, evitando complicanze a lungo-termine: le onde acustiche del sistema EKOS™ accelerano l'efficacia del farmaco, riducendone la dose necessaria, i rischi di emorragie, e la durata della procedura stessa. I numeri di incidenza e mortalità imputabili a questa patologia, così come l'impatto delle complicanze a lungo-termine sulla qualità di vita e sulla salute del paziente, rendono ancora più importante e cruciale la diagnosi tempestiva e il trattamento altrettanto rapido ed efficace. Inoltre, la tecnologia EKOS™ è stata utilizzata di recente anche per pazienti COVID-19 con sintomi di grave embolia polmonare, registrando esiti positivi e molto incoraggianti anche in situazioni cliniche di particolare gravità ed emergenza.

Ci può parlare dell'esperienza COVID-19 ed EP nel suo centro?

A Niguarda abbiamo attivato un percorso condiviso (PDTA) per il trattamento di pazienti con embolia polmonare a rischio intermedio-alto con utilizzo del sistema EKOS™. Si tratta di pazienti sintomatici con impegno emodinamico cardiaco del ventricolo destro e danno tissutale (innalzamento del valore di troponina). La nostra esperienza, di due anni, ed i risultati sono estremamente positivi soprattutto in termini di assenza di sintomi a lungo termine. Più recentemente la pandemia di COVID-19 si è presentata, come è noto, con quadri drammatici di polmonite interstiziale multifocali, ma anche con numerose manifestazioni trombo-emboliche arteriose e venose. Numerosi sono stati i casi gravi di embolia polmonare. Anche per questi pazienti, la disponibilità del sistema EKOS™ ha risolto numerose situazioni complesse con minimi rischi di complicanze.

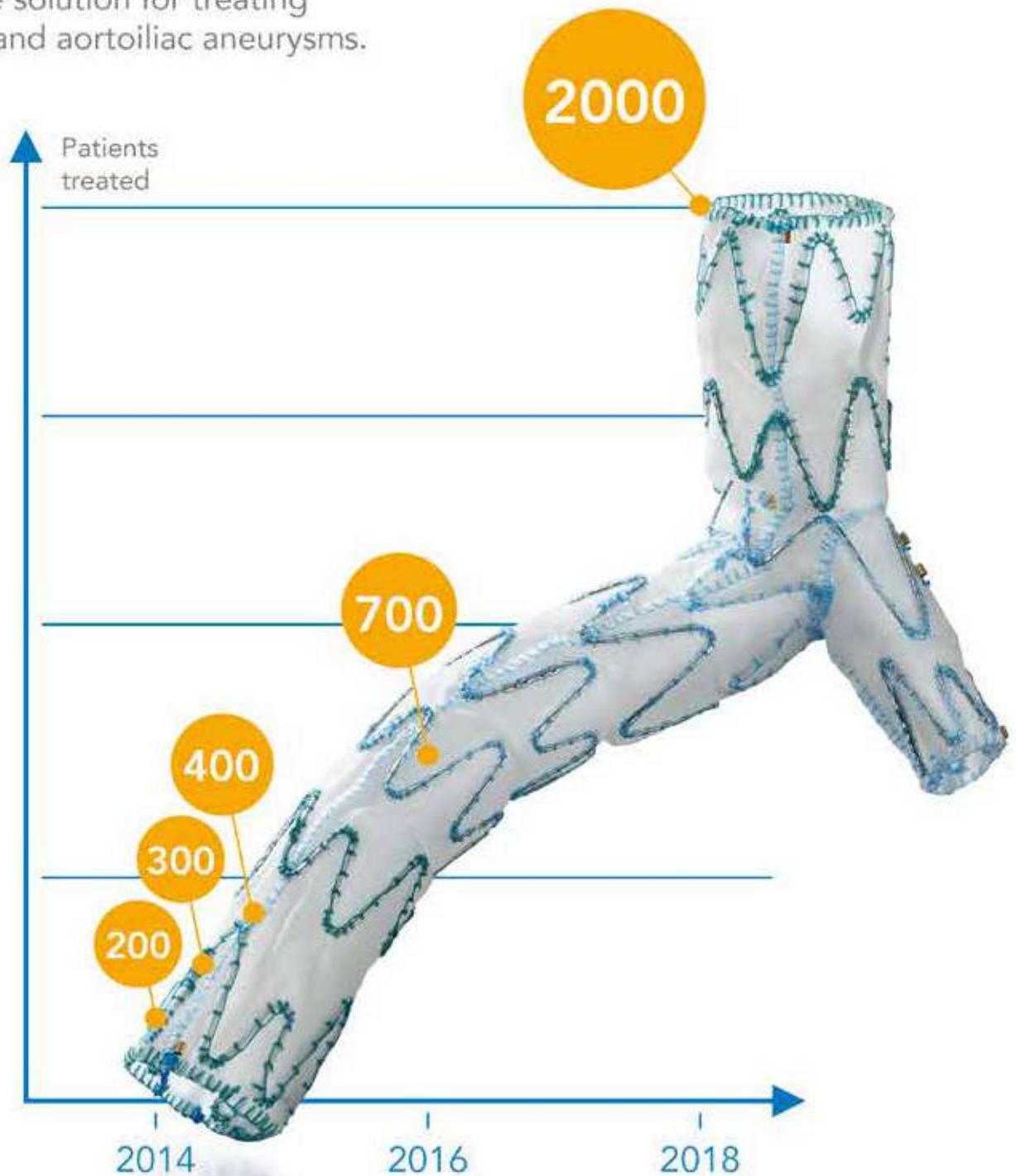


Figura 2. Cateteri del sistema EKOS™

Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.



MEDICI IN PRIMA LINEA

NELLA BATTAGLIA CONTRO IL CORONAVIRUS
QUESTI PROFESSIONISTI HANNO FATTO MIRACOLI.
MA RIMANGONO ALLE PRESE CON I PROBLEMI DI FONDO

di *Danilo Quinto*

Al 30 giugno 2020, è di 171 il bilancio dei medici morti per Covid19 in Italia. L'elenco è pubblicato sul sito della FNOMCeO. Il presidente, Filippo Anelli, commenta: "I morti non fanno rumore, non fanno più rumore del crescere dell'erba, scriveva Ungaretti. Eppure, i nomi dei nostri amici, dei nostri colleghi, messi qui, nero su bianco, fanno un rumore assordante. Così come fa rumore il numero degli operatori sanitari contagiati, che costituiscono ormai il 10% del totale. Non possiamo più permettere che i nostri medici, i nostri operatori sanitari, siano mandati a

combattere a mani nude contro il virus. È una lotta impari, che fa male a noi, fa male ai cittadini, fa male al paese."

L'INAIL ha ricevuto, alla data del 15 giugno, 49.021 denunce di infortuni sul lavoro da parte degli operatori della sanità e dell'assistenza sociale. C'è una diversità da registrare – e da sanare, attraverso un intervento legislativo – tra i medici (ed anche dentisti, farmacisti e tecnici sanitari) che lavorano con contratto in una struttura sanitaria pubblica o privata che hanno preso il Covid dai pazienti e i medici di famiglia e gli operatori che lavorano fuori

da un ospedale. I primi hanno diritto ad un indennizzo dall'Inail (perché il contagio viene trattato come infortunio sul lavoro) in caso di un'inabilità permanente, che in caso di morte viene pagato ai familiari. I secondi, no: pagano volontariamente una polizza assicurativa, che copre i danni da infortuni. A differenza dell'Inail, però, le compagnie assicurative private attualmente escludono che il contagio possa essere considerato un infortunio e non coprono i danni. Lo fanno solo se l'assicurato ha stipulato una polizza specifica anche contro le malattie.

Il Covid19 ha colpito con particolare virulenza, sia in termini di morti che di contagiati, una categoria di professionisti che negli ultimi anni ha sofferto – come sottolinea il recente Rapporto della Corte dei Conti sulla Finanza Pubblica - due fenomeni diversi che hanno inciso sulle dotazioni organiche: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze di personale specialistico. Al 31 dicembre 2018, il personale a tempo indeterminato del SSN era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (41.400 rispetto al 2008). Tra il 2012 e il 2017 il personale dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici si è ridotto di poco meno di 27 mila unità (-4 per cento). Nello stesso periodo, il ricorso a personale flessibile, in crescita di 11.500 unità, ha compensato questo calo solo in parte. La riduzione del personale ha assunto caratteristiche e dimensioni diverse tra Regioni in Piano di rientro e non. Nelle prime, il personale a tempo indeterminato si è ridotto di oltre 16.000 unità, ma con differenze accentuate tra regioni: riduzioni particolarmente forti (tra il 9 e il 15%)

nel Molise, nel Lazio e in Campania. Solo poco inferiori quelle di Calabria e Sicilia, mentre Abruzzo e Puglia hanno contenuto di molto le riduzioni. Nelle Regioni non in Piano la flessione è stata molto più contenuta (-2,4 per cento).

Nel periodo, il personale medico si è ridotto di oltre 3.100 unità (-2,9 per cento). Una variazione in parte compensata da aumenti delle unità a tempo determinato. La flessione dei medici si è tuttavia concentrata nelle Regioni in Piano: 2.867 unità riconducibili soprattutto alle 3 Regioni maggiori, cui sono riferibili riduzioni nelle dotazioni per oltre 2.800 unità. Nelle Regioni non in Piano il numero di medici si è ridotto di sole 242 unità, più che compensate a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (+1220).

La seconda problematica riguarda la carenza di medici specialisti in alcuni specifici ambiti. Per farvi fronte sono stati assunti provvedimenti già con la legge di bilancio per il 2019, per culminare con la previsione di ulteriori interventi nel Patto della salute e nel più recente decreto milleproroghe (d.l.162/2019, art.5-bis).

C'era da affrontare la futura carenza dei medici di medicina generale: oltre il 63% dei 45.000 MMG ha un'età uguale o superiore ai 60 anni e circa 1 su 5 è nella fascia di età 65-70 anni. Sono state adottate misure dirette a favorire sia la possibilità di un numero più ampio di specializzandi, che una più rapida immissione nel mondo del lavoro.

Per quanto riguarda l'immissione nel SSN, il decreto-legge 135 del 2018 (all'art. 9) ha previsto che i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione, possono da subito





partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, salvo poi a decadere dalle graduatorie regionali ove non conseguano il prescritto attestato. Per potenziare la presenza e il ruolo dei MMG sul territorio, sempre il decreto-legge n. 35 del 2019 ha previsto la possibilità d'incrementare il numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale.

Anche per le altre specializzazioni la carenza futura dei medici ha portato a finanziamenti aggiuntivi da destinare ai contratti di formazione specialistica e a favorire l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione di area sanitaria.

E' stata estesa la platea degli specializzandi che possono partecipare alle procedure concorsuali anche a quelli iscritti al penultimo anno di corso per le scuole di specializzazione di 5 anni ed è stata prevista la possibilità dell'assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato - con orario a tempo parziale, in ragione delle esigenze formative - degli specializzandi che si sono utilmente collocati nelle graduatorie. E' stata prevista l'ammissione anche degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e al contempo di prorogare al 31 dicembre 2022 le

**“Cogliamo questa prova
come un'opportunità
per preparare
il domani di tutti”**

disposizioni che prevedono la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali. Al fine di far fronte alla carenza momentanea di medici specialisti, ci si è altresì impegnati a prevedere fino al 2022 la possibilità di consentire ai medici specialisti, su base volontaria e per esigenze dell'azienda o dell'ente di appartenenza, di permanere in servizio anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo e comunque non oltre il settantesimo anno di età.

Come afferma la Corte dei Conti, l'Italia è in cima alle graduatorie europee: operano in Italia 3,9 i medici per 1000 abitanti contro i 4,1 in Germania, i 3,1 in Francia e i 3,7 in Spagna. In Italia, per questa categoria si conferma (anche grazie al blocco del turn-over) un incremento dell'età media del personale: ha più di 55 anni oltre il 50% degli addetti, la quota più elevata in Europa e superiore di oltre 16 punti alla media Ocse; si tratta in prevalenza di medici specialisti. Ciò è alla base della fuga dal Paese di un rilevante numero di soggetti: negli ultimi 8 anni, secondo i dati Ocse, sono oltre 9.000 i medici formati in Italia che sono andati a lavorare all'estero. Regno Unito, Germania, Svizzera e Francia sono i mercati che più degli altri hanno rappresentato una soluzione alle legittime esigenze di occupazione e adeguata retribuzione quando non soddisfatte dal settore privato nazionale. Una condizione che, pur deponendo a favore della qualità del sistema formativo nazionale, rischia di rendere le misure assunte per l'incremento delle specializzazioni poco efficaci, se non accompagnate da un sistema di incentivi che consenta di contrastare efficacemente le distorsioni evidenziate.



Il coraggio degli infermieri

*GLI ITALIANI SI SONO FINALMENTE ACCORTI
DI QUESTA CATEGORIA EROICA, IN ALTRI PAESI
TENUTA IN GRAN CONTO ANCHE SOCIALMENTE.
SAREBBE IL MOMENTO DI DIS-OBBLIGARSI CON LORO*

di Lidia Tamburrino

“Sono un’infermiera e in questo momento mi trovo ad affrontare questa emergenza sanitaria. Ho paura anche io, ma non di andare a fare la spesa, ho paura di andare a lavoro. Ho paura perché la mascherina potrebbe non aderire bene al viso, o potrei essermi toccata accidentalmente con i guanti sporchi, o magari le lenti non mi coprono nel tutto gli occhi e qualcosa potrebbe essere passato”.

E’ l’incipit di un post su Instagram pubblicato da un’infermiera all’inizio dello scorso mese di marzo. In piena emergenza da Covid-19. Il post è corredato dalla

sua foto, che mostra il volto segnato profondamente dai solchi prodotti dalla mascherina, indossata per troppe ore e continuativamente nella corsia dell’Ospedale.

Dignità, scrupolo, professionalità, coraggio. Sono questi i valori che l’intero mondo infermieristico italiano – assieme a quello medico – ha praticato e trasmesso a tutto il Paese durante la prima fase, drammatica, dell’emergenza.

Anche nella fase successiva, l’abnegazione degli infermieri è stata in molti casi commovente. Ha raccontato un’infermiera nei primi giorni di giugno: “Siamo stanchi, stressati, devastati dal lavoro incessante di ogni turno,

è come se l'orologio girasse due volte e rimani bardato con tuta, guanti, maschere, occhiali, tutte le protezioni necessarie tanto che ti lasciano il segno. Non riesci neanche a bere o ad andare in bagno finché non finisci il lavoro e quel 'Grazie' per l'assistenza data è tutto, è il piccolo gesto che ti fa andare avanti. I pazienti hanno bisogno di assistenza continua e anche se adesso sono pochi i malati in fase acuta, sono per lo più cronici, sono estubati, ma che respirano con altri device e quindi necessitano comunque di assistenza continua. Sono disorientati, si sentono persi e dobbiamo rassicurarli: riescono ad interagire ma molto poco, hanno bisogno di tutto il nostro aiuto. Dipendono totalmente da noi infermieri e quando ti dicono 'grazie' anche solo perché gli hai asciugato la fronte o la bocca o anche solo perché gli stringi la mano e con un sorriso dici loro 'forza che insieme la superiamo!', è commovente, ti riempie il cuore, ti dà la forza di andare avanti e di non mollare e non si può mollare perché sono pazienti che soffrono tanto e a lungo, 15 o 20 giorni di fila, non riescono a respirare sono stremati e qualcuno purtroppo non ce la fa".

Dovremmo ricordare bene queste testimonianze quando leggeremo del prossimo episodio di violenza di cui sarà vittima un infermiere. Sì, perché è bene ricordare che gli infermieri sono i più colpiti dalla violenza che si manifesta sugli operatori sanitari. Ogni anno, circa 5mila

infermieri subiscono violenze fisiche o verbali: circa 13-14 al giorno. In base ad una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata, l'89,6% degli infermieri – in prima linea nel triage ospedaliero che "accoglie" i pazienti e li smista nella struttura con tempi spesso lunghi non dovuti però alla professionalità dell'operatore, ma all'organizzazione – è stato vittima di violenza fisica, verbale, telefonica o di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro. Da un'indagine condotta con un questionario online dal sindacato degli infermieri Nursing Up, a cui hanno risposto sul sito 1010 iscritti in 9 mesi di somministrazione, da ottobre 2018 a luglio 2019, circa un infermiere su 10 ha subito violenza fisica sul lavoro nell'ultimo anno e il 4% riferisce di essere stato minacciato con un'arma da fuoco. Il 79% sono donne.

Il prezzo che hanno pagato gli infermieri durante l'emergenza Covid è stato molto alto. Il Rapporto elaborato dall'Inail sui contagi sul luogo di lavoro da nuovo Coronavirus registra - per il periodo tra fine febbraio e il 4 maggio - 37.352 casi. La maggiore esposizione al rischio è stata quella del personale sanitario e socio-assistenziale: la categoria degli infermieri riguarda il 43,7% dei casi segnalati (e il 18,6% dei decessi), seguono gli operatori socio-sanitari (20,8%), i medici (12,3%) e gli operatori socio-assistenziali (7,1%). I casi di morti registrati sono stati 40. Alcuni di loro erano in servizio

presso strutture per anziani, altri nell'ambito delle strutture di emergenza, altri ancora in "area critica". Sono anche da registrare 4 casi di suicidio nell'ambito del personale infermieristico.

Italia ci sono 445.000 persone iscritte agli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche e all'Albo nazionale detenuto dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Sanitarie: 12.000 sono pediatrici, circa 4000 lavorano in Polizia o nelle Forze Militari; 64.000 sono i liberi professionisti in attività; 270.000 quelli che lavorano nel Servizio Sanitario Nazionale pubblico; 130.000 quelli che lavorano in ambito privato.

Sono 5,8 ogni mille abitanti (i dati si riferiscono al 2018-2019). Un numero molto più basso della media Ocse, che è 8,8. La Norvegia è prima per numero di infermieri, che sono addirittura 17,7 ogni mille abitanti, poi segue la Svizzera che ha 17,2. A breve distanza troviamo





l'Islanda (14,5), la Finlandia (14,3), la Germania (12,9), l'Irlanda (12,2) e gli Usa (11,8). Il Regno Unito presenta una media più bassa, pari al 7,8. Non va meglio a Spagna, Polonia, Grecia e per la Turchia: sono in fondo alla classifica Ocse con una media di 2,1.

L'Ocse valuta anche un altro aspetto: il rapporto tra medici ed infermieri. E l'Italia, su questa aspetto, è una delle ultime al mondo. Ci sono, infatti, 1,5 infermieri per medico. Solo 10 Stati fanno peggio dell'Italia sui 36 presi in considerazione dall'Ocse. Il Paese con il rapporto più alto è il Giappone (4,7), davanti all'Irlanda (4,5).

Gli infermieri che lavorano in ospedale guadagnano circa 108mila dollari in un anno in Lussemburgo: una cifra inarrivabile per la maggior parte del personale nei Paesi Ocse, dove la media si attesta a 49mila dollari. In Italia la retribuzione è più bassa: scende a 44mila dollari. Va peggio agli infermieri finlandesi (43,1), francesi (42,4), sloveni (40,3) e greci (33,9). In fondo alla classifica c'è la Lettonia, con una retribuzione pari a 17,4 miliardi di dollari.

Sulla questione degli stipenti al personale infermieristico si dibatte da molti anni e questo è un problema, oltre che economico, di rispetto e di dignità da assicurare ad una professione essenziale, com'è stato dimostrato proprio

durante l'emergenza dovuta al Covid-19. Relativamente al periodo di emergenza c'è anche da considerare che agli infermieri che sono stati esposti nelle corsie degli ospedali al rischio-Covid, finora è stato riconosciuto un bonus di soli 100 euro lordi in busta paga, mentre non si è dato seguito da parte dello Stato alla decisione – più volte reiterata – di un premio pari a 2.000 euro, delegando di fatto le singole Regioni a prendere questo provvedimento.

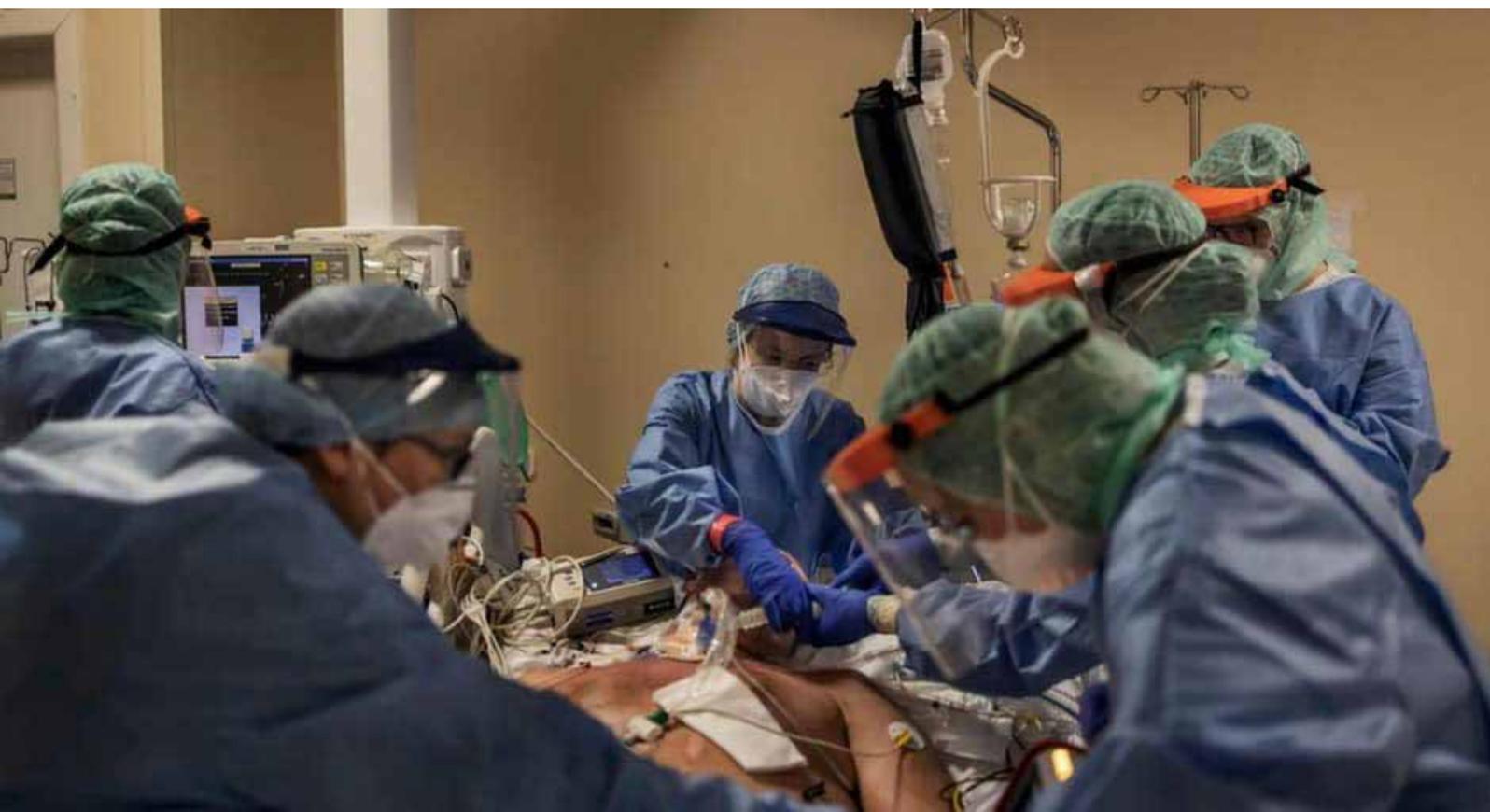
In trincea per capire che cosa succede ogni giorno, lontano dai numeri e dalle statistiche

di *Nicola R. Carrassi**

Sono gli eroi di questi giorni, insieme con medici e operatori sanitari. Destinatari di mille ringraziamenti, articoli sui quotidiani, applausi a cielo aperto, filmati emozionali... Ma sino a quando? Al ritorno di calciatori e tronisti, ci ricorderemo di loro? Soprattutto, avremmo fatto qualcosa per questi professionisti blanditi a parole, ma male retribuiti, maltrattati da pazienti impazienti e da amministrazioni traballanti? Classificato tra i lavori 'non

usuranti', quello dell'infermiere è un ruolo che necessita oggi, nell'immediato, di una serie di forme concrete di 'apprezzamento': stipendi degni, inquadramento adeguato, tutele e riconoscimenti a prescindere dall'onda emotiva passeggera.

Giovanni Nucera, 25 anni, infermiere in terapia sub intensiva nella regione più colpita d'Italia, la Lombardia, ci consegna un rendiconto vivido, intenso, su una delle



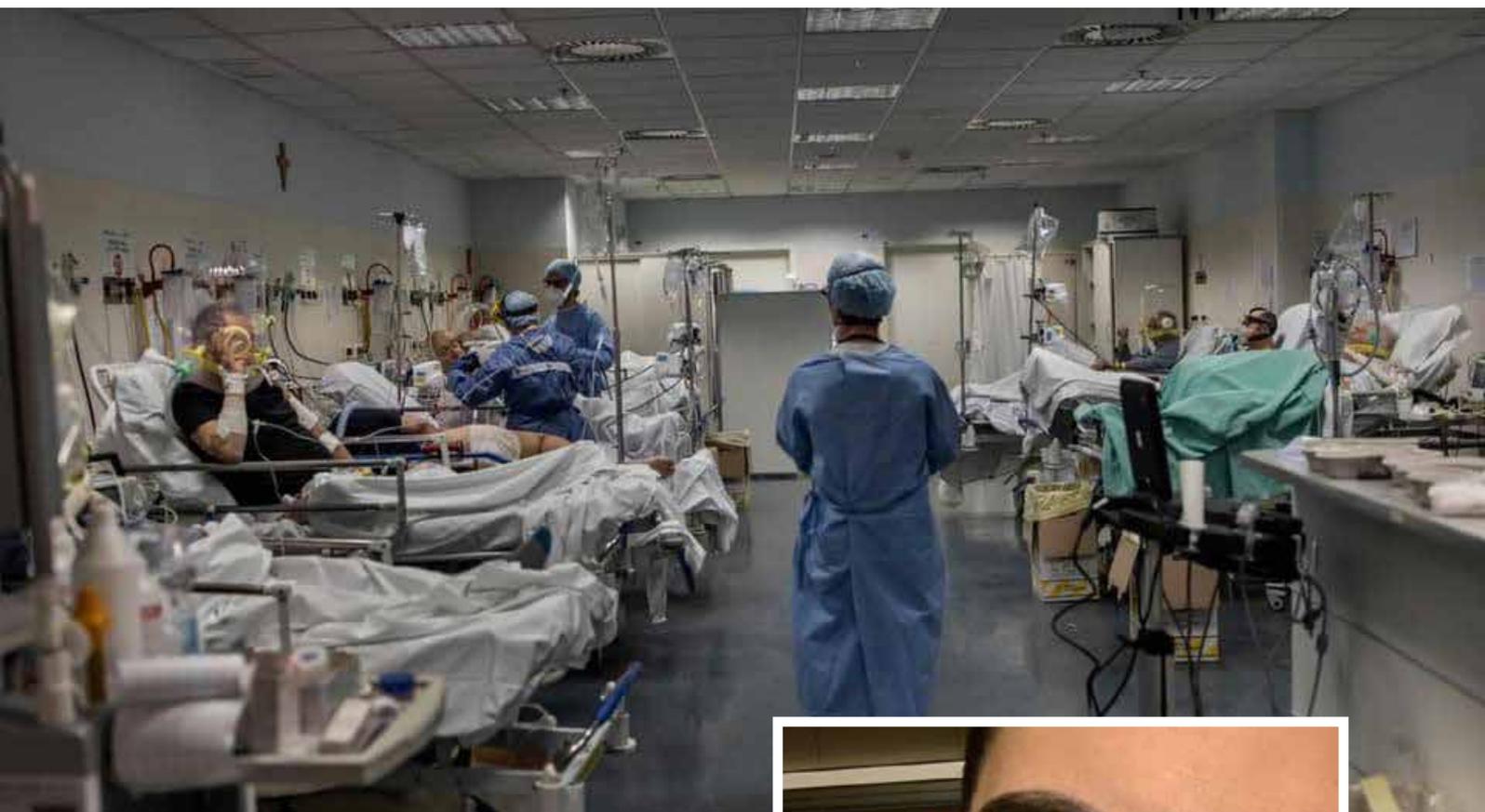


infinite giornate che si susseguono senza sosta, per lui e per i colleghi.

'Nessuno escluso, tutti chiamati in trincea, infermieri, medici, oss, operatori sanitari, professionisti della salute, tutti insieme uniti nella stessa battaglia. Capita spesso di fare fatica a riconoscersi durante il turno di lavoro, ma non per chissà quale motivo, semplicemente perché siamo avvolti tutti quanti dalla stessa imbracatura che tenta di proteggerci da quel maledetto virus chiamato Coronavirus. Riusciamo a riconoscerci grazie ad una semplice cosa, il modo di fare, quello nonostante i mille strati che possono avvolgerci, non ci faranno confondere mai con gli altri. Siamo tutti dei semplici soldati, chiamati a combattere questa stupida guerra, sì, guerra, Perché questa pandemia tale può essere considerata, una guerra che non ha risparmiato alcuna regione, alcuna zona del mondo, e la colpa è solo nostra, del cittadino cocciuto che ha iniziato a collaborare quando oramai era troppo tardi, quando oramai il covid-19 aveva già invaso i propri polmoni.

Siamo tutti soldati, allo stesso modo, non esiste alcun grado di qualifica in questo momento, esiste solamente un doppio camice, una cuffia, un paio di occhiali, una visiera, dei tripli paia di guanti, dei calzari, delle doppie mascherine che fanno di noi dei robot da guerra, dei robot che stanno lottando per distruggere tutto ciò. Quelle maledette mascherine che giorno dopo giorno lacerano il nostro viso,

chi più, chi meno. Ci lasciano un segno che per la prima mezz'ora dopo il turno di lavoro, ci identifica dal resto della massa. Quelle maledette i cui elastici ci piangono il volto e quel maledetto sostegno posto al centro ci decubita il naso. Le mani, che dire di loro, turni infiniti in cui si ritrovano avvolte dai guanti, quei guanti che poi ci fanno ritrovare con esse doloranti e screpolate. Arrivi ad ogni fine turno la stanchezza non diviene solo fisica, bensì inizia a prevalere anche quella mentale, la peggiore, che ti lascia pensare, che ti fa riflettere alle migliaia di vittime che ad oggi si ritrovano ad essere avvolte da un semplice cellofano nero, accantonati tutti insieme in un'unica camera, salone, quel che è, con un talloncino addosso che li identifica, come fossero delle scatole contenenti i giochi d'infanzia. Nulla si poteva evitare perché si sa, il mondo gira ed insieme ad esso anche la gente lo fa, però molte cose si potevano evitare, ridurre il contagio. Solamente adesso, tutti noi soldati, robot, macchine da guerra, veniamo considerati eroi, ma bisogna ricordare che siamo gli stessi di ieri, quelli che fino a ieri non venivano mai considerati semplicemente perché svolgevano il lavoro della loro vita, quello che hanno scelto per passione, quelli che da sempre sono i protagonisti in prima linea della sanità italiana. Adesso troviamo striscioni di ringraziamento, la gente che alle 21.00 si affaccia dai balconi ad applaudire, file al supermercato dove appena mostri il tuo badge superi in un batter d'occhio. Tutto ciò



ti gratifica, ti fa sentire onorato di quel che stai facendo, ti fa capire che stai lottando contro un mostro, però siamo sempre noi, quelli che fino a ieri venivano aggrediti, vessati, denigrati, ingiuriati, etc.

Tutto ciò sotto un certo punto di vista è alquanto ridicolo. Fino a ieri la nostra professione veniva svalutata e svenduta, basta pensare che c'è chi corre dietro un pallone e guadagna i milioni e chi, come me e come molti miei conoscenti, coetanei, si trova costretto ad abbandonare il proprio tetto, la propria famiglia, i propri affetti, e si trova riversato in una città che neanche conosce, dove non ci sarà il pranzo di Natale in famiglia, dove non ci sarà lo scambio dei regali, dove non ci sarà la Pasqua in serenità, dove spegnerai le candeline del proprio compleanno da solo, tutto ciò per andare a lavorare, per realizzarsi seppur il guadagno non compenserà mai la salute persa ed i sacrifici compiuti. Tanto lavoro, mille responsabilità, mille i rischi ai quali siamo esposti per uno stipendio che non rispecchia minimamente quello che facciamo. Non dimentichiamoci che nostra professione non viene neanche considerata tra quelle usuranti. Per fortuna tra un turno e l'altro, tra una procedura e l'altra, troviamo il modo di non perdere mai l'euforia che ci caratterizza. Non chiediamo grandi cose, non chiediamo i milioni, chiediamo solamente il vostro contributo, che non è economico, bensì si tratta di responsabilità, responsabilità che si può dimostrare

rimanendo ognuno nelle proprie case affinché tutto ciò possa finire e possa tornare a splendere la serenità del mondo.

Da parte di uno dei tanti soldati in guerra.

Giovanni N.

**Editor in charge di 12life; Direttore delle operazione Web*

LA CAPORETTO DELLA SANITÀ: VENT'ANNI DI GHIGLIOTTINA

IN VENT'ANNI DIMEZZATI GLI OSPEDALI,
CROLLATI I POSTI LETTO E RIDOTTI
DRASTICAMENTE MEDICI E PERSONALE

di Felice Vincenzi

Ben 400 ospedali in meno negli ultimi vent'anni, circa 200 solo dal 2007, con una media di venti chiusure ogni dodici mesi. Crollati i posti letto: 120mila in meno tra il 1998 e il 2017 (-39%). Giù anche il personale sanitario con una perdita di 45.783 posti di lavoro negli ultimi dieci anni: il totale di medici, infermieri, amministrativi e tecnici sanitari è passato dai 649.248 del 2007 ai 603.375 del 2017 segnando una riduzione del 7,1%.

Questi i dati principali di un rapporto del Centro studi di Unimpresa sulla "Sanità italiana negli ultimi 20 anni" dal quale si rileva

che i posti letto in terapia intensiva sono aumentati di 698 unità tra il 2007 e il 2017 (+16%). Numeri che testimoniano il declino di uno dei capisaldi di protezione sociale del nostro Paese, sul quale è invece opportuno tornare a investire: la spesa sanitaria può rappresentare anche un importante volano per la ripresa economica.

"Non si può prestare attenzione alla sanità pubblica solo di fronte a emergenze", è il messaggio di Unimpresa. Il denaro va speso in quattro comparti: ospedali e personale sanitario, servizi medici e assistenza



territoriale, digitalizzazione, ricerca perché in dieci anni ben 11mila studiosi sono andati all'estero.

Secondo il rapporto del Centro studi di Unimpresa, che ha elaborato dati della Corte dei conti, dal 1998 al 2007 gli ospedali in meno sono 381 (197 dal 1998), con una riduzione di circa venti nosocomi l'anno: erano 1.381 venti anni fa, 1.197 nel 1998 e circa mille nel 2017. Tra il 1998 e il 2017 la contrazione è pari al 27,6%; tra il 2007 e il 2017 al 16,5%.

Nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, si registra una variazione nella distribuzione tra ospedali pubblici e privati, con questi ultimi che sono progressivamente cresciuti anche se restano la quota minoritaria: gli ospedali pubblici erano il 61,3% nel 1998, il 55% nel 2007 e il 51,8% nel 2017; quelli privati erano il 38,7% nel 1998, il 45% nel 2007 e il 48,2% nel 2017.

Le strutture private erano quattro su dieci nel 1998, oggi

**La spesa sanitaria
può rappresentare
un volano importante
per la ripresa economica**

sono cinque su 10, di fatto la metà. In forte diminuzione anche i posti letto: erano complessivamente 311mila nel 1998 (5,8 per abitante), sono calati a 225mila nel 2007 (4,3 per abitante) e ancora a 191mila nel 2017 (3,6 per abitante). La diminuzione è stata di 120mila posti letto (-38,8%) dal 1998 al 2017 e di 34mila posti letto (-15,1%) dal 2007 al 2017. Sono invece cresciute le terapie intensive: negli ultimi dieci anni sono passate da 4.392 a 5.090 in crescita di 698 unità (+15,9%).

La riduzione dei posti letto non è stata accompagnata da un calo della spesa sanitaria che anzi è salita da 82,3 miliardi a 96,5 miliardi.

La contrazione ha riguardato anche il personale: i posti di lavoro in meno negli ultimi dieci anni risultano pari a 45.873 (-7,1%), erano 649.248 nel 2007, sono scesi a 603.375 nel 2017. La distribuzione del personale è la seguente (71,5% medici e infermieri, 17,6% tecnici e 10,7% amministrativi). Nel dettaglio, tra il 2007 e il 2017 i medici sono passati da 264.177 a 253.430 (meno 5.700) gli infermieri da 264.177 a 253.430 (meno 10.737), i medici famiglia da 46.961 a 43.731 (meno 3.230), le guardie mediche da 13.109 a 11.688 (meno 1.421) i pediatri da 7.657 a 7.590 (meno 67).

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

di *Katrin Bove*

Il dott. Germano Scevola opera e dirige il reparto di Radiologia Interventistica dell'Ospedale Pertini di Roma, dove vengono eseguite procedure interventistiche vascolari, extravascolari, trattamenti oncologici e di interventistica muscoloscheletrica.

Quanti medici e infermieri collaborano nel reparto da Lei diretto?

L'unità di Radiologia Interventistica dell'ospedale Sandro Pertini di Roma è composta da 5 dirigenti medici radiologi, 1 dirigente medico afferente alla struttura e da un pool infermieristico dedicato che consente di avere due unità infermieristiche per turno, un tecnico di radiologia per turno ed un ausiliario.

Quanti interventi vengono effettuati ogni anno?

Le prestazioni sono differenziate. Nella sala angiografica, dove vengono eseguite procedure interventistiche vascolari, extravascolari, trattamenti oncologici e di interventistica muscoloscheletrica, nel 2019 sono state eseguite 2010 procedure; nella sala TC sono state eseguite 173 biopsie polmonari, mentre nella sala ecografica dedicata ad attività di interventistica ambulatoriale, Ecocolordoppler vascolari e visite di radiologia interventistica sono transitati complessivamente 4800 pazienti.

Come state affrontando nella vostra struttura, o meglio, nel vostro reparto l'emergenza Covid-19?

L'ospedale, come altri poli ospedalieri, ha subito una riorganizzazione differenziando i percorsi di accesso per pazienti COVID; alcuni reparti sono stati spostati in altri poli ospedalieri della ASL e vi è stata una chiusura di reparti di degenza WEEK che solitamente utilizziamo per ricoverare i nostri pazienti. Fortunatamente a seguito del mancato picco di ricoveri atteso per fine marzo è venuta meno la necessità di mantenere questa separazione e progressivamente, seguendo le specifiche

IL RADIOLOGO INTERVENTISTA È UNO SPECIALISTA IN RADIOLOGIA CHE OPERA CON APPROCCIO PERCUTANEO, MODO MININVASIVO, GUIDATO DALL'IMAGING RADIOLOGICO

indicazioni regionali, si è ripristinata la normale attività ambulatoriale e di ricovero sottoponendo in questo caso i pazienti al test mediante tampone .

La nostra Unità ha continuato ad erogare le prestazioni per i pazienti interni e, nel caso di sospetti o accertati casi positivi per COVID, le prestazioni sono state erogate in una sala operatoria dedicata. Per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali sono state erogate quelle in regime di urgenza con posti dedicati secondo le indicazioni dei RAO (Raggruppamenti omogenei di attesa).



Germano Scevola



Lei è un radiologo interventista, potrebbe definirci i campi d'interesse della sua specialità? E quali sono i percorsi specialistici dove siete più all'avanguardia?

Il Radiologo Interventista è uno specialista in Radiologia che opera con approccio percutaneo, senza far ricorso ad accesso chirurgici e quindi in modo mininvasivo, guidato nella sua azione dall'imaging radiologico; viene quindi utilizzato l'approccio fluoroscopico in caso di procedure eseguite in sala angiografica, oppure con guida ecografica o TC. Queste metodiche nelle moderne sale angiografiche possono coesistere.

L'obiettivo non è quello di sostituire la chirurgia ma affiancarla come valida alternativa in particolare quando l'intervento tradizionale comporta rischi superiori e meno vantaggi a lungo termine.

Nell'ambito di queste procedure i centri si possono differenziare adattando l'attività in relazione alle specialistiche presenti nel centro; pertanto alcuni centri effettuano procedure prevalentemente oncologiche o prevalentemente muscoloscheletriche.

Il nostro centro, inserito in un ospedale plurispecialistico ad eccezione delle procedure di neuroradiologia interventistica, eroga tutte le prestazioni della Radiologia Interventistica con maggior prevalenza delle procedure endovascolari dove in ambito periferico possiamo dire di essere un polo di riferimento per il trattamento delle vasculopatie arteriose del piede diabetico e del salvataggio d'arto con oltre 150 rivascolarizzazioni di arti inferiori l'anno.

Quanto conta l'aggiornamento tecnologico nella sua pratica quotidiana?

Operando in modo mini invasivo l'aggiornamento

tecnologico e quindi la possibilità di eseguire le nostre procedure con device sempre più piccoli e performanti risulta essere un elemento determinante per la riuscita del trattamento. Nella mia esperienza personale posso dire che ho visto nel corso della mia attività una progressiva miniaturizzazione dei device. Se all'inizio degli anni '90 eseguivamo le angiografie diagnostiche con cateteri da 7 Fr, ovvero con foro di puntura di 2.6 mm, ora per le stesse procedure usiamo routinariamente cateteri da 4 o 5 Fr e quindi da 1.3 a 1.4 mm. Anche per il posizionamento degli stent e delle protesi, che prima necessitavano di dispositivi di "ingresso" di grosso calibro, attualmente è possibile utilizzarli con accesi da 4 a 6 Fr riducendo il rischio di complicanze nelle sedi di accesso vascolare.

Sappiamo che una delle patologie più frequenti e limitanti la qualità della vita è la malattia delle arterie delle gambe, che opzioni terapeutiche ci sono?

Due sono le condizioni che portano alla nostra osservazione i pazienti con patologia arteriosa delle gambe: la "claudicatio intermittens", ovvero la necessità di fermare la propria marcia per l'insorgenza di un dolore crampiforme-muscolare al polpaccio o alla coscia per lo scarso apporto di sangue ossigenato, ed il piede diabetico con o senza presenza di ulcere, quest'ultima condizione di urgenza.

In entrambi i casi l'obiettivo principale è rivascolarizzare il/i distretti anatomici sofferenti. Le opzioni terapeutiche che abbiamo a disposizione sono rappresentate dall'angioplastica con palloncino, che può essere medicato o non medicato, dallo stenting primario o in seguito all'angioplastica. Nel caso della ricanalizzazione

arteriosa questa può seguire il percorso endoluminale o in caso di impossibilità a mantenere la via anatomica utilizzando la via sub-intimale ovvero creando un passaggio fra la tunica intima e la tunica muscolare del vaso.

Esiste un materiale per le stenosi e occlusioni delle arterie delle gambe che Lei predilige?

Non parlerei di materiale quanto di un insieme di presidi da scegliere nella programmazione dell'intervento che vanno dall'introduttore usato per l'accesso vascolare, alle guide idrofile e microguide usate sia per le occlusioni totali sia per superare tortuosità importanti, ai palloncini da angioplastica con basso profilo per facilitare l'attraversamento delle stenosi distali, ai sistemi di tromboaspirazione fino agli stent di ultima generazione, progettati per sopportare una torsione e flessione nel distretto femoro-popliteo di gamba.

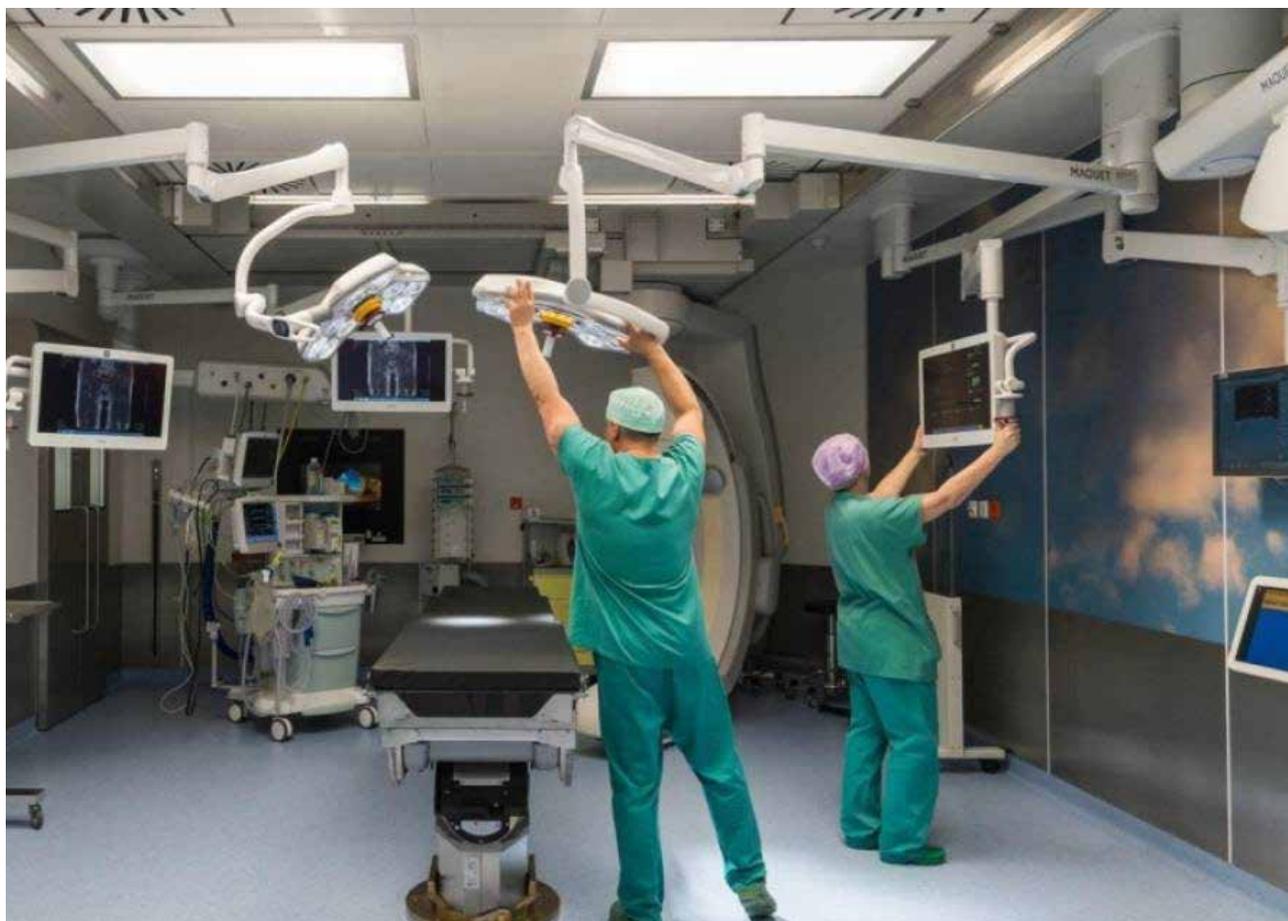
Che cos'è il piede diabetico?

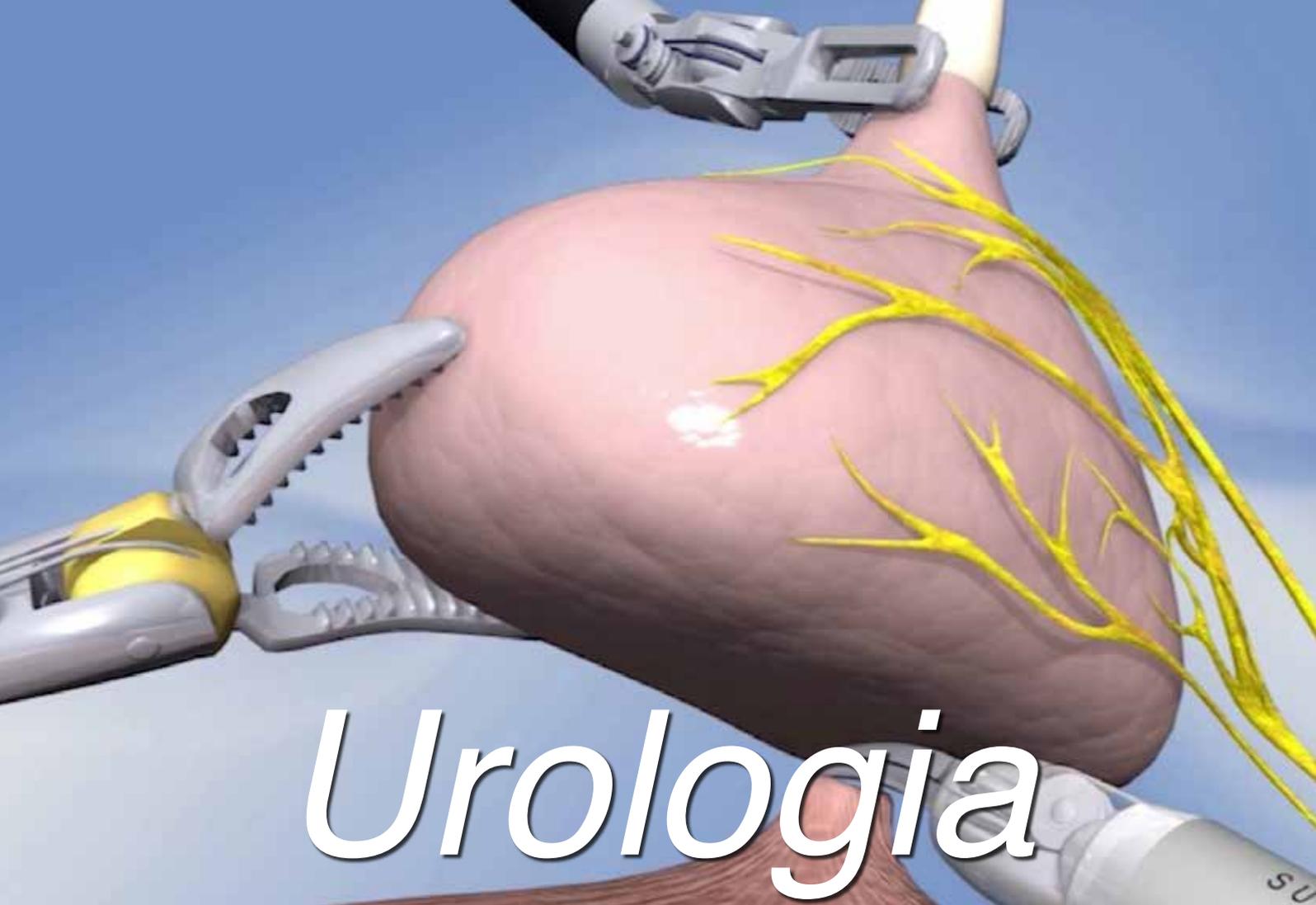
Il piede diabetico è una frequente complicanza della malattia diabetica: si stima che di tutti i pazienti con diabete fino al 30% possano avere nel corso della vita una sintomatologia legata al piede diabetico e di questi, il 50% svilupperà ulcere distali. E' frequentemente collegato a un ridotto afflusso di sangue arterioso (arteriopatia ostruttiva) agli arti inferiori che nel paziente

diabetico colpisce prevalentemente i vasi di gamba sotto il ginocchio. Segni clinici di questo ridotto afflusso di sangue sono l'insorgenza di dolore muscolare dopo circa 150 m di cammino (tipicamente polpaccio e/o coscia), che regredisce prontamente con il riposo, il dolore a riposo (in particolare in decubito orizzontale) e nei casi inveterati la comparsa di ulcere e/o gangrena del piede. Purtroppo nel paziente diabetico non è infrequente che il quadro clinico d'esordio sia il dolore a riposo o la presenza di lesioni trofiche; questo per l'elevata resistenza al dolore per la concomitante neuropatia diabetica che spesso fa passare inosservata o asintomatica la claudicatio.

Come dicevo lo scopo del trattamento è la rivascolarizzazione endovascolare con lo scopo di apportare proprio nel distretto distale del sangue ossigenato che favorisca la guarigione dell'ulcera. Studi clinici ormai consolidati hanno dimostrato come un corretto afflusso di sangue al piede non solo migliori la capacità di guarigione dell'infezione e dell'ulcera ma riduca il tempo stesso di guarigione. Se pensiamo che il 25% dei Pazienti non trattati va incontro ad amputazione, è facile comprendere quanto sia fondamentale eseguire una procedura di rivascolarizzazione.

Nella nostra struttura il ricovero previsto è di 1-2 giorni nel reparto di degenza della Radiologia Interventistica.





Urologia

La chirurgia robotica

DAL 2010, LA PRESENZA DI ROBOT DA VINCI®
INSTALLATI IN ITALIA È CRESCIUTA DI OLTRE IL 70%

di Michele Gallucci

Per chirurgia robotica si intende l'ultima evoluzione della chirurgia mininvasiva. Il chirurgo non opera con le proprie mani. Seduto ad una console computerizzata posta all'interno della sala operatoria, manovra un robot a distanza. Tramite un sistema computerizzato, il movimento delle mani viene trasmesso alle braccia robotiche, alle quali vengono fissati gli strumenti chirurgici.

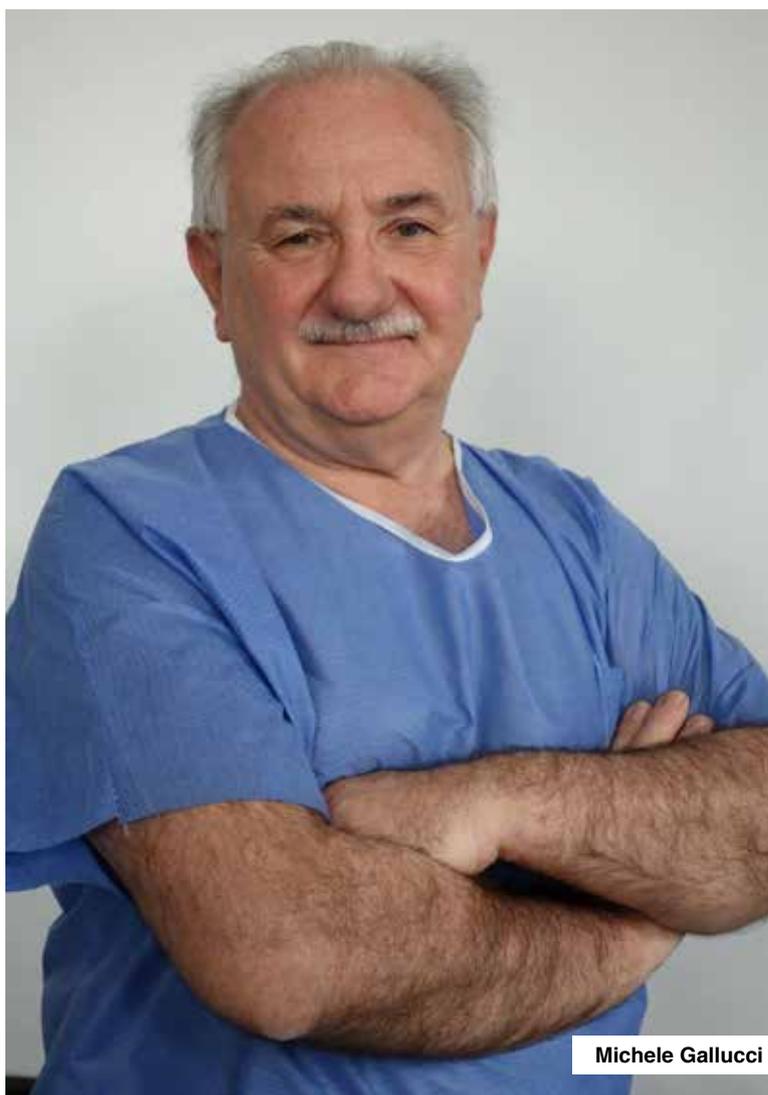
Il sistema robotico da Vinci® - la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva presente a oggi sul mercato - rappresenta l'ulteriore evoluzione della tecnica laparoscopica. Infatti, oltre agli indiscussi vantaggi di quest'ultima (minor sanguinamento, assenza di cicatrici esteticamente non ben accette, tempi di degenza maggiori e di recupero minori), offre ulteriori vantaggi

al chirurgo operatore. Tra questi: una visione ingrandita e tridimensionale, con una migliore valutazione del campo operatorio e dei piani di dissezione anatomici; una maggiore libertà di movimento su 7 assi e una rotazione di quasi 360°, con la possibilità di eseguire manovre più precise, difficili e raffinate, non sempre possibili con la laparoscopia classica; una posizione ergonomica del chirurgo, che può lavorare in un modo più corretto e confortevole.

Sono tre le componenti principali del Robot: la console chirurgica, con la quale il chirurgo operatore è in grado di controllare la telecamera a fibre ottiche e gli strumenti; il carrello paziente, la parte operativa, formata da 4 braccia mobili dedicate al supporto della telecamera e degli strumenti operatori; il carrello visione,

contenente l'unità centrale di elaborazione dell'immagine.

- Negli interventi chirurgici eseguiti con tecnica robotica viene insufflata anidride carbonica all'interno della cavità addominale per poter creare sufficiente spazio di lavoro (pneumoperitoneo). Successivamente vengono posizionati i trocar o cannule, che permettono l'introduzione in addome degli strumenti robotici. Viene quindi fissato il Robot ai trocar.
- Dopo gli Stati Uniti, dove ve ne sono oltre 2.500, l'Europa rappresenta il principale mercato con circa 600 robot installati. Fra gli stati europei, la Francia si colloca come prima (100), seguita da Italia (95), Germania (77) e Regno Unito (55). Dal 2010, la presenza di Robot da Vinci® installati presso gli ospedali italiani è cresciuta di oltre il 70%. Nel 2017, circa 18.000 pazienti sono stati operati grazie a questo sistema e questi numeri sono destinati ad aumentare in modo esponenziale.
- La branca chirurgica in cui l'uso del Robot è determinante è l'Urologia, seguita da: Ginecologia, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria. Nel campo urologico la procedura chirurgica in cui più frequentemente viene impiegato il sistema da Vinci® è la Prostatectomia Radicale (80% degli interventi urologici eseguiti con la tecnica robotica), trattamento chirurgico che si esegue in caso di neoplasia della ghiandola prostatica. Durante l'operazione, il paziente è posizionato supino per poter permettere l'accesso del Robot; viene poi messo in posizione di "Trendelemburg" (testa rivolta verso il basso). La procedura ha una durata variabile da 2 a 3 ore, a seconda del tipo di intervento pianificato, durante le quali la prostata viene rimossa completamente insieme alle vescicole seminali. Successivamente, quando risulta necessario da un punto di vista clinico/oncologico, è possibile eseguire l'asportazione dei linfonodi pelvici bilateralmente. La vescica viene quindi ricollegata all'uretra in modo tale da ripristinare la continuità delle vie urinarie. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed uno o due drenaggi che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. In questa procedura, la tecnica robotica offre



Michele Gallucci

dei notevoli vantaggi soprattutto quando l'intervento prevede la conservazione dei peduncoli vascolonervosi deputati al controllo della funzione erettile, offrendo una migliore visualizzazione e, quindi, una più precisa dissezione di queste strutture. Un'altra procedura urologica in cui il sistema da Vinci® gioca un ruolo di prim'ordine è la Nefrectomia Parziale: l'asportazione di tumori renali con la possibilità di conservare il parenchima renale sano circostante. E' stata ampiamente dimostrata, infatti, la completa equivalenza, in termini oncologici, della resezione parziale di rene rispetto alla nefrectomia radicale, con notevoli vantaggi sotto l'aspetto della funzione renale conservata.

- In questo tipo di procedura, la tecnica robotica ha fornito agli urologi la possibilità di eseguire un numero sempre maggiore di nefrectomie parziali, con la corrispettiva riduzione del numero di nefrectomie radicali, grazie ad una maggiore facilità di accesso a masse



renali, che con la tecnica laparoscopica classica non potevano essere aggredite in modo conservativo e ad una maggiore facilità e rapidità nell'effettuare le suture intracorporee. Nei centri altamente specializzati, mediante il Robot vengono eseguiti anche interventi di chirurgia avanzata, come la linfoadenectomia retro-peritoneale (asportazione dei linfonodi del retro-peritoneo, a stretto contatto con la vena cava e l'aorta); la cistectomia radicale (asportazione totale della vescica per neoplasie infiltranti lo strato muscolare dell'organo), con ricostruzione intracorporea della neo-vescica mediante un tratto d'intestino;

la chirurgia dei tumori renali avanzati con trombosi della vena cava. Questo tipo di chirurgia, altamente complessa e con un rischio insito, non trascurabile, di complicanze, durante e dopo l'operazione, richiede, competenza tecnica e abilità nell'esecuzione di suture complesse intercorporee. L'innovazione tecnologica del Robot ha fornito, quindi, degli innegabili vantaggi, prima di tutto al paziente, ma anche ai chirurghi, che stanno gradualmente affinando le loro tecniche. Per sfruttare al massimo livello questi vantaggi, sono indispensabili l'esperienza dell'operatore e un training chirurgico adeguato.



Un robot in chirurgia urologica

di Flavia Scicchitano

MAURO DE DOMINICIS



LUnità Complessa di Urologia dell'ospedale Cristo Re risulta essere una delle realtà più importanti a livello nazionale per numero di trattamenti mininvasivi ed endourologici effettuati e un centro di eccellenza per l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia per la diagnosi precoce e la cura delle patologie urologiche.

RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA DELL'OSPEDALE "CRISTO RE" DI ROMA, CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CHIRURGIA UROLOGICA MININVASIVA, SI ESEGUONO IL 90% DEGLI INTERVENTI IN ENDOSCOPIA E LAPAROSCOPIA.

Come è organizzato il reparto e quali sono le principali attività assistenziali?

L'Unità Operativa Complessa di Urologia del Cristo Re si occupa della diagnosi e cura avanzata delle patologie neoplastiche e non neoplastiche dell'apparato urogenitale, con particolare attenzione alla calcolosi, utilizzando tecniche mininvasive endoscopiche e laparoscopiche. A tale proposito l'American Endourological Association ha riconosciuto la U.O.C. di Urologia dell'Ospedale Cristo Re come Centro Internazionale per un Fellowship in Endourologia. E' la prima volta che la Società assegna questo riconoscimento ad un centro in Italia, ed è la quarta volta che lo assegna in Europa. Inoltre, per la capacità di insegnamento e per la qualità degli interventi, fa parte della rete formativa per la scuola



di Specializzazione in Urologia della 1° Università di Roma, dove ogni 6 mesi 2 specializzandi vengono a frequentare per acquisire particolari tecniche chirurgiche. E quindi è un centro di eccellenza per la chirurgia urologica mininvasiva, eseguiamo il 90% degli interventi in endoscopia e laparoscopia. Questo consente una riduzione del trauma per il paziente, minori tempi di ricovero e una rapida ripresa delle normali attività lavorative. Mentre la sala operatoria, super attrezzata, permette il trattamento di tutte le patologie urologiche, in day hospital si trattano le patologie minori: varicocele, idrocele, fimosi, ecc. L'ambulatorio, invece, è aperto tutti i giorni per lo svolgimento di visite urologiche, biopsie prostatiche, uroflussometrie, cistoscopie, chemioterapie endovesicali.

In molti pensano che i disturbi urologici colpiscano esclusivamente il sesso maschile, ma sappiamo che non è così. Quali sono le patologie più frequenti e per cui sono effettuati più accessi in ospedale?

Tra le patologie benigne la più frequente è la calcolosi urinaria, che colpisce il 10% della popolazione maschile e il 5% di quella femminile. E' la prima causa di accesso al pronto soccorso e si manifesta soprattutto tra i 30 e i 50 anni. L'ipertrofia prostatica benigna coinvolge, invece, il 30-35% degli uomini al di sopra 60 anni. Per quanto riguarda le patologie tumorali, il più frequente è di gran

lunga il tumore alla prostata, che rappresenta il 20% di tutte le neoplasie degli uomini; se preso in tempo, con una diagnosi precoce, c'è però il 90% di sopravvivenza a 5 anni. Infine il tumore alla vescica costituisce il 3% di tutti i tumori in genere, è più frequente negli uomini rispetto alle donne e, se preso in tempo, da una sopravvivenza a 5 anni di circa l'80%. Il tumore al rene, in genere scoperto per caso durante accertamenti diagnostici per altre cause, costituisce il 2-5% di tutti i tumori e se, preso in tempo, da una sopravvivenza a 5 anni di circa il 70%.

Dunque resta importante la diagnosi precoce. Quali sono le indicazioni per sottoporsi a un controllo dall'urologo? A quale età e per quali sintomi?

Tutti gli uomini al di sopra dei 50 anni dovrebbero fare prevenzione: la prevenzione consiste in una visita urologica, nel Psa, ovvero un esame del sangue che da informazioni relative allo stato di salute della prostata, e poi, in seconda battuta, se l'urologo dovesse riscontrare qualcosa di anomalo, si passa ad accertamenti più approfonditi per la diagnosi di un eventuale tumore alla prostata. Da non sottovalutare è la presenza di sangue nelle urine che spesso è il primo segno della presenza di un tumore vescicale. In questo caso, eseguire un esame delle urine ed una ecografia dell'apparato urinario, spesso, è sufficiente per effettuare una diagnosi. Sarà poi lo specialista a richiedere ulteriori indagini di approfondimento.

Un aspetto da considerare anche per i giovani?

Esatto, e non solo per le patologie tumorali. Bisogna poi puntare l'attenzione sui giovani. La diagnosi precoce per i giovani è un aspetto molto spesso sottovalutato ma su cui va riportata l'attenzione. E' importante che i ragazzi durante l'adolescenza, tra i 12 e i 18 anni, si sottopongano a un controllo per la diagnosi precoce del varicocele, che potrebbe portare in futuro a ipofertilità o a sterilità, e del tumore al testicolo, patologia che colpisce soprattutto i giovani.

Quali sono le principali tecniche e patologie trattate presso l'Urologia del Cristo Re?

Siamo un centro di riferimento per interventi di chirurgia renale endoscopica retrograda e percutanea per neoplasia uroteliale dell'alta via urinaria e per calcolosi del rene ed uretere, con l'utilizzo di strumenti flessibili (a fibre e digitali), ultrasuoni e laser ad holmio e a tullio. Poi tanti interventi per via laparoscopica, ormai diventati di routine, come prostatectomia radicale, nefrectomia parziale e totale, cistectomia, surrenalectomia, colposacropessi, pieloplastica/pielolitotomia, ecc, oltre al trattamento endoscopico dell'ipertrofia prostatica benigna e della neoplasia vescicale.

Quanto alle tecnologie di ultima generazione per la diagnosi e la cura?

Tra le più recenti tecniche di diagnosi precoce ricordiamo della biopsia prostatica fusion che consente di eseguire biopsie mirate nelle aree sospette della prostata, rilevabili solamente alla risonanza magnetica nucleare. E' una metodica avanguardistica che permette

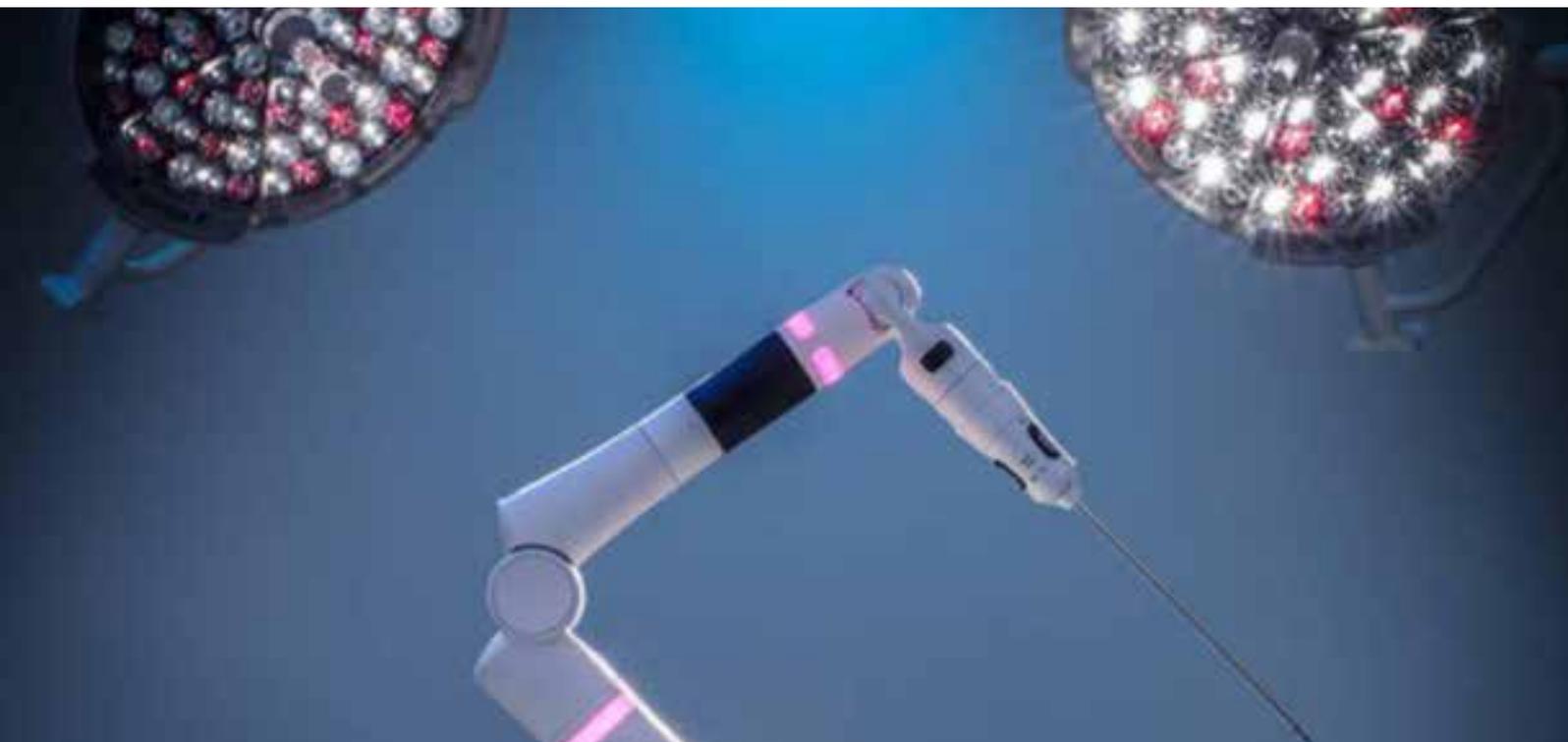
di diagnosticare i tumori in fase iniziale in modo da avere una guarigione completa del paziente. Ma la novità più importante dovrebbe arrivare entro la fine dell'anno: stiamo valutando di acquistare un nuovo robot, si tratterebbe del primo robot in Italia per la chirurgia minivasiva urologica.

Come funzionerà questo nuovo robot? Per quali patologie e tipologie di intervento?

Parliamo di un dispositivo all'avanguardia rispetto al robot Da Vinci. E' dimensionalmente molto ridotto e più versatile, in grado di eseguire una gamma più ampia di operazioni chirurgiche ed è composto da braccia robotizzate separate e dotate di articolazioni flessibili al pari delle braccia umane, collegate ad un'unità mobile delle dimensioni di uno sgabello. A gestire il robot sarà un chirurgo con l'ausilio di due joystick e uno schermo 3D, che dovrà guidare le braccia nell'esecuzione di interventi in chirurgia minivasiva. Si possono eseguire terapie per tumoriprostatectomia radicale, cistectomia, asportazione della vescica con ricostruzione della stessa, interventi sul rene, dalla nefrectomia, ovvero l'asportazione del rene, alle plastiche di ricostruzione delle vie urinarie.

Quali vantaggi comporterà rispetto all'intervento chirurgico tradizionale?

Innanzitutto incisioni più piccole, degenza ospedaliera ridotta, minore dolore post operatorio, minori perdite ematiche, minori rischi di infezioni, e un migliore recupero funzionale in generale. Sarebbe il primo robot in Italia all'avanguardia di nuova generazione e noi dovremmo essere l'Ospedale pilota in Italia.



RICERCA E TECNOLOGIA IN AIUTO DELLE DISABILITÀ

*LE ESPERIENZE DEL CONSIGLIO NAZIONALE
DELLE RICERCHE RACCONTANO DI PROGETTI
SEMPRE PIÙ INNOVATIVI PER FAVORIRE
L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ*

di *Mirna Moro*

La ricerca a supporto delle disabilità sempre più coincide con la messa a punto di tecnologie abilitanti, in grado di migliorare la qualità di vita delle persone che ne sono affette e delle loro famiglie. Il Consiglio nazionale delle ricerche ha sviluppato numerose esperienze in questo senso: dal trattamento dell'autismo a quello della sindrome di down, in molti casi approcci terapeutici basati su intelligenza artificiale e sistemi intelligenti affiancano la ricerca di base. Se ne parla tra l'altro in un recente saggio, "Il Superdisabile", realizzato dal capo ufficio stampa del Cnr Marco Ferrazzoli, da Francesca Gorini sempre dell'Ufficio stampa Cnr e dallo studente Francesco Pieri, che su questo tema ha discusso la propria tesi di laurea. Il libro è edito da Lu.Ce. A Messina, ad esempio, l'Istituto per la ricerca e l'innovazione biomedica (Irib) ha attivato un Homelab, un laboratorio di ricerca che simula un ambiente domestico in cui accogliere "come a casa" pazienti autistici e le loro famiglie, dove dispositivi a elevato contenuto tecnologico fungono da sistemi di tracciamento oculare e del

corpo, mentre sistemi indossabili di misura forniscono nuove informazioni per la diagnosi e la valutazione della patologia. A questi strumenti, gli operatori affiancano una strategia abilitativa basata su interazione con robot umanoidi, attività e giochi cooperativi, con l'obiettivo di limitare i deficit indotti dalla patologia, favorire le relazioni interpersonali e migliorare i processi di apprendimento. Sempre sullo sviluppo di tecnologie inclusive per l'apprendimento e

la didattica si concentra la ricerca dell'Istituto di tecnologie didattiche del Cnr di Genova: le attività vanno dalle tecnologie digitali a favore di studenti che, per problemi di salute, non possono frequentare le lezioni per lunghi periodi o in modo permanente. Le realizzazioni più significative sono i progetti Tris e Tris 2 finanziati da Fondazione Telecom, che hanno portato a un modello di classe ibrida inclusiva, con un corso online per la formazione degli insegnanti, e Clipso-



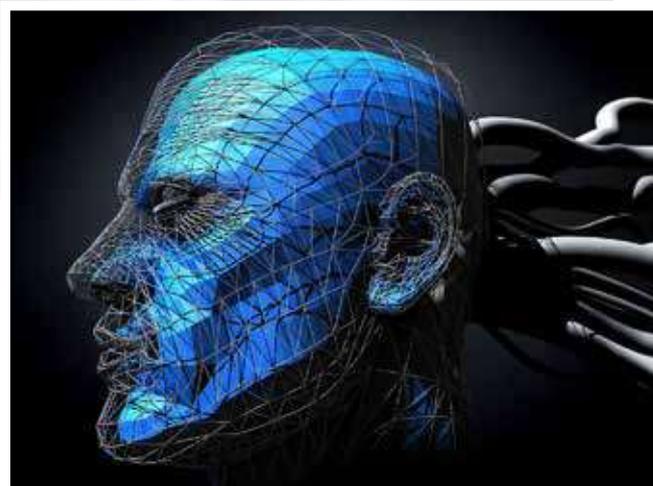
Classi ibride per la scuola in ospedale, sostenuto dalla Compagnia di San Paolo. Il Cnr-Itd ha poi messo a punto software didattici accessibili a persone con disabilità eseguendo la relativa formazione per insegnanti (progetti Essediquadro e Sodi Linux) e tecnologie in realtà aumentata per facilitare l'engagement e l'apprendimento in alunni con difficoltà sociali, emotive o comportamentali, quali il disturbo da deficit di attenzione. "Alla base dei progetti c'è l'enorme evoluzione delle tecnologie informatiche che, migliorando l'accesso all'informazione, rappresentano uno strumento privilegiato per l'inclusione delle persone con disabilità percettive, neuromotorie o cognitive", spiega Rosa Maria Bottino, direttore del Cnr-Itd. "Tra le altre iniziative, Smart Angel ha permesso, tramite una semplice app sviluppata in collaborazione con una start up genovese, di monitorare gli spostamenti urbani di persone non autosufficienti, col duplice obiettivo di favorirne l'autonomia e di informare e rassicurare le famiglie. Il progetto ha ricevuto il premio dell'International

Association of Microsoft Channel Partners".

Da Pisa arrivano i progetti Si Do Re Mi dell'Istituto di scienza e tecnologie dell'informazione "A. Faedo", che indaga l'autismo a partire dall'elaborazione dei segnali sonori generati dai movimenti del corpo, aumentando la conoscenza della decodifica di informazioni sensoriali, e il software Abcd messo a punto dagli Istituti del Cnr di informatica e telematica, di fisiologia clinica e dallo stesso Isti, che sfrutta la Applied Behaviour Analysis per stimolare le capacità espressive di bambini con difficoltà emotive attraverso l'utilizzo di tablet o pc.

In alcuni casi, la ricerca riesce a superare la fase sperimentale per diventare un'innovazione alla portata di tutta la società. Recentemente, il Cnr-Isti, in collaborazione con l'Unione italiana ciechi e ipovedenti, ha sviluppato Selflens, un device che facilita la lettura delle etichette a persone con disabilità visive. A Palermo è attivo il Laboratorio di robotica cognitiva e social sensing dell'Istituto di calcolo e reti ad alte prestazioni,





che conduce ricerche di robotica sociale con applicazioni nel campo dell'education, dell'assistenza agli anziani e ai disabili. A Napoli ricercatori dell'Istituto di cristallografia hanno sperimentato sistemi avanzati per la riabilitazione di pazienti pediatrici. Mentre nel Polo del Cnr di Lecco l'Istituto di sistemi e tecnologie industriali per il manifatturiero avanzato produce dispositivi di "robotica collaborativa" che prevedono un'interazione diretta tra macchina e uomo, dispositivi intelligenti che collaborano e aiutano il paziente a svolgere movimenti altrimenti impossibili.

A questo insieme variegato si affianca la ricerca di base che, oltre ad aumentare le conoscenze sulle varie patologie, mira a sviluppare nuove strategie di diagnosi e cura. L'Istituto di biomembrane, bioenergetica e biotecnologie molecolari (Cnr-Ibiom) di Bari conduce uno studio che attesta come il resveratrolo - polifenolo presente in un'ampia varietà di fiori e frutti - possa stimolare la formazione di nuovi neuroni in cellule animali con Sindrome di down, agendo a livello dei mitocondri, e confermato l'efficacia di un altro polifenolo di origine naturale, l'epigallocatechina-3-gallato (Egcg), estratto dal tè verde, nel riattivare il metabolismo energetico mitocondriale e la generazione di nuovi neuroni. Gli

Istituti di farmacologia traslazionale e di biologia cellulare e neurobiologia hanno invece fornito un importante contributo allo studio dell'European Brain Research Institute sul ruolo dell'anticorpo A13 per combattere il morbo di Alzheimer, scoprendo che permette di riattivare il processo di nascita di nuovi neuroni e quindi di "ringiovanire" il cervello, contrastando i difetti che accompagnano le fasi precoci della malattia. Sebbene il passaggio alla fase clinica sui pazienti richieda ancora tempo e investimenti, i ricercatori ritengono che lo studio rappresenti un tassello fondamentale. "La ricerca è un processo lento, ma è soltanto su queste basi che nel futuro si potranno sviluppare nuove soluzioni", spiega Raffaella Scardigli del Cnr-Ift, che ha condotto lo studio assieme ai colleghi della Fondazione Ebra Rita Levi-Montalcini.

SPORT E BENESSERE, UN BINOMIO VINCENTE

di *Giuseppe Capua*

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

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

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



Giuseppe Capua

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

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





Il plasma iperimmune

I RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE SONO STATI INCORAGGIANTI

di *Riccardo Romani*

All'inizio del mese di luglio, la Commissione Europea ha approvato un progetto - SUPPORTing high quality evaluation of COVID-19 convalescent Plasma throughout Europe - per valutare se il plasma da persone guarite dal Covid-19 possa essere una terapia efficace contro il virus. L'obiettivo principale è quello di garantire una valutazione, basata sulle evidenze scientifiche, del plasma da convalescente COVID-19 e di raggiungere una armonizzazione fra tutti gli Stati Membri sull'utilizzo clinico più appropriato, anche attraverso l'uso del database europeo sul Covid-19 di recente costruzione. E' in fase di preparazione il documento ufficiale che dà il via al progetto, con il coordinamento dell'EBA (European Blood Alliance), l'associazione che riunisce i centri sangue dei paesi dell'Unione Europea e dell'Associazione Europea per il Libero Scambio, formata da 26 membri

che complessivamente gestiscono una media di 17 milioni di donazioni all'anno. Al termine del progetto il consorzio produrrà delle raccomandazioni che saranno applicabili in tutta Europa. Per l'Italia, al progetto partecipano il Centro Nazionale Sangue, la Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia e l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova.

Il plasma permette al sangue di fluire. E' un liquido in cui sono sospese le cellule sanguigne che vengono trasportate in tutto il corpo: globuli rossi che portano l'ossigeno, globuli bianchi che combattono le malattie e aiutano ferite e lesioni a guarire e piastrine che hanno un ruolo fondamentale nella coagulazione del sangue. Se dal plasma separiamo queste cellule, resterà un liquido color giallo paglierino composto per circa il 92% da acqua. La parte rimanente è costituita da altri elementi



ugualmente essenziali alla vita. Il plasma trasporta anticorpi, proteine che favoriscono la coagulazione, ormoni ed enzimi. Porta alle cellule del corpo fattori nutrienti quali il glucosio, lipidi, sali minerali, etc. Allo stesso tempo rimuove i prodotti di scarto come l'anidride carbonica, l'acido lattico e altri. Il plasma aiuta a mantenere la pressione sanguigna ed anche l'equilibrio acido-base, il pH del sangue.

Il plasma può essere separato dal sangue intero rimuovendo i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine. Questo si ottiene centrifugando ad alta velocità il sangue. Le parti corpuscolari si posano sul fondo del contenitore ed è quindi possibile drenare il plasma dalla superficie. La procedura attraverso la quale è possibile donare il

plasma è denominata plasmafaresi: il sangue viene prelevato, il plasma viene separato, mentre i globuli rossi e le piastrine vengono reinfusi al donatore. Di solito, questo processo dura 45 minuti e il plasma si rigenera rapidamente. La frequenza delle donazioni ed il loro volume, in genere tra i 665ml e gli 880ml, sono regolati normativamente da ciascun Paese.

Dopo la raccolta, il plasma viene congelato rapidamente in modo che possa essere conservato in modo sicuro ed è utilizzato sia per trasfusioni sia come materia prima per ottenere prodotti plasmaderivati. In quest'ultimo caso il plasma viene separato nei suoi vari componenti tramite un processo chiamato frazionamento. Le proteine isolate vengono raffinate e trasformate per creare una serie di prodotti derivati dal plasma come i fattori della coagulazione, l'albumina e le immunoglobuline. Si tratta di farmaci che salvano vite umane e migliorano la qualità della vita di persone che soffrono di una serie di patologie come l'emofilia e i disturbi del sistema immunitario.

L'uso del plasma di un malato guarito è una terapia utilizzata fin dai primi del '900 ed è stato praticato, più recentemente, nella terapia della Mers (Middle east

Iss e Aifa hanno dato il via a un protocollo di ricerca detto "Tsunami" con le aziende ospedaliere di Pisa e Mantova



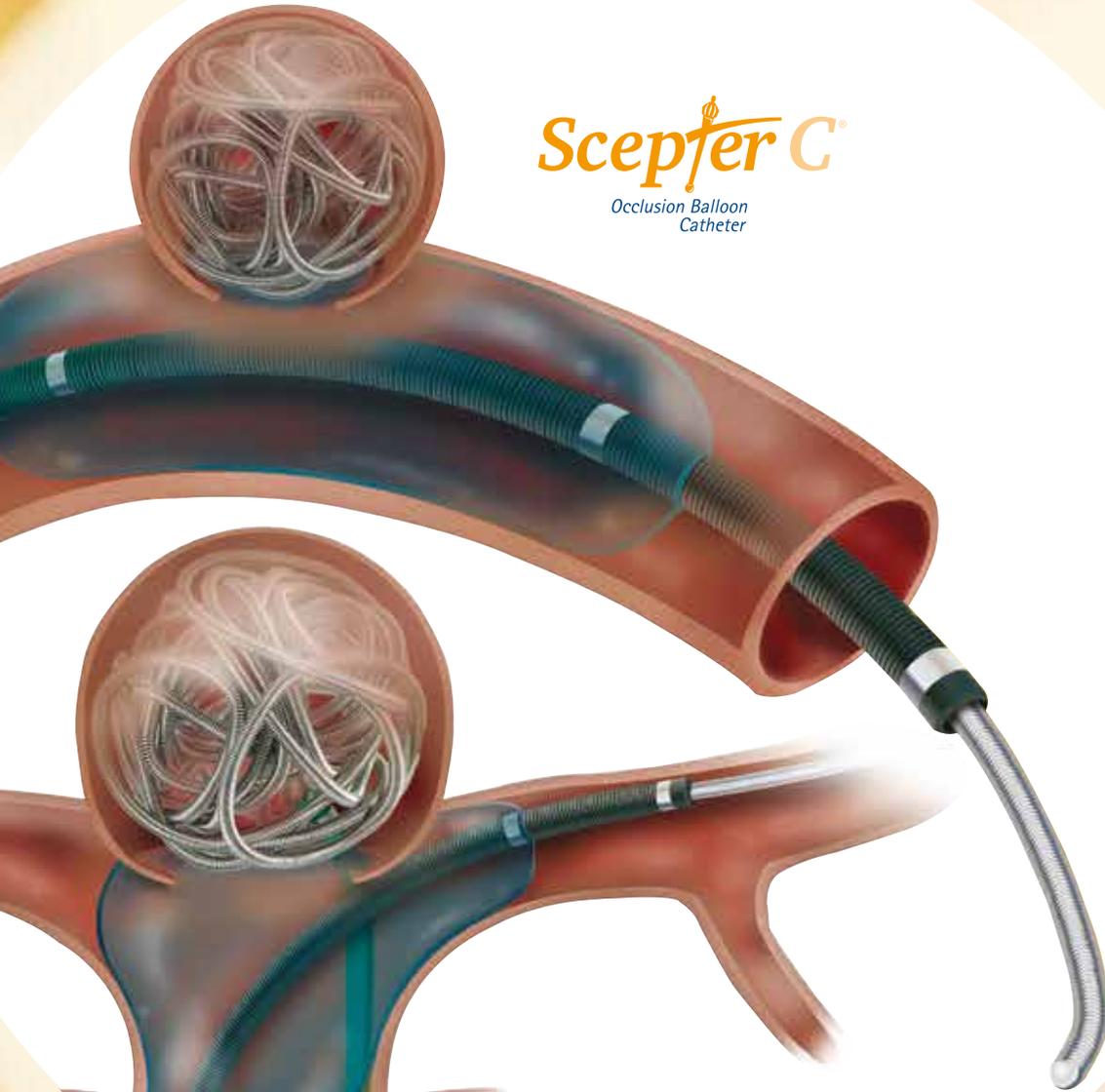
respiratory syndrome da coronavirus), nella influenza aviaria (H1N1 e H5N1), nella Sars (Severe acute respiratory syndrome) e nella infezione da Ebola.

Recentemente, il professor Fausto Baldanti, virologo del San Matteo di Pavia – che con l'Ospedale di Mantova ha iniziato nel mese di marzo la sperimentazione dell'uso del plasma iperimmune - ha spiegato che il primo obiettivo era verificare se la cura riducesse effettivamente la perdita di vite umane. “Abbiamo sperimentato”, ha dichiarato, “che, utilizzando la nostra tecnica, la mortalità dei pazienti in terapia intensiva, che era compresa tra il 13 e il 20%, si è ridotta al 6%”. Gli altri due obiettivi della sperimentazione erano: verificare se il plasma producesse miglioramenti dei parametri respiratori e di quelli legati all'infiammazione. I risultati sono stati incoraggianti, tanto che le Istituzioni (ISS e AIFA) hanno deciso la nascita di un protocollo di ricerca chiamato “Tsunami”, affidandola all'Azienda Ospedaliera di Pisa e a quella di Mantova. Il protocollo ha coinvolto il lavoro di oltre 60 centri sparsi in tutt'Italia, impegnati nel lavoro di screening, prelievo, inattivazione, qualificazione, congelamento e stoccaggio del plasma donato. La

finalità di questo protocollo è quella di fornire evidenze scientifiche documentate, solide ed efficaci, sia rispetto alla sicurezza sia rispetto alla sua efficacia. Conseguite queste certezze scientifiche, il passo ulteriore sarebbe quello di produrre farmaci basati sulle immunoglobuline specifiche standardizzati e utilizzabili anche su pazienti colpiti dal virus in forma leggera o che si trovino in uno stadio precoce della malattia.

Al momento, la terapia basata sul plasma iperimmune – che richiede la disponibilità di un quantitativo elevato di plasma da prelevare da pazienti contagiati e da custodire in una “banca del plasma” che abbia questo scopo – è considerata una terapia emergenziale. In attesa che da altri Paesi, in particolare dagli Stati Uniti – ancora colpiti in maniera molto significativa dalla diffusione del virus – arrivino conferme ulteriori dalle sperimentazioni che si stanno effettuando.

Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

UMAMI

Il senso del gusto tra delizia e neuroni

di Nicola Carrassi

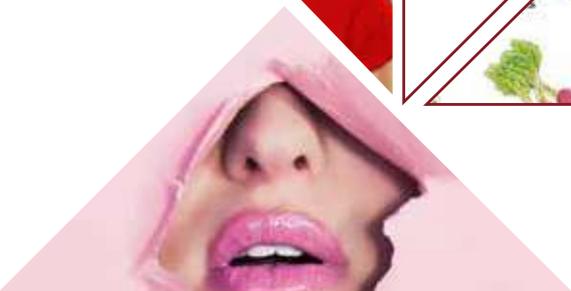
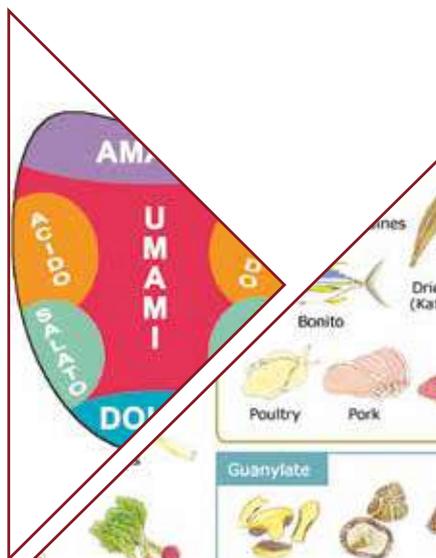


Photo by: IAN DOOLEY
 Fonti: Chimi Chiamo, RCO, HTG

Kikunae Ikeda, un professore di chimica presso l'Università Imperiale di Tokyo, con il lavoro suo e di un tecnico di supporto, nel 1900 allargò gli orizzonti del gusto. Con la pubblicazione della sua ricerca, nel 1909, aggiunse ai gusti amaro, dolce e acido, l'umami. Che possiamo tradurre come 'sapido', 'saporito'. Umami deriva dall'aggettivo giapponese umai, (delizioso). Primario e basilico come i quattro sino ad allora conosciuti, l'UMAMI sfugge ad una descrizione univoca e puntuale. Tutto parte dal dashi, il brodo di pesce usato come base nella cucina giapponese. Viene preparato con alga Konbu, alga bruna, detta anche Kelp, e pesce katsuobushi essiccati, (l'alga laminaria japonica). Ikeda dal brodo isolò il gusto, che intuì mancasse ai tre 'conosciuti' con le procedure di chimica classica: estrazione acquosa, rimozione di contaminanti su larga scala, (mannitolo, NaCl, KCl), mediante cristallizzazione, precipitazione piombo e numerose altre fasi della chimica preparativa. Infine, l'evaporazione a bassa pressione ha portato alla cristallizzazione lenta di una singola sostanza, con la formula massa $C_5H_9NO_4$: acido glutammico. L'acido glutammico è un amminoacido non

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

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

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

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

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

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



PSICOLOGI, psicoterapeuti ed educatori

A MASSA LE SCUOLE CHE CREANO CONTATTO DIRETTO
CON IL MONDO DEL LAVORO

di *Caterina Del Principe*

Studenti provenienti da ogni parte d'Italia, didattica innovativa e contatto diretto con il mondo del lavoro, per garantire sbocchi professionali coerenti con il percorso di studi. Sono questi alcuni dei principali punti di forza della Scuola Superiore di Scienze dell'Educazione "S. Giovanni Bosco" e dalla Scuola di Psicoterapia Integrata, entrambe di Ronchi (Massa), che ogni anno attirano studenti da ogni parte d'Italia

e che rappresentano un polo di alto livello per gli studi in psicologia, nel centro Italia. Si tratta di due eccellenze, che ogni anno formano professionisti in grado di inserirsi immediatamente in realtà e strutture legate in particolare al mondo del terzo settore, con una percentuale di placement che supera il 90%. La Scuola Superiore "S. Giovanni Bosco", nello specifico, è aggregata con l'Università Pontificia



Salesiana di Roma, ed offre un percorso di studi articolato per futuri psicologi ed educatori. Il percorso di laurea in psicologia prevede, nello specifico, il corso di Laurea in Psicologia dello sviluppo e dell'educazione (triennale) e due corsi magistrali, le licenze in Psicologia dello sviluppo e dell'educazione e in Psicologia clinica e di comunità. La didattica è innovativa, poiché associa alle tradizionali lezioni di aula, un tutoraggio continuo e attività pratiche guidate presso enti ed aziende del terzo settore, offrendo in questo modo la possibilità di entrare tempestivamente in contatto con il mondo del lavoro, osservando dal vivo il lavoro degli psicologi, nelle diverse aree di applicazione della psicologia. La proposta formativa in Scienze dell'educazione prevede invece l'attivazione di un corso di

Baccalaureato in Scienze dell'educazione (con due indirizzi specifici) e un corso di Licenza in Pedagogia sociale. Il corso di Baccalaureato prevede a sua volta due indirizzi: Educatore professionale ed Educatore professionale per i servizi educativi per l'infanzia. Il corso intende formare un professionista in grado di realizzare progetti educativi, animativi e riabilitativi nell'ambito di servizi alla prima infanzia o dei servizi socio-educativi, socio sanitari, attività di prevenzione e di riabilitazione. La didattica interattiva e il numero elevato di ore di tirocinio curriculare permetteranno di acquisire strumenti professionali importanti per un efficace inserimento nel mondo del lavoro; inoltre tale inserimento sarà facilitato dal contatto diretto con numerosi Enti e Aziende del territorio. Il corso di Licenza in Pedagogia Sociale, invece, intende formare

un professionista che sappia progettare e coordinare servizi educativi e socio-assistenziali. A tal fine, il corso offre allo studente una solida preparazione nelle discipline pedagogiche, metodologiche-didattiche, sociologiche e psicologiche con approfondimenti specifici nell'area dell'integrazione delle persone disabili, della prevenzione del disagio, del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale; ed una conoscenza approfondita delle problematiche legate alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane nelle organizzazioni del Terzo settore, nonché dei fondamenti per l'organizzazione e gestione di imprese sociali. Oltre a questo vengono fornite avanzate conoscenze economiche e giuridiche relative al sistema di certificazione della qualità dei servizi. Durante il tirocinio curriculare lo studente potrà applicare le conoscenze acquisite durante i corsi, i laboratori e le esercitazioni in Enti e Aziende convenzionate con la SED, al fine di un migliore inserimento nel mondo del lavoro.

I laureati in psicologia hanno poi la possibilità di accedere alla Scuola di Psicoterapia Integrata. Quest'ultima, nello specifico, offre un percorso di specializzazione post lauream, ed è rivolta esclusivamente a medici e psicologi. Fondata nel 2017 è diventata in poco tempo un modello educativo e formativo di riferimento sul territorio, grazie soprattutto ad un continuo trasferimento di valori e competenze che coinvolgono più professionisti di diversi orientamenti, accomunati dall'interesse per lo sviluppo della persona. In particolare, la Scuola

propone un nuovo approccio alla psicoterapia e al trattamento del paziente, orientato all'apprendimento "sul campo", che integra "il meglio" di differenti approcci teorici, con lo scopo di migliorare lo stato di benessere delle persone, rispondendo al meglio ai loro bisogni. È questa la principale caratteristica dell'offerta formative dell'istituto. Nelle aule lo specializzando si prepara a diventare uno psicoterapeuta, immergendosi nelle pratiche cliniche fin dal primo anno di corso. Il percorso formativo si concentra, in particolare, sulla pratica clinica nelle quattro aree elettive dell'incontro psicoterapeutico: individuale, di coppia, di famiglia e di gruppo, attraverso l'utilizzo di strumenti e tecniche di lavoro di provata efficacia. Fondamentale è l'attenzione alla persona, che in questo caso non riguarda solo il paziente, ma anche lo specializzando, poiché la Scuola garantisce una formazione personale grazie alle attività didattiche "esperienziali" previste dal programma.

Entrando nel dettaglio dell'offerta formativa, questa comprende l'insegnamento di un argomento al mese, per tre giorni a settimana, alle quali si aggiungono due settimane intensive (dal lunedì al venerdì) due volte l'anno. Per quanto riguarda le iscrizioni la Scuola si rivolge a laureati in psicologia o medicina, senza limiti di età. Le lezioni, invece, si svolgeranno in via del tutto eccezionale da remoto (online), fino alla fine dell'anno.

Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito: www.sed-firenze.it

La Scuola Superiore di Scienze dell'Educazione "S. Giovanni Bosco" e la Scuola di Psicoterapia Integrata formano professionisti in grado di inserirsi immediatamente in realtà legate soprattutto al terzo settore



MEDICINA

luce del medioevo



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

FRANCESCO SISINNI

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

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

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

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



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

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

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

fondata sulle risorse naturali delle piante e delle erbe ritenute medicinali. Fu così nel Vivarium di Cassiodoro a Squillacce come nell’Abbazia di Benedetto a Montecassino.

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

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

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

basi sicure della conoscenza biologica..

Ma lo seppero bene anche in pieno Medioevo gli Scolastici, che ne tradussero i testi e ne diedero applicazione identificando la ricerca – “Itinerarium mentis” – in quel processo che Tommaso d’Aquino propone nel “vedere: conoscere: amare: gioire”.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment



The healing flow

Multilayer Flow Modulator
MFM[®]

Aortic

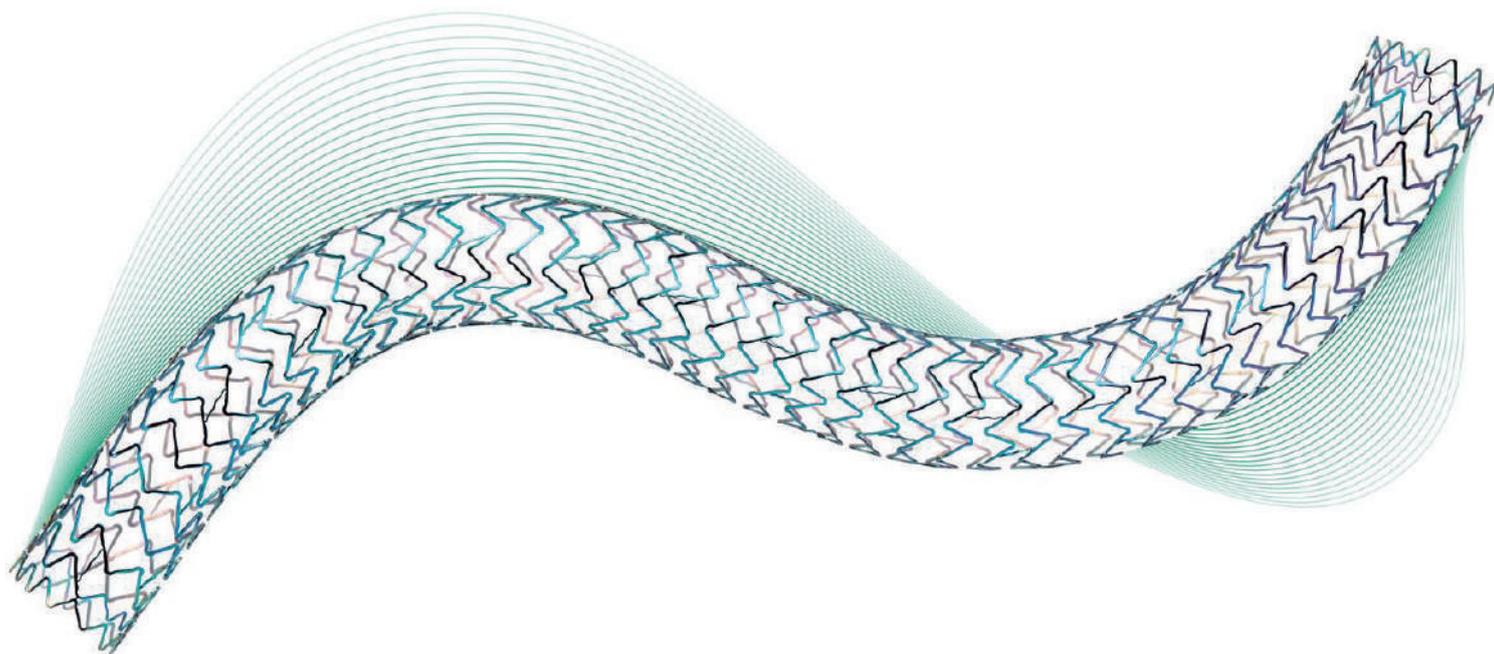
Peripheral



Bioquantek

Dynetic[®]-35

Balloon-Expandable Cobalt Chromium Stent System



High radial strength



Largest size range



Deliverability in 6F compatibility

 **BIOTRONIK**
excellence for life