

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONA MENTO POSTALE 70% ROMA C/IRM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 9 - 10 2020 - prezzo di copertina. € 10,00

**Cina, un Paese
nei secoli contagioso**

**La chirurgia della mano
al tempo del confinamento**

**Reumatologia, l'importanza
di diagnosi precoci e cure efficaci**

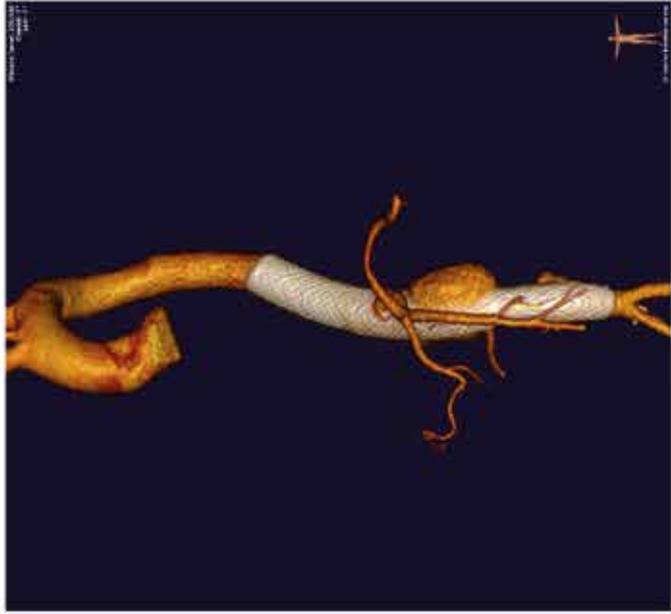
**Iperplasia prostatica benigna,
un nuovo trattamento mini-invasivo**

**A VERONA RITORNA
INNOVABIOMED**



Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment



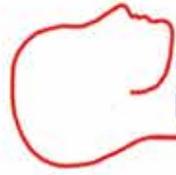
The healing flow

Multilayer Flow Modulator

MFM[®]

Aortic

Peripheral

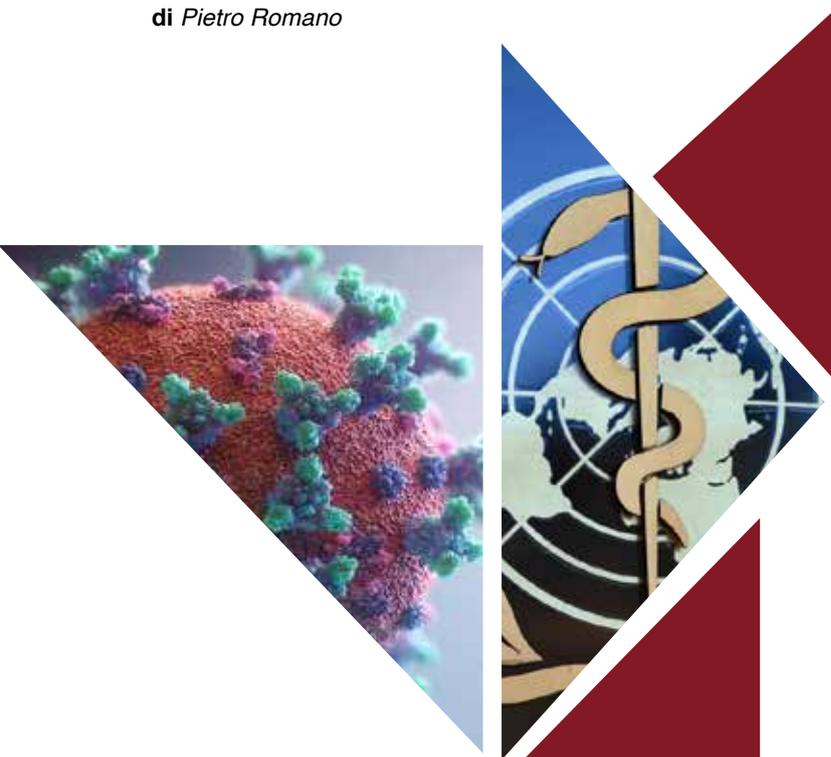


Bioquantek

Hic et nunc

La comunicazione malata (e dannosa) ai tempi del Covid-19

di *Pietro Romano*



I verbali delle riunioni del Comitato tecnico-scientifico per l'emergenza sanitaria non saranno resi noti in maniera automatica, integrale e senza omissioni di sorta. La Camera infatti ha respinto la richiesta di alcuni deputati. Una decisione destinata a dare la stura a complottismi di ogni natura. E non potrebbe essere altrimenti. Ma che si pone nel segno antico di una visione della politica come pedagogia. I cittadini, gli elettori non possono sapere tutto, altrimenti si "turberebbero". Sono più o meno dei bambini. E come un tempo per i film per queste cose ci vuole l'età. Senonché da baldanzosi giovincelli si diventa canuti vecchierelli a forza di attendere. E', più o meno, con questa scusa, che il presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha deciso di non rendere noti nella loro interezza i documenti che riguardano la strage di Ustica. Un tragico avvenimento accaduto oltre quarant'anni fa. Coperto da periodiche cortine fumogene come le tante stragi che hanno insanguinato l'Italia.

Un effetto collaterale del Covid-19 è stato la crescita della sfiducia nelle istituzioni. Certo, la paura del nemico comune conduce a fare corpo unico ma poi a ogni occasione utile, elezioni comprese, emerge. Ovviamente agli occhi degli osservatori in buona fede. Colpa, oltre

che di errori sostanziali, soprattutto della mancata e/o errata comunicazione che, volutamente o meno, è finita per risultare uno dei problemi principali dell'emergenza sanitaria.

La comunicazione è stata sbagliata da qualunque lato la si guardi e non solo nel nostro Paese. Anche se quanto succede nel nostro Paese, e magari in organizzazioni sovranazionali con grande ascendente su di noi o sui mezzi di comunicazione di massa, ci riguarda più da vicino e principalmente. Paradossale che ciò sia successo nella società della comunicazione – e dell'immagine – per eccellenza. Errori tanto grossolani da far dubitare che possano essere capitati per caso.

Fuori dall'Italia la vicenda di mala-comunicazione maggiormente eclatante è stata quella della rivista sanitaria più nota al mondo, autorevole senza prova contraria, "The Lancet". Sul periodico scientifico è apparso uno studio firmato da quattro presunti esperti che accusavano la "cloroquina" di essere letale. Immediatamente l'Organizzazione mondiale della sanità l'ha bandita sulla scorta della pubblicazione dello studio su "The Lancet" e dei suoi evidentemente autorevoli autori. Finché 120 medici – favorevoli o contrari al prodotto usato contro il virus – hanno chiesto un supplemento di controlli. Si è scoperto così che l'indagine si basava perfino su dati inventati e che uno dei quattro "autorevoli" autori era Ariane Anderson, una ex modella a luci rosse. Richard Horton, direttore di "The Lancet", si è scusato e gli altri, Oms compresa, hanno fatto marcia indietro. Ma il danno maggiore è stato quello di aver fatto perdere la faccia a tanti personaggi sui quali il cittadino comune fonda legittimamente speranze, aspettative, certezze. Horton, per dire, è un signore che sul "Financial Times Weekend" ha assegnato pagelle alle politiche sanitarie di questo o di quel governo, a questo o quel personaggio politico. E nella sua scia virologi che hanno detto tutto e il contrario di tutto, ma continuano a pontificare alla tv o sui giornali. E una Oms che come tutte le agenzie dell'Onu è alla mercé del potente di turno e pur di non sfiore la Cina è stata capace di negare la gravità della pandemia. Politici ingannati e ingannevoli. Una miscela esplosiva che potrebbe fare più danni del Covid-19.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12italia.eu

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

Franco Bassetto è direttore scuola di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica all'università di Padova

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista economica

Daniilo Quinto è giornalista

Tuccio Risi è lo pseudonimo di un giornalista economico

Riccardo Romani è lo pseudonimo di un giornalista economico

Carlotta Scarpa, è specialista in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica all'università di Padova

Lidia Tamburrino è giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

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 INNOVABIOMED
- 12 INNOVABIOMED, I PROTAGONISTI
- 14 INNOVABIOMED, SCELTE IN EMERGENZA
- 17 IL DITO NELL'OCCHIO
- 19 CINA, UNA STORIA CONTAGIOSA
- 23 IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
- 27 CHIRURGIA DELLA MANO
- 30 CARDIOCHIRURGIA D'ECCELLENZA

SOM



Primo trapianto di utero



Cure palliative



MALATI
REUMATOLOGICI

43

ORE12LIFE

39

IL PAZIENTE
NON È UN NUMERO

SEGUICI SU:
WWW.ORE12ITALIA.EU



TWITTER
ORE12GROUP



FACEBOOK
ORE12GROUP



LINKEDIN.COM
COMPANY/ORE12



INSTAGRAM
@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 4 •



Cari lettori,

il 26 e 27 ottobre, si terrà al Centro Congressi Palaexpo di Verona, la seconda edizione di INNOVABIOMED, il Network place per il settore dei dispositivi medici. Rinviato per motivi legati all'emergenza Coronavirus, l'evento, organizzato Veronafiore in collaborazione con distrettobiomedicale.it, il portale del più importante distretto biomedicale italiano, è molto atteso, perchè riunirà molti scienziati ed esperti del settore dell'innovazione in campo sanitario. Per questa ragione, dedichiamo in questo numero grande attenzione a quest'evento, che sarà animato dal prestigioso Comitato Scientifico di INNOVABIOMED, di cui fanno parte il dott. Carlo A. Adami, chirurgo vascolare, innovatore, pioniere di tecniche chirurgiche, ideatore dell'evento e Presidente del Comitato Scientifico; il dott. Luigi Bertinato, coordinatore della Struttura della Clinical Governance e Responsabile della Segreteria Scientifica della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità; il prof. Gino Gerosa, Professore Ordinario di Cardiochirurgia della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, Direttore del Centro di Cardiochirurgia e del Programma Trapianto di cuore e Assistenza Meccanica dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova e Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; il prof. Giampaolo Tortora, Professore Ordinario di Oncologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore del Cancer Center e della Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma. All'evento interverrà, tra gli altri, il prof. Walter Ricciardi, membro del comitato esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Presidente del Mission Board for Cancer della UE, Presidente della World Federation of Public Health Association e consulente del Ministro della Salute. Sarà certamente un'occasione importante per dibattere su temi di grandissima attualità. Infatti, la logica dell'emergenza sanitaria che l'Italia e il mondo stanno vivendo in questo 2020, può essere superata solo guardando alle sfide del medio e del lungo periodo. Solo così si può fare tesoro di quanto è accaduto e sta ancora accadendo e si può comprendere come sostenere l'innovazione in campo sanitario e in quale direzione può essere indirizzata la ricerca in campo medico-scientifico.

Innovative External Support for Outstanding AV-Fistula Performance



KASTER
Medical Technology

www.kastermt.it



Innovabiomed

Il network place per il settore dei dispositivi medici

*ALL'EVENTO, PROGRAMMATO A MARZO E RINVIATO
A CAUSA DELL'EMERGENZA SANITARIA,
PARTECIPERANNO OSPITI DI ALTISSIMO PROFILO SCIENTIFICO.*

di *Danilo Quinto*

Il 26 e 27 ottobre 2020, al Centro Congressi Palaexpo di Verona, si svolgerà la seconda edizione di INNOVABIOMED, il network place pensato per mettere in connessione discipline, competenze e professionalità diverse, favorire l'innovazione e contribuire alla crescita di un settore di primaria importanza per il Paese. L'evento, dedicato all'incontro e al confronto fra gli esperti della produzione di dispositivi medici, i professionisti e i ricercatori del settore, è organizzato da Veronafiore, in collaborazione con distrettobiomedicale.it, il portale del più importante distretto biomedicale italiano, recentemente protagonista del libro "Covid-19: aziende in prima linea" e patrocinato da Regione Veneto, Provincia di Verona, Comune di Verona, Università di Verona e Università di

Padova. Partner di Innovabiomed sono Confindustria Dispositivi Medici, che organizza il convegno "Dispositivi medici: le sfide del settore tra regolamenti europei ed emergenza sanitaria" e Confimi Sanità, con il convegno "La robotica nella riabilitazione delle persone con disabilità: stato dell'arte e prospettive future". Sponsor della seconda edizione di Innovabiomed è CPL.

E' ricco il programma di convegni, tavole rotonde e workshop dell'evento, che ha come titolo "Oltre l'emergenza", con relatori di rilievo internazionale, così come di alto livello è l'area business, con la presenza di aziende che fanno dell'innovazione il punto centrale della loro attività. L'obiettivo – attraverso il dibattito su temi quali il digital health, la robotica, la stampa



3D, la medicina rigenerativa, l'intelligenza artificiale, l'oncologia di precisione, gli aspetti economico-finanziari e gli investimenti per lo sviluppo del settore - è quello di favorire il contatto tra le aziende produttrici di dispositivi medici, i fornitori e gli utilizzatori, riflettendo su scenari futuri, ma mettendo al centro le innovazioni già applicabili, anche alla luce dell'emergenza sanitaria causata dal Covid-19. L'evento, attraverso lo scambio di esperienze fra l'area medico-scientifica e quella aziendale, sarà quindi un'occasione utile per guardare alle prossime sfide, favorendo lo sviluppo di relazioni che possano contribuire all'innovazione.

Il settore dei dispositivi medici in Italia genera un mercato che vale 6,5 miliardi di euro, tra export e mercato interno e conta 3.957 aziende, che occupano 76.400 dipendenti (dati Confindustria Dispositivi Medici). Si tratta di un tessuto industriale diversificato e caratterizzato da un'occupazione altamente qualificata. L'emergenza Covid-19 ha evidenziato l'importanza strategica di questo comparto per garantire la salute e il benessere dei cittadini. Affrontare un virus sconosciuto, infatti, richiede un grande lavoro di ricerca multidisciplinare con importanti ricadute industriali. La risposta delle aziende italiane alle crescenti richieste di dispositivi medici da parte degli ospedali è stata immediata: le imprese hanno intensificato la capacità produttiva, riconvertito, dove possibile ed innovato. Se il biomedicale italiano è un'eccellenza a livello mondiale, per restare tale deve poter contare su un importante lavoro di "sistema". Servono competenze, investimenti e la massima collaborazione fra i tre settori a cui si rivolge Innovabiomed: il mondo della ricerca scientifica, quello dei produttori di dispositivi medici e le strutture sanitarie utilizzatrici. Alle Istituzioni poi il compito di creare le condizioni per la crescita della filiera e per favorirne la competitività, anche sul piano internazionale. L'idea del network place di settore è nata grazie

all'intuizione del chirurgo Carlo A. Adami, innovatore e pioniere di tecniche chirurgiche e presidente del Comitato scientifico e da Marco Gibertoni, manager nel settore biomedicale. Il Comitato scientifico è composto, oltre che da Carlo A. Adami, da altri tre professionisti di altissimo profilo scientifico: il dott. Luigi Bertinato, coordinatore della Struttura della Clinical Governance e Responsabile della Segreteria Scientifica della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità; il prof. Gino Gerosa, Professore Ordinario di Cardiocirurgia della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, Direttore del Centro di Cardiocirurgia e del Programma Trapianto di cuore e Assistenza Meccanica dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova e Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; il prof. Giampaolo Tortora, Professore Ordinario di Oncologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore del Cancer Center e della Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma.

Il convegno inaugurale si terrà lunedì 26 ottobre, dalle 10,00 alle 13,00, presso l'Auditorium Verdi. Introdotto e moderato dal dott. Carlo Adami, ha come titolo "The Health Care (R)evolution: Innovabiomed 2018-2020, dove eravamo rimasti, dove stiamo andando e cosa ci ha insegnato l'emergenza Covid-19". Interverranno: Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene all'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore scientifico Istituti clinici scientifici Maugeri, presidente del Mission board for cancer della Commissione europea, presidente della World federation of public health associations, coordinatore del comitato scientifico della Fondazione Human technopole, consigliere del ministro della Salute; Tommaso Ghidini, Responsabile della divisione Strutture, Meccanismi e Materiali dell'ESA, l'Agenzia Spaziale Europea; Carlo Calenda, membro della Commissione per l'Industria, la



Gino Gerosa, Carlo Adami, Giampaolo Tortora

Ricerca e l'Energia del Parlamento europeo; il prof. Gino Gerosa; il prof. Giampaolo Tortora; il prof. Giuseppe De Donno, Direttore di Struttura Complessa Pneumologia e Utir ASST Mantova - Ospedale Carlo Poma; Mauro Ferrari, Presidente e Ceo DXT Inc. e Professore di Scienze Farmaceutiche dell'Università di Washington; La lettura introduttiva sarà affidata a Massimiliano Boggetti, Presidente di Confindustria Dispositivi Medici.

Le riflessioni verteranno sui temi delle nanotecnologie, della teranostica e dell'oncologia di precisione; della decellularizzazione e della medicina rigenerativa; del cuore umano, meccanico e biologico; dei nuovi percorsi dei sistemi sanitari, degli investimenti a sostegno dell'innovazione. Si tenterà di rispondere ad interrogativi di strettissima attualità. Ad esempio, come superare la logica dell'emergenza guardando alle sfide del medio e lungo periodo? Come fare tesoro di quanto accaduto e come sostenere l'innovazione? In che direzione sta andando la ricerca in campo medico-scientifico? In un contesto sempre più dominato da soluzioni hi-tech, si stanno ormai affermando le potenzialità delle nanotecnologie, pronte ad assumere un ruolo di primo piano nella cura della persona. In particolare, la teranostica, ovvero l'integrazione tra nuovi metodi diagnostici e le tecniche terapeutiche, sta prendendo forma in parallelo allo sviluppo della medicina rigenerativa. Mentre le missioni nello spazio rappresentano un ottimo terreno per inedite sperimentazioni in ambito biomedico, dalla scienza dei materiali alla stampa in 3D, sulla Terra iniziano ad affermarsi le tecniche di decellularizzazione, utili ad esempio per trapiantare organi anche in assenza di un donatore. Percorsi che conducono anche a traguardi fino a pochi anni fa inimmaginabili, come il cuore bionico e che richiedono investimenti strategici e finanziamenti per tradurre le scoperte in soluzioni tecnologiche, avanzando un passo dopo l'altro sulle basi solide della scienza.

Nel pomeriggio della prima giornata si terranno altri due importanti convegni.

Il primo - dalle 15,30 alle 18,00 presso la Sala Salieri, dal titolo "Biologia e biotecnologie nella medicina di precisione e personalizzata", a cura di: Ordine Nazionale dei Biologi, Delegazione del Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige, Associazione Biologi del Veneto. Al convegno, che sarà moderato da Giovanni Pizzolo, Ematologo, Università di Verona, interverranno: Vincenzo D'Anna, Presidente Ordine Nazionale dei Biologi; Devis Casetta, Presidente Associazione Biologi del Veneto per la promozione scientifica; Anna Verde, Commissaria Ordine

Nazionale dei Biologi per il Triveneto; Antonio Russo, MD, PhD, Direttore dell'U.O.C di Oncologia Medica Dipartimento di Oncologia del Policlinico Universitario A.O.U.P. "P. Giaccone" (Palermo); Fabrizio Mancin, Dipartimento di Scienze Chimiche, Università di Padova; Emanuele Papini, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Padova; Mauro Krampera, Direttore U.O.C. di Ematologia e Centro Trapianto di Midollo Osseo, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Policlinico G.B. Rossi. Il dibattito conclusivo, moderato da Maurizio Paro, Consigliere Associazione Biologi del Veneto, sarà tenuto da: Giampaolo Tortora; Vincenzo D'Anna, Presidente Ordine Nazionale dei Biologi.

L'oggetto di questo convegno è la medicina di precisione e personalizzata, che rappresenta lo sforzo di modellare la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie sulle caratteristiche del singolo o di un gruppo di persone. Essa riunisce esperti di ricerca biomedica traslazionale e clinica provenienti da università, aziende biotecnologiche e organismi di regolamentazione; un campo che è ritenuto tecnologicamente maturo per il passaggio alla routine clinica, ma ancora incontra numerosi ostacoli di natura metodologica, etica, normativa.

In questo ambito, le nanotecnologie, con la loro applicazione a scopo diagnostico e terapeutico volta a identificare e colpire in modo efficiente e selettivo alcune patologie, si sono solo appena affacciate al mondo della medicina.

Il ritardo nell'impiego di queste tecnologie e della nanomedicina è in parte anche dovuto alla trascurata opportunità di dialogo tra scienziati di diverse branche della medicina e della bioingegneria; ma non mancano alcune esperienze di frontiera della nanodiagnostica e nanomedicina, secondo un approccio multidisciplinare volto al dialogo tra ricerca pura e applicazioni

bioingegneristiche.

Sono quindi necessari nuovi percorsi di aggiornamento degli operatori impegnati nel campo della diagnostica e della terapia oncologica, immunologica, ematologica e biochimica clinica con particolare riferimento all'utilizzo delle metodiche biotecnologiche traslazionali.

Il secondo convegno – che si terrà dalle 14,00 alle 19,00 presso l'Auditorium Verdi, organizzato da Confimi Sanità e moderato da Raffaello Pellegrino, Professore in medicina fisica e riabilitazione - Direttore Scientifico e Didattico Campus Ludes UCM Lugano (Svizzera) – ha come titolo: “La robotica nella riabilitazione delle persone con disabilità: stato dell’arte e prospettive future”.

Sarà affrontato il tema dell'utilizzo delle tecnologie robotiche in ambito riabilitativo, che ha conosciuto negli ultimi anni un costante incremento e se ne prevede una ulteriore rilevante espansione nei prossimi anni. La crescente disponibilità di dispositivi robotici di impiego relativamente semplice e utilizzabili in ambito clinico ne ha permesso l'utilizzo da parte delle strutture di ricerca o di alta specializzazione con un diffondersi in molti settori dell'offerta riabilitativa, seppure in modo ancora disomogeneo. Nel workshop viene presentata una sintesi della situazione attuale in questo settore a livello nazionale ed internazionale attraverso la delineazione di linee di tendenza in ambito di ricerca, sviluppo, applicazione clinica e normativa.

Interverranno: Massimo Pulin, Presidente Confimi Sanità; Carlo A. Adami; Giovanni Endrizzi, Commissione Sanità e Sociale Senato della Repubblica; Sonia Fregolent, Commissione Sanità e Sociale Senato della Repubblica; Paolo Boldrini, Past President SIMFER; Pietro Fiore, Presidente – Società Italiana di Medicina Fisica e

Riabilitativa SIMFER; Stefano Paolucci, Presidente - Società Italiana di Riabilitazione Neurologica SIRN; Nicola Smania, Dir. Unità Operativa Complessa di Neuroriabilitazione AOUI Verona; Paolo Boldrini, Past President SIMFER;

Franco Molteni, Direttore UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedale Villa Beretta – Como;

Stefano Mazzoleni, Docente Universitario Dipartimento di Ingegneria Elettrica e dell'Informazione del Politecnico – Bari; Mauro Grigioni, Direttore Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica – ISS Roma; Federico Posteraro, Direttore Area Nord Dipartimento di Riabilitazione - AUSL Toscana Nord Ovest; Maurizio Petrarca, Responsabile Marlab Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Roma; Donatella Bonaiuti, Consiglio di Presidenza SIMFER; Giuseppe Luigi Quattrocchi, Direttore Strutture Dipartimentali della Riabilitazione – ASP Messina.

Il 27 ottobre, presso l'Auditorium Verdi, dalle 9,30 alle 11,00, si terrà una Tavola Rotonda moderata dal giornalista Giuliano De Risi, che vedrà la partecipazione di: Marco Elefanti, Direttore Generale Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS; Andrea Manto, Preside Istituto Superiore di Scienze Religiose “Ecclesia Mater” Pontificia Università Lateranense; Alberto Minali, già Amministratore Delegato di Cattolica Assicurazioni, nominato di recente da Papa Francesco membro del Consiglio Economico della Santa Sede; Gianfranco Pacchioni, Professore di chimica inorganica presso Università degli Studi di Milano-Bicocca; Mario Piccinini, Amministratore Delegato dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar; Giancarlo Ruscitti, Dirigente Generale Provincia Autonoma di Trento (Dipartimento Salute e politiche

SKYY53 KARGO rete di consegna aerea per applicazioni mediche,

a cura di CALVI TECNOLOGIE s.r.l.

Sky53 è un progetto in grado di innovare profondamente i servizi e la distribuzione merci in campo sanitario. Un sistema integrato di distribuzione merci mediante droni, all'interno di strutture ospedaliere o tra i Trauma Center e le postazioni SOS sul territorio. Il sistema è costituito essenzialmente da stazioni e da droni; è ormai collaudato e viene già impiegato in alcune città. Le stazioni sono senza presidio umano e servono all'atterraggio/decollo dei droni, al carico/scarico automatico delle merci e alla ricarica delle batterie.



sociali). La specificità della Tavola Rotonda si fonda sulla convinzione che per definire l'assetto del settore negli anni a venire il punto di partenza è prendere atto della rapidità dello sviluppo e riflettere su chi tra umanità e tecnologia debba guidare e chi essere guidato, considerando che non vanno sottovalutati i risvolti economici e sociali dell'innovazione, che avrà sicuramente un impatto positivo sulla salute. Occorrerà definire i ruoli del pubblico e del privato nella sanità del futuro ed interrogarsi sui rapporti tra mondo assicurativo e della finanza. Un approccio rigoroso nell'affrontare queste questioni può permettere di mantenere il controllo dell'avanzamento tecnologico, evitando che gli esseri umani ne siano destabilizzati o addirittura travolti, considerando anche che i temi etici e religiosi sono destinati a entrare appieno nel dibattito pubblico sulla salute.

Sempre presso l'Auditorium Verdi, dalle 12,00 alle 13,30, si terrà una seconda Tavola Rotonda, dal titolo "Virtual Hospital, small & big data management and Digital Health". Verterà sul tema dell'ospedale del domani, che sarà certamente più digitale, basato sui dati e iperconnesso. Se oggi la Digital Health sta attraversando la propria fase pionieristica, con alcune accelerazioni legate all'emergenza Covid-19, sono già molti i temi su cui riflettere, da quello della tutela della privacy a quello dei protocolli per trattare le informazioni dei pazienti, fino alla gestione dei rischi e delle potenzialità legate all'utilizzo degli algoritmi. Un futuro in cui la risorsa strategica per essere competitivi e all'avanguardia sarà anzitutto la disponibilità di dati, con cui addestrare le intelligenze artificiali. Alla Tavola Rotonda, moderata dalla giornalista Vira Carbone, interverranno: Filippo Anelli, presidente nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; Luigi Bertinato, coordinatore della Struttura della Clinical Governance e Responsabile della Segreteria Scientifica della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità, componente del Comitato Scientifico di INNOVABIOMED; Cosimo Distante, responsabile delegato del CNR-ISASI sede di Lecce e titolare della cattedra di Computer Vision all'Università del Salento; Francesco Gabrielli, direttore del Centro Nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità; Antonio Gatti, Digital Transformation Lead di Microsoft; Fabrizio Renzi, President e CEO di rnbgate, rnb4culture, rnb4africa, Angel Investor e VP Bio4dreams.

Dalle 14,00 alle 16,00, presso la Sala Rossa, si terrà un secondo convegno, dal titolo "La manifattura digitale in Chirurgia Ortopedica, a cura di IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli. Interverranno: la prof.ssa Maria Paola Landini; l'ing. Alberto Leardini; il prof. Francesco Traina; il dott. Gisberto Evangelisti; il dott. Costantino Errani.

Si parlerà dei trattamenti ortopedici standard, sia conservativi sia chirurgici, che offrono risultati soddisfacenti

soprattutto in quelle tipologie di intervento più comuni e maggiormente eseguite. Nel caso di trattamenti più complessi, dove i più classici dispositivi non rispecchiano precisamente le caratteristiche proprie dell'anatomia, come ad esempio nella protesica primaria delle piccole articolazioni (piede, caviglia, spalla, gomito, mano), nella chirurgia di aree anatomiche complesse (bacino, colonna) ed in presenza di tumori, difetti o perdite ossee, nonché nella protesica di revisione, si assiste ad un più elevato tasso di fallimenti. Per far fronte a questi problemi, una maggiore personalizzazione dei trattamenti ortopedici è necessaria, e ciò sembra sempre più praticabile mediante l'utilizzo di nuove tecniche digitalmente assistite, come la stampa 3D e le simulazioni preoperatorie.

Considerata la giovane età del campo chirurgico, attualmente i dati scientifici che confermano l'efficacia di tali trattamenti a lungo termine sono ancora limitati, tuttavia, a livello Internazionale, nel campo ortopedico, si sta assistendo ad un aumento dell'applicazione di metodiche orientate alla personalizzazione degli impianti, con sempre più evidente successo clinico.

Pianificazioni preoperatorie tramite ricostruzioni 3D delle lesioni e produzione di sostituti ossei, o articolari tramite manifattura digitale sono tra i principali ambiti di sviluppo clinici del Rizzoli. Partendo dalle immagini di risonanza magnetica, o dalle TAC, allo IOR vengono progettate protesi su misura in base alle caratteristiche geometriche e biologiche della persona ed alla tipologia dell'intervento, in un confronto costante con il chirurgo che effettuerà l'operazione. Ad oggi svariate esperienze cliniche sono già mature, con molti pazienti coinvolti ed operati con successo. Si tratta di ricostruzioni muscoloscheletriche di bacino e ginocchio, ricostruzioni di gomito e spalla, sostituzioni vertebrali e protesi di caviglia personalizzati e adattati ad ogni singolo paziente, che permettono un recupero funzionale più veloce e una maggiore stabilità dell'impianto, laddove non esistono in commercio sostituti in grado di adattarsi alle particolari anatomie delle lesioni operate.

Nel corso dei due giorni dell'evento, verrà presentato il francobollo emesso dal Ministero dello Sviluppo economico dedicato all'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti nel centenario della sua fondazione. Per l'occasione è in programma la partecipazione di Grazia Pertile, chirurgo vitreo-retinico, esperta internazionale di patologie retiniche e di terapie innovative, con un intervento dal titolo: "Il trattamento di patologie retiniche che possono portare alla cecità. Prospettive fra retina artificiale, terapia genica e cellule staminali".

Novità 2020 è il Premio Innovabiomed, che verrà assegnato dal Comitato scientifico alla realtà più innovativa fra quelle presenti all'evento, con particolare attenzione alle giovani imprese.

INNOVABIOMED, I PROTAGONISTI

“MEDICINA, C’È BISOGNO DI PARLARE DEL SUO FUTURO”



Al prof. Gino Gerosa, direttore della Cardiocirurgia dell'azienda ospedaliera universitaria di Padova, dove nell'aprile del 2020 ha effettuato il trapianto di cuore numero mille, creatore – insieme a due ingegneri e due inventori – del primo cuore bionico interamente “made in Italy”, chiediamo quali sono le sue aspettative rispetto all'evento INNOVABIOMED. “Io spero, innanzitutto, che ad ottobre il Covid19 non si ripresenti di nuovo in maniera violenta, tale da costringerci, ancora una volta, a rinviare l'appuntamento. Dopo i mesi del lockdown, abbiamo bisogno estremo di discutere insieme e di

approfondire tutti gli argomenti che ci stanno a cuore, per pensare e investire nel futuro della medicina.

A questo serve INNOVABIOMED”. Che cosa ha insegnato l'esperienza dell'emergenza? “Direi la necessità indalazionabile di un'organizzazione capillare e diretta tra medicina di base, ospedali e medicina del territorio. Queste tre componenti devono operare insieme”. **Rispetto alla specifico della sua specializzazione, invece?** “Ci ha insegnato certamente che un grosso centro di cardiocirurgia in ogni regione avrebbe consentito di svolgere l'assistenza ordinaria per i pazienti, che è mancata e molti di loro ne hanno sofferto. Tenendo conto dell'incidenza del nostro Paese delle malattie legate al sistema cardiocircolatorio, i cittadini hanno bisogno di vivere nella sicurezza di poter accedere alle cure sempre, anche in situazioni di emergenza”.

Quali sono le novità nel campo dell'innovazione tecnologica legato alla cardio-chirurgia? “Fino a pochi anni or sono, si procedeva attraverso la chirurgia tradizionale, a cuore aperto. Poi si è affermata la chirurgia mini-invasiva. Ora, si sta puntando tutto su quella che io chiamo chirurgia micro-invasiva, a cuore battente, che esclude l'uso del bisturi e la circolazione extra-corporea: il cardiocirurgo non guarda più il cuore solo con i propri occhi, ma con l'ausilio fondamentale delle macchine. Il futuro è questo: la medicina rigenerativa”.

UN PALCOSCENICO FONDAMENTALE



Carlo A. Adami, che è stato l'inventore, due anni fa, dell'evento INNOVABIOMED, sottolinea che **“l'appuntamento previsto a Verona per il 26 e 27 ottobre 2020 è dedicato al nuovo che si rimette in moto, dopo i mesi ‘caldi’ dell'emergenza**

Coronavirus, che hanno costretto anche il mondo della

medicina e della scienza a fermarsi, per così dire, per dedicare tutto il suo impegno a cercare le possibilità per arginare e, speriamo a breve, a sconfiggere la pandemia definitivamente”.

INNOVABIOMED punta, in particolare, sulle nuove tecnologie applicate ai settori della sanità. Perché queste sono importanti?, chiediamo.

“Perché rappresentano il futuro e da questo punto di vista INNOVABIOMED è un palcoscenico fondamentale”.

L'APPUNTAMENTO DI VERONA DEVE DIVENTARE FORUM PERMANENTE



Giampaolo Tortora, professore ordinario di Oncologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore del Cancer Center e della Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma, tra i massimi esperti mondiali di tumore al pancreas, si augura che INNOVABIOMED **“possa diventare un forum permanente, che affronti le emergenze che si**

aggiungeranno a quella che abbiamo vissuto e stiamo vivendo, attraverso metodologie che richiedono interdisciplinarietà, anche rispetto alle situazioni quotidiane. INNOVABIOMED è un luogo d'incontro ideale per parlare dell'intelligenza artificiale piuttosto che degli aspetti farmacologici o della nano-tecnologie”. Può dirci che cosa secondo lei ha insegnato l'emergenza da Covid19? **“La necessità di una comunicazione che si fondi interamente su aspetti scientifici e non su valutazioni emotive. E' necessario, da un lato, invereare una solida, autorevole e riconosciuta cultura scientifica, dall'altro operare perchè si crei nel nostro Paese una condivisione delle conoscenze. Questo favorirebbe la crescita di un clima di compartecipazione, anche delle scelte che vengono fatte, eviterebbe di generare confusione – com'è in larga parte avvenuto rispetto all'emergenza – e di percepire la 'scienza' come una casta chiusa in una torre d'avorio. Il know how di INNOVABIOMED è proprio questo: quest'evento non è soltanto un forum di tecnici, di specialisti, ma è una fucina che vuole portare la scienza e l'apporto dell'innovazione e delle nuove tecnologie a conoscenza di tutti”.**

UNA PIETRA MILIARE



Walter Ricciardi, membro del comitato esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Presidente del Mission Board for Cancer della UE, Presidente della World Federation of Public Health Association e consulente del Ministro

della Salute sull'emergenza da Covid19, è certo del fatto che **“le nuove tecnologie, che rappresentano il ‘biglietto da visita’ dell'evento INNOVABIOMED, ci danno possibilità crescenti ed infinite. Sono chiavi fondamentali per affrontare tutte le sfide che il sistema salute pone”.**

Quale insegnamento si può trarre dal periodo dell'emergenza, gli chiediamo.

“Un insegnamento principale: non bisogna mai sottovalutare l'importanza dei sistemi sanitari, soprattutto in termini di investimenti da garantire e di professionalità da assicurare. Oltre a rafforzare il pilastro ospedaliero, occorre rafforzare in Italia l'assistenza territoriale, sia in termini di prevenzione, sia in termini di medicina generale”.

A suo avviso, quale sarà l'evoluzione della pandemia?

“L'ondata iniziale si è attenuata, ma non si è mai esaurita. C'è da sperare di poter essere in grado di controllarla, attraverso comportamenti individuali che si richiamino al senso di responsabilità, fino alla possibilità di avere un vaccino da distribuire alla popolazione”.

Le difficili scelte in emergenza

di *Riccardo Romani*

GIUSEPPE DE DONNO



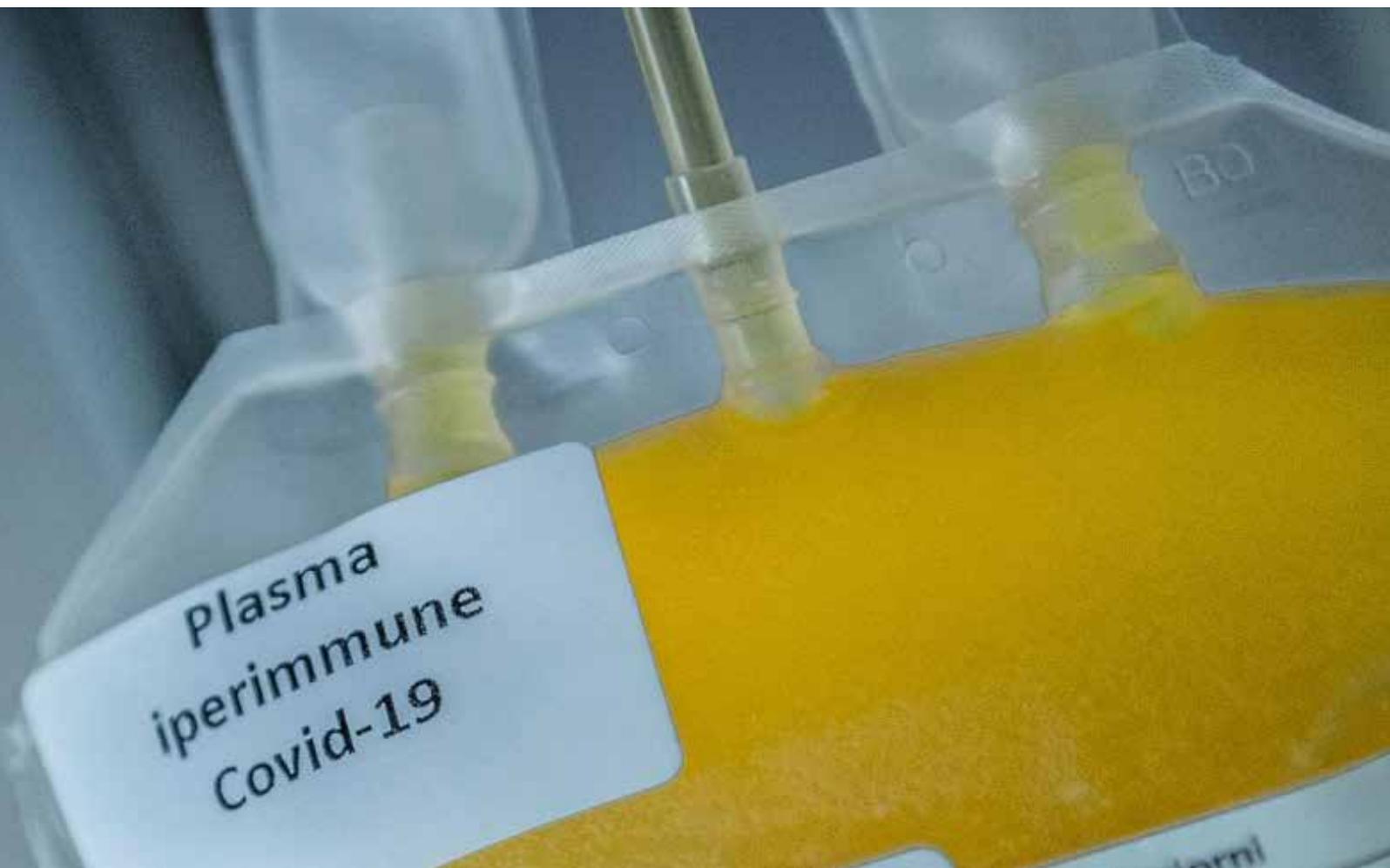
TRA GLI SCIENZIATI PRESENTI A VERONA IL PROFESSOR DE DONNO, PRIMARIO A MANTOVA, CHE CON I COLLEGHI DI PAVIA HA CONDOTTO PER PRIMO SPERIMENTAZIONI RELATIVE ALL'UTILIZZO DI PLASMA IPER-IMMUNE DA PAZIENTI CONVALESCENTI DI COVID-19

Professore, come spiega la decisione del Presidente degli Stati Uniti di invitare tutti i guariti dal Covid-19 a donare il plasma per contribuire ad usarlo nelle cure?

Il Presidente Trump ha sempre creduto negli studi osservazionali relativi all'uso del plasma da pazienti convalescenti per combattere il Coronavirus. Non sono studi randomizzati e controllati, ma sono studi – definiti, appunto, osservazionali – che consentono di affermare

che l'uso del plasma iperimmune riduce la mortalità dei pazienti colpiti in forma grave.

In che percentuale il plasma iperimmune riduce la mortalità?
Dai nostri studi e dalle nostre osservazioni, la riduzione della mortalità è pari al 25%, quindi una riduzione importante. Gli studi americani sottolineano il 35% di riduzione. Questo è l'indice usato dalla Food and Drugs Administration per dare l'autorizzazione ad autorizzare il plasma al di fuori dei protocolli controllati e randomizzati.



Di fronte a questi dati, come spiega lei, da scienziato, il fatto che la comunità scientifica tra virgolette istituzionale non abbia immediatamente accolto questa prospettiva di ricerca e di sperimentazione?

In realtà, è un peccato, perchè io ho sempre detto sin dal mese di aprile, durante la mia audizione al Senato, che le strategie terapeutiche dovevano essere utilizzate allo stesso modo e con le stesse regole. Per cui, o si decideva che venivano utilizzati farmaci nell'ambito di studi randomizzati e controllati e questo avrebbe dovuto riguardare tutti i farmaci, oppure si utilizzavano i farmaci nell'ambito di studi osservazionali. Per il plasma non è andata così. E' stato utilizzato soltanto nell'ambito di studi scientifici e raramente in casi compassionevoli. E' una scelta dettata dalla prudenza, che permane probabilmente per le perplessità che riguardano gli emoderivati. C'è da dire che, anche se in ritardo, Istituto Superiore di Sanità e Aifa poi si sono mossi, mettendo in piedi il protocollo, affidato all'Università di Pisa. L'Italia, quindi, ha in questo momento un protocollo, autorizzato e controllato, che ci mette al riparo nel caso di una seconda ondata, in modo

tale da poter utilizzare il plasma nell'ambito di uno studio di buon livello.

A proposito di questa seconda ondata, che molti sembrano temere, lei ritiene che le dichiarazioni di alcuni scienziati secondo i quali il virus, nel corso di questi mesi, si è "depotenziato", siano attendibili?

In estate, qualsiasi virus allenta la sua morsa, sia per le condizioni climatiche, sia perchè ci si lava spesso e quindi ci sono alcuni comportamenti che facilitano la minor "presa" di un qualsiasi virus. Però, l'incremento del numero dei contagiati non mi pare vada in questa direzione. Abbiamo assistito ad un aumento dei contagi, con molti casi dei cosiddetti asintomatici ed anche casi di persone che si ammalano anche seriamente, cosa che non è accaduta per alcune settimane. Prima di essere così categorico, userei prudenza, perchè altrimenti questo rischia di generare nella popolazione un allentamento delle misure di prevenzione rispetto alla malattia in modo forse troppo eccessivo.

A proposito degli asintomatici, è vero che buona parte di loro non trasmettono il virus?

Questo è un dato epidemiologico ormai accertato, salvo



attendere i dati definitivi. E' vero, cioè, che i soggetti asintomatici che risultano positivi al tampone nasofaringeo, non tutti parrebbero trasmettere il virus. Ci sarebbe la divisione in due grandi categorie: da una parte gli asintomatici diffusivi, dall'altra gli asintomatici non diffusivi. Dire quali sono i motivi per cui un soggetto asintomatico è diffusivo o meno, è molto difficile. Il problema è che non sappiamo se in determinate circostanze o con il cambiamento delle condizioni ambientali, anche gli asintomatici non diffusivi possano poi diventare diffusivi.

Tornando alla questione del plasma, lei ritiene sia utile costituire una "Banca del Plasma"?

La "Banca del Plasma" è necessaria. Si dovrebbe raccogliere il più possibile il plasma dei pazienti convalescenti, se volessimo portare avanti i protocolli di ricerca. In questo momento, di "Banche del Plasma" cosiddette organizzate, esiste solo quella di Padova, dove sono riusciti a stoccare oltre duemila sacche di plasma. Poi, ci sono centri trasfusionali, come Mantova e Pavia, che in modo autonomo hanno stoccato una notevole quantità di sacche di plasma da paziente convalescente.

Che cosa serve perchè si decida la costituzione di una "Banca del Plasma"?

Sono scelte apicali, fatte su base regionale, che sono disposte dagli organizzatori della rete sanitaria, d'accordo con i Centri Regionali del Sangue.

Lei non ha la sensazione che nel corso di questi mesi si sia parlato molto poco di cure e sia stata data molta attenzione al vaccino?

Diciamo che il vaccino ha mosso molti interessi, sia nel mondo scientifico sia nel mondo della farmindustria. E' anche giusto che si cerchi una strategia che porti a contenere la diffusione di un virus temibile come il

Covid19. Tenendo presente che la fabbricazione del vaccino ha bisogno di sicurezze e di certezze scientifiche, occorreranno alcuni anni di tempo. Quindi, l'impressione che si ha è che si stia cercando di correre – giustamente, perchè una soluzione per questa pandemia dobbiamo certamente trovarla – però si sono perse un pò di vista le necessità terapeutiche. Perchè se un vaccino arriva non penso prima della primavera del 2021, nel frattempo che cosa facciamo con i nostri pazienti? Questa è una domanda che rimane tutt'oggi aperta.

L'evoluzione della pandemia nei prossimi mesi quale sarà?

Noi questo virus lo conosciamo poco e conosciamo poco il suo atteggiamento. Conosciamo solo qualcosa in più rispetto al mese di febbraio. Però gli eventi vanno governati. Faccio un esempio: sono state riaperte quest'estate le discoteche ed abbiamo visto cos'è successo. Presumo che la riapertura delle scuole, degli impianti sportivi, degli stadi, dei teatri, avvenga con delle regole ben precise. Non so dire come sarà questa pandemia nel futuro. Posso dire che virus dell'HIV circola da 30 anni nella nostra popolazione. Per cui, il Coronavirus, per quello che osserviamo, potrebbe essere possibile che conviva con noi per degli anni.

Recentemente lei ha ricevuto un premio molto prestigioso, il Premio Moscati. Qual è stata la motivazione?

Il Premio Moscati è un premio che onora sempre la professionalità medica e in questo caso la motivazione è stata quella di aver cercato di dare speranza ai nostri concittadini e questo è proprio quello che ho cercato di fare dall'inizio della pandemia. Utilizzando un'"arma" impropria, quella dei social, ho sempre cercato di tranquillizzare i nostri concittadini, mandando dei messaggi di serenità e fornendo la sensazione che cure per trattare il Coronavirus c'erano. E questo è stato apprezzato dalla giuria ed ovviamente per me è stata una gioia immensa.

Lei ha visto molte vite che si sono salvate, ma ha visto anche morire molte persone...

Devo dire la verità, i primi giorni abbiamo visto morire molte persone e i ricordi di queste persone rimarranno indelebili nelle nostre menti. Non ci ricorderemo probabilmente i nomi, ma i volti ce li ricorderemo per sempre. E' stata un'esperienza traumatica, perchè noi, essendo intensivisti, siamo abituati a vedere la sofferenza, a gestire la morte, ma una concentrazione così importante, è stata veramente difficile da sopportare. E' stata un'esperienza che, come dico sempre, ci ha cambiato totalmente la vita.

Il dito nell'occhio

Attenti al troppo gel (igienizzante)

di Tuccio Risi



«Un uso eccessivo dei gel disinfettanti consentirà ai batteri di imparare a sopravvivere». L'allarme è del dottor Andrew Kemp, capo del comitato scientifico del British Institute of Cleaning Science che sottolinea come, se superbatteri dovessero imparare a resistere all'alcol, ci potremmo trovare in una «situazione da armageddon».

L'igiene delle mani è fondamentale per fermare la diffusione del Covid e il lavaggio delle mani è un'arma potente. Ma anche i più potenti disinfettanti non distruggono ogni singolo batterio e danno origine, potenzialmente, a più problemi. I batteri sopravvissuti sono resistenti all'alcol e in potenza molto più dannosi.

La ricerca del dottor Kemp, pubblicata sull'*American Journal of Biomedical Science and Research* è probabile che accenda un campanello d'allarme tra i funzionari della sanità pubblica che hanno sostenuto l'uso massiccio di gel per combattere la diffusione del coronavirus.

Ma per il dottor Kemp non si dovrebbe più fare affidamento sui gel per contrastare la pandemia covid-19. Gli sforzi dovrebbero invece essere concentrati sull'incoraggiare il lavaggio delle mani, durante il quale i batteri vengono risciacquati con acqua. «I gel per le mani – ha tenuto a precisare - dovrebbero essere usati solo come ultima spiaggia e come misura temporanea a breve termine o se acqua e sapone non sono disponibili. Le affermazioni su come molti gel per le mani uccidano il 99,9% dei batteri sono fuorvianti. Non sono a conoscenza di alcun disinfettante per le mani che sia stato sperimentato contro tutte le specie di batteri. Ciò che in realtà intendono è che uccidono il 99,9% delle specie batteriche contro cui è stato testato».

<Al momento – ha sottolineato - non ci sono prove pubblicate che i gel alcolici abbiano ucciso lo stesso Covid-19. Anche se uccidessero il 99,9% di tutti i batteri, potrebbero esserci più di un milione di batteri sulle tue mani in qualsiasi momento, lasciandone 10mila vivi dopo la sanificazione. Ricerche recenti mostrano che i batteri che non vengono uccisi dai gel alcolici sono agenti patogeni altamente pericolosi e possono proliferare. Ciò significa che l'uso quotidiano dei gel potrebbe alla fine potrebbe causarci più danni che benefici».

L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di lavarsi le mani regolarmente con acqua e sapone. Suggerisce di utilizzare gel per le mani a base di alcol «se non si ha accesso immediato a acqua e sapone».

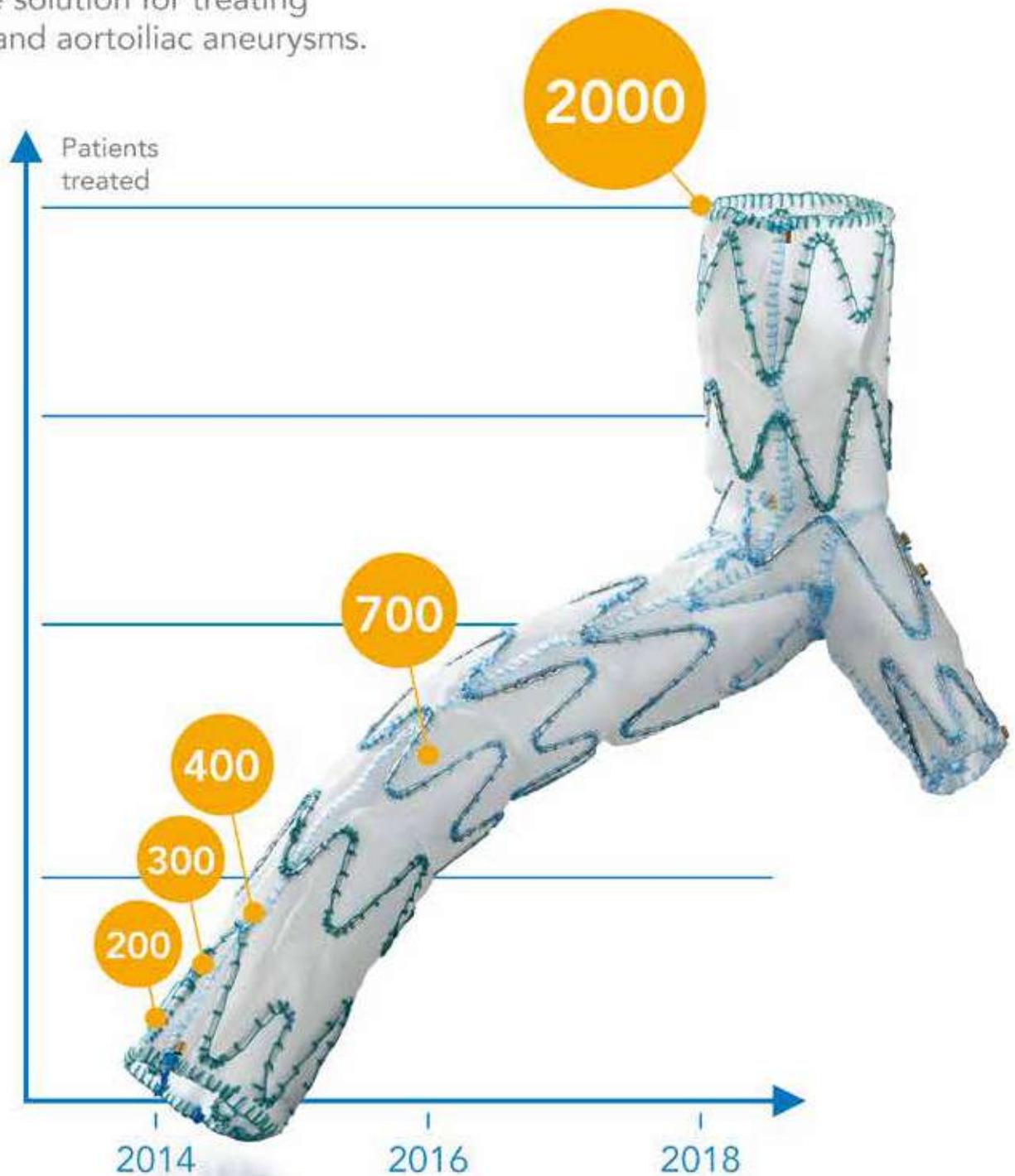
L'alcol scioglie la membrana grassa che circonda ogni batterio. Senza queste pareti protettive le loro proteine si sfaldano e muoiono. L'Oms ha suggerito che non ci sono prove che il disinfettante porti al proliferare di superbatteri. Ma gli studi, incluso uno nel 2018, hanno dimostrato che i batteri stanno diventando sempre più resistenti all'alcol.

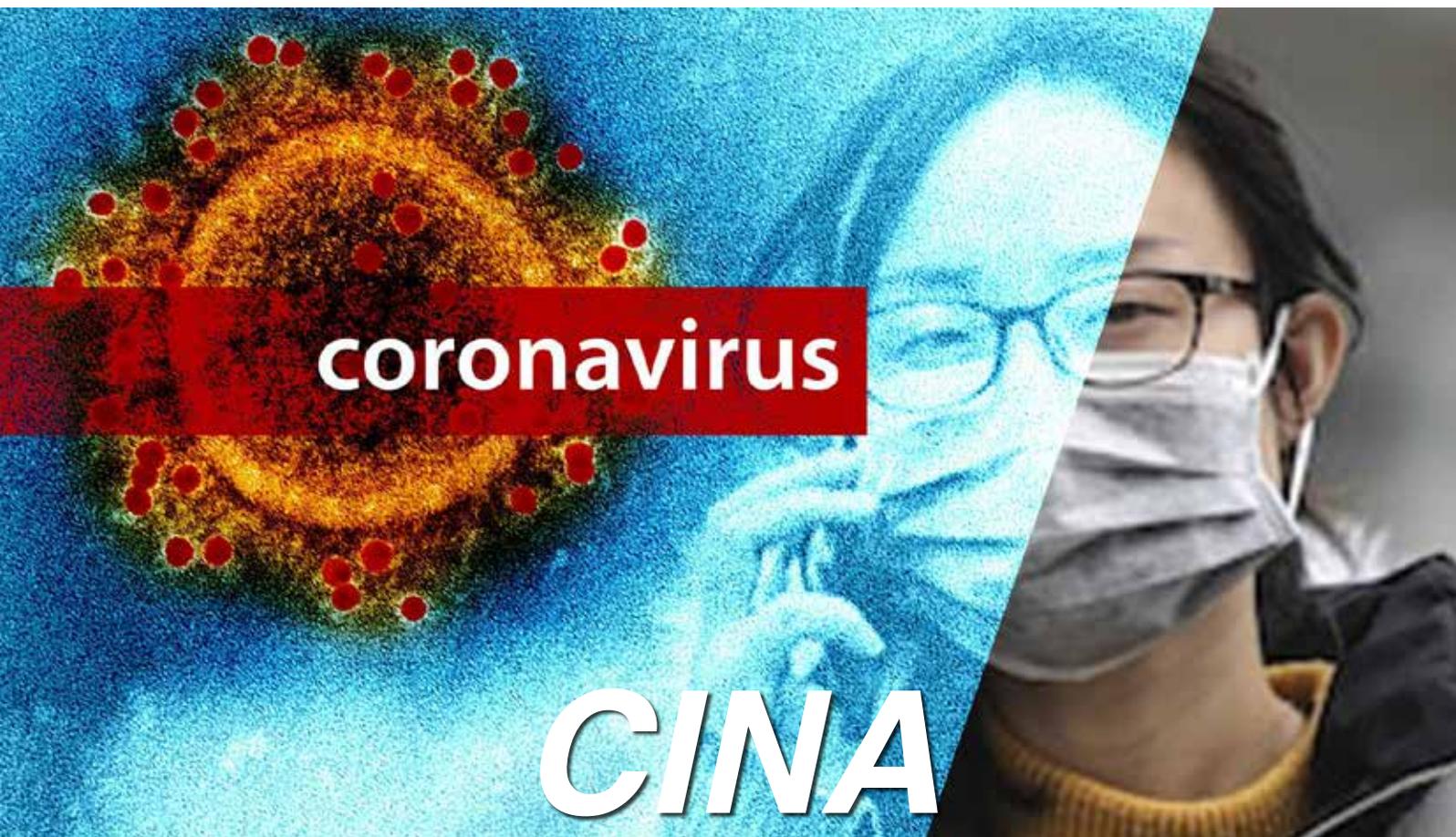
«Entriamo in contatto con batteri e virus ogni giorno della nostra vita – ha concluso Kemp - Il nostro sistema immunitario li combatte, quindi la maggior parte delle volte non ce ne rendiamo nemmeno conto».

Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.





coronavirus

CINA

Una storia contagiosa

*DALLA PESTE NERA AL COVID-19 IL GIGANTE ASIATICO
HA TRASMESSO AL MONDO LE PANDEMIE PIU' LETALI*

di *Pietro Romano*

A chiamarlo "China virus" c'è solo Donald Trump. Lo ha fatto di recente anche all'assemblea dell'Onu suscitando le ire di Pechino e dei suoi alleati palesi e occulti oltre che delle vestali del politicamente corretto.

Fedele al suo cliché, in realtà il presidente Usa ha ottenuto quanto voleva: far parlare di sé mentre alle Nazioni Unite si susseguivano interventi paludati sulle modalità con le quali è stata affrontata la pandemia da coronavirus Covid-19. Modalità, sia detto per inciso che ancora una volta hanno visto sconfitto l'approccio multilaterale ai problemi del Palazzo di Vetro.

Modalità e approccio (anche di Trump) a parte, sembra singolare che, quasi per la prima volta nella storia, una emergenza sanitaria di tale portata a quasi un anno

dal suo manifestarsi non abbia, ufficialmente, un luogo di origine. Eppure, non c'è nessuna prova contraria al fatto che si sia manifestata dapprima in Cina né che sia scaturita nel Paese.

L'allarme inascoltato

È perlomeno curioso che non si possa nemmeno accennare ai tentativi delle autorità locali (e quindi nazionali, perché in un Paese retto da una dittatura comunista come la Cina i poteri locali sono sempre stati ben poca cosa) di soffocare la voce dei medici che a Wuhan, capitale dell'Hubei, hanno lanciato l'allarme per primi. Ma sono rimasti inascoltati così che tutto il mondo ha perso tempo prezioso. Medici come il povero Li Wenliang perseguitato per aver informato alcuni suoi

colleghi della diffusione a Wuhan di un virus sconosciuto che gli ricordava la Sars del 2003. Li Wenliang sarà a sua volta vittima del coronavirus.

Il silenzio di Stato

I motivi per cui il governo di Pechino ha negato fin quando ha potuto l'esistenza del virus e poi ha cercato di addossare a non meglio individuati "stranieri" l'arrivo del virus in Cina è stato spiegato in diversi modi, compresa la nascita del virus in laboratorio, che non è questa la sede adatta a trattare. Di sicuro, però, il mondo deve alla Cina due pandemie di peste, quattro pandemie influenzali e due emergenze da Coronavirus oltre a numerose riproposizioni di eventi infettivi. Verità storiche in precedenza accettate che Pechino ha cercato di confutare proprio in concomitanza con lo scoppio dell'attuale crisi sanitaria.

Dalla peste nera...

Correva il 1347 e a scatenare la prima guerra batteriologica della storia e la conseguente "peste nera" che in cinque anni avrebbe decimato la popolazione europea fu Djanibeg, nipote del mongolo Gengis Khan. Per vincere la resistenza dei genovesi assediati a Caffa, città portuale della Crimea, fece catapultare cadaveri pestiferi al di là delle mura. Sulle coste del Mar Nero, infatti, durante l'assedio era approdato il morbo diffusosi in Asia continentale dalla regione dell'Hubei, con capitale Wuhan, entrambe salite tristemente alle cronache anche all'inizio dell'attuale emergenza sanitaria. Furono poi, molto probabilmente, i marinai genovesi scappati da Caffa e sbarcati a Costantinopoli e a Marsiglia a diffondere i bacilli in Europa.

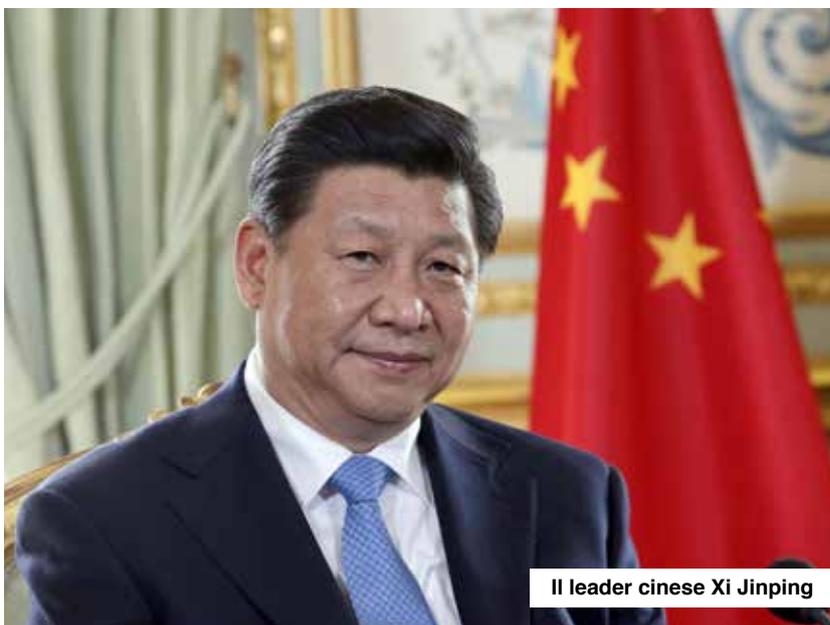
...alla peste cinese

La seconda pandemia da peste nata in Cina risale a un'epoca molto meno remota. Il suo nome è appunto "peste cinese" e scoppiò nel 1855 nello Yunnan, una regione meridionale dell'allora Celeste Impero. La sua diffusione fu molto lenta e impiegò quasi nove anni per arrivare a Pechino, città già allora super-popolata e dove la convivenza tra uomini e animali di ogni genere, allevati e selvaggi, era abituale, ma da lì passò in breve tempo alla colonia britannica di Hong Kong per espandersi al di fuori della Cina da un porto all'altro. Anche in quel caso, come in tante epidemie, il morbo viaggiò da est a ovest, seguendo i ratti e le loro pulci nelle stive delle navi. Una peste molto meno devastante di quella "nera" anche per le mutate condizioni igienico-sanitarie e le più profonde conoscenze mediche maturate nel frattempo. E per così dire, intermittente: è riapparsa di tanto in tanto sotto forme meno gravi del passato e/o localizzata geograficamente. È rimasta endemica in Madagascar. Fece 106 morti a Parigi negli anni venti, nell'area a nord di Clichy, portata da un malese morto con i caratteristici bubboni sotto le ascelle. E ha provocato molti decessi nel bacino mediterraneo tra le truppe trasportate da una sponda all'altra durante la seconda guerra mondiale.

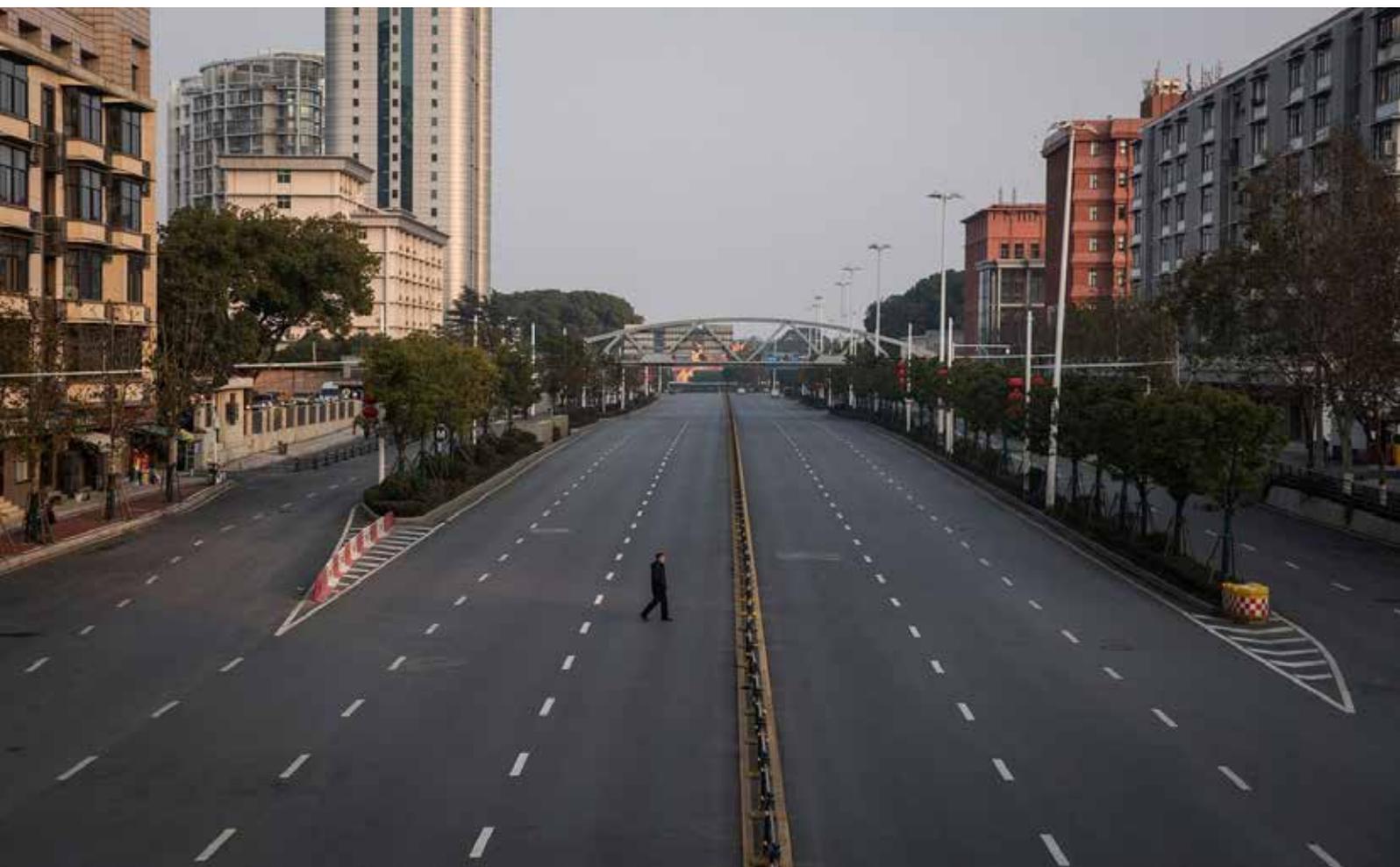
Influenze letali

La Cina è uno dei principali "laboratori" mondiali anche di pandemie influenzali, di origine aviaria, il cui virus passa solitamente da uccelli a maiali e poi all'uomo. La cosiddetta "spagnola", che fece circa 50 milioni di vittime tra il 1918 e il 1920, era comparsa a Shanghai per passare in Russia e arrivare quindi in Europa, tenuta nascosta

**IL GOVERNO
DI PECHINO HA
PERSEGUITATO
I MEDICI CHE
HANNO LANCIATO
A FINE 2019
L'ALLARME
SU QUESTO NUOVO
VIRUS. PERCHÉ,
SE NON AVEVANO
NULLA
DA NASCONDERE?**



Il leader cinese Xi Jinping



dalla censura dei Paesi in guerra e venuta alla luce solo grazie ai meno controllati giornali della neutrale Spagna. Da qui il suo appellativo.

Alcuni decenni di tregua e nel 1957 dalla provincia cinese sud-orientale del Guizhou si diffuse rapidamente in Asia, Australia e poi Europa l'influenza asiatica che seminò morte e devastazione facendo tre milioni di vittime. Tempo dieci anni e a Kowloon vennero individuati casi di un'altra influenza di origine aviaria che fu definita "influenza di Hong Kong" o "asiatica B" e fece un milione di morti. In Italia se ne contarono alcune decine di migliaia tra il 1968 e il 1969 ma l'emergenza sanitaria non divenne anche socio-economica né cambiò i comportamenti dei cittadini. Un altro decennio circa, ormai alla vigilia degli anni Ottanta

Wuhan è tristemente nota nella storia della medicina: fu l'epicentro della pandemia che nel XIV secolo dimezzò la popolazione europea

del Novecento, ed ecco riapparire il ceppo della "spagnola" sempre in Cina probabilmente frutto della manipolazione del virus nei laboratori dove si studiano i vaccini. Un intervento umano, peraltro, sempre negato da Pechino. Lo sterminio degli uccelli ha evitato il diffondersi, in seguito, di altre forme influenzali acute, ancora nel 2006.

Lo strano caso della Sars

Diverso il caso della sindrome respiratoria Sars individuata nel novembre 2002 nella provincia del Guangdong che nel 2003 fece numerose vittime. Fino a quel momento questo genere di sindrome da Coronavirus non aveva provocato problemi agli uomini, solo una sorta di raffreddore acuto. Nella fattispecie, però, l'assalto alle vie respiratorie poteva essere letale. Come si fosse trasformata l'azione del virus, in natura o in laboratorio, non è dato sapere al cento per cento. Maggiori indizi sono scaturiti sull'agente del virus: sarebbe portato da una civetta di cui sono sempre andati ghiotti i cinesi ricchi e potenti, perché rara e costosa. Il miglioramento del tenore di vita ha portato a una diffusione maggiore di tale cibo e, quindi, a meno controlli anche nelle cucine dov'è possibile che questo uccello carnivoro e aggressivo abbia ferito e infettato un addetto alle cucine.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

NUOVO TRATTAMENTO MINI-INVASIVO
ESEGUIBILE IN REGIME DI DAY-HOSPITAL

di *Katrin Bove*

L'**iperplasia prostatica benigna (IPB)** è una patologia non tumorale caratterizzata dall'aumento del volume della prostata, la piccola ghiandola attraverso cui passa l'uretra, cioè il condotto che dalla vescica porta l'urina verso l'esterno. Quando la prostata si ingrossa va a comprimere il canale uretrale, causando una parziale ostruzione dello stesso e ostacolando il flusso urinario. L'ipertrofia prostatica benigna è molto diffusa: viene diagnosticata a oltre 6 milioni di italiani ogni anno e colpisce circa l'80% degli italiani over 50. La patologia è progressiva e se non adeguatamente trattata può provocare danni permanenti alla vescica.

Ad affermarlo sono il **Prof. Giovanni Ferrari**, Direttore del servizio di urologia e andrologia presso l'Hesperia Hospital di Modena ed il **Dott. Daniele Maruzzi**, Responsabile S.S. Endourologia e Tecniche Endoscopiche Mini-Invasive presso l'Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone.

Quali sono i sintomi dell'iperplasia prostatica benigna?

Sono i cosiddetti LUTS, acronimo di "Lower Urinary Tract Symptoms", ovvero i sintomi delle basse vie urinarie che si possono manifestare come: aumento della frequenza, urgenza minzionale, nicturia (minzione notturna), incontinenza, difficoltà a iniziare la minzione, flusso rallentato, sensazione di svuotamento incompleto,



Daniele Maruzzi



Giovanni Ferrari

sgocciolamento dopo la minzione, ritenzione urinaria, insufficienza renale, infezioni urinarie ricorrenti.

Quali sono i possibili trattamenti?

Le prime terapie per affrontare l'ipertrofia Prostatica, per le condizioni meno gravi, sono, in genere, farmacologiche e prevedono l'assunzione di farmaci alfa-bloccanti, o di inibitori delle 5-alfa-reduttasi o, a volte, di fitoterapici. Quando tali terapie non sono però efficaci, si fa ricorso a procedure interventistiche endoscopiche quali l'intervento chirurgico tradizionale (TURP) oppure interventi con laser come, ad esempio, Greenlight™. Sono inoltre ora disponibili anche trattamenti innovativi, tra cui il sistema Rezum™ che permette un trattamento mini-invasivo tramite la termoterapia: una metodologia che utilizza il caldo o il freddo per modificare, distruggere o rimuovere i tessuti consentendo l'asportazione del tessuto prostatico in eccesso attraverso l'erogazione di vapore acqueo.

Quali sono i pazienti eleggibili a Rezum™?

I pazienti che possono trarre i maggiori benefici dal trattamento con Rezum™ sono uomini che:

- non intendono assumere farmaci
- hanno cessato o interrotto, per vari motivi, le terapie farmacologiche
- non intendono, o non possono sottoporsi a procedure chirurgiche perché ritenuti ad elevato rischio chirurgico o anestesologico
- devono utilizzare un catetere permanente per ragioni legate ad altre patologie
- vogliono preservare la funzione sessuale (eiaculazione)

Come funziona la procedura con Rezum™?

Il sistema utilizza correnti di radiofrequenza per generare energia termica sotto forma di vapore acqueo, da iniettare nella prostata attraverso una sonda transuretrale e per mezzo di un sottile ago in dosi controllate



Il sistema Rezum™

Image provided courtesy of Boston Scientific.

© 2020 Boston Scientific Corporation or its affiliates.

All rights reserved.

di 9 secondi ciascuna, per un totale di 8-10 iniezioni per ogni seduta. Il vapore iniettato nel tessuto prostatico si disperde rapidamente attraverso le cellule e, nel mentre, si raffredda e condensa. Il processo di condensazione libera l'energia termica immagazzinata nel vapore che denatura le membrane cellulari causandone la necrosi. Le cellule denaturate vengono poi assorbite dal normale metabolismo corporeo, riducendo così il volume del tessuto prostatico che occlude l'uretra. La condensazione del vapore genera, nella zona trattata, anche il rapido collasso del sistema vascolare, rendendo in questo modo la procedura non cruenta.

Quali sono i vantaggi del trattamento con Rezum™?

Il primo vantaggio è dato dalla mini-invasività del trattamento rispetto ad altri, che, associata alla rapidità (5-10 minuti), alla facilità di esecuzione e alla possibilità di ricorrere ad una semplice sedazione o ad un'anestesia locale, consente una rapida dimissione. In particolare, afferma il prof. Ferrari, presso l'Hesperia Hospital di Modena la procedura viene effettuata in ambulatorio chirurgico, il paziente viene tenuto in osservazione qualche ora dopo l'intervento e poi dimesso in giornata. All'Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone, sostiene il dott. Maruzzi, si esegue l'intervento in sala operatoria ed il paziente permane una notte in osservazione, per poi essere dimesso il giorno successivo. Di conseguenza, ciò comporta il beneficio di liberare più velocemente posti letto, che invece sarebbero occupati più a lungo ricorrendo a interventi più invasivi.

La terapia consente di ridurre i sintomi dell'IPB in modo graduale, con risultati visibili già dopo un mese, fino a risolverli entro tre mesi. Quest'efficacia è comprovata da studi scientifici dimostranti che essa perduri invariata almeno a distanza di cinque anni.

La procedura mini-invasiva permette la rapida ripresa delle normali attività quotidiane del paziente, la preservazione dell'eiaculazione, il mantenimento della corretta funzione urinaria.

Non c'è inoltre bisogno di sospendere terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti prima dell'intervento perchè non si pratica una resezione, o una terapia con il laser. Quindi anche la tipologia dei pazienti è molto più ampia rispetto alle categorie di pazienti che invece vengono trattati con le terapie alternative.

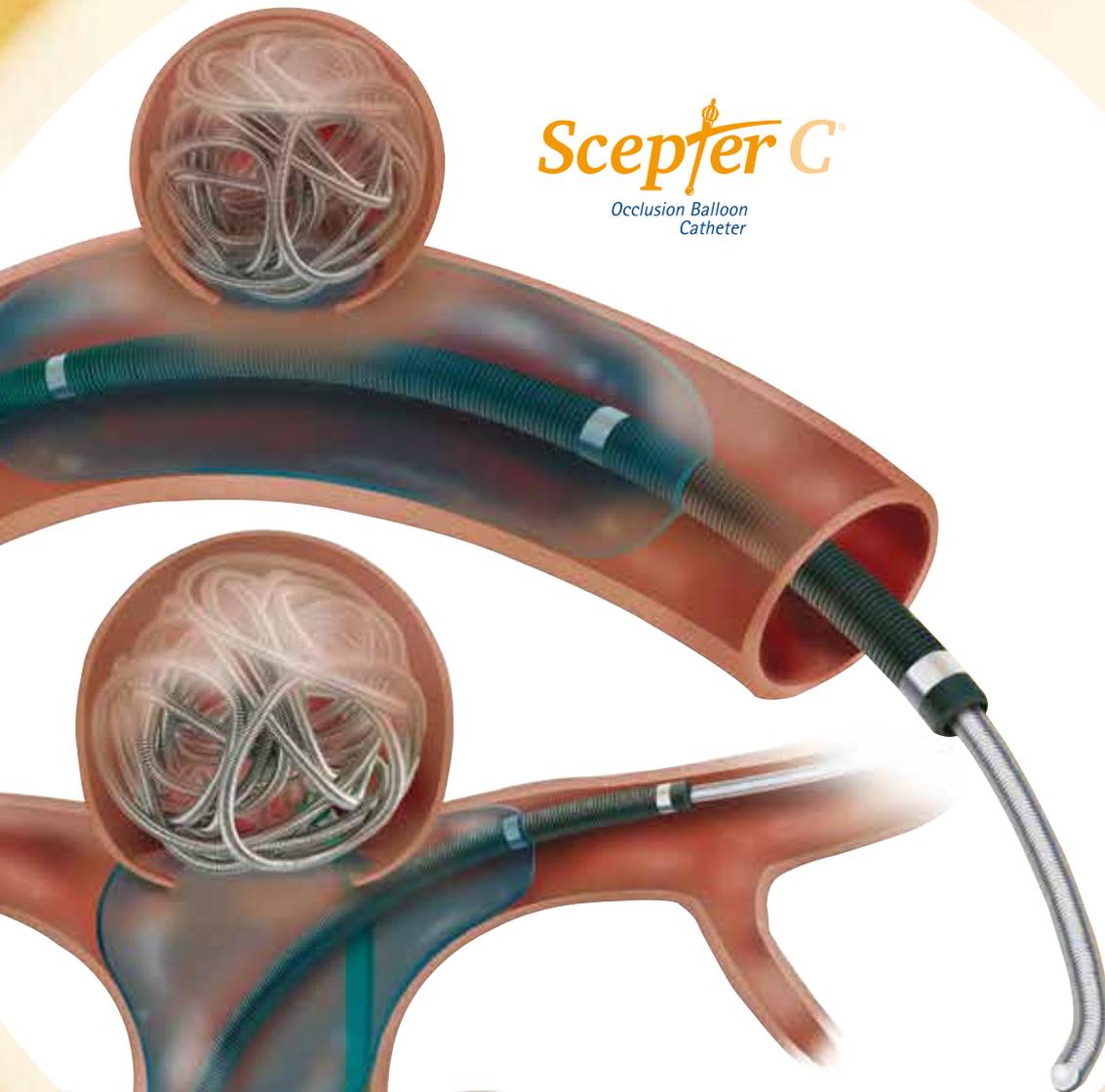
Il Sistema Sanitario Nazionale incentiva il ricorso al trattamento con Rezum™ nei pazienti eleggibili?

Il trattamento con Rezum™ può essere effettuato sia in ambito ambulatoriale sia in regime di day-hospital: potrebbe essere quindi un intervento vantaggioso sotto il profilo dell'efficienza ospedaliera, ma purtroppo "disincentivato", in quanto al momento non è prevista una tariffa di rimborso ambulatoriale da parte del SSN alle strutture sanitarie che erogano la prestazione in regime ambulatoriale e le tariffe day-hospital del corrispondente DRG, l'attuale sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera in Italia, non consentono di coprire adeguatamente i costi della procedura stessa in tutte le Regioni italiane. L'attuale valore della tariffa di rimborso prevista dal DRG consente la copertura dei costi sostenuti solo laddove si ricorra al ricovero ordinario rispetto al day-hospital, vanificando di fatto i potenziali benefici organizzativo-gestionali, oltre che clinici, correlati alla procedura. Sarebbe pertanto necessario, nel caso in cui venga impiegato Rezum™, che le regioni prevedessero l'istituzione di un extra rimborso per coprire il costo della procedura.

Lo scorso giugno la procedura con Rezum™ ha ricevuto una raccomandazione positiva dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE), l'ente del Dipartimento della Salute inglese che definisce le linee guida sulle soluzioni terapeutiche più efficaci ed economiche per il sistema sanitario UK, nonché una delle più prestigiose istituzioni internazionali in ambito sanitario. L'analisi su Rezum™, oltre a diversi vantaggi clinici, ha dimostrato anche un possibile risparmio di oltre £ 550 per ogni paziente nell'arco di 4 anni, rispetto a trattamenti standard più invasivi, quali la TURP o l'HOLEP. Sarebbe quindi auspicabile, visti tutti i sopraccitati benefici, che il SSN adotti nuove misure al fine di rendere il trattamento disponibile e accessibile al maggior numero possibile di pazienti eleggibili.



Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE



Chirurgia della mano

Che cosa è successo durante il confinamento

di Franco Bassetto e Carlotta Scarpa

Con una media di circa 8000 interventi annui, la Clinica di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, tratta pazienti sia in regime di elezione (patologie oncologiche, malformative, post-bariatriche, esiti di ustioni etc), sia pazienti in regime di urgenza (traumatologia della mano, traumi in genere, ustioni etc.).

Come Centro Hub, ovvero centro di riferimento regionale, per la traumatologia dell'arto superiore, con disponibilità H 24, 365 giorni l'anno, con più di 1000 interventi/l'anno, l'urgenza in Chirurgia della mano è una fetta molto importante dell'attività quotidiana, con particolari periodi dell'anno, come l'estivo, in cui l'incidenza quotidiana sale.

Molte sono le tipologie di traumi della mano trattate, dalle più semplici (ferite lacero contuse non complicate, ma che necessitano di trattamento specialistico considerata la delicata funzionalità flessore estensoria della mano, che può essere ridotta da cicatrizzazione patologica), sino alle urgenze più complesse che riguardano più tessuti contemporaneamente (tipica la lesione "a spaghetti" del polso coinvolgente contemporaneamente tendini, vasi, nervi, ecc) fino ai traumi devascularizzanti, che compromettono l'assetto vascolare dell'arto superiore, con separazione/amputazione dell'area traumatizzata, e necessità di intervenire entro poche ore dall'evento traumatico, rivascolarizzando o reimpiantando il segmento

amputato, con ausilio di microscopio chirurgico, al fine di ottenere, per quanto possibile, un valido recupero funzionale dell'area interessata a valle del trauma.

Per assicurare il successo di un reimpianto è fondamentale conservare correttamente il segmento amputato immediatamente dopo il trauma; ma è ugualmente importante comprenderne indicazioni al reimpianto e l'invio ad un centro organizzato per questo tipo di intervento.

Non tutte le dinamiche di trauma hanno la stessa percentuale di successo nella procedura microvascolare; lo strappamento, per esempio, provoca un danno endovascolare che, soprattutto a livello della mano e ancor più delle dita, può evolvere in fenomeni trombotici ricorrenti che arrestano il flusso vascolare ripristinato microchirurgicamente. Ugualmente il tabagismo può rappresentare una controindicazione; il fumo infatti provoca la comparsa di micro e macroangiopatie con aumentata vasocostrizione, aumentato rischio trombotico e conseguente maggior probabilità di fallimento della procedura microchirurgica vascolare.

Comunque qualora il trauma provochi un distacco netto del segmento (meccanismi a ghigliottina) o interessi, ad esempio, il primo dito della mano, è mandatorio il tentativo di reimpianto.

Una volta accolto il paziente, e verificata l'indicazione all'intervento, si procederà dapprima con una stabilizzazione ossea, generalmente in collaborazione con colleghi ortopedici (ossa lunghe all'avambraccio o regione carpale), seguita da ricostruzione dell'apparato tendineo, infine con la rivascolarizzazione e la reinnervazione al microscopio ottico.

Durante il periodo di lockdown, in piena emergenza COVID, la Clinica padovana ha registrato un incremento dei traumi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (Facchin F, Bassetto F et al "COVID-19: Initial experience of hand surgeons in Northern Italy" *Hand Surg Rehabil.* 2020 Sep;39(4):332-333), legato sia alla traumatologia domestica sia ad un più diretto invio di traumi anche minori, da parte di Pronti Soccorsi, completamente assorbiti dalla gestione di pazienti COVID, e abbiamo accolto un caso esemplificativo di amputazione completa della mano destra.

// Caso:

Nell'Aprile 2020 un uomo di 64 anni, pensionato e residente nella riviera del Brenta, utilizzando uno spaccalegna a casa, riportava l'amputazione completa della mano destra a livello distale dell'avambraccio, a pochi cm prossimalmente l'articolazione radio carpica. Soccorso da conoscenti, che hanno arrestato in maniera "casalinga" l'emorragia, con lacci emostatici, il paziente, portando con sé il segmento amputato, si recava presso

il Pronto Soccorso dell'Ospedale di zona, ove, una volta stabilizzato il sanguinamento e verificata la negatività del paziente a SARS COV-2, veniva organizzato il trasferimento presso la Clinica di Chirurgia Plastica padovana.

Il paziente giungeva quindi "accompagnato" dal segmento amputato, che era stato preventivamente conservato secondo i Protocolli e Linee guida diffuse dalla Società Italiana di Chirurgia della Mano a tutti i Pronti Soccorsi Italiani (Landi A., Elliot D., : Linee guida di consenso sui reimpianti a livello dell'arto superiore. Consensus Medicus, Mattioli 1885, Fidenza, 2003), ovvero prevedendo il mantenimento del pezzo amputato a bassa temperatura con ghiaccio in appositi contenitori sterili.

Lo stato di ischemia fredda a 4 gradi, della mano amputata, così ottenuto, consente di preservare solamente per poche ore l'integrità di tutti i tessuti, idonei al tentativo di reimpianto possibilmente da realizzare entro le 6 ore dal trauma.

L'immediato contatto con la Struttura Hub ha quindi consentito la repentina organizzazione di due équipes chirurgiche: una dedicata alla preparazione del pezzo amputato e l'altra alla preparazione del moncone al reimpianto, coinvolgendo una équipe ortopedica per la stabilizzazione mediante placche e viti dei segmenti ossei amputati.

Giunto quindi presso la Sala Operatoria di Chirurgia Plastica, a 3 ore dal trauma, sono state attivate le procedure anestesologiche, mentre il segmento amputato veniva preparato mediante disinfezione e dissezione anatomica, atta al controllo dell'idoneità delle strutture anatomiche al reimpianto e al loro isolamento; la stessa procedura veniva eseguita, contemporaneamente, sul moncone d'amputazione.



Franco Bassetto

Si è proceduto alla sintesi ossea di radio e ulna con mezzi di sintesi interni e alla riconnessione di tutte le strutture tendinee flessorie ed estensorie e alla anastomosi microchirurgica utilizzando il microscopio operatorio dei nervi periferici e delle strutture vascolari arteriose e venose ottenendo il reimpianto completo della mano amputata entro le canoniche 6 ore dal trauma.

L'intervento chirurgico, che ha visto la partecipazione attiva di più figure professionali, è consistito in una vera e propria sfida organizzativa e tecnica per il personale sanitario coinvolto.

Il tempo a disposizione limitato per riperfondere l'arto e il calibro esiguo delle strutture vascolari e nervose, hanno rappresentato infatti la principale difficoltà tecnica, richiedendo l'utilizzo di una sofisticata strumentazione e di avanzate competenze microchirurgiche.

Sicuramente l'efficiente coordinamento tra le Strutture territoriali coinvolte e le diverse competenze professionali ha permesso di realizzare con successo il reimpianto, iniziando l'intervento a sole tre ore dal trauma, in un tempo ben al di sotto del tempo critico di ischemia di sei ore, oltre il quale le possibilità di successo si sarebbero ridotte drasticamente mettendo a rischio la stessa vita del paziente.

Ma il reimpianto del segmento amputato è sufficiente a garantire la ripresa funzionale dello stesso?

Assolutamente no. Al termine di questo tipo di interventi infatti è assolutamente necessario monitorare nei giorni



Carlotta Scarpa

seguenti la vitalità della mano e assistere il paziente nella progressiva mobilizzazione attiva delle dita mediante una intensa riabilitazione che deve essere affidata ad un Centro Specializzato e che consentirà al paziente, nell'arco di alcuni mesi, di riprendere le normali attività quotidiane.



Fig 1. Radiografie pre e post operatorie e controllo clinico a 7 gg

CARDIOCHIRURGIA D'ECCELLENZA

*L'UTILIZZO DI TECNOLOGIE D'AVANGUARDIA
PER SVILUPPARE APPROCCI INNOVATIVI MINI-INVASIVI*

di Caterina Del Principe

Marco Di Eusanio è tra i più giovani primari d'Italia. Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Bologna nel 1998, ha svolto numerosi periodi di formazione all'estero, negli Stati Uniti, in Olanda, Germania, Inghilterra. Ha conseguito il Dottorato di ricerca (PhD) internazionale sulla chirurgia dell'arco aortico presso l'Università di Utrecht e successivamente, da ricercatore, ha svolto attività di assistenza e cura presso il Dipartimento Cardiovascolare - U.O. Cardiocirurgia dell'Università di Bologna, Ospedale Sant'Orsola-Malpighi. Dal 2012 al 2015 è stato Visiting Professor presso l'University Health Science Center di Pechino e poi, a 42 anni, ha assunto l'incarico di Direttore Medico dell' UOC di Cardiocirurgia dell'Ospedale G Mazzini di Teramo. Durante il suo mandato, l'attività cardiocirurgica del Centro di Teramo è cresciuta in maniera rilevante, rendendo possibile un aumento del 36% dell'anno 2015 rispetto all'anno 2014, con una mortalità che si è ridotta dal 3% e <1% per i pazienti operati in elezione. Ora, il prof. Di Eusanio è – dal 2016 - Direttore SOD Cardiocirurgia Adulti c/o Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti 'GM Lancisi - Umberto I - G Salesi' di Ancona e Professore Associato presso L'Università Politecnica delle Marche. Ha eseguito, come primo operatore, oltre 3500 interventi cardiocirurgici.

Quali sono, professore, i risultati della sua attività ad Ancona?

“Dal 2016 ad oggi l'attività della SOD Cardiocirurgia di Ancona ha registrato un aumento del 35% rispetto agli anni precedenti. Nel 2019 abbiamo eseguito 1270

interventi cardiocirurgici maggiori con un indice di mortalità complessiva (interventi eseguiti in elezione, urgenza, emergenza) inferiori all'1%, dello 'zero virgola'. Questo rende la nostra Cardiocirurgia tra le più grandi e importanti d'Italia. Trattiamo tutte le patologie cardiache e dell'aorta toracica. Campi di particolare interesse ed eccellenza sono: riparazioni e sostituzioni valvolari con approcci mini-invasivi e trans-catetere, la chirurgia open, endovascolare ed ibrida degli aneurismi dell'aorta toracica e toracoaddominale, la chirurgia coronarica e dello scompenso con impianto di cuori artificiali.



Marco Di Eusanio



Quali sono stati gli elementi più importanti che hanno consentito questi risultati? Che apporto hanno dato e potranno ancora dare l'innovazione e le nuove tecnologie? Quando, come nel nostro caso, si abbatta il tasso di mortalità e di complicanze maggiori al di sotto dell'1%, altri aspetti come la dimensione delle incisioni, il dolore, la velocità di recupero, la qualità di vita perioperatoria acquisiscono importanza e fanno la differenza. Per questo abbiamo sviluppato nel nostro Centro un programma di chirurgia mini-invasiva, ibrida e transcatetere che riduce al minimo (4 – 6 cm) o elimina completamente le incisioni toraciche, e minimizza o elimina l'anestesia. Possiamo sostituire o riparare valvole, eseguire bypass aortocoronarici, resecare e sostituire aneurismi con una significativa riduzione del trauma e conseguente maggiore soddisfazione del paziente e delle famiglie. Nel 2019, oltre il 90% delle sostituzioni valvolari aortiche isolate ed oltre il 70% delle riparazioni mitraliche sono state eseguite con tecniche mini-invasive. Queste percentuali si confrontano bene con quelle della Germania, paese leader nel mondo nel nostro campo, in cui le stesse si attestano rispettivamente al 30% e al 50%. E' evidente che questi risultati possono essere ottenuti solo con l'utilizzo di tecniche e tecnologie moderne e innovative. Sono molto fortunato a lavorare in un ospedale ed in una

regione dove si è deciso di investire per raggiungere risultati di eccellenza. Ad oggi, per l'anno 2020, abbiamo già 20 pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali su temi cardio-chirurgici di grandissima innovazione; coordiniamo o partecipiamo a numerosi registri internazionali per lo studio delle terapie mini-invasive e trans-catetere. La dedizione a sviluppare approcci innovativi mini-invasivi, ibridi e trans-catetere e la disponibilità in sala operatoria di tecnologie d'avanguardia insieme ad un'altissima professionalità all'interno del dipartimento cardiovascolare ha consentito al nostro centro di aver riconosciuto il suo valore a livello internazionale.

Quali sono gli aspetti più importanti di un Centro Cardio-chirurgico d'eccellenza?

Come dicevo le tecnologie. Ma è ben dimostrato che la performance e i risultati di un Centro sono dipendenti dal volume di pazienti che si gestisce durante l'anno. Per questo, con 1270 interventi nel 2019, la nostra chirurgia si posiziona tra le primissime in Italia.

C'è chi ritiene che l'Italia si debba dotare di un grande ospedale d'eccellenza, uno per ogni regione? Lei è d'accordo con quest'impostazione?

Absolutamente, sì. E' così nella mia. Concentrare i volumi, l'esperienza, le tecnologie in pochi centri: questa la ricetta per migliorare i risultati e sviluppare innovazione.

Che impatto e quali conseguenze ha avuto l'emergenza Covid19 sulla sua attività professionale?

Un impatto drammatico, non solo per i pazienti colpiti dal Coronavirus, che ha generato mortalità diretta, ma anche indiretta. Molti pazienti hanno rinunciato a venire in ospedale anche quando stavano male o sono venuti in uno stato avanzato della malattia. Per darle un dato: nello scorso mese di aprile, abbiamo operato 25 pazienti, contro i 110 dello stesso mese dell'anno precedente. La rinuncia alle cure per il timore di recarsi in ospedale, mi sembra sia stato un dato acclarato. Spero che una situazione del genere non si ripeta in futuro.

Quale 'lezione' ha insegnato l'emergenza?

Innanzitutto che sulla sanità è necessario investire e mettere a disposizione risorse cospicue, mai decurtarle. Abbiamo anche imparato ad usare al meglio le risorse a disposizione. Sono anche convinto che sia necessario ripensare profondamente il rapporto tra ospedale, medicina del territorio e medicina di base.

Nello scorso mese di giugno, lei ha organizzato il primo congresso virtuale di cardiocirurgia in Europa. Quali sono stati gli esiti?

E' stato il primo congresso virtuale di cardiocirurgia in Europa, ma anche il secondo al mondo, dopo quello andato in streaming 2 settimane prima per il centenario della Società Americana di Chirurgia CardioToracica. Per un anno abbiamo organizzato il congresso, ottenendo la partecipazione dei più autorevoli cardiocirurghi

internazionali. La pandemia da Covid-19 ha bloccato l'evento in piena fase organizzativa inducendoci alla conversione 'in virtuale'. È stato un evento globale: gli 8.500 accessi per 3.700 PC o device collegati in 90 paesi da tutto il mondo, hanno rappresentato un successo straordinario.

Perchè questo Congresso?

L'idea era quella di ragionare sul futuro e dare un impulso alla nostra specialistica, che deve passare attraverso un utilizzo crescente di tecniche e tecnologie in grado di ridurre il trauma operatorio e velocizzare il recupero dei pazienti. La chirurgia mini-invasiva deve diventare 'pratica standard'. Ma non dobbiamo solo eseguire piccole incisioni e anestesia ridotta al minimo.

Dobbiamo andare avanti (noi lo abbiamo fatto) ed essere cardiocirurghi capaci di usare non solo portagli e suture, ma anche guide e cateteri all'interno di sale ibride ad elevato contenuto tecnologico. Questo ci potrà rendere operatori completi, capaci di personalizzare la terapia mini-invasiva al singolo paziente garantendo la migliore sicurezza in sala operatoria e potendo gestire le eventuali complicanze in maniera immediata. Ai nostri interventi, associamo alle piccole incisioni forme meno invasive di perfusione, di anestesia associate ad una precoce fisioterapia e mobilitazione del paziente. Il chirurgo e i componenti del suo team si adoperano per minimizzare il trauma chirurgico e velocizzare il recupero post-operatorio. Non siamo più operatori capaci di usare solo portagli e suture, ma anche guide e cateteri.





Evento storico

*DA UN'IDEA NATA NEL 2016 E UN PERCORSO INIZIATO NEL 2018,
AD AGOSTO IL PROFESSOR PIERFRANCESCO VEROUX
HA EFFETTUATO IL PRIMO TRAPIANTO DI UTERO IN ITALIA*

di Lidia Tamburrino

Nello scorso mese di agosto, al Centro Trapianti del Policlinico di Catania, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, è stato effettuato il primo trapianto di utero in Italia. Ad effettuare questo lungo e complesso intervento è stata una squadra di chirurghi e anestesisti guidata dal prof. Pierfrancesco Veroux, assieme ai professori Massimiliano Veroux, Giuseppe Scibilia e Paolo Scollo. Il trapianto è stato realizzato su una paziente di 30 anni, siciliana.

L'artefice principale di quest'intervento è stato il prof. Pierfrancesco Veroux, Ordinario di Chirurgia Vascolare,

Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti di Rene-Pancreas del AOU Policlinico di Catania, Specialista in Chirurgia Generale e Vascolare, Titolare degli insegnamenti di Chirurgia Vascolare e Trapianti d'Organo nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed in Scuole di Specializzazione di Catania, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare dell'Università degli Studi di Catania, Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Metodologie Sperimentali ed Applicazioni Tecnologiche in Chirurgia. Per due anni, dal 1990 al 1992, ha frequentato con la

qualifica di ResidentEtranger il “Service de Chirurgie Vasculaire de l’Hopital S. Joseph di Parigi”, diretto da Jean Michel Cormier ,uno dei padri della moderna chirurgia vascolare Nel 1996 da vita alla Chirurgia Vascolare presso l’AOUP di Catania. Dal 1999 attiva i seguenti programmi di trapianto: Trapianto di rene da donatore vivente; Trapianto di doppio rene; Trapianto combinato rene-pancreas; Trapianto di rene da donatore anziano; Trapianto di rene da donatore HCvAb+ e HBsAg+ Ad oggi, ha eseguito 370 trapianti di rene e pancreas. Ha inoltre eseguito, come primo operatore, oltre 3500 interventi di chirurgia vascolare e generale maggiore.

Al Prof. Pierfrancesco Veroux, chiediamo: qual è stato il percorso svolto per effettuare quest’intervento?

L’idea è nata nel 2016, ma il percorso vero e proprio è iniziato nel 2018, quando l’Istituto Superiore di Sanità e il Centro nazionale Trapianti hanno approvato il protocollo inerente il primo programma sperimentale di trapianto di utero da donatore deceduto. Successivamente, il Centro Trapianti del Policlinico di Catania ha iniziato la valutazione di idoneità delle prime candidate al trapianto, prendendo in considerazione le pazienti di età compresa tra i 18 e i 40 anni, affette dalla sindrome di Mayer-Rokitansky (una condizione caratterizzata da un’aplasia dell’utero - assenza dell’organo o mancato sviluppo - che colpisce una donna ogni 4.500 circa) o da una malformazione dell’utero. Anche le donne che erano state sottoposte alla rimozione chirurgica dell’utero per cause non tumorali potevano essere incluse nella lista d’attesa. L’iter diagnostico prevede un primo step da effettuare nell’unità operativa di ginecologia e ostetricia dell’ospedale Cannizzaro e successivamente nel nostro centro trapianti. La valutazione prevede di verificare

l’idoneità clinico strumentale per i pazienti da sottoporre al trapianto di un organo solido, unitamente a una valutazione psicologica volta a valutare l’aderenza al processo di trapianto e alla successiva terapia immunosoppressiva. Nel 2019, dopo un intenso lavoro svolto con il Centro Nazionale Trapianti, per affrontare insieme tutti gli aspetti etici ed organizzativi, il protocollo è stato perfezionato ed è divenuto il primo protocollo sperimentale al mondo per donazione da cadavere. Già all’inizio dell’anno in corso eravamo pronti, ma l’emergenza Covid19 ci ha fermati nell’operatività.

Poi, ad agosto si è aperta una possibilità ...

Sì, il 21 agosto siamo partiti con un aereo privato per Firenze, per prelevare l’organo donato dai genitori di una giovane donna deceduta.

Come sta la paziente, come va il decorso post-operatorio?

Occorre tener conto che il trapianto dell’utero è un intervento molto complicato dal punto di vista tecnico. Può comportare complicanze trombotiche. L’utero ha una rete vascolare fittissima, si comporta come una spugna. Il primo problema è dare una vascolarizzazione corretta. Il futuro dell’organo dipende dalla qualità dell’irrorazione che ha, dev’essere un utero che ha una vascolarizzazione normale. Il primo step è immediato, perchè la vascolarizzazione di un organo o c’è o non c’è. Questo ci lascia sperare per il prosieguo, questo è il presupposto per il dopo. Nel caso della nostra paziente, tutto procede secondo le previsioni. Attenderemo un paio di mesi per stabilizzare la terapia immunosoppressiva. Se tutto procederà bene, in un periodo compreso tra i 6 e gli 8 mesi si potrà iniziare il percorso per la fecondazione assistita, di cui si occuperà il prof. Scollo, primario della Ginecologia del Cannizzaro, che devo ringraziare moltissimo per la collaborazione così feconda con cui stiamo operando.

Abbiamo detto che si tratta del primo caso di trapianto di utero in Italia. Nel resto del mondo, che cosa avviene su questa tematica?

In Europa, c’è un solo Centro che ha le stesse caratteristiche del nostro: quello di Goteborg, in Svezia. Nel mondo, ci sono altri 3 Centri pilota, tutti negli Stati Uniti a Cleveland, a Dallas e in Pennsylvania.

A suo avviso, la tecnica che avete usato potrà essere replicata da altri Centri nel nostro Paese?

Quello dell’utero non sarà mai un trapianto semplice, ma potrà essere fatto da Centri che si dedicano a queste tematiche e che siano specializzati.

Quale eco ha avuto il risultato che avete conseguito? Abbiamo avuto ricadute di carattere internazionale molto positive: ci hanno scritto molti Centri del mondo. In Italia c’è stato un grandissimo riscontro: il Ministro della Salute ha parlato di “evento storico”.



Pierfrancesco Veroux

A tutela dei malati reumatologici

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE E DELL'ACCESSO A CURE EFFICACI

di Danilo Quinto

SILVIA TONOLO



OLTRE CINQUE
MILIONI DI ITALIANI
AFFETTI DA ARTRITE
REUMATOIDE,
UNA PATOLOGIA
CHE PROVOCA
DANNI SOCIALI
E MORTE PREMATURA.
E COSTA DUE MILIARDI
L'ANNO ALLO STATO

Abbiamo incontrato Silvia Tonolo, presidente dell'ANMAR, l'associazione nazionale malati reumatici (in Italia i malati reumatologici sono oltre 5 milioni). L'ANMAR è un'associazione di secondo livello, che raggruppa 21 associazioni regionali indipendenti che perseguono obiettivi comuni: la tutela dei malati reumatologici, l'accesso alle cure uniforme in tutt'Italia e promuove la diagnosi precoce delle malattie con attività di screening

gratuiti nelle piazze e nelle città. Inoltre, collabora attivamente con la società italiana di reumatologia, il CREI ed è l'unica associazione italiana in EULAR.

In quali attività è impegnata la sua Associazione?

Facciamo attività di informazione sulle nostre patologie anche tra i giovani, con un gruppo chiamato ANMAR Young, che sono presenti nei tavoli europei. Cerchiamo di sollecitare le istituzioni ad attivare tavoli regionali e nazionali sulle patologie reumatologiche per rendere sostenibile il



nostro SSN/SSR. Inoltre vorremmo fossero messi in atto sia il nostro PDTA che il PNC, che sia fondamentale capire il ruolo importante del MMG nel nostro percorso di malati cronici e che si possa rendere semplice il dialogo tra chi ci segue come paziente. Le nostre battaglie degli ultimi anni sono state prevalentemente dedicate alle scelte regionali fatti di tagli lineari sui nostri farmaci che sono ritenuti costosi, senza considerare che la nostra qualità di vita da quando sono entrati nel mercato è stata migliorata notevolmente, dandoci la possibilità di poter ritornare a vivere e a lavorare.

Vogliamo facilitare l'accesso dell'utente ai servizi pubblici, nei quali l'utente assumerebbe il ruolo di interfaccia tra i flussi di dati autorizzandone/abilitandone la fruizione. Oggi per l'erogazione di un servizio si richiedono informazioni rilasciate da un altro ente, noi vogliamo ottimizzare il recupero dei dati necessari per l'erogazione dei servizi.

Qual è l'obiettivo del progetto COMUNICHIAMO PROattivamente, recentemente avviato?

Il nostro progetto PROattivamente nasce dal bisogno di supportare il paziente nel suo rapporto con il medico. Spesso il paziente, quando si trova all'interno dell'ambulatorio, dimentica di fare alcune domande al proprio medico, che spesso possono aiutarlo nel suo percorso sia in termini di aderenza terapeutica sia di condivisione del suo processo di cura. Si tratta di un memorandum che il paziente può portare con sé in ambulatorio, per stimolarlo a condividere con lo specialista

delle problematiche insorte dall'ultima visita.

Quali risultati ha fornito l'indagine dell'Associazione dal titolo "Qualità della vita e workability nelle malattie reumatologiche infiammatorie"?

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia autoimmune cronica infiammatoria, anchilosante e progressiva a patogenesi autoimmunitaria, di eziologia sconosciuta, principalmente a carico della articolazioni sinoviali. Può provocare deformazione e dolore, perdita della funzionalità articolare, riduzione di salute peggiorando la qualità della vita e procurare mortalità prematura.

Se non trattata correttamente può portare danni irreversibili ai tessuti articolari dopo pochi mesi dall'insorgenza della malattia, con conseguente deformità articolare grave entro pochi anni. Colpisce circa l'1% della popolazione mondiale (50/100.000), in Italia circa 280.000 persone all'anno, prevalentemente le donne, con un rapporto di 3 su 1, età più colpita tra 45 e 65 anni. Rappresenta la malattia muscolo-scheletrica con maggior impatto economico per il SSN e il sistema di sicurezza sociale. La workability è la capacità ed abilità di svolgere un determinato lavoro. L'avanzamento dell'AR è direttamente proporzionale all'aumento delle disabilità, portando una limitazione delle funzionalità fisiche, impattando gravemente le capacità lavorative; 2/3 dei pazienti che contraggono la patologia sono nella fase centrale dell'età lavorativa. Produce assenze di lungo periodo, pensionamento anticipato, disoccupazione e

assegni di disabilità; tassi di Disabilità del 20% - 30% nei primi 2-3 anni, 50%-60% entro 10 anni dall'esordio. In Europa, il 35% è destinato ad abbandonare il lavoro o cambiarlo precocemente, il 68% nei primi 5 anni. In Italia, il 24,1% dei pazienti vive in una condizione di disabilità severa contro il 3,9% della Francia e l'8,7% dell'Irlanda. La perdita della produttività lavorativa causata dalla disabilità determina: 39,1% persone costrette a ridurre orari di lavoro; 32,2% andate in pensione; 10,3% richiesta di pensionamento; 10,4% obbligati ad abbandonare il lavoro; 8% cambia lavoro. I costi diretti risultano di 931 milioni Euro, i costi indiretti 899 milioni di Euro. Le spese dell'INPS per malattie muscoloscheletriche sono oltre 2,8 miliardi, di cui 1,2 miliardi per Artrite Reumatoide. In Italia, il peso complessivo economico associato all'AR è di circa € 2,0 miliardi all'anno (CI 95% €1,8-€2,3 miliardi di Euro): costi diretti rilevati per il 55% (trattamento e costi medici); costi indiretti rilevati per il 45% (perdita produttività a causa malattia); costi totali per la gestione dell'artrite reumatoide sul territorio italiano risulta 2.036.502.060 €, ovvero 7.373,22€ a persona. L'80% delle deformazioni e danni organici avvengono nei primi due anni di malattia. Una riduzione della perdita funzionale, trattata tempestivamente, riduce i danni del lungo periodo. L'effetto dei trattamenti, in tal modo, è più rapido, evidente e meno invasivo, producendo una più veloce ripresa nell'ottenere una migliore qualità della vita. La diagnosi precoce dell'AR viene definita come EarlyRheumatoidArthritis(ERA), chiamata anche window of opportunity, in quanto può modificare sensibilmente e concretamente l'evoluzione e il decorso dell'AR, se diagnosticata entro 12 settimane dell'insorgenza della malattia, che può essere classificata in base al tempo per l'allocatione della severità della malattia al momento della diagnosi: Veryearly RA: diagnosticata prima di 3 mesi; Early RA: diagnosticata entro 12 mesi; Late RA: diagnosticata tra 1 anno e 5 anni; Very late RA: diagnosticata dopo 5 anni dall'insorgenza della malattia. Una diagnosi precoce si può ottenere tramite dei sintomi di allarme: RED FLAGS. Sono "sintomi-spia che devono alertare il medico per una possibile manifestazione di esordio di un'importante malattia reumatica; rigidità mattutina (di 30 minuti o più); tumefazione a carico di tre o più articolazioni di durata maggiore di 6 settimane; una seria e grave perdita della forza di presa; alopecia o perdita di capelli diffusa o per aree più o meno piccole (aerata); coinvolgimento delle metacarpofalangee o delle metatarsofalangee valutato con "la manovra della gronda" (facilmente eseguibile, consiste nell'esercitare una pressione latero-laterale

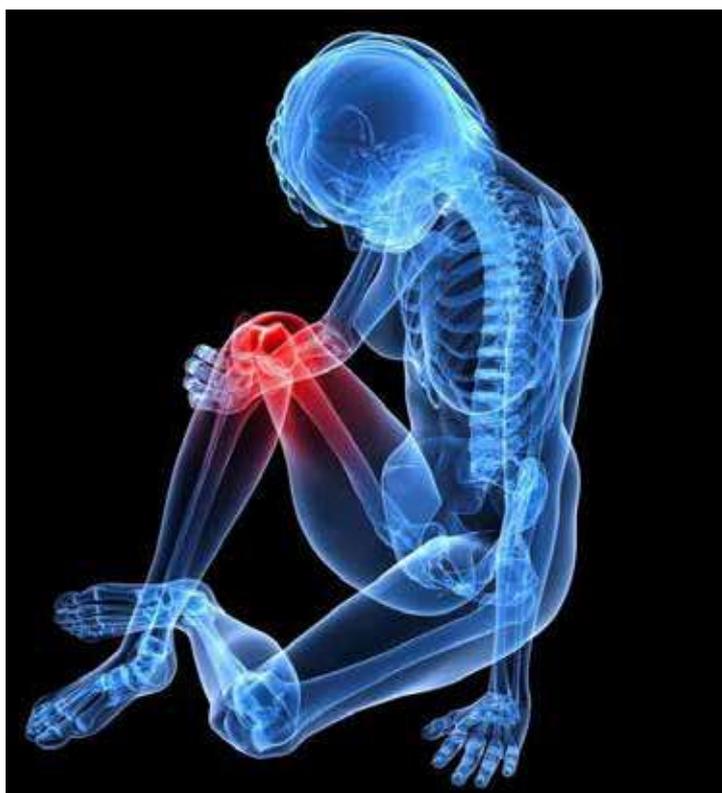
delle metacarpofalangee o delle metatarsofalangee; la comparsa di dolore è indicativa di una flogosi articolare di possibile natura reumatoide).

Che cosa serve per individuare e trattare prontamente la malattia?

Per un controllo efficace della malattia un ruolo essenziale lo svolgono la comunicazione e l'integrazione funzionale tra il Medico di Medicina Generale (MMG) e i CRR (Centri Reumatologici di Riferimento). Operano entrambi sul territorio e sono essenziali nell'itinerario assistenziale: MMG: nella parte preliminare - ovvero nel diagnosticare la malattia, nella presa in carico e nella prescrizione del trattamento adeguato; CRR: nella parte di follow-up - nel monitoraggio dei trattamenti DMARDs o Biologici, relativamente alla loro efficacia, sicurezza e eventi avversi. L'ideale sarebbe affiancare alla diagnosi precoce e all'iter terapeutico, dei progetti riabilitativi risocializzanti, mirati al mantenimento delle capacità residue e al ripristino delle abilità precedenti perse del paziente, per una tempestiva ripresa, miglioramento della qualità della vita, che permette un recupero della capacità lavorativa e un tempestivo rientro nel posto di lavoro in maniera efficiente.

Qual è il suo giudizio sulla qualità dei centri specializzati?

Direi che sono ottimi, ma stando ai nostri numeri sono insufficienti a coprire la domanda e soprattutto durante l'epoca COVID abbiamo avuto grossissimi problemi per la chiusura di molti centri e l'irreperibilità degli specialisti. Purtroppo i reumatologi sono sempre troppo pochi e la diagnosi tardiva è anche data da questa grossa mancanza.



Esiste una disparità di assistenza e cura tra le Regioni?

Assolutamente sì. Regioni che fanno scelte che ledono il diritto alla salute, Regioni che non implementano i PDTA e il PNC, che sicuramente darebbero un segnale positivo dal punto di vista della sostenibilità economica ed eviterebbero i percorsi ad ostacoli che ogni giorno i pazienti reumatologici sono costretti a fare. Regioni che ritardano nel far entrare nei prontuari farmaceutici dei farmaci che possono migliorare la nostra qualità di vita.

Come ha inciso l'emergenza Covid19 sui problemi dei malati reumatici?

Ha inciso tantissimo. E' mancato il contatto con il reumatologo di riferimento, abbiamo avuto mancanza di farmaci che abbiamo sollecitato, liste di attesa che si sono ulteriormente prolungate, malati abbandonati. L'emergenza della pandemia ha messo in secondo piano l'assistenza per un esercito di pazienti affetti da malattie croniche, che in Italia rappresentano il 70% della spesa pubblica sanitaria (solo per le tre principali patologie reumatiche, ovvero artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante si spendono ogni anno 4 miliardi di euro).

Recentemente, c'è stata una sentenza del TAR Piemonte che l'ANMAR ha fortemente contestato, in quanto lederebbe la libertà e la personalizzazione della cura. Può spiegare questa vicenda?

La sentenza del TAR del Piemonte lede i diritti di salute, di continuità terapeutica e di personalizzazione delle cure di migliaia di pazienti reumatici e mina l'autonomia decisionale del medico. Di fatto, questa decisione è iniqua e apre le porte alla sostituibilità automatica dei farmaci biologici con i biosimilari, assolutamente vietata dal nostro ordinamento giuridico e non auspicata da molte società scientifiche. Si crea un pericoloso precedente, che deve essere corretto quanto prima. La sentenza ha ritenuto legittime le regole stabilite dalla Società di Committenza (SCR) Piemonte in relazione alla "Gara europea per la fornitura di medicinali a base di adalimumab", sia per le Aziende sanitarie del Piemonte che per quelle della Valle D'Aosta e del Lazio. La pronuncia di giudici amministrativi ha gettato migliaia di pazienti nello sconforto, perché pone a rischio la continuità terapeutica, comportando il divieto per le Aziende sanitarie di queste Regioni di acquistare medicinali a base di adalimumab diversi da quelli classificati nei primi tre posti della graduatoria. In queste Regioni, pazienti in cura con il farmaco biologico non aggiudicatario di gara ed a maggior costo, senza alcuna distinzione tra originator e biosimilare, verranno invitati dal farmacista a recarsi dal proprio specialista per la modifica del Piano Terapeutico, salvo che il malato non sia disponibile ad acquistare il farmaco in uso con spesa a proprio carico. Qualora, invece, il paziente, privo di risorse economiche che gli consentano l'acquisto, optasse per rivolgersi al medico per 'obbligata' modifica del Piano

Terapeutico, con tutte le complicazioni dovute ai tempi di attesa per la fissazione della visita, metterebbe, di fatto, il professionista nella condizione, non clinicamente suggerita o scelta, di prescrivere uno dei tre farmaci biosimilari, a minor costo, aggiudicatari di gara. A nulla vale la precisazione dei giudici amministrativi per cui il medico resta libero di confermare la terapia in corso, ma, si badi bene, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il che equivale a dire che il prescrittore è obbligato a sostituire il farmaco biologico in uso, per ragioni evidentemente non cliniche.

In pratica si è aggirato l'ostacolo del divieto sancito dalla Legge ordinaria, obbligando i clinici a procedere alla modifica dei Piani Terapeutici per tentare di mantenere una cura mediante terapie farmacologiche che clinicamente il medico aveva, a monte, scartato poiché non adatte alle caratteristiche del paziente.

La sentenza ha dunque privilegiato il criterio dell'uso appropriato delle risorse e della sostenibilità del sistema rispetto al principio della scelta 'clinica' appropriata in scienza, coscienza e responsabilità del medico. È un approccio ripetutamente ritenuto deprecabile dalle più recenti decisioni della Corte Costituzionale. Non a caso, i giudici amministrativi a conforto del loro indirizzo interpretativo, hanno richiamato pronunce della Consulta che appartengono ad un vecchio orientamento degli anni '90, ormai ampiamente superato. Una decisione che lede inoltre la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tra i quali rientra indubbiamente la cura delle malattie reumatologiche.

Il Legislatore nello stabilire, attraverso le Leggi di Bilancio, l'ammontare delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno di cura che rientra tra i Livelli Essenziali di Assistenza opera una previsione a monte che non può essere limitata o messa in crisi da provvedimenti regionali o di altri enti della Pubblica Amministrazione, che di fatto restringono l'erogazione dei LEA. La pronuncia, crea, pertanto, un pericoloso precedente, che auspichiamo possa essere presto corretto in accoglimento delle legittime garanzie di salute che reclamano a gran voce i pazienti colpiti da malattie reumatologiche.

Quali obiettivi ritiene siano più urgenti da affrontare nell'ambito della tutela della salute dei cittadini?

Post covid ritengo che la telemedicina come l'ha portata alla bicamerale ANMAR, sia importante e utile, ma anche cercare di fare un coordinamento con la Conferenza Stato- Regioni, per poter dare delle linee uguali o simili alle Regioni. Implementare PDTA e PNC. Imporre il dialogo tra medico paziente e specialista per farlo sentire preso in carico.

Far recepire alle istituzioni che i pazienti non sono solo cura farmacologica o ospedalizzazione, ma lavoro, malattia, vita sociale ecc...

IL PAZIENTE NON È PIÙ UN NUMERO

di Caterina del Principe

Il prof. Alfredo De Rosa è da 28 anni referente dell'A.Ma.R.V. Onlus di Treviso e provincia. La sede operativa dell'Associazione si trova presso l'Ospedale Regionale Cà Foncello di Treviso.

Qual è la situazione dei malati reumatici della Provincia di Treviso?

Il monitoraggio costante fatto dall'Associazione Malati Reumatici del Veneto, nello specifico dell'ULSS2 Marca Trevigiana, nella provincia di Treviso, alla data del 30 marzo indica un numero molto alto di malati reumatici. Il numero dei malati è di circa 150.000, un trend in continuo aumento, molto preoccupante. La guarigione non c'è, ma una diagnosi precoce è il passaggio obbligato per migliorare la qualità di vita. I centri di diagnostica e di cura di Treviso, Oderzo, Castelfranco Veneto, Conegliano Veneto, Montebelluna e Motta di Livenza sono condotti e diretti da qualificati professionisti reumatologi, che in sinergia collaborano con radiologi, fisioterapisti e ortopedici.

Quali sono le caratteristiche principali della Reumatologia di Treviso?

L'Ospedale Regionale Cà Foncello di Treviso, eccellenza della sanità veneta e italiana, è centro di riferimento per la diagnosi e la cura delle molteplici patologie reumatologiche. La Medicina 1, diretta dal professor Carlo Agostini, con la sua squadra composta da esperti reumatologi (Cesarina Facchini, Silvano Bettio, Marta Favaro, Margherita Pianon e Maria Serena Visentin) ospita un centro reumatologico di riferimento regionale.

L'Ospedale Regionale di Treviso, o meglio l'ULSS2 Marca Trevigiana, prende in cura pazienti che provengono da altre provincie del Veneto e dal resto d'Italia?

Il centro reumatologico di riferimento Regionale, con le tempestive diagnosi a favore dei pazienti

NELLA PROVINCIA DI TREVISO I MALATI REUMATICI SONO CIRCA 150MILA, UN TREND IN CONTINUO E PREOCCUPANTE AUMENTO. LA PAROLA D'ORDINE È "PREVENZIONE"

e contenute liste d'attesa, da qualche anno prende in cura pazienti provenienti da diverse provincie del Veneto e da punti più remoti d'Italia.

Come si svolge la cura e l'assistenza dei malati?

La cura e l'assistenza ai pazienti con malattie reumatiche nel centro regionale di riferimento e in tutti gli ospedali della Provincia di Treviso, viene regolata da un protocollo molto puntiglioso. Il paziente non è più un numero, come in passato, ma un'entità dove viene considerato fino in fondo, in base ai criteri di rispetto e di dignità. Con la Presidente Nazionale e Regionale Silvia Tonolo, abbiamo da qualche





anno chiesto e ottenuto, grazie anche alla sensibilità del Direttore Generale, Dott. Francesco Benazzi, l'assunzione a tempo indeterminato di nuovi reumatologi al fine di abbattere le liste di attesa e offrire ai pazienti percorsi di cura mirati. Nel Veneto, il 17% della popolazione è affetto da patologie reumatiche. Dette patologie registrate sono 152: dall'artrosi all'artrite reumatoide, dalle spondilopatie alle vasculiti. Molte di queste malattie possono interessare il cuore, i polmoni ed altri organi. Oggi, nella ULSS2, si ottiene una visita divisionale nel giro di qualche settimana, contro i 24 mesi di 8 anni fa.

L'emergenza COVID19 ha avuto impatto nei confronti dei malati reumatici nel suo territorio?

Anche la provincia di Treviso ha sofferto e registrato difficoltà nei percorsi di cura nel periodo COVID19. Da un'analisi è emerso che il 52% dei pazienti ha rinunciato o interrotto i percorsi terapeutici. Sono stati segnalati anche casi di carenza di farmaci o ausili sanitari. Un dato rassicurante è stato fornito dalla Direzione Generale ULSS2: già nella seconda decade di aprile, quasi l'80 % dei pazienti ha ripreso con gradualità i percorsi di cura, rispettando i protocolli di sicurezza.

Quali sono le "novità" terapeutiche che si possono segnalare ?

L'artrite reumatoide si caratterizza per infiammazione cronica generale, ma colpisce principalmente le articolazioni di mani e piedi. Farmaci biologici, tradizionali e small molecules sono sempre più in prima linea per la

cura delle malattie reumatiche, specialmente dell'artrite reumatoide. Il tema è stato trattato in occasione dell'ultimo Congresso europeo di reumatologia Eular2020 ("European League Against Rheumatism"). Non importa con quale farmaco si inizia la terapia; l'obiettivo per il reumatologo è raggiungere quella che tecnicamente viene definita "remissione clinica". Oltre al protocollo clinico e farmacologico, l'Associazione Malati Reumatici del Veneto, è sempre accanto al paziente per formare e informare. La parola d'ordine è "prevenzione" ed è solo grazie all'Associazione, con i suoi volontari, la collaborazione con specialisti reumatologi, ortopedici, fisiatristi, radiologi e di medicina generale, che vengono offerti al pubblico gratuitamente, in tutto il Veneto, screening mirati alle mani e piedi. Ultimo screening degno di nota, prima dell'evento Covid 19, è stato quello di Treviso, nella centrale Piazza dei Signori in occasione della Giornata Mondiale del Malato Reumatico. Una stretta collaborazione tra A.Ma.R.V. , ULSS2, Comune di Treviso, Croce Rossa Italiana, Protezione Civile , Cavalieri di Malta e 15 medici specialisti, in regime di completa gratuità hanno visitato 425 cittadini nelle postazioni sanitarie allestite nella piazza. Gli esperti dell'Ulss2 Marca Trevigiana hanno fornito utili informazioni alla cittadinanza per facilitare il riconoscimento delle malattie reumatiche in fase iniziale. Queste insidiose patologie in Veneto colpiscono 715 mila persone, circa il 17% di tutta la popolazione.

ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE

Pochi posti letto in hospice pediatrici

A SETTEMBRE E' PARTITA L'INIZIATIVA 'DOLCE VITA IN PEDIATRIA'

di *Flavia Scicchitano*

“Nonostante negli ultimi anni sia cresciuta la rete degli hospice pediatrici italiani per le cure palliative dei bambini, i posti letto sono ancora troppo pochi rispetto alle esigenze dei piccoli che hanno bisogno di assistenza e cura. E' necessaria una maggiore consapevolezza e sensibilità rispetto a questo tema passando dalla cultura dell'attesa della morte a quella di una migliore qualità della vita, portando gli hospice pediatrici fuori dalla perifericità in cui sono confinati e ponendoli al centro del sistema sanitario. Il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti, anche per un numero limitato di anni è un obiettivo importante e degno di essere perseguito”. E' l'allarme lanciato da Giuseppe Zaccaria, presidente dell'Associazione di volontariato 'La miglior vita possibile', che promuove il miglioramento delle condizioni di salute e di vita della popolazione pediatrica sottoposta a cure palliative con un'opera di sostegno, sensibilizzazione e

diffusione delle opportunità di avanzamento scientifico. L'Associazione 'La miglior vita possibile', nata nel 2018, sostiene e supporta la realizzazione di progetti di vita e assistenza alla popolazione pediatrica mediante la collaborazione tra settore pubblico e privato. Promuove attività volte alla individuazione, creazione ed acquisizione di risorse economiche a sostegno della ricerca scientifica e tecnologica nel campo delle cure palliative pediatriche. Ed è proprio in quest'ambito che si inserisce l'ultima iniziativa condotta a fianco dell'hospice pediatrico dell'Azienda ospedaliera di Padova. Dopo la raccolta fondi che ha consentito lo scorso aprile di donare una vettura Fiat Qubo per potenziare le capacità assistenziali dell'Hospice verso i pazienti di tutto il territorio veneto seguiti con terapie e cure domiciliari, e la donazione a luglio di 5 biciclette con pedalata assistita e carrelli porta bambini a disposizione dei genitori dei pazienti

**AD OGGI SOLO SEI
I CENTRI ATTIVI,
POCHI RISPETTO
ALLE ESIGENZE**





dell'Hospice e degli ospiti della Pediatria, l'Associazione ha coinvolto cinque maestri pasticceri di fama nazionale - Massimiliano Alajmo, Corrado Assenza, Luigi Biasetto, Luca Cantarin, Leonardo di Carlo, Luca Rasi - che si sono riuniti nel gruppo 'Dolce Vita in Pediatria' per l'Hospice pediatrico. Il Gruppo ha, infatti, ideato una speciale torta per la prima colazione, la torta 'Fiocco al Mais', presentata lo scorso settembre nella Sala convegni della Fondazione Cassa di risparmio di Padova e Rovigo, a Padova. I proventi dalle vendite nelle pasticcerie, attraverso il web e nei Bar Bianco del Gruppo Lattebusche, saranno interamente devoluti in beneficenza.

"Gli hospice ad oggi attivi per il ricovero dei bambini sono sei, a Genova, Milano, Napoli, Padova e uno in Basilicata - spiega la Dr.ssa Franca Benini, responsabile del Centro regionale veneto di Terapia del Dolore e Cure palliative pediatriche-Hospice pediatrico di Padova - Poi ci sono cinque progetti in fase di attuazione, alcuni apriranno entro l'anno molto. E' un mondo in evoluzione, iniziamo a vedere risposte importanti a bisogni inconfutabili, ma ad oggi c'è ancora un grande gap tra esigenze e posti letto disponibili, quattro nell'hospice di Padova, sei a Genova e altri sei a Milano 6. E' necessario incrementare i posti letto ma anche rendere attiva la rete

periferica: più riusciamo a dare sollievo alle famiglie attraverso l'assistenza domiciliare meno saranno i ricoveri. E' necessario dunque intervenire rapidamente e stanziare nuove risorse sia nelle Regioni che hanno già attivato i percorsi sia in quelle che non hanno ancora preso in carico il problema".

"Per cure palliative si intende la presa in carico di bambini con una malattia inguaribile ma che possono convivere con quella malattia - prosegue la Dr.ssa Benini - Purtroppo ci sono anche bambini che non ce la fanno ma noi lavoriamo affinché tutti i bambini e le loro famiglie abbiano una buona qualità della vita, e siano inseriti nel tessuto sociale. Per ogni bambino che muore in cure palliative ce ne sono 10-15 che sopravvivono per anni e anni. E' una presa in carico a 360 gradi fatta in rete con tutti i servizi: ci occupiamo di farli andare a scuola, dei problemi psicologici, di aiutarli in scelte difficili anche a livello bioetico, dal punto di vista sociale e a volte anche spirituale. In hospice arrivano i bambini che per problemi clinici, organizzativi o psicologici non si possono gestire a casa, l'obiettivo restano però le cure domiciliari. L'esperienza di vita negli hospice è piacevole - conclude la responsabile del Centro regionale veneto - ma la casa è il luogo ideale in cui vivere".

12 Life Selection:

Se non abbiamo tempo per Willy,
significa che non ne abbiamo
per NOI

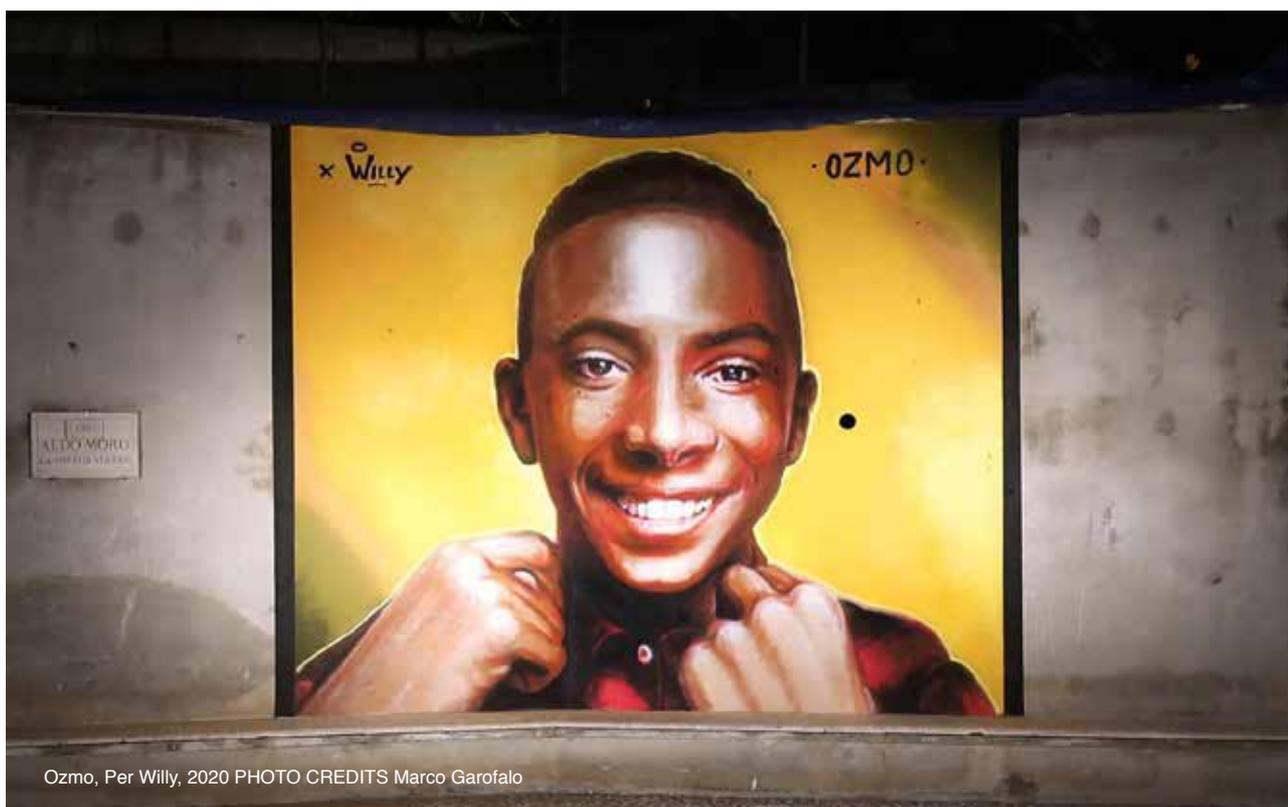
*Salute mentale e Civica.
Recuperiamo i valori migliori della nostra storia.*

di Nick Bartolini Carrassi

Se non abbiamo tempo per Willy, significa che in fondo non abbiamo tempo per noi stessi. Ieri era Manuel Bortuzzo, oggi è Willy, domani chissà. Ma quando ci alziamo, al mattino, abbiamo i nostri problemi, i nostri dolori, come quando esausti andiamo a dormire.

Gli altri, i vicini, quelli in strada, quelli del paese vicino, quelli dell'altro continente, hanno i loro. Che si arrangino, come facciamo noi. Un pensiero lecito, ma piuttosto elementare, di basica concretezza.

Quello che ci sfugge, ciò che è invisibile ai nostri occhi,



Ozmo, Per Willy, 2020 PHOTO CREDITS Marco Garofalo



Ozmo, Per Willy, 2020 PHOTO CREDITS Marco Garofalo

Quello che ci sfugge,
quello che lasciamo sfuggire,
quello che è invisibile, è che
TUTTI abbiamo problemi,
TUTTI proviamo dolore,
TUTTI sperimentiamo la
sofferenza.

è che TUTTI abbiamo problemi, TUTTI proviamo dolore, TUTTI sperimentiamo la sofferenza.

Questo è un dato di fatto che dovrebbe unirci: se lo tenessimo a mente daremmo un colpo secco all'egoismo, e a ciò che ci spinge ad essere egoisti: LA PAURA.

E potremo toglierci dai piedi chi alimenta la nostra paura: l'IGNORANZA.

Willy è morto, e una parte di noi è morta con lui, che lo vogliamo ammettere/comprendere o meno. Perché non siamo isole, perché siamo parte di un'unica cosa. Il pericolo ancestrale del diverso, la diffidenza, il potere della politica che vive sulle nostre paure, e le alimenta, svanirebbero in un attimo se concentrassimo la nostra

attenzione dentro di noi. Non per chiuderci, ma per osservarci in profondità. Nel silenzio.

Le 'armi' di distrazioni di massa approfittano del fatto che IL SILENZIO non è più considerato come in passato d'ORO, non è più un valore, non è più LA FORZA che abbiamo per ripulirci dal superfluo. Il silenzio è paura: lo copriamo con la tv, la radio, Spotify, lo avvolgiamo nello scontro nostro con il mondo e con quello degli altri. Guardiamoci dentro. Spegniamo tutto per 120 secondi. Allontaniamoci dallo smartphone. Ascoltiamo il nostro respiro. Eh sì, senza respirare moriremmo.

La mascherina non ci ucciderà, rispettare il prossimo non ci ammazzerà, praticare l'altruismo e la gentilezza

non ci porteranno alla tomba. Gli unici DIVERSI ai nostri occhi, che si stanno ammazzando da soli, siamo noi. Non ci riconosciamo più e non siamo più in grado di distinguere cosa sia importante e che cosa no. Ci hanno privato di ciò che di meraviglioso c'è in fondo al cuore di ogni uomo. La morte di un ragazzo non può passare inosservata.

Come è morto e chi l'ha ucciso neppure, perché possiamo aiutarci a capire meglio chi siamo, dove siamo arrivati, che cosa veramente succede nel mondo. Oltre i trionfi, oltre l'isola delle tentazioni, il grande fratello... Oltre la soglia di casa. Lavorare su noi stessi potrebbe farci vivere in un modo più 'sostenibile' per noi, riscoprire le nostre forze, il nostro essere umani. Abituandoci a tutto,

gettando discredito su tutto, dando credito all'indifferenza, alla fine, sotto quel senso di abitudine, schiacciati dal discredito, ci siamo già noi. Ignorando Willy, ignoriamo noi stessi. Fermiamo tutto: respiriamo, **ricominciamo a non aver paura dei nostri pensieri, delle nostre emozioni più intime, del nostro giudizio che abbiamo delegato agli altri...** Concentriamoci su di noi e su quello che in comune abbiamo con gli altri: TUTTO. Se aiutiamo, tendiamo la mano, accogliamo, consoliamo, PERDONIAMO NOI STESSI, lo faremo con gli altri, e questi lo faranno con noi. Willy può non essere morto invano. Quando potremo dirgli GRAZIE, quando potremo essere toccati dal suo destino, vorrà dire che non sarà morto invano. Lui e gli altri prima di lui. Cioè NOI.



Ozmo, Per Willy, 2020 PHOTO CREDITS Marco Garofalo

Gli unici DIVERSI ai nostri occhi, che si stanno ammazzando da soli, siamo noi. Non ci riconosciamo più e non siamo più in grado di distinguere cosa sia importante e che cosa no. Ci hanno privato di ciò che di meraviglioso c'è in fondo al cuore di ogni uomo. La morte di un ragazzo non può passare inosservata..



Talento puro,

quando la meritocrazia avanza

*IL PREMIO DEDICATO AI GIOVANI TALENTI DEL FUTURO
(ARTISTI, RICERCATORI, STUDIOSI, SPORTIVI,
FUTURE ECCELLENZE DELLA MEDICINA) DIVENTERÀ MAGGIORENNE
ENTRANDO A FAR PARTE DELLE INIZIATIVE DELLA "RICOMUNICARE"*

Talento Puro per sette intensi e sorprendenti anni, ha rappresentato un grande progetto di *filantropia e mecenatismo* unico ed innovativo.

Nato nel 2003, consolidato nel 2009, *Talento Puro* si è dedicato a chi ha grandi potenzialità e vuole mostrare ciò che sa fare, ma non ha i mezzi, anche economici, e le conoscenze per finanziare la propria crescita professionale e personale.

I Valori

Talento Puro ha sempre creduto nella **meritocrazia** e non nelle raccomandazioni. Per questo sono stati riuniti esperti e professionisti di ogni settore per:

INDIVIDUARE, SCOPRIRE, CRESCERE, SVILUPPARE, ORIENTARE, PRODURRE IL TALENTO PURO.

Creata da *Nicola Ryan Carrassi* in collaborazione alternata con *20Th Century Fox HE, Medusa Video HE, Mediadigit, Mediafilm SpA; RyanCreation, RCO EUROPE, RYANCREATION Creative Cove* e le aziende dell'*HTG WORLD ALLIANCE*, la community di Talento Puro ha rappresentato il primo passo: con la possibilità -effettuata l'iscrizione gratuita- di aprire una pagina personale su un social network dedicato. Un luogo dove i partecipanti hanno interagito tracciando il proprio profilo.



dichiarando e discutendo circa le aspettative, i progetti per il futuro, le idee e molto altro. Un incubatore a cielo aperto, che ha riunito artisti a ricercatori, registi a futuri luminari.

Con grande stupore, le iscrizioni non sono mancate e neppure un crescente rapporto di fiducia e collaborazione. Senza mai chiedere un impegno economico ai partecipanti, l'organizzazione e gli sponsor si sono fatti carico sia della struttura, sia di erogare premi in visibilità, borse di studio e supporto omnimediale.

La Sfida

Esistono moltissimi premi dedicati alle eccellenze affermate. E' facile premiare manager, scienziati, ricercatori, artisti di ogni disciplina già affermati. *La sfida di Talento Puro, fatta di lungimiranza e 'fiuto', è quella di premiare il talento prima; identificandolo e contribuendone alla sua FUTURA affermazione.*

L'etica

Talento Puro **ha scelto e sceglierà liberamente** i 'futuri' talenti ai quali offrire il premio. Quest'ultimo può essere accettato a discrezione del vincitore. Non esistono obblighi contrattuali. Talento Puro, ad esclusione dell'elargizione del premio e della sua 'messa in opera', non è affiliato e/o rappresenta i talenti e/o personaggi citati, né prima, al momento dell'assegnazione, né successivamente quando la maggior parte sono divenuti famosi e affermati. *L'aver ricevuto il premio Talento Puro, non implica che la carriera del vincitore sia dovuta all'assegnazione dello stesso. Ci piace pensare di aver dato 'una spinta positiva' ai sogni di ognuno. Tutte persone di grande talento che sono riuscite a trasformare i propri sogni e desideri in progetti di vita.*

TALENTO PURO ACADEMY

Sei un laureando e non sai come muoverti una volta finita l'università? Sei un docente e vorresti offrire agli studenti una guida capace per il mondo del lavoro? Ti offriamo un percorso di mentoring gratuito in cui importanti professionisti aiutano i giovani a realizzare una scelta consapevole sul loro futuro.





VIOLATECH

TELEMEDICINE SOLUTIONS

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



VIOLATECH S.R.L

Via Kenia, 74 - 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

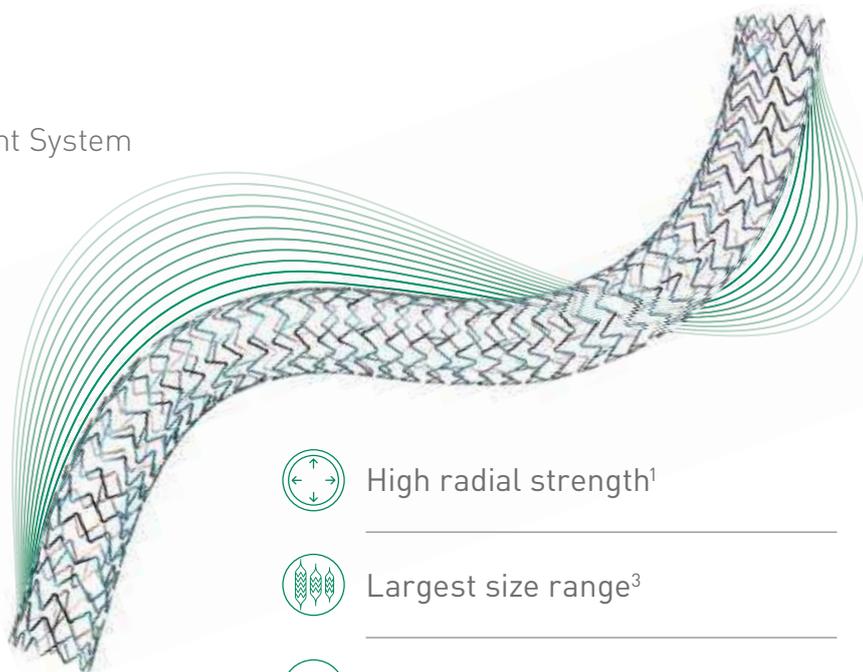
info@violatech.it • www.violatech.it

The next generation of low-profile deliverability

Dynetic®-35

Balloon-Expandable Cobalt Chromium Stent System

The next generation iliac stent with excellent radial strength and superb flexibility.^{1,2}



High radial strength¹



Largest size range³

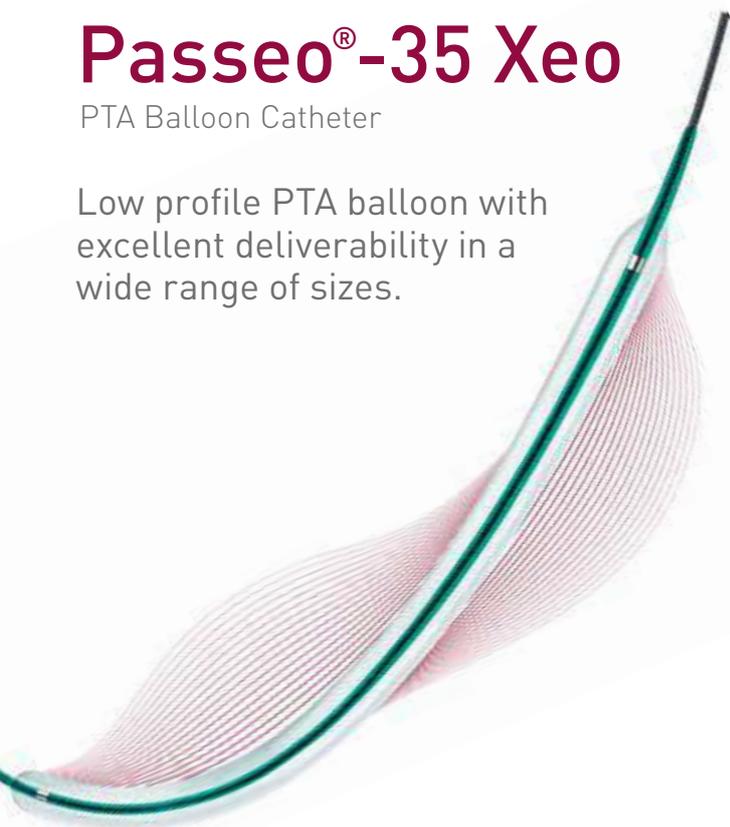


Deliverability in 6F compatibility⁴

Passeo®-35 Xeo

PTA Balloon Catheter

Low profile PTA balloon with excellent deliverability in a wide range of sizes.



Improved crossability⁵



Excellent deliverability⁶



Low profile, wide range of sizes

1. BIOTRONIK data on file. 8.0 mm stent diameter; 2. BIOTRONIK data on file. IIB(P)13-2019. 10.0 mm stent diameter; 3. Endovascular Today – Europe Buyer’s Guide 2019, Balloon-Expandable Stents. <http://evtoday.com/device-guide/european/152#>; 4. BIOTRONIK data on file; 5. BIOTRONIK data on file. Compared to leading competitors 6.0 mm diameter balloon size. IIB(P) 39/2017; 6. BIOTRONIK data on file. Compared to leading competitors 6.0x200 mm balloon size.

Dynetic, Passeo and Xeo are trademarks or registered trademarks of the BIOTRONIK Group of Companies.

© 2020 BIOTRONIK AG – All rights reserved.
Specifications are subject to modification, revision and improvement.

 **BIOTRONIK**
excellence for life