ORE12 SANITÀ
ITALIA

Nascere al tempo
della pandemia

Patologie oculari,
come contrastarle

La scelta di Candida,
capitana coraggiosa

Obesita',
l'alternativa c'è

TELEMEDICINA,
IL CONSULTO FUTURO

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 5 - 6 2020 - prezzo di copertina. € 10,00

ROSA®
Brain

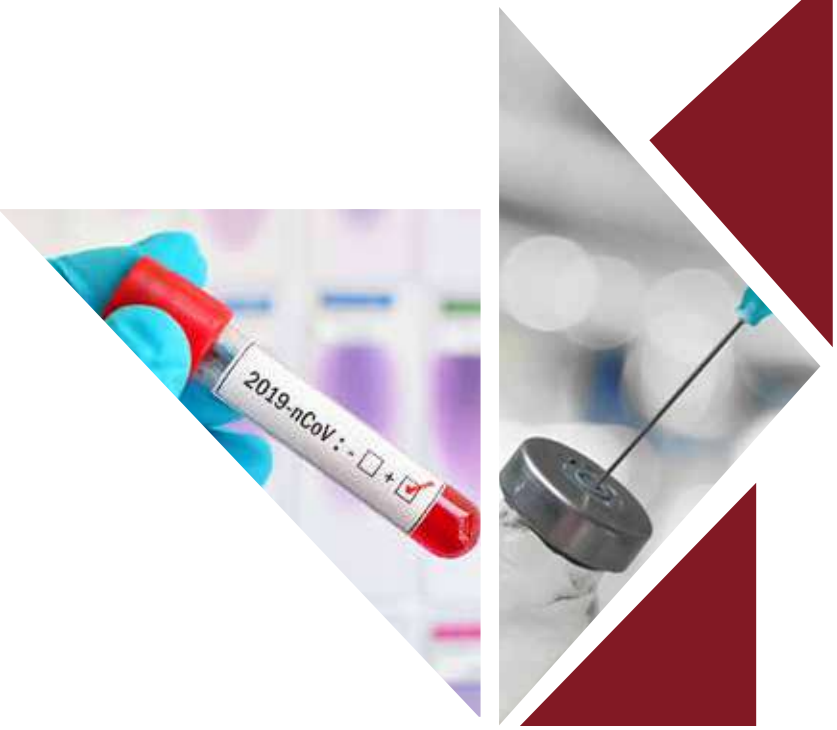
L'INNOVAZIONE
ROBOTICA NELLA
NEUROCHIRURGIA

KASTER
Medical Technology

Hic et nunc

In guerra contro il virus
tra orgoglio, carenze e bulimia

di *Pietro Romano*



"Solo un vaccino sicuro ed efficace ci può portare fuori dall'emergenza. Per questo è importante il ruolo dell'Italia. L'Italia è al centro della sfida per il vaccino contro Sars-Cov2. Siamo orgogliosi dei nostri scienziati e delle eccellenze della ricerca italiana. Le prime dosi ci verranno consegnate entro la fine dell'anno". A scriverlo su FaceBook il ministro della Salute, Roberto Speranza, che certo nessuno può invidiare dopo quello che ha passato nei mesi scorsi. Comprensione umana a parte per il ministro, però, lascia sinceramente basiti la totale assenza di autocritica da parte sua.

Il vaccino al quale si riferisce Speranza nessuno ce lo darà gratis, perché dovremo comprarlo dose per dose dalla multinazionale britannica AstraZeneca che lo produrrà e lo distribuirà in esclusiva. Benché questo vaccino, in fase di sviluppo quasi ultimata, sia nato da una collaborazione tra l'Università di Oxford e la società Irbm di Pomezia. La stessa che, con il suo staff, inorgoglisce giustamente il ministro e tutti gli italiani di buona volontà. Peccatoche Speranza non se ne sia accorto qualche mese fa, e come lui il governo e altri organismi pubblici.

L'Irbm, infatti, aveva bussato alla porta del governo. Il suo titolare Piero di Lorenzo aveva chiesto all'esecutivo di finanziare il progetto italo-britannico per condurre a termine la ricerca del vaccino e poter coinvolgere qualche produttore italiano nella seconda fase. Invano. La presidenza del Consiglio si era limitata a girare la richiesta alla Cassa depositi e prestiti e, dopo due mesi di inutile attesa, il vertice dell'azienda di Pomezia ha deciso che era preferibile lasciare campo libero a Londra. Così il governo del Regno Unito ha finito per assicurarsi la parte del leone nel progetto e nel suo sfruttamento industriale con appena 20 milioni di sterline investitit.

Questione di risparmi? Sul fronte vaccini non pare. Finanziamenti sarebbero stati accordati ad altri tentativi di trovare l'arma finale contro il virus, infatti, e in particolare il premier Giuseppe Conte ha deciso di indirizzare nell'arco di pochi anni ben 287,5 milioni di euro verso la fondazione sullo studio dei vaccini creata dal "padre" di Microsoft, Bill Gates, e da sua moglie Melania, che porta il loro nome. Iniziativa lodevole, per carità, ma per quale motivo non è stata trovata una manciata di milioni, 20 al massimo, anche per l'Irbm? Mistero.

Ecco, è vero che l'Italia si è trovata in prima linea nella lotta al Covid, è vero che ha dovuto sperimentare metodi e battere piste in assoluta solitudine, ben prima che il contagio si spargesse altrove ma di sicuro in più occasioni la schizofrenia nei comportamenti ha dominato strategie e tattiche della classe dirigente nazionale, la classe dirigente politica in particolare. Questa schizofrenia ha prodotto una congerie di provvedimenti - talvolta in contrasto fra di loro, qualche altra volta morti praticamente nella culla – che rischia di rinverdire i fasti, anzi i nefasti, della Salerno-Reggio Calabria e dei suoi cantieri perenni.

Il frutto di questa bulimia burocratica, ma prima di tutto politica, è nei numeri. A sintetizzarne il quadro una indagine, al solito puntuale e dettagliata, del pensatoio OpenPolis. Dalla quale risulta che dei 165 indispensabili decreti attuativi, previsti dai provvedimenti relativi all'emergenza sanitaria ed economica con il coinvolgimento di 17 ministeri, a metà giugno ne era stato adottato solo il 19 per cento. Sette decreti erano già scaduti. E buona parte degli 80 miliardi di risorse individuate per l'anno in corso rimaneva pertanto inutilizzabile.

ORE12 SANITÀ
Mensile di informazione Economico Finanziaria

www.ore12economia.it

Direttore Responsabile
Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Editoriale
Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Digital Publishing Director
Nicola C. Carrassi
ncarrassi@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico
Prof. Ranieri Razzante

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 Università di Padova
Ornella Cilona è presidente della Commissione tecnica Uni "Responsabilità sociale delle organizzazioni"
Giosetta Ciuffa è giornalista
Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una nota giornalista
GDN è un noto comunicatore romano
Andrea Giacobino è giornalista e saggista
Marco Maiotti è giornalista
Danilo Quinto 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 dirittonon raggiunti o impossibili da rintracciare

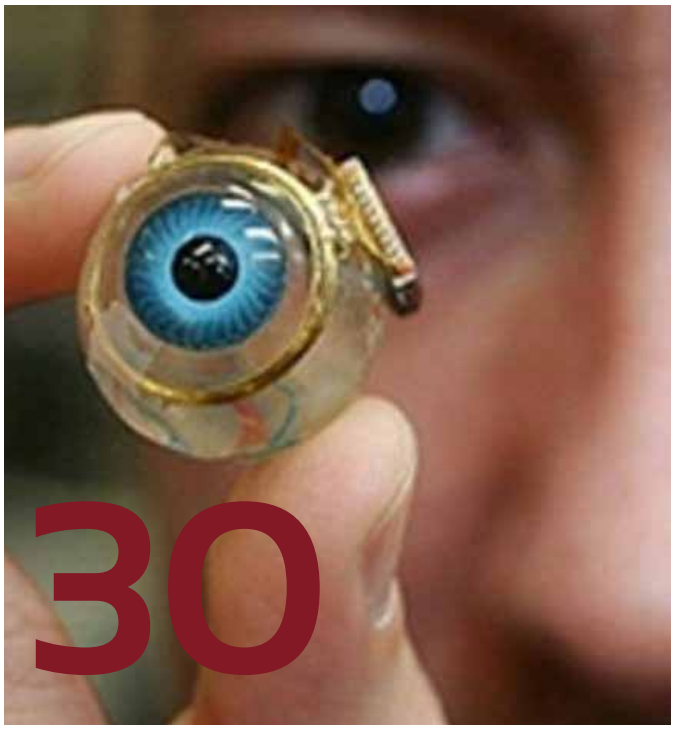
RiComunicarE

Pubblicato 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

SOM

1 HIC ET NUNC
5 LA LETTERA
7 TELEMEDICINA
11 CHIRURGIA BARIATRICA
15 CHIRURGIA VASCOLARE
17 IN PUNTA DI FORCHETTA
18 SMOM
20 FARE IMPRESA NEL MEZZOGIORNO
23 ENDOMETRIOSI
26 NASCERE AL TEMPO DELL'EPIDEMIA
29 NORME & SALUTE



30

Patologie oculari

38

Rezum

32 GLAUCOMA UN'EPIDEMIA INVISIBILE

46 ONE WIEUX

48 OLMAR

35 TUMORE ALLA PROSTATA

43 COME RILANCIARE LA SANITÀ ITALIANA

MARIO

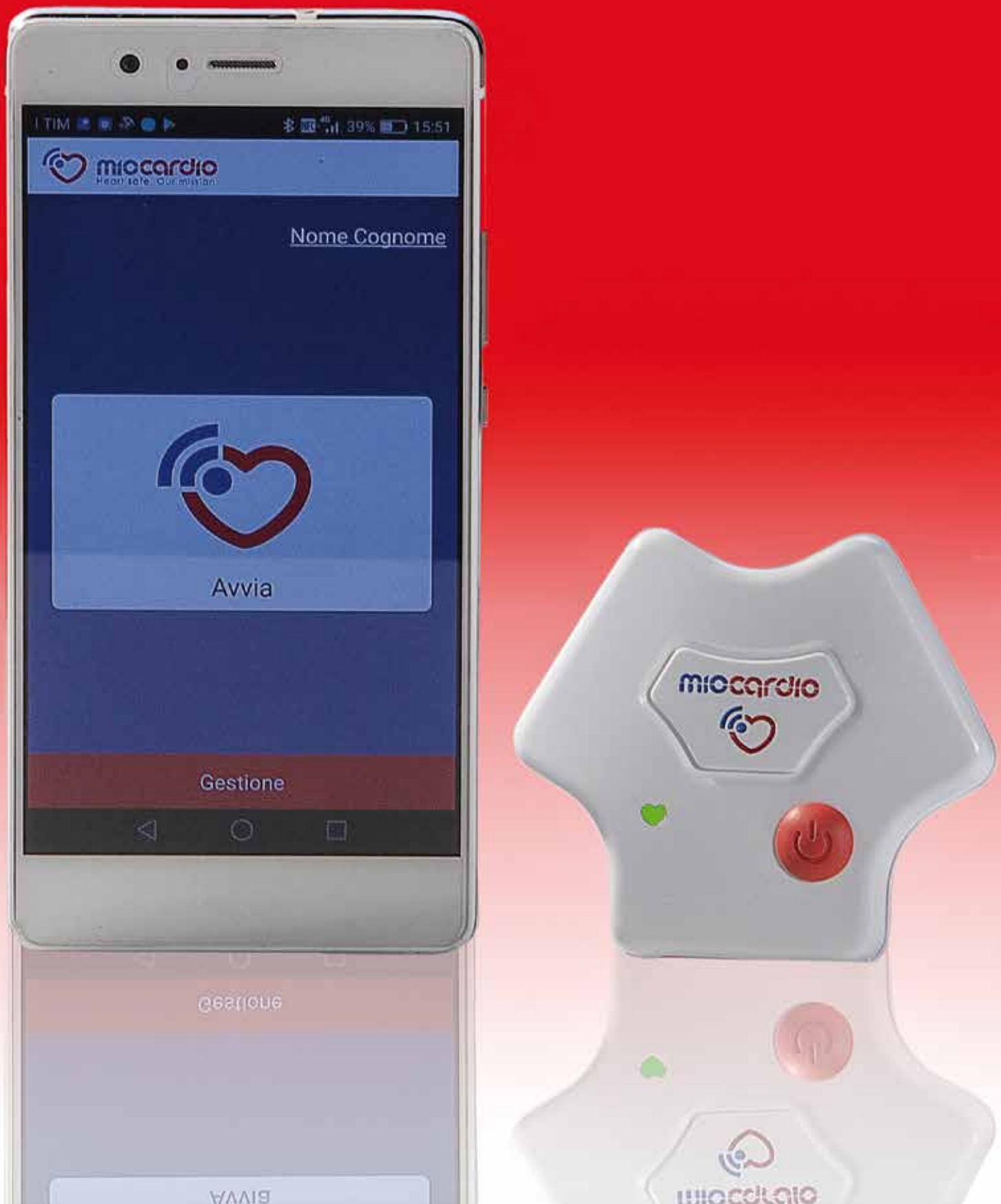
SEGUICI SU:
WWW.ORE12ITALIA.EU

- **TWITTER** ORE12GROUP
- **FACEBOOK** ORE12GROUP
- **LINKEDIN.COM** COMPANY/ORE12
- **ISTAGRAM** @ORE12ITALIA
- **LA NOSTRA APP** WWW.ORE12ITALIA.EU/12APP

MVS s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



• NUMERO 2 •

L'emergenza Covid19 ha comportato anche per il nostro mensile un silenzio che si è protratto a lungo. Questo è solo il secondo numero di quest'anno, infatti. Il sistema sanitario italiano, dal mese di febbraio ad oggi, è stato impegnato quasi totalmente nell'affrontare le conseguenze della pandemia - che si sono prodotte, come ampiamente spieghiamo, grazie ai 37 miliardi che negli ultimi 10 anni sono venuti meno negli investimenti, provocando la chiusura di numerosi siti ospedalieri e privando la sanità di un numero adeguato di medici e di personale sanitario, minando così il principio di rilievo costituzionale di tutela della salute pubblica – ed è stato molto difficile, per noi, affrontare con i medici, che sono i nostri principali interlocutori, le tematiche che avremmo voluto sviluppare.

In questo periodo, i medici hanno voluto solo curare. Senza clamore. Rischiando la morte e molti di loro sono morti – insieme a molti infermieri - perchè sono stati contagiati e non avevano alcuna forme di protezione. L'hanno fatto con il cuore e con la ragione, non badando alle 15-16 ore al giorno di attività, al fatto di dover abbandanare qualsiasi altro impegno, dimenticando le loro famiglie, i loro mariti, le loro mogli, i loro figli. Sono andati allo sbaraglio, perchè non conoscevano il nemico, non l'avevano mai trattato. Non ne conoscevano l'aggressività e la pericolosità. Nè gli era mai capitato di vedere aggravarsi le persone così in fretta, senza un'apparente ragione, a causa di un virus che non seguiva alcuno "schema preciso" e che, anche se isolate, "senza alcun motivo sensato e nonostante fossero in isolamento", come ha dichiarato un primario di un ospedale della Lombardia, "improvvisamente sentivano i loro polmoni smettere di funzionare, come se si spegnessero". Mentre loro lavoravano così e nel silenzio, altri partecipavano a dibattiti televisivi e alcuni si ostinavano a dire che ci si trovava di fronte solo ad una forma più grave di una normale influenza. Purtroppo, è andata così e questo ha generato confusione, che giorno dopo giorno si è trasformata in panico, nel leggere il numero altissimo dei morti.

Mentre scriviamo, siamo nella cosiddetta Fase 2. L'emergenza, sanitaria ed economico- sociale non è certo passata e chissà quanto durerà. Fino alla scoperta di una cura efficace? O fino alla messa in commercio di un vaccino? Nessuno può dirlo con certezza. L'unica certezza che abbiamo è che il futuro, dopo questa esperienza, questa tragedia, non sarà mai più come prima, in tutti gli ambiti della nostra vita.

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

TELEMEDICINA,
LA RIVOLUZIONE SANITARIA

di *Andrea Giacobino*

Anche alla luce dell'epidemia di Covid 19, è sempre più evidente che un sistema sanitario moderno non può prescindere dalla telemedicina e dalla sanità digitale. Per "telemedicina" si intende l'evoluzione digitale della medicina tradizionale. Si tratta di una vera e propria rivoluzione sociale e culturale che facilita la comunicazione a distanza tra medico e paziente (soprattutto se non si trovano nella stessa località) e agevola l'erogazione di servizi sanitari, dalla diagnosi alla terapia fino ai controlli a distanza.

La telemedicina ha il compito di offrire nuove soluzioni e prospettive alla costante richiesta di assistenza sanitaria da parte della popolazione che vorrebbe una Sanità più efficiente, più tecnologica, più dinamica e più vicina alle persone. Inoltre, ha l'incarico di: fornire gli strumenti per facilitare la comunicazione e l'interazione tra il medico e il paziente e tra i medici stessi, abbattere le barriere geografiche e temporali, sopperendo alla non omogenea distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio, raggiungere un maggior

numero di persone (soprattutto quelle che vivono in zone remote o con carenti strutture sanitarie), velocizzare le procedure burocratico-amministrative, aiutare il paziente nella ricerca e consulto del medico, semplificare la trasmissione online di esami diagnostici, permettere la visualizzazione online degli esami senza perdita di qualità delle immagini ed eliminare le lunghe liste di attesa, garantendo la qualità del servizio e assicurando la tutela del trattamento dei dati sensibili personali. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria e aiutare i cittadini ad accedere ed ottenere le migliori cure possibili. La telemedicina può quindi essere considerata una delle componenti chiave per il miglioramento della salute dei cittadini.

Realtà come Doctolib in Francia, Teleclinic in Germania o Kry in Svezia, fino al gigante americano Teladoc Health hanno avuto, dal momento dell'allerta del nuovo coronavirus, un picco di utilizzazione delle loro piattaforme di telemedicina. Il vantaggio principale di tali strumenti sta nel non esporre il personale sanitario, e i pazienti stessi, al rischio di infezioni in situazioni di emergenza, come quella causata dal virus. Tuttavia, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, la maggior parte delle richieste di utilizzo non riguarda casi di sospetto coronavirus: si tratta di pazienti che desiderano evitare sale d'attesa e quindi ridurre al minimo il rischio di contaminazione. I fatti stilizzati e i numeri dell'epidemia osservati nelle diverse regioni evidenziano che l'efficacia delle misure di contenimento sono strettamente legate alla capacità di risposta della sanità territoriale. Le differenze fra i tassi di letalità e i tassi di diffusione del contagio di Veneto e Lombardia possono spiegarsi solo con la diversa efficienza della sanità territoriale. In Lombardia vi è un sistema ospedaliero pubblico e privato molto forte che però di fatto ha diminuito il peso della sanità territoriale.

Gli ospedali e le loro strutture di medicina di emergenza hanno di fatto sostituito la figura e il ruolo del medico di base. In condizioni normalità questo poteva anche essere un punto di forza e uno strumento per ridurre i costi della sanità, ma di fronte ad un'emergenza diffusa sul territorio, gli ospedali sono presto entrati in crisi e alcune volte, senza il filtro del territorio, sono diventati anche dei moltiplicatori del contagio. La lezione che dovremmo imparare da questa epidemia è che riorganizzare la sanità territoriale è, quindi,

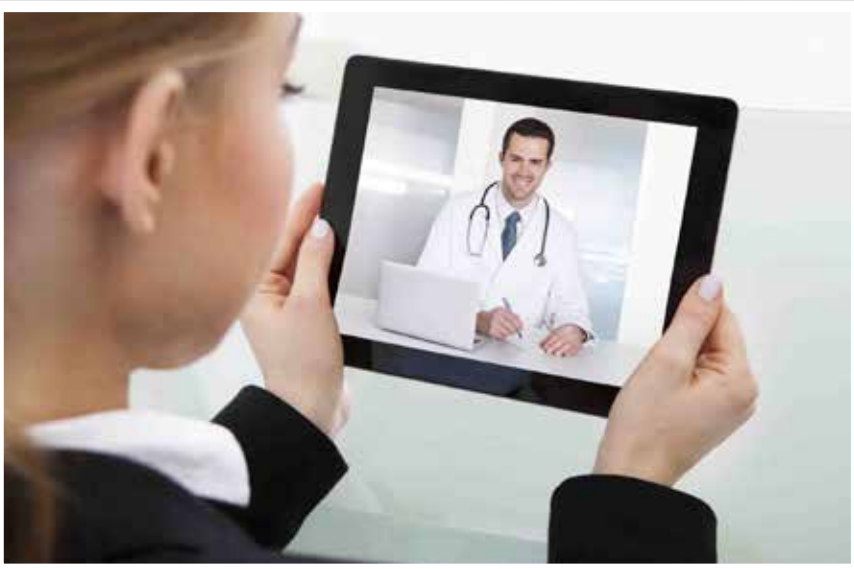
A sette italiani su dieci piace il videoconsulto

Secondo una ricerca su oltre 1.500 persone svolta da dottori.it, sito e app leader in Italia per la prenotazione di visite specialistiche, il 70% degli utenti si è detto pronto a passare alle visite in videoconsulto. Se più della metà (51,2%) dei rispondenti, però, dichiara di voler ricorrere a questo strumento solo in casi di estrema necessità, come la quarantena, sorprende il dato relativo agli over 65. Nella fetta più anziana degli utenti che hanno risposto alla ricerca, la percentuale di chi userebbe il videoconsulto in modo abituale sale al 41,5%. Alla tecnologia si associa spesso l'idea di abbattere le barriere del pudore, ma ciò non sembra valere per la telemedicina: più della metà degli utenti ha detto infatti che proverebbe maggior vergogna a mostrarsi durante un videoconsulto rispetto a una visita dal vivo. Ancora una volta sono gli over 65 quelli più a loro agio con questo strumento tanto che il 56,7% ha dichiarato di sentirsi meno in imbarazzo davanti a una videocamera che in studio. Al contrario più del 70% dei giovani fra i 18 e i 30 anni crede che lo schermo amplifichi il disagio nel mostrare alcune parti del proprio corpo. Tra chi non è ancora pronto a usare lo strumento della videoconsulenza con uno specialista della salute, quasi il 60% teme che si tratti di visite meno approfondite rispetto a quelle realizzate in studio. Al contrario, tra gli aspetti valutati positivamente dai rispondenti, al primo posto si trova la comodità delle videoconsulenze: poter prenotare con pochi click e farsi visitare senza doversi spostare da casa è un fattore apprezzato dal 53% del campione. Non solo, la possibilità di essere assistito da specialisti operanti anche in regioni diverse dalla propria è ciò che fa gradire il videoconsulto al 29% degli utenti.

una necessità per combattere i nuovi rischi pandemici e questa riorganizzazione deve essere tecnologica e sfruttare tutte le potenzialità della telemedicina. Il monitoraggio dei pazienti attraverso sensori collegati con il medico di base può rendere più efficiente ed efficace la gestione del paziente e anche migliorare la prognosi della malattia, miglioramento della prognosi che significa anche un minor tasso di utilizzo della terapia intensiva.

Covid-19 a parte, poi, la telemedicina, poi, elimina le barriere geografiche. perché viene in soccorso soprattutto alla popolazione che vive in aree remote, come per esempio in alta montagna, sulle isole o in aree con scarsa copertura ospedaliera, ai connazionali che vivono all'estero o che si trovano all'estero per viaggio, alle persone che lavorano sulle navi o sulle piattaforme petrolifere, e a tutte le persone che per motivi fisici, familiari o lavorativi non possono spostarsi dalla propria città di residenza. Indipendentemente dalle distanze la telemedicina può essere un ottimo strumento per accelerare il processo di diagnosi e cura, ridurre lo stress e il disagio, là dove è possibile, senza doversi recare nelle strutture sanitarie. La telemedicina accorcia le distanze e porta virtualmente la prestazione sanitaria a casa propria, consentendo ai pazienti di poter chiedere un parere anche ai medici che operano in altre regioni o nazioni, senza dover affrontare alcun viaggio.

In Italia la telemedicina è in fase di sviluppo, ed in molti paesi europei, tra i quali Svezia, Norvegia, Regno Unito e Spagna è molto diffusa già da tempo. Nel nostro Paese ci sono numerose iniziative e idee



sperimentali, che si stanno concretizzando dando una risposta ai pazienti in relazione alle esigenze non ancora completamente coperte dal Servizio Sanitario nazionale. Nel tempo, molte società hanno sviluppato diverse soluzioni di telemedicina. I casi più noti sono Da Vinci Salute, Adilife, Dottori.it, Centro Medico Sant'Agostino, Pazienti.it (Gruppo Sapio), Medicaltech, ABMedica, Gima, DOC24 e Pagine Mediche. Molte hanno lavorato o lavorano con i grandi gruppi attivi nel campo delle telecomunicazioni, assicurazioni e software. Tuttavia, almeno per il momento, in Italia, contrariamente a quanto succede altrove, la telemedicina non è rimborsata e quindi non esiste un suo vero utilizzo. Il Sistema Sanitario Nazionale, poi, non ha ancora sfruttato e sviluppato autonomamente tutte le possibilità che offre la telemedicina, ma il settore privato ha iniziato ad evolversi e a proporre nuovi software, applicazioni, piattaforme che sfruttano le più innovative tecnologie per far sì che il beneficio collegato ad esse possa diffondersi su tutto il territorio. Le Forze Armate hanno implementato sistemi di telemedicina militare sia per le operazioni militari sia per le missioni umanitarie, mentre la Protezione Civile ha sviluppato modelli di telemedicina per gestire le situazioni di emergenza e catastrofi. Il cambiamento demografico in Italia, le nuove esigenze di una popolazione sempre più longeva nonché sempre più coinvolta e informata sulla propria salute, l'aumento delle patologie croniche, la richiesta di terapie personalizzate e la diffusione di nuovi strumenti tecnologici, mettono in evidenza la necessità di ridisegnare, riorganizzare e integrare il sistema sanitario pubblico che presenta criticità nella gestione dei servizi, ed è di fatto un processo in corso di attuazione.

CHIRURGIA PLASTICA
TRATTAMENTO INTEGRATO DELL'OBESITA'

di *Franco Bassetto*

Per continuità editoriale, proseguiamo con l'argomemto "Obesità terapie e trattamento" di cui gia nel Marzo 2019 e, più recentemente, nell'Ottobre 2019, la rivista Ore12 Sanità si era occupata. Conosciuta dal 2011 come fenomeno rinominato Globesità, per il suo rapido diffondersi, l'obesità è attualmente una patologia che viene considerata emergenza sanitaria, essendo concausa in più del 60% dei 56,5 milioni di decessi mondiali annui. Nella sola Europa, tale patologia interessa dal 20 al 30% della popolazione, con un aumento di almeno il 10 % negli ultimi dieci anni. Nonostante spesso si possa pensare che l'obesità interessi solo la popolazione adulta, in realtà anche il 4% dei bambini europei ne è coinvolto, con un conseguente impatto sulle diverse spese sanitarie nazionali pari al 2-8%.

In questo panorama, risulta comprensibile come negli ultimi anni sia diventato assolutamente prioritario il trattamento dell'obesità, e, soprattutto, delle patologie ad essa correlate quali, ad esempio, il Diabete Mellito di tipo II, le Malattie Cardiovascolari, fino ad arrivare ai Disturbi Psichiatrici, come la Depressione.

Alla luce di quanto sopra descritto, appare evidente il motivo per il quale il "problema" obesità sia stato preso in attenta valutazione dai Sistemi Sanitari Nazionali, e con esso ovviamente tutti i tipi di trattamenti medici e chirurgici ad esso correlati.

Per quanto riguarda gli interventi di Chirurgia Plastica Postbariatrica, a scopo morfofunzionale, sfortunatamente, continua tutt'oggi ad essere presente una enorme disparità di trattamento e normative tra Regione e Regione italiane. Se da un lato tutte le Regioni italiane si prendono in carico il paziente obeso, dall'altro le stesse Regioni differiscono sulle modalità du presa in carico del paziente obeso dimagrito, ovvero quel paziente che, una volta ottenuto il calo ponderale con trattamenti medici e/o chirurgici, deve obbligatoriamente fare i conti con gli esiti dell'obesità, cioè con importanti eccessi cutanei ed adiposi residui, irrimediabilmente danneggiati nella loro struttura anatomica, che impattano significativamente sulla immagine corporea. Tale condizione purtroppo viene spesso superficialmente interpretata come una velleità "estetica", e non una necessità morfofunzionale, in un corpo comunque irrimediabilmente danneggiato dalla condizione prolungata di obesità.

Allo scopo quindi di uniformare le normative e i trattamenti erogati dal SSN e non è nato AICPEO (Associazione Italiana dei Chirurghi Plastici Estetici

Franco Bassetto

dell'Obesità), ma nell'attesa dei lunghi tempi per una normativa che superi le identità regionali, e sia estensibile a tutto il territorio nazionale, la Regione Veneto nel 2016 ha dato vita al Gruppo Multidisciplinare per il Trattamento Integrato dell'Obesità, che ha portato alla creazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Trattamento dell'Obesità e dei suoi esiti nell'adulto, organizzato dall'Azienda Ospedaliera di Padova, e che è attualmente seguito negli Ospedali Veneti e divenuto modello per altre realtà.

Attori principali di questo percorso multidisciplinare sono il Medico Bariatra chiamato ad inquadrare e trattare in primis i pazienti dal punto di vista farmacologico e/o nutrizionale, il Chirurgo Generale Bariatra, incaricato di orientarli verso interventi di riduzione dell'assorbimento (oggi il più praticato è la Sleeve Gastrectomy), lo Psicologo/ Psichiatra chiamato a supportare i pazienti in tutte le fasi diagnostica, di trattamento medico e chirurgico, e di follow up, ed infine il Chirurgo Plastico che entra in gioco a stabilizzazione avvenuta del calo ponderale, investito del ruolo di "restauratore" dell'immagine corporea post dimagrimento.

Ma in cosa consiste esattamente questo percorso, e soprattutto è per tutti?

Una volta acquisita consapevolezza che l'obesità è uno stato patologico ed analizzata la propria particolare patologia con il medico di Medicina Generale, il paziente obeso viene indirizzato allo Specialista internista Bariatra al fine di poter "arruolarlo"per l'iter terapeutico. Dopo aver comunque escluso pazienti di età superiore ai 70anni e appartenenti ad una classe anestesiologica a rischio (ASA IV), che li esclude automaticamente dai trattamenti chirurgici si prosegue con una valutazione multidisciplinare per la prescrizione del trattamento più idoneo per il singolo paziente.

Ottenuto il calo ponderale attraverso percorsi terapeutici spesso combinati, il paziente quindi il paziente giunge alla fine all' attenzione del Chirurgo Plastico.

A questo punto appare fondamentale chiarire alcuni requisiti riguardo l'idoneità dei pazienti ex obesi, stabili nel dimagrimento, all'intervento di Chirurgia Plastica Postbariatrica: 1) il paziente obeso dimagrito deve avere un peso stabile da almeno 6 mesi (con oscillazioni di 1-2 kg, ritenute fisiologiche); 2) il calo ponderale ottenuto deve essere stimabile uguale o superiore a 20 kg, o aver provocato una riduzione dell'Indice di Massa Corporea (BMI) di almeno 5 kg/m2.

Altro dato molto importante è una presa di coscienza del paziente riguardi l'importanza prognostica del proprio BMI: un BMI < di 28 è considerato ottimale, purtroppo mano a mano che questo cresce, fino a valori > a 35, il paziente dovrebbe prendere coscienza che maggiori saranno i rischi rispetto ai benefici, di un percorso chirurgico riabilitativo, con un significativamente maggiore numero di complicanze.

Nonostante infatti, erroneamente, si ritengano gli interventi di Chirurgia Plastica scevri da complicanze, almeno di tipo maggiore, questi trattamenti possono diventare molto rischiosi, in special modo in pazienti obesi dimagriti, ma ancora con BMI elevato.

Se da un lato, infatti, al calo ponderale corrisponde un generale miglioramento cardiovascolare (riduzione della pressione arteriosa, etc), dall'altro, il rischio di sanguinamento intra e postoperatorio e quello tromboembolico non migliorano, e in particolare quest'ultimo si stabilizza a livelli 10 volte maggiori rispetto al paziente non obeso, trattato con lo stesso tipo di intervento (per esempio una addominoplastica).

Raccomandata inoltre è la sospensione del fumo attivo almeno 4 settimane prima dell' intervento, al quale il paziente deve arrivare in una condizione psicologica di stabilità, esente da note di depressione, che spesso accompagnano il paziente obeso, ed in una condizione di buona accettazione della nuova immagine corporea.

Tutti questi aspetti incidono molto in un adeguato percorso di preparazione e corretta valutazione del paziente che potrà iniziare l'iter di Chirurgia Plastica Postbariatrica, consapevole che richiede spesso anni e plurimi interventi per completarsi.

Per convenzione e sicurezza clinica si consiglia infatti un intervento all'anno che molte strutture riescono a prendersi in carico sul Sistema Sanitario Nazionale, con varie restrizioni presenti nelle diverse regioni italiane.

Negli ultimi anni sempre più si propone l' intervento"combinato",ovvero l'associazione di due interventi, quali ad esempio la Brachioplastica e la Mastopessi con o senza impianto di protesi mammarie, purché il tempo chirurgico non superi le 4 ore, cut off riconosciuto per ridurre il più possibile il rischio trombo embolico.

Il paziente inoltre dovrà essere ben consapevole sia dell'importante impegno postoperatorio che la maggior parte degli interventi comporta, con limitazione delle possibilità lavorative per almeno 4 settimane dopo l'intervento chirurgico, sia delle importanti sequele cicatriziali, talora ben visibili, che spesso accompagnano questa tipologia di interventi.

Alla luce di quanto sopra esposto, appare ovvio che la Chirurgia Plastica Postbariatrica sia parte integrante del trattamento dell'obesità, e che, come tale, debba essere alla portata di tutti in quanto chirurgia a scopo morfofunzionale e non meramente estetico.

Appare però assolutamente fondamentale che in primis il paziente, e poi il chirurgo, la affrontino ben consci dei possibili limiti e delle possibili complicanze, in special modo cicatriziali, di tale tipo di trattamenti, e solamente

dopo aver eseguito un'attenta valutazione non solo dello stato clinico del paziente, ma anche, e soprattutto, delle motivazioni e delle aspettative dello stesso che dovranno essere realistiche, requisiti questi essenziali per decidere se eseguire i vari interventi proponibili, quali: 1) Addominoplastica, con o senza correzione di ernia addominale, 2) Torsoplastica circonferenziale, 3) Riduzione del seno/Mastopessi con o senza utilizzo di protesi mammarie, 4) Dermolipectomia delle braccia, 5) Dermolipectomia mediale delle cosce, 6) Correzione della dermatocalasi cervicofacciale, 7) Lipoplastica/ Lipoaspirazione.

20 anni
Peso iniziale: 106 Kg Emulsione
Emulsione totale: 15 lt

Pre
106 kg - BMI 38

At 6 months
97 kg - BMI 34

Fig 2: Un esempio di Lipoaspirazione Ultrasonica in paziente di 20 anni già affetta da patologia cardiovascolare

49aa, BMI 49.6 ➤ 28.3

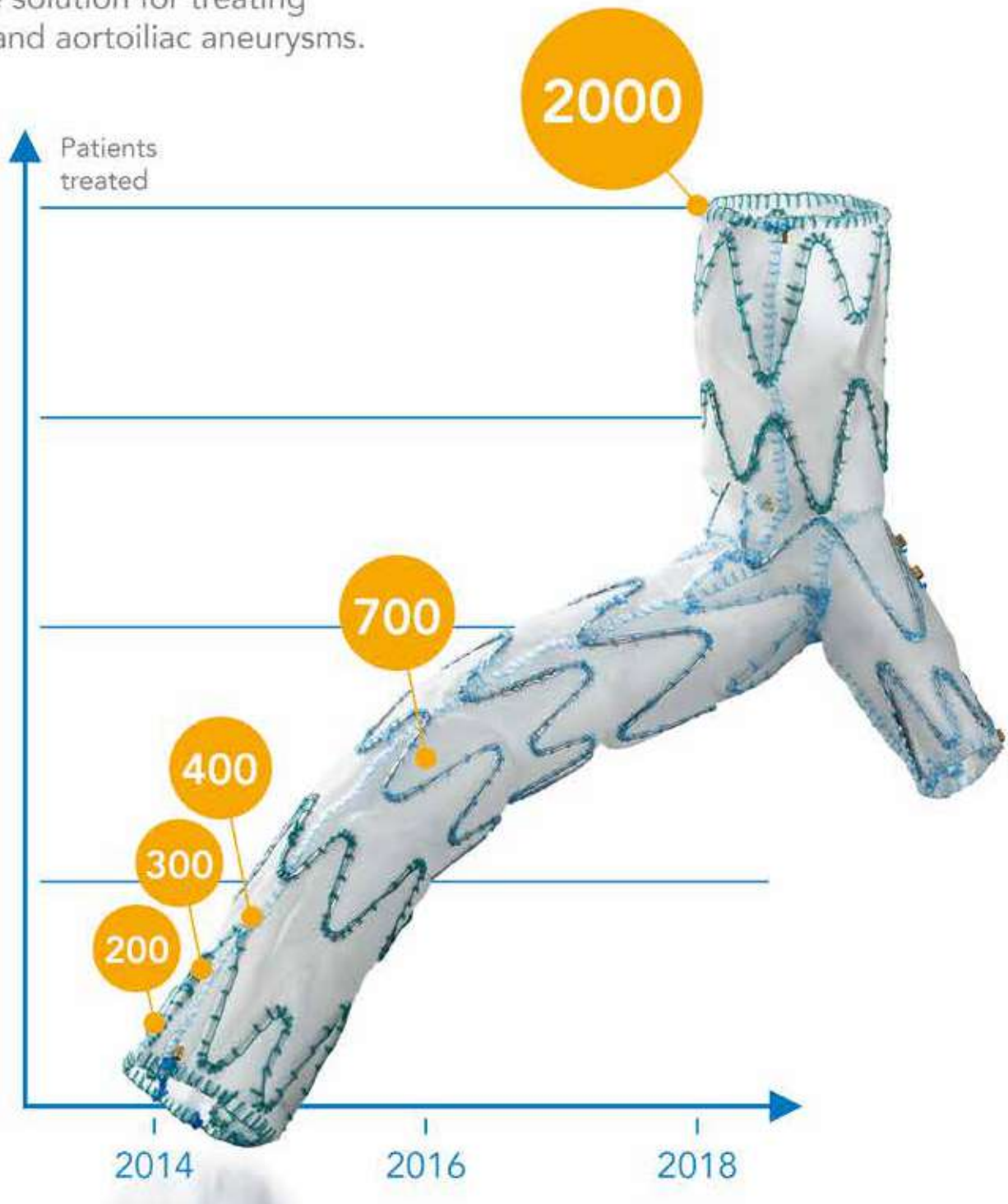
6 mesi dopo

Fig 3: Un esempio di Dermolipectomia braccia in paziente di 49 anni

E-liac® Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.



CHIRURGO VASCOLARE, PROFESSIONE IN EVOLUZIONE

VENT'ANNI DI CAMBIAMENTI PROFONDI NEL RACCONTO DEL DOTTOR NICOLA TUSINI

di *Katrin Bove*

Il dottor Nicola Tusini opera all'ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia dal 1999. Dal 13 gennaio di quest'anno è direttore del reparto di chirurgia vascolare.

Dottor Tusini, com'è cambiata in questo ventennio la professione di chirurgo vascolare?

La professione del chirurgo vascolare si è evoluta in particolare per quanto riguarda l'approccio terapeutico delle malattie vascolari grazie all'affermarsi delle tecniche endovascolari. Le nuove generazioni sono native per tale approccio, la mia generazione invece ha visto nascere tecniche e materiali endovascolari. Anche per quello che riguarda l'organizzazione strutturale delle Unità Operative abbiamo assistito a una standardizzazione attraverso uno strumento, l'accreditamento, che ci permette di confrontare realtà diverse usando lo stesso linguaggio, con possibilità di scambiare esperienze e di stimolare innovazione e qualità del servizio all'utente.

Quanti medici e infermieri operano nel reparto da lei diretto?

Nell' Unità Operativa da me diretta operano diciassette infermieri, tre operatori socio-sanitari, sette medici me compreso. Il reparto consta di venti letti più due di semintensiva.

Quanti interventi vengono effettuati ogni anno nella sua Unità Operativa?

Eseguiamo circa mille interventi di chirurgia arteriosa e oltre quattrocento di chirurgia delle varici con metodiche mininvasive endovascolari: termoablazione endovenosa, ablazione con colla di ciano-acrilato, scleroterapia. Tale attività viene espletata in parte nel presidio hub del Santa Maria di Reggio Emilia ed in gran parte nelle sedi periferiche stante il setting ambulatoriale di questo trattamento. A tali interventi endovascolari si accompagna una ventennale attività di formazione prettamente indirizzata alle metodiche endovascolari per colleghi italiani e stranieri da tutto il mondo.

In quali percorsi specialistici siete in particolare all'avanguardia?

La nostra attività chirurgica riguarda principalmente: trattamento della patologia carotidea nella profilassi dello stroke ischemico (centoventi tromboendoarteriectomie e sessanta angioplastiche con stent carotideo /anno), la rivascolarizzazione degli arti inferiori nell'arteriopatia obliterante (trecento angioplastiche /anno) in particolare nel salvataggio d'arto nel piede diabetico. Il trattamento della patologia aneurismatica dell'aorta addominale e toraco-addominale viene effettuata nel 90% dei casi con

Nicola Tusini

metodiche endovascolari: endoprotesi aortiche toraciche (anche nelle dissezioni sintomatiche o nel trauma), toraco addominale con protesi custom-made (circa dieci per anno) e addominale sottorenale in elezione ed urgenza per rottura. Vengono utilizzate quasi tutte le protesi esistenti sul mercato per valorizzarne i vantaggi di ognuna a seconda dell'anatomia del paziente.

Può descrivere l'apporto fornito dalla tecnologia alla sua attività?

La tecnologia ha portato diversi vantaggi nel campo dello studio e della progettazione degli interventi di chirurgia vascolare che ricordo sono ricostruttivi delle vie d'apporto ematico. I sistemi informatici di elaborazione delle immagini sono diventati fondamentali per il chirurgo vascolare sia nel preoperatorio che nel postoperatorio. Tecniche e materiali endovascolari sono in continua evoluzione: come gruppo abbiamo sempre adottato un approccio entusiasta di fronte ad essi. La considero una fortuna rispetto ad altre chirurgie, permette di mantenere vivo l'interesse nel lavoro quotidiano e di avere sempre più possibilità nella cura del paziente vascolare soprattutto se anziano e poli-patologico. Immenso è stato il salto di qualità apportato dall'angiografo robotizzato della sala ibrida: riduzione fino ad un terzo dell'esposizione ai raggi X, qualità dell'immagine accuratissima, possibilità di ricostruzione 3D dei vasi del paziente con navigazione senza mezzo di contrasto .

Direttore di reparto al Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, ecco come ha affrontato l'emergenza sanitaria

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

L'esperienza della pandemia del Covid-19 ha sostanzialmente coinciso con l'inizio del mio incarico da direttore. Si è trattato quindi di un momento forte, essendo stati investiti dall'epidemia in maniera decisamente intensa. L'ospedale si è organizzato molto bene passando da dodici posti di rianimazione a cinquantadue, è chiaro che sono state convertite in sedi operative quali uno dei due comparti operatori e la sala ibrida con tutta l'endoscopia digestiva, per utilizzare meglio gli spazi per letti con ventilatore. Siamo anche state una delle poche Unità Operative di chirurgia vascolare a continuare a lavorare in elezione presso una struttura privata di cardiochirurgia, continuando l'attività di urgenza al Santa Maria in un reparto misto di chirurgie. Ho pensato che l'atteggiamento giusto soprattutto nei momenti salienti del contagio fosse stare con il gruppo, per cui abbiamo passato i giorni sempre insieme dalla mattina alla sera condividendo azioni e pensieri, divisi a turno su due ospedali. L'aggregazione ci ha permesso di affrontare meglio i dubbi e le paure del momento più buio, anche se la nostra vita professionale è stata stravolta. Ora attendiamo di riprendere la vita usuale ma sappiamo che ci vorrà ancora molta pazienza per vedere terminare completamente il rischio di tale pandemia.

In punta di forchetta

L'alimentazione è atto politico primario, la rivoluzione alimentare è indifferibile

di *Pietro Romano*

La gran parte dei malati più gravemente colpiti (e in numerosi casi deceduti) dal coronavirus era affetta da diabete, obesità, pressione alta e tutta una serie di altre patologie dovute principalmente a una cattiva alimentazione. Confermando che il mangiar male (e spesso troppo) è una grave minaccia sociale. Anche in Italia, perfino in Italia, dove ci picchiamo di mangiar bene, al meglio nel mondo, e tanto ne parliamo, ne discutiamo, ne guardiamo tra social e tv.

Ma a che cosa è dovuta questa (forse apparente) discrasia? E' la conseguenza della frattura sociale sempre più accentuata all'interno delle società ritenute ricche di un'Europa al tramonto? In parte sì. Ma non solo. E' inutile negarlo: mangiar bene e salutare costa. Ma il problema è soprattutto culturale. Lo sollevò il famoso cuoco britannico (di scuola italiana) Jaime Oliver. "Io sono cresciuto in una casa popolare con mia nonna. Eravamo poveri ma si cucinava tutti i giorni. La sera non mancava mai una zuppa calda in tavola, fatta di avanzi o di quanto si trovava a minor prezzo al supermercato. Oggi nei quartieri popolari si mangia cibo spazzatura stravaccati sul divano a guardare orrende trasmissioni televisive o a rimbambirsi con i social", disse in sostanza Oliver, sommerso subito da un coro di critiche politicamente corrette di cui ancora paga conseguenze professionali e personali.

Lo stesso problema culturale, all'opposto, lo vivono però anche le famiglie benestanti. Da lustri vedo ragazzini dei quartieri bene di Roma Nord (ma la situazione non muta fuori dalla Capitale) rimpinzarsi di gommose pizze a taglio, gelati dai colori improbabili, hamburger straripanti di salse untuose. Così come la sera anche i loro genitori scelgono spesso cibi portati dai cosiddetti rider – da mangiare, i cibi non i rider, a casa davanti al tablet – dalla incerta provenienza e di cui quasi mai vengono controllati ingredienti e stato delle cucine.

Il dopo pandemia deve farci uscire dall'emergenza anche dal punto di vista del benessere. Quantunque l'aspettativa di vita, soprattutto nelle aree più avanzate economicamente d'Italia, sia destinata a subire una battuta d'arresto, che ci auguriamo temporanea, il suo allungamento sul medio periodo non pare in discussione. Vivere di più, però, non può essere disgiunto dal vivere meglio. E uno dei cardini del vivere meglio, probabilmente il principale, è l'alimentazione, vitale e obbligatoria. Alimentazione che pertanto diventa un atto politico primario per i poteri e per il singolo cittadino. Tanto più per mantenerne il corretto equilibrio in un'epoca di integralismi e fanatismi pericolosi e sospetti.

Non è questa la sede per inserirsi nel dibattito sulla crisi della globalizzazione e del liberoscambismo. Ma un maggiore controllo della filiera alimentare diventa sempre più necessario. Non si tratta di chiudere le frontiere ma sembra perlomeno paradossale che i nostri supermercati, nelle varie declinazioni, dopo una parentesi alquanto breve, abbiano ripreso a riempire gli scaffali di prodotti "nati altrove" e venduti, in ogni caso, a prezzi di diversi multipli superiori a quelli riconosciuti ai produttori. Così come non è un mistero che le nuove regole sull'alimentazione fuori casa privilegino gli "spacciatori" di cibo spazzatura dove la quantità vince sulla qualità e permette di superare distanze sociali e altri ostacoli alla faccia del benessere complessivo: il virus, va ricordato, non è l'unica causa di malattia e morte, come ora sembra. Nel frattempo, appare ancor più paradossale, che nel profluvio di provvedimenti governativi adottati durante l'emergenza, la filiera agroalimentare abbia avuto scarso o nullo spazio soprattutto per la sua rilevanza sulla salute. E' giunta l'ora di pensarci. Da un lato operando sulla cultura, tanto più in un periodo di lavoro da casa. Introdurre l'educazione al gusto nelle scuole dell'obbligo (ma senza affidarla a docenti talebani gretinisti, per carità) è diventato indifferibile. Puntare a un recupero della sovranità alimentare in un settore che, al di là dei luoghi comuni, vede la nostra bilancia commerciale paurosamente squilibrata a favore delle importazioni, è un imperativo categorico.

SMOM

UN'ANTICA TRADIZIONE OSPEDALIERA ALLA SFIDA DELLA NUOVA PANDEMIA

Forte della sua millenaria tradizione di assistenza ai più vulnerabili e agli ammalati, il Sovrano Militare Ordine di Malta sta attivamente partecipando in tutto il mondo alla gestione dell'emergenza causata dalla pandemia Covid-19, sia in collaborazione con i sistemi sanitari nazionali e con i corpi di protezione civile, sia con propri presidi medici e di assistenza sociale. Sul campo l'Ordine dispone di 42mila dipendenti, 80mila volontari, 13.500 membri tra cavalieri e dame, 400mila persone formate sulle tecniche di primo soccorso.

Presente nei cinque continenti, l'Ordine di Malta ha intensificato il suo impegno sanitario e sociale per contrastare la pandemia. Sono stati aperti anche nuovi reparti ospedalieri per i pazienti coronavirus e gli ospedali gestiti dall'Ordine di Malta sono stati trasformati in unità di terapia intensiva.

Da un continente all'altro

In **Italia**, il Corpo di Soccorso dell'Ordine di Malta ha partecipato alla trasformazione in ospedale specializzato Covid di due padiglioni della Fiera Milano (200 posti letto per cure intensive e sub-intensive) e alla realizzazione di un ospedale con 84 posti letto per terapia intensiva a Civitanova Marche. L'Ospedale San Giovanni Battista di Roma, gestito dall'Ordine, ha convertito la sua capacità di accoglienza con 100 posti letto per i nuovi pazienti (uno per camera). A Genova i medici dell'Ordine hanno fornito assistenza ai ricoverati nella nave ospedale Splendid ormeggiata nel porto. Il Corpo Militare dell'Ordine di Malta ha mobilitato centinaia di volontari per prestare servizio nell'ospedale militare di Baggio, nell'ospedale di Gravedona, nell'ospedale da campo di Crema e per pattugliare le strade cittadine, anche con i droni, durante il lockdown. E' stata fornita anche assistenza ai senzatetto, agli anziani, ai detenuti e ai malati di cancro. Sono ancora in corso gli screening dei passeggeri negli aeroporti di Milano Malpensa, Venezia, Pisa, Bari, Catania e Torino.

In **Austria** è stato fornito supporto all'allestimento e alla gestione degli ospedali da campo nel centro fieristico di Vienna (4mila posti letto) e di Salisburgo (700), oltre a distribuire cibo ai poveri in entrambe le città e a Innsbruck.

All'inizio della pandemia, Ordre de Malte France ha creato una unità di crisi e attivato programmi di aiuto per i più bisognosi, tra cui la consegna di cibo e rifugi diurni e notturni per i senzatetto. I volontari dell'Ordine in **Francia** hanno trasferito in ambulanza i pazienti Covid da Parigi agli ospedali della provincia.

In **Germania**, dove l'Ordine gestisce 11 ospedali, sono stati implementati i protocolli sanitari generali, allestite tende per preparare il ricovero dei pazienti, aumentate le terapie intensive e creati nuovi servizi, come le visite mediche telefoniche, la produzione di maschere e la consegna di cibo a domicilio ai più bisognosi.

Nel **Regno Unito** è stato avviato il "Progetto Brompton": ogni settimana membri e volontari dell'Ordine confezionano abiti e distribuiscono beni essenziali ai senzatetto di Londra. Sono stati donati tablet alle 70 case di riposo dell'Ordine per consentire ai residenti di rimanere in contatto con i familiari. È stata inoltre istituita una hotline per informazioni sanitarie e supporto psicologico.

Per far fronte alla pandemia e alle difficoltà economiche che molte persone stanno affrontando, l'Ordine di Malta continua ad assicurare la consegna di generi alimentari e beni di prima necessità, oltre ad offrire assistenza medica regolare, in numerosi **altri Paesi europei**.

In **Palestina**, a Betlemme, nell'Ospedale della Sacra Famiglia gestito dall'Ordine di Malta - unica struttura della regione dotata di unità di terapia intensiva neonatale - una delle sale operatorie è stata adibita a reparto di isolamento per i pazienti Covid. Poderosi anche gli aiuti alla popolazione libanese e siriana.

Nel **continente americano** è stata fornita assistenza ai sistemi sanitari e sociali nazionali dei Paesi colpiti in conformità con le linee guida dei rispettivi governi, dal Brasile al Messico, dalla Colombia a Perù, Porto Rico, Uruguay, Repubblica Domica e Stati Uniti d'America.

In tutti gli ospedali dell'Ordine di Malta in **Africa** sono state rafforzate le misure di prevenzione, a partire dal nosocomio di Djougou in Benin, e attuate le stesse misure prese durante l'epidemia di Ebola. Grande impegno è stato profuso dall'Ordine anche in Costa d'Avorio, Uganda, Repubblica democratica del Congo.

La "Confraternita del Beato Gerardo", l'organizzazione di

soccorso sudafricana dell'Ordine di Malta che gestisce il più grande centro di degenza in Sud Africa, ha distribuito a circa 700 malati di Aids le medicine a domicilio per evitare che lasciassero le proprie abitazioni per recarsi in ospedale. Nella casa dei bambini con patologie pregresse, anch'essa parte della struttura gestita dall'Ordine, gli educatori hanno cucito migliaia di mascherine difficili e costose da trovare in commercio.

Dall'Afghanistan a Myanmar, dalla Cambogia al Pakistan, dalle Filippine alla Corea del Sud anche in **Asia** l'impegno dei Cavalieri è stato rilevante. Così come, passando all'**Oceania**, in Australia.

Diplomazia & assistenza

La rete diplomatica dell'Ordine di Malta è costantemente impegnata a promuovere una migliore conoscenza del Covid-19 e delle misure per contenere la pandemia. Il progetto "Doctor to Doctor", lanciato in collaborazione con *Forward Thinking*, un *think-tank* con sede a Londra, ha creato una rete di esperti di epidemiologia e virologia che dialogano online con i medici dei Paesi dalle strutture sanitarie carenti e illustrano i progressi della ricerca scientifica. I primi incontri online sono stati con le autorità sanitarie della Palestina, Yemen e Giordania.

Dove le condizioni igieniche sono precarie, l'Ordine di Malta ha realizzato campagne di sensibilizzazione sanitaria e migliorato i servizi Wash (acqua e igiene personale).

La rete diplomatica dell'Ordine permette ai programmi medici di venire integrati nei sistemi sanitari nazionali e agevola la rapida fornitura delle attrezzature destinate alla cura delle persone colpite da epidemie, conflitti armati, carestie e disastri naturali.

GDN

Dal 1113 a oggi

Il Sovrano Militare Ordine di Malta è una delle istituzioni più antiche della civiltà occidentale e cristiana. Ordine religioso laicale della Chiesa Cattolica, fondato a Gerusalemme nel 1113, è un soggetto di diritto internazionale che mantiene relazioni diplomatiche con centodieci Stati, oltre che con l'Unione europeo, e possiede lo status di osservatore permanente alle Nazioni Unite.

La sua storia di oltre 900 anni si riflette nel suo nome completo: *Sovrano Militare Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Gerusalemme di Rodi e di Malta*. Dal 1834 la sede di governo è a Roma, in un nobile palazzo di Via Condotti dove risiede il Gran Maestro. La splendida Villa Magistrale sull'Aventino è forse il luogo più noto, grazie alla grande bandiera dell'Ordine che sventola visibile anche a chilometri. Questi due edifici e i giardini annessi godono di extraterritorialità, come la Città del Vaticano.

Quanto coraggio per fare impresa nel Mezzogiorno

di *Danilo Quinto*

CANDIDA TUCCI

DONNA, IMPRENDITRICE, MERIDIONALE. TRE, TALVOLTA PRESUNTE, DEBOLEZZE CHE POSSONO ESSERE TRASFORMATE IN PUNTI DI FORZA. ECCO LA RICETTA

Candida Tucci, calabrese, imprenditrice nel settore della sanità privata, dal 1997 alla guida della struttura "Villa Mimosa", dal 2014 è presidente della Filiera Sanità Privata di Confapi Calabria 2.0 e dal 2016 è vice presidente nazionale della Sanità privata della stessa Confederazione piccola e media impresa italiana.

Lei è donna, imprenditrice e meridionale. Quanto è stato difficile affermarsi dal punto di vista professionale e all'interno dell'organizzazione alla quale appartiene?

Donna, meridionale ed imprenditrice….sotto una certa chiave sembrerebbero quasi dei marchi!!! In tutta sincerità, nella mia esperienza – probabilmente fortunata – devo dire che se difficoltà ho incontrato non sono state dovute

Francesco Napoli: Vice presidente Nazionale Confapi e Presidente Regionale Confapi Calabria.
Candida Tucci: presidente Regionale Filiera Sanità Confapi Calabria.
Pasquale Mazzuca: Direttore Generale Confapi Calabria.

Maurizio Casasco, Presidente Nazionale Confapi, Candida Tucci, vice presidente nazionale Filiera Sanità Confapi e Presidente Regionale Filiera Sanità Confapi Calabria

al genere. Fare impresa richiede coraggio e fare impresa al Sud ne richiede ancora di più. Le donne sicuramente hanno coraggio a sufficienza, quindi un motivo in più per avere fiducia nelle imprese al femminile!!!

Quali risultati ha raggiunto con "Villa Mimosa"?

Villa Mimosa è, oggi, una srl che gestisce unità riabilitative diurne per disabili mentali e per over 65. E' un'idea di impresa nella quale ho fortemente creduto sin dal 24 febbraio del 1997, giorno in cui ho aperto i cancelli del primo nucleo di assistenza e della quale sono, oggi, innamorata più di prima. Quando è nata la mia idea di assistenza diurna, era una forma di accoglienza quasi sconosciuta, perché i modelli di accoglienza erano prevalentemente residenziali. Invece i presidi diurni sono forme di assistenza che allontanano il più possibile la residenzialità, riuscendo a garantire sostegno ed a mantenere vivo il legame dell'ospite con il proprio nucleo familiare e sociale, che è un momento fondamentale nella cura e nella riabilitazione. Problemi ne affrontiamo tanti e ogni giorno, ma la forza dell'impresa si misura nella capacità di creare gruppo dove ognuno si percepisce come tassello necessario.

Quali sono i principali problemi della sanità nel Sud?

La sanità del Sud sconta in modo amplificato quelli che sono i problemi di fondo che investono, in generale, il sistema sanitario nazionale. La scarsità di risorse economiche a fronte di una domanda di soddisfazione dei bisogni sempre crescente. Cosa è accaduto negli ultimi decenni? Da un lato abbiamo assistito a manovre contenitive della spesa e ottimizzazione dei costi sempre più serrate, dall'altro all'ampliamento in modo incisivo del riconoscimento della cura per diverse malattie in precedenza non conosciute o non curabili. Questa divaricazione sempre più marcata ha, nel tempo, sottolineato l'inadeguatezza del sistema sanitario di stare al passo con i tempi e nelle regioni del mezzogiorno caratterizzate da una scarsa fiscalità del sistema sanitario, il fenomeno si è accentuato in modo ancora più grave. A tutto ciò v'è da aggiungere un impianto normativo concorrente tra Stato e Regioni che in non pochi casi ha prodotto stratificazioni e conflitti di competenza favorito dalla separazione tra chi decide e chi paga. Dall'inizio della stagione delle riforme del sistema sanitario nazionale si è verificata la nascita di tanti sistemi sanitari regionali per quante regioni ci sono nel Paese, tutti differenti tra loro, con una tendenza sempre più marcata a discostarsi da quello che, probabilmente era o doveva essere il disegno del legislatore costituzionale del 2001, ovvero di avere un unico sistema sanitario nazionale quanto alla garanzia del diritto alla salute e diverse forme regionali di sperimentazioni gestionali per il soddisfacimento del

L'ECCELLENZA VILLA MIMOSA

"Villa Mimosa" è un Centro Diurno di Riabilitazione Psico Sociale per Disabili Mentali. E' nato nel 1997 e si trova a Lappano, in provincia di Cosenza (centrovillamimosa@libero.it – tel. 0984.433749).

Opera nel campo dei Servizi Sociali Regionali in regime di convenzione con la Regione Calabria. I campi d'intervento sono quelli dell'assistenza culturale e scolastica a sostegno delle famiglie e degli utenti.

Il Centro adotta per ciascun utente, dopo un breve periodo di osservazione ed inserimento, un piano d'intervento personalizzato volto al reinserimento sociale ed al miglioramento delle condizioni sociali e di dignità dell'individuo, inteso come: miglioramento delle relazioni sociali, dell'autonomia personale e dell'autonomia sociale; garantire la salute psico-fisica, la cura e l'autonomia della persona; avviare percorsi d'inclusione sociale. Le attività che vengono proposte agli ospiti sono tali da rafforzare gli obiettivi prefissati, quali il miglioramento della capacità relazionale e la socializzazione, per un reinserimento sociale e per un miglior vivere comunitario.

Gli operatori del Centro (una psicologa, un'assistente sociale, due educatori, un psicomotricista, tre operatori socio-assistenziali, un logopedista) condividono un alto profilo professionale, ognuno nel proprio ambito d'intervento e una profonda motivazione al lavoro sociale. Il piano d'intervento individuale per ciascun ospite è redatto dalla psicologa della struttura e viene diramato a tutti gli operatori della struttura, che lo eseguono ognuno per il proprio profilo. Ne viene data informazione alla famiglia dell'utente, che vengono messi a conoscenza degli obiettivi a lungo, medio e breve termine.

diritto stesso. Il desiderio autonomistico di molte regioni a transitare verso una devoluzione sempre più spinta, ha polarizzato sempre di più gli insiemi dei Sistemi Sanitari Regionali efficaci e dei Sistemi Regionali inadeguati. I primi della classe sono diventati sempre più bravi, mentre gli ultimi, sempre meno bravi!!

Più in generale, come giudica il rapporto pubblico-privato nella sanità italiana?

Il rapporto tra sanità pubblica e sanità privata in questi giorni è un tema molto dibattuto, spesso condito da falsi miti e finte verità. E' ormai consolidato il fatto che la sanità privata sia una componente strutturale del sistema di cura ed assistenza del cittadino. Un settore spesso demonizzato, messo sul banco degli imputati immeritatamente. Non dimentichiamo che nelle regioni dove si registra un elevato indice di soddisfazione dei bisogni della salute dei cittadini, gran parte del risultato viene raggiunto proprio per la distribuzione dei percorsi di cura tra pubblico e privato.

Quanto e come inciderà, a suo avviso, l'emergenza Covid-19 sulla sanità privata?

L'emergenza pandemica di questi mesi non ha risparmiato la sanità privata come non ha risparmiato la sanità pubblica. Entrambi I sistemi sono caratterizzati da modelli organizzativi nati per gestire la cronicità e non l'emergenza. La prova di questo l'abbiamo vista sulla capacità di tenuta anche dei cosiddetti sistemi sanitari d'eccellenza che, travolti dallo tsunami, hanno rischiato il collasso. Nel pubblico come nel privato è necessario fare frutto dell'esperienza di questi tempi per sviluppare modelli organizzativi capaci di fronteggiare e diversificare. La regole è: abbandonare i sistemi rigidi di organizzazione e acquisire la capacità di conversione. A breve sarà necessario fare i conti con nuovi bisogni, con bisogni assistenziali diversi, post-pandemia, che caratterizzeranno la domanda e devono trovare risposta.

Quali sono i campi d'intervento di Confapi Sanità?

La Filiera Sanità è una delle tredici Unioni di Categoria in cui è suddivisa Confapi, la confederazione piccola e media impresa italiana e rappresenta diversi settori, quali l'ortoprotesica, poliambulatori, laboratori di analisi, di radiologia, Rsa, cliniche private, centri di riabilitazione e socio-sanitari ed, infine, anche centri estetici, limitatamente ai trattamenti estetici post cure oncologiche.

Come si sviluppa in concreto il suo impegno di presidente?

Sono presidente della filiera sanità regionale in Calabria dal 2014 eda circa due anni sono anche vice presidente nazionale della filiera sanità per l'area Centro-Sud. Come tutti i presidenti di categoria, abbiamo il delicato compito di dialogare con gli organismi politici ed istituzionali per promuovere e tutelare gli interessi delle aziende associate. I presidenti sono il ponte tra gli associati e le istituzioni, hanno un ruolo rappresentativo ai tavoli tecnici istituzionali e sono sempre elementi di equilibrio per l'instaurazione tra le parti sociali di dialoghi costruttivi e programmi di sviluppo delle imprese.

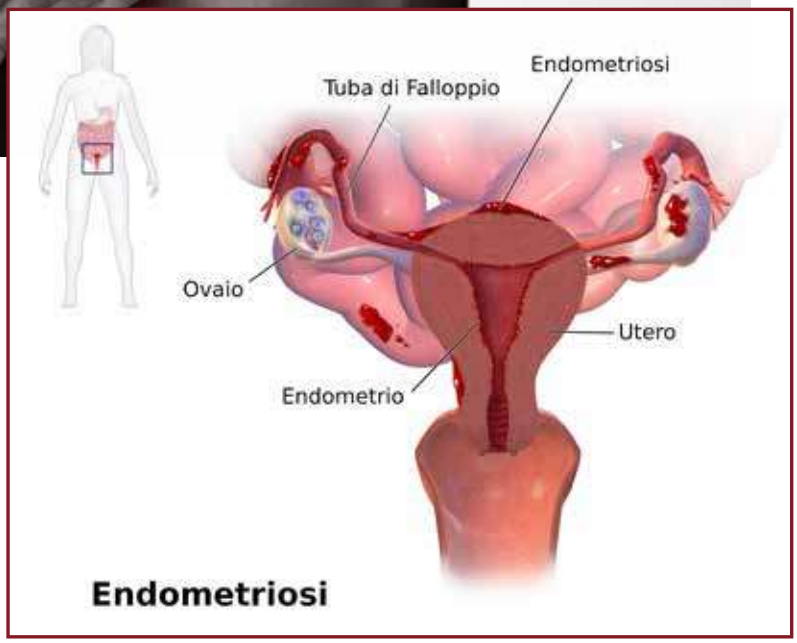
ENDOMETRIOSI

CAUSE, SINTOMI E POSSIBILI TERAPIE DI UNA PATOLOGIA COMPLICATA

Pietro Giulio Signorile, presidente della Fondazione Italiana Endometriosi. L'endometriosi è ancora oggi una malattia a forte impatto fisico, emotivo e relazionale.

Quante donne si trovano a combattere con questa patologia?

L'endometriosi è la presenza dell'endometrio, il normale tessuto che riveste la cavità uterina e che da origine al flusso mestruale, in una sede anomala rispetto a quella naturale. Questo tessuto, in presenza di patologia, va a collocarsi al di fuori della cavità uterina, in genere nella pelvi femminile, provocando infiammazione, fortissimi dolori, infertilità. Sono circa 200 milioni le donne affette da endometriosi nei Paesi occidentali. In Italia siamo intorno ai 3 milioni, ma la cifra è sottostimata. La malattia



comincia a crescere dopo il menarca e già in adolescenza iniziano i primi disturbi. La fascia di età tra i 20 e i 35 anni è il periodo di maggiore insorgenza dei sintomi.

Le cause della malattia sono ancora molto controverse. Ad oggi qual è la teoria più accreditata?

Nei primi anni del '900 la teoria più autorevole, mai dimostrata e oggi quasi completamente smentita, postulava che la malattia avesse origine dalla mestruazione retrograda. In seguito è stato verificato che oltre il 90% delle donne ha una mestruazione retrograda però di endometriosi si ammala solo il 10%. Nel 2009 uno studio scientifico pubblicato dalla Fondazione Italiana Endometriosi ha messo in discussione questo postulato aprendo a una nuova teoria, ad oggi la più accreditata. Dall'analisi condotta su oltre 100 feti umani, abortiti spontaneamente e raccolti presso l'Università di Trieste, è emersa la presenza di cellule endometriali fuori dall'utero in percentuale analoga ai casi di malattia nella popolazione adulta. Trattandosi di malattia congenita, l'origine era da rinvenire in un disturbo nella formazione dell'apparato genitale del feto; da uno studio su modelli animali è stato provato che la somministrazione di sostanze inquinanti, dette interferenti endocrini, in grado di oltrepassare la placenta, disturbano lo sviluppo normale dell'apparato genitale dell'embrione femminile determinando casi di endometriosi. Si tratta di circa 80 mila composti chimici che generano effetti assimilabili agli estrogeni. Mentre gli adulti hanno nel fegato enzimi in grado di eliminare queste sostanze, l'embrione le trattiene. Conta ovviamente il tempo di esposizione e la quantità. Però a giocare un ruolo fondamentale nella malattia sono anche gli ormoni. La malattia cresce con gli ormoni femminili: con un eccesso di estrogeni nel

sangue (per alimentazione, sostanze inquinanti, assetto ormonale di nascita) la malattia si sviluppa e inizia a dare problemi.

Quali sono i sintomi?

I sintomi principali sono i dolori pelvici, anche devastanti, soprattutto nella fase del ciclo e dell'ovulazione, momenti in cui la malattia produce più secrezione che determina una forte infiammazione locale. Poi c'è la stanchezza fisica cronica, determinata dal continuo lavoro dell'apparato immunitario impegnato ad arginare l'infiammazione. Infine la presenza della malattia nella pelvi provoca spesso infertilità. Il 40% delle donne affette da endometriosi ha problemi nel procreare.

E' importante la diagnosi precoce?

La diagnosi precoce è importantissima perché l'endometriosi progredisce nel tempo. Nei Paesi occidentali c'è un ritardo diagnostico inaccettabile di circa 8 anni dai primi sintomi. Sebbene in alcuni casi la diagnosi può essere difficile, la classe medica deve prestare attenzione. I protocolli prevedono, in ordine di accuratezza e attendibilità: visita vaginale e rettale; risonanza magnetica nucleare per le ovaie e la parte alta dell'utero; ecografia. La Fondazione sta studiando un test diagnostico che prevede il dosaggio di proteine specifiche che si abbassano in presenza della malattia: stiamo sviluppando il test sia su sangue sia su saliva, poi valuteremo qual è più attendibile.

Esistono terapie per prevenire o combattere la malattia?

L'unico accorgimento che può essere adottato durante la gravidanza è ridurre l'esposizione a queste sostanze inquinanti. Una volta che si ha la diagnosi, si può invece lavorare sull'eccesso di ormoni che fa crescere la malattia. Non ci sono neanche farmaci o cure mediche. Esistono gli ormoni per ridurre i sintomi. Ma in questo senso la Fondazione sta partecipando da un'altra prospettiva: i sintomi possono essere ridotti anche attraverso una particolare alimentazione e l'assunzione di integratori. La terapia dura molti anni, finché le ovaie producono estrogeni: mentre gli ormoni sono tromboembolizzanti e possono esporre il paziente al tumore, l'integratore non ha controindicazioni. Nella sua ultima versione ha anche un'indicazione protettiva verso i tumori estrogeno dipendenti.

Quali sono allora le 'direttive' per una dieta in grado di ridurre il dolore?

L'eccesso di ormoni fa crescere la malattia, la malattia provoca infiammazione e l'infiammazione fa produrre più ormoni. E' una spirale. Per questo abbiamo messo a punto da oltre 10 anni una dieta che si basa su quattro pilastri: riduzione dell'assunzione di estrogeni (es. soia); aumento di cibi antiestrogenici (es. fibre); riduzione di cibi proinfiammatori; aumento dei cibi antinfiammatori (es. Omega3). In questo modo diminuiscono ormoni, infiammazione e dolori. Si agisce sui sintomi e sulla malattia riducendone la percentuale di crescita.

Come diceva, l'alimentazione può essere supportata da integratori. Che effetti hanno dimostrato sulla patologia?

Gli integratori sono dei 'food supplement': se la dieta contribuisce a una riduzione del dolore, con l'assunzione di integratori il dolore può scomparire. Endoplus (a base di quercetina), è entrato in commercio nel 2017, Endoplus Pro, (a base di quercetina e luteolina), sarà annunciato a settembre 2020. Entrambi sono il frutto di una ricerca portata avanti dalla Fondazione e sono sotto brevetto internazionale. I riscontri sono positivi: abbiamo registriamo una riduzione del dolore tra alimentazione e integratori del 60%. Per quanto riguarda Endoplus Pro un nostro studio clinico ha individuato nella luteolina un potente antinfiammatorio naturale in grado di sinergizzare con la quercetina con effetti notevoli sull'abbattimento dei sintomi della malattia. Inoltre, mentre Endoplus contiene curcuma a 20 mg, Endoplus Pro contiene curcuma fosfolipidica rivestita, al dosaggio di 120 mg, 23 volte più efficace come antinfiammatorio.

Sul fronte chirurgico una possibilità è offerta dalla laparoscopia.

L'unica terapia possibile, e a volte anche definitiva, è la rimozione della malattia attraverso la chirurgia laparoscopia, un intervento mininvasivo. Le indicazioni riguardano pazienti che manifestano forti dolori e che hanno infertilità a causa della malattia. L'intervento da un lato completa la diagnosi, dall'altro serve ad asportare tutti i focolai. Può essere risolutivo ma deve essere eseguito in centri specializzati. Il ricovero medio è di due giorni, il recupero è abbastanza immediato.

Un recente progetto della Fondazione si sta occupando di dare assistenza alle donne. Quali sono i principali disagi che accompagnano la malattia?

La Fondazione si occupa di fare ricerca, supporto e informazione. Uno strumento di grande successo è la nostra Community, uno spazio virtuale in cui le donne con endometriosi possono confrontarsi, sfogarsi, sfatare falsi miti. La Community è nata a gennaio 2018, e ad oggi è la più grande community per la malattia del mondo, con oltre 22 mila iscritti. Le linee guida vengono date dalla Fondazione, quindi si può contare su un'informazione corretta. Del resto la malattia ha un forte impatto sulla vita lavorativa, familiare e sociale. Spesso si verificano dolori nei rapporti sessuali che impediscono una normale attività di coppia ed esiste il problema dell'infertilità. Inoltre si possono verificare casi di 'brain fog', nebbia cerebrale, con amnesie e disturbi di attenzione. La Community le sostiene e le aiuta.

Fl.Sc.

NASCERE AL TEMPO DELL'EPIDEMIA

L'ITALIA SOFFRE UNA TREMENDA CRISI DEMOGRAFICA. LE CAUSE SONO MOLTEPLICI. ECCO COME LA SANITÀ PUÒ AIUTARE A VINCERE QUESTA BATTAGLIA

di *Giosetta Ciuffa*

Difficile negare di essere stati con il fiato sospeso per la bimba del presunto "paziente uno" di Codogno, alla nascita della quale abbiamo tutti tirato un sospiro di sollievo perché, se una gravidanza è normalmente un lieto evento, con il Covid-19 lo è ancora di più: è infatti un avvenimento che ci riconcilia con l'universo, e apprendere i primi di aprile che mamma e figlia erano in buona salute è stata un'iniezione di speranza in un momento in cui la curva esponenziale della malattia continuava inesorabile a crescere. Ma com'è l'esperienza della gravidanza ai tempi del Covid-19? In occasione del più indifferibile degli eventi, aumentano le garanzie e le tutele che una donna che sta per diventare mamma richiede, per la propria e l'altrui sicurezza. Eppure trovarsi a partorire in ospedali o cliniche più grandi nella stagione del coronavirus suscita senza dubbio un po' di timore. E se la placenta risulta essere una barriera quasi insormontabile ai virus (tanto che la trasmissione verticale da madre a feto non è stata dimostrata in alcun neonato di madre infetta durante il terzo trimestre di gravidanza), e l'Istituto Superiore di Sanità mutuando l'OMS alle donne incinte raccomanda né più né meno le stesse indicazioni valide per tutti, si è comunque portate a recarsi in strutture più raccolte come la Casa di cura Santa Famiglia di Roma, con l'indiscusso vantaggio di essere l'unica monospecialistica di Ostetricia e Ginecologia in Italia, forte di circa 1800 parti all'anno.

"Abbiamo già da febbraio attivato un protocollo di tutela: accessi e percorsi separati e limitati, fornitura di vestiario e dispositivi di protezione individuale, accesso vietato a stan

Donatella Possemato

ze e sala travaglio ma consentito in sala parto solo alla persona scelta dalla partoriente", racconta Donatella Possemato, direttrice della Santa Famiglia. "Il nostro timore derivava dal fatto che la struttura è riferimento per la comunità sino-italiana, che ricorre a una diversa procedura per il parto, da noi possibile grazie alla collaborazione con una nota ginecologa cinese".
È sufficiente quindi una "muraglia cinese" eretta in clinica? Quali sono i rischi di gravidanza e parto durante la pandemia? "Non sembra esserci evidenza di associazione tra gravidanza e gravità del decorso clinico della malattia – chiarisce il dott. Luca Cipriano, responsabile del blocco Parto nella stessa casa di cura –. Studi cinesi sottolineano un aumento del rischio del parto pretermine ma, anche in rari casi di aborto in donna positiva, non è possibile affermare che il virus abbia passato la placenta e che quindi ci sia relazione tra infezione ed aborto". Né ci sono indicazioni elettive al parto cesareo, che anzi potrebbe persino rappresentare un pericolo maggiore per la donna affetta da Sars-CoV-2: "Le pubblicazioni attuali definiscono il parto vaginale sicuro per le mamme positive e non bisogna considerare il parto a domicilio un'alternativa per ridurre il rischio di Covid-19 poiché ogni struttura ospedaliera e accreditata per la maternità presenta operatori, percorsi e linee guida che rispettano i protocolli di sicurezza atti a evitare l'infezione durante la degenza, il parto e il post partum con l'allattamento". Quest'ultimo, croce e delizia delle neomamme, va incentivato: è risaputo quanto il latte materno sia fondamentale per la salute del bebè e per agevolare questa pratica mamma e neonato andrebbero gestiti insieme. Cipriano infatti ricorda come "la letteratura mondiale indichi che i benefici attesi attualmente superano i rischi di infezione dalla madre al bambino: non è necessario separare le madri positive e i bambini sani, ma sicuramente si impone un corretto ap

Il caso di eccellenza della clinica romana "Santa Famiglia", l'unica monospecializzata in Italia

proccio igienico-sanitario che limiti il contagio per via aerea e per contatto con le secrezioni respiratorie". La scelta dipende dalle condizioni generali della donna e dal suo desiderio, tenendo presente in caso di separazione transitoria tra madre e figlio la possibilità della spremitura manuale del latte materno fresco, da preferire rispetto al ricorso routinario ai suoi sostituti. Inoltre va considerato che una volta a casa la separazione potrebbe non prevenire l'infezione, in quanto il distanziamento sociale a domicilio non sempre è possibile e altri familiari potrebbero essere infetti. Certo, non c'è madre che non si disperi al ventilare l'ipotesi dell'allontanamento del proprio bambino, ipotesi cui si fa fronte solo pensando che il rischio di contagio è ben maggiore. Ma stare a distanza inficia l'importantissima relazione tra mamma e neonato, veicolata i primi tempi anche mediante lo skin to skin, il contatto pelle a pelle la cui interruzione alla nascita interferisce con la fisiologia del neonato, aumentandone i fattori di stress con effetti negativi sul decorso della malattia. Purtroppo, "nelle donne con infezione documentata o sospetta è suggerito il clampaggio (il taglio, ndr) precoce del cordone ed evitare lo skin to skin", specifica il dott. Cipriano. Da donna, fa eco la dottoressa Possemato: "un momento a volte troppo breve, perché se si lasciasse il bimbo più a lungo nelle braccia della mamma si vedrebbe che da solo cerca il seno, agevolando l'allattamento materno che risulta difficile e doloroso a molte donne. Basterebbero 15 minuti, ma il bambino va visitato".

Un impegno a 360 gradi

Una giornata speciale in una settimana per noi italiani particolare, quella della fine del lockdown: come deciso dall'Assemblea Mondiale della Sanità, il 5 maggio è infatti non solo Giornata mondiale del lavaggio delle mani, pratica fondamentale di questi tempi, ma anche Giornata mondiale di infermiere e ostetriche. L'organo decisionale dell'OMS ha inoltre dichiarato il 2020 anno dedicato a questa figura che interviene in un momento indimenticabile nella vita delle donne. Questo, il riconoscimento istituzionale; a livello locale, più vicino a noi, ci si confronta con tante realtà trovatisi ad affrontare un periodo denso di emozioni come sono stati i mesi di marzo e aprile. A fronte di tanta sofferenza, in clinica non si può far altro che rimboccarsi le maniche e continuare a compiere il proprio dovere per garantire una permanenza sicura e protetta alle future mamme e ai loro bambini.

"Sono state settimane davvero difficili, durante le quali purtroppo abbiamo dovuto anche noi affrontare il dolore della perdita: ci ha lasciato infatti il nostro ginecologo Edoardo Valli, che a fine febbraio per via della chiusura delle sale operatorie e della conseguente riduzione di lavoro era andato a Madonna di Campiglio durante la settimana di maggior concentrazione di turisti dalla Lombardia, probabilmente contraendo il virus in quell'occasione. Noi tutti lo piangiamo, ciò nonostante possiamo definirci privilegiati: laddove ovunque si sentivano i pianti delle famiglie che hanno perso i propri cari, qui risuonavano i vagiti dei neonati, che senz'altro ci hanno dato la forza di continuare", dichiara Donatella Possemato, che è anche la fondatrice e presidente della Onlus "Donne for Life", dedita all'assistenza, anche psicologica e legale oltrechè sanitaria, di donne che hanno bisogno di aiuto. "Abbiamo continuato a lavorare, anche perché c'è stato un incremento di pazienti che ad ospedali con zona Covid attigua hanno preferito una struttura tutelata e tutelante come la nostra. Tuttora ci sono tra gli 8 e 10 parti al giorno, arrivando a numeri più elevati delle 330 nascite registrate lo scorso bimestre".

Un tema caro a Possemato è la denatalità, della quale si è tornato a parlare per una stima Istat che nello scenario più pessimistico pone già nel 2021 anziché nel 2032 il mancato raggiungimento della soglia dei 400mila nati come conseguenza della disoccupazione a causa del Covid-19 (sono 435mila i nati in Italia nel 2019 e i 428mila ipotizzati pre-pandemia dovrebbero scendere a 426mila nel 2020 per poi ridursi a 396mila nel 2021). "Soprattutto negli ultimi tre anni il malessere della denatalità è stato inflessibile. Oggi non si può prevedere quanto accadrà tra qualche mese; certo è che si tratta del malessere di una società civilizzata e ricca, perché nei paesi più poveri non hanno tali problemi. Le istituzioni devono aiutare a trovare un compromesso, un welfare attivo per le famiglie. Ora purtroppo lo Stato è impegnato a combattere una povertà reale e circostanziale di aziende che non riapriranno, un boomerang sociale e economico. Tra sette mesi sapremo se la natalità è aumentata ma io non sarei così certa che per la pandemia le coppie abbiano deciso di rimandare".

Norme & Salute

La gestione del rischio

di *Ornella Cilona*

Le norme in campo sanitario non riguardano soltanto le maschere facciali, i guanti e i camici necessari per evitare i contagi.
Negli ultimi tempi decine di aziende italiane hanno riconvertito la propria produzione per dotare il personale medico e i cittadini di adeguate protezioni, avvalendosi dell'opportunità offerta dall'ente di normazione italiano UNI di consultare gratis le norme internazionali relative a questi dispositivi. Vi sono, tuttavia, molti altri standard che si occupano del settore sanitario e il loro numero è in crescita. Uno di questi è ISO 22367, che si propone di tutelare dai rischi i pazienti e il personale sanitario dei laboratori medici. "Le attività in questi centri - afferma Jack J. Zakowski, a capo del comitato di esperti che ha redatto la norma - possono esporre chi effettua esami clinici, i lavoratori e altre parti interessate a molti pericoli, capaci di portare direttamente o indirettamente a vari livelli di danno. Una gestione efficace del rischio comprende un processo programmato e sistematico, che contempla sia la probabilità che vi sia un danno sia le conseguenze di quest'ultimo".
Quali sono i rischi cui allude ISO 22367? In generale, sono tutti quelli che riguardano gli esami e i servizi offerti da un laboratorio medico, come il rischio di fornire ai pazienti e ai medici curanti risultati non accurati degli esami che vi sono effettuati o quelli legati alla salute e sicurezza.
La norma è stata approvata lo scorso febbraio ma la sua pubblicazione è passata sotto silenzio a causa dell'emergenza epidemiologica. E' solo uno degli standard sui quali lavora il Comitato 212 dell'ISO, coordinato dall'ente di normazione statunitense ANSI, al quale partecipano esperti di 42 Paesi, inclusa l'Italia. Un'altra norma appena approvata da questo Comitato è ISO 15190, che elenca i requisiti per la sicurezza nei laboratori medici. Nei prossimi mesi è prevista la pubblicazione di un'altra norma internazionale, contenente i requisiti per la qualità e la competenza sempre dei laboratori medici.
Il tema della gestione del rischio è caro al mondo delle norme da almeno dieci anni ed è diventato cruciale nella valutazione della qualità di un prodotto o di un servizio. Il rischio è definito dalla norma ISO 37001 come "l'effetto dell'incertezza sugli obiettivi": non saperlo gestire porta per un'organizzazione non solo a gravi conseguenze di immagine o penali ma anche a una perdita di competitività. Negli ultimi anni si è andati verso un'applicazione pratica dei principi della gestione del rischio anche nel settore sanitario, con norme tarate sulle specifiche caratteristiche del settore, come appunto ISO 22367.

Teniamo d'occhio le patologie oculari

di *Flavia Scicchitano*

ROSSELLA APPOLLONI

Le patologie oculari non si manifestano esclusivamente con il passare dell'età ma colpiscono spesso anche i giovani, con ricadute perfino molto gravi sulla capacità visiva

Medico oculista, Rossella Appolloni è responsabile dell'Unità Oculistica della Clinica Fabia Mater a Roma.

Per quali patologie si deve procedere con la sostituzione della cornea?

Bisogna, innanzitutto, premettere che esistono diversi tipi di trapianti di cornea: i trapianti perforanti e i trapianti lamellari. I trapianti perforanti si eseguono in particolare in caso di cheratocono evoluto,unapatologia che colpisce essenzialmente i giovani e determina un astigmatismo irregolare molto elevato, che non può essere corretto con gli occhiali né tantomeno con lenti a contatto. Il cheratocono è infatti una deformazione della cornea progressiva, tanto più grave quanto più insorge prima. Quando la patologia si manifesta in età puberale, 14-15 anni, possono risultare ancora efficaci occhiali e lenti a contatto per una decina di anni circa, poi è necessario sostituire la cornea. Ma alcuni ragazzi vengono operati già a 15-16 anni, dipende da quando l'occhio non è più in grado di vedere con altri mezzi. In questo caso si trapianta tutta la cornea, o meglio un disco di cornea, perché il lembo del donatore deve avere modo di congiungersi al tessuto del ricevente.

In quali casi è indicato, invece, il trapianto lamellare?

Il trapianto lamellare può riguardare sia la porzione anteriore della cornea, quella che guarda verso l'esterno, sia la porzione endoteliale, lo strato che guarda verso l'interno dell'occhio. Il trapianto lamellare viene eseguito quando ci si trova di fronte a patologie endoteliali, e in questo caso il trapianto è posteriore; si tratta spesso di patologie genetiche come la distrofia di Fuchs e altre patologie che riguardano l'endotelio corneale, tessuto che non si rigenera e determina, quando malato, un edema cronico della cornea con una perdita della visione. Altre patologie per cui si deve ricorrere a questo tipo di trapianto sono quelle che riguardano i due terzi anteriori della cornea; in questo ultimo caso non si sostituisce l'endotelio, ma la porzione anteriore della cornea. Il trapianto di cornea restituisce la vista, che in molti casi non è persa ma non soddisfa le esigenze di vita normale.

Negli anni sono cambiate le tecniche chirurgiche per il trapianto di cornea. Quali sono le ultime novità in campo per eseguire questo delicato intervento?

Le nuove tecniche chirurgiche per il trapianto di cornea sono legate all'utilizzo solo di qualche tessuto invece che di tutta la cornea. I trapianti lamellari della porzione anteriore della cornea si sono sempre eseguiti, mentre i trapianti endoteliali sono più recenti. Il tessuto endoteliale è molto delicato e per la sua sostituzione nuovi strumentari chirurgici permettono di effettuare i tagli in modo più preciso. Parliamo del laser a femtosecondi, che negli ultimi anni è andato a sostituire spesso i tagli manuali. La maggiore precisione comporta un miglior risultato dal punto di vista ottico, determinando meno astigmatismo possibile nella salvaguardia di questi delicati tessuti. Questo laser è usato anche dalle banche delle cornee per preparare i tessuti lamellari e può essere usato anche dal chirurgo per eseguire cheratoplastiche perforanti o per trapianti lamellari anteriori con risultati più precisi.

Per quali altre patologie sono vantaggiosi i laser per gli occhi di ultima generazione?

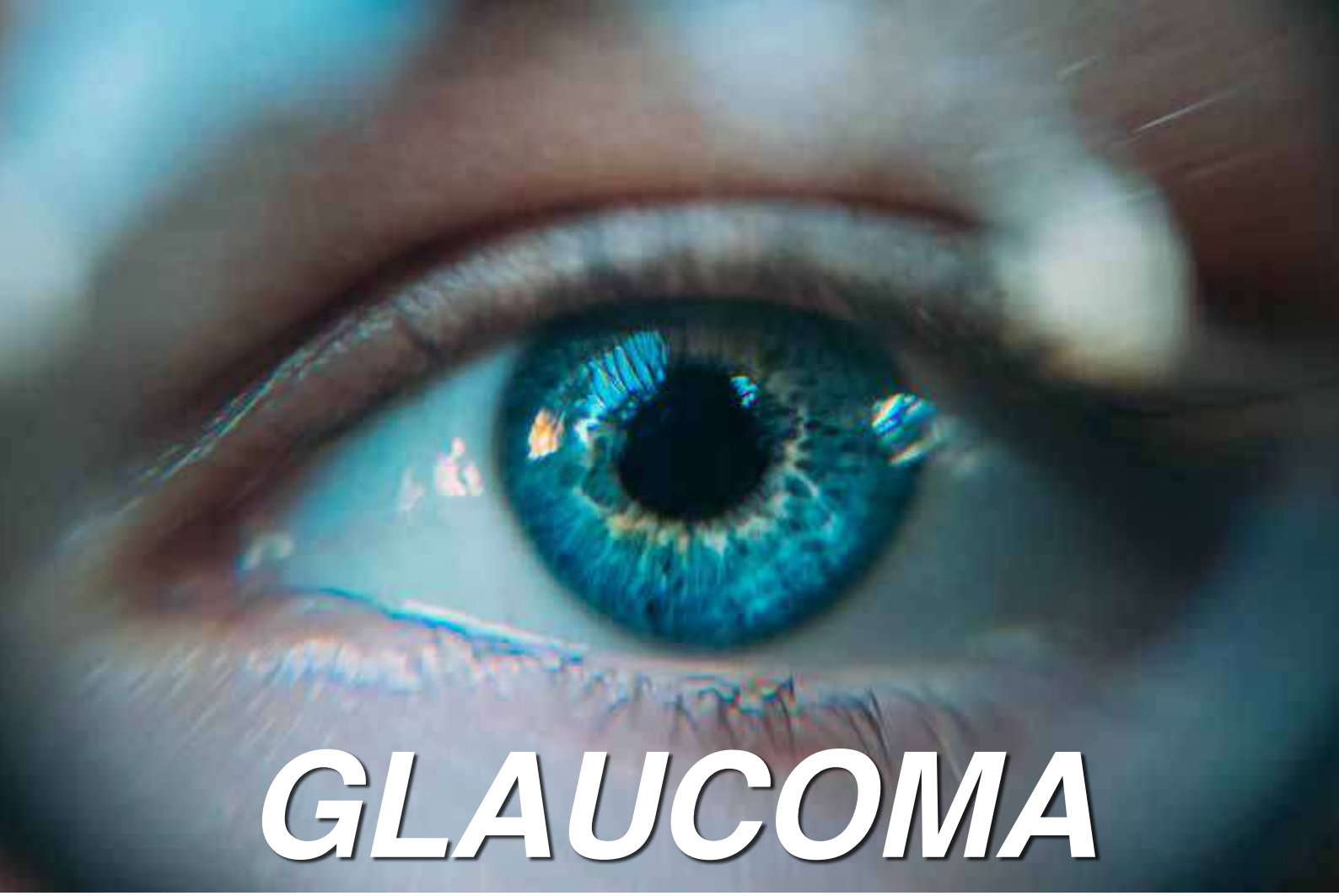
I laser a femtosecondi possono essere utilizzati anche per intervenire su altre patologie oculari, come ad esempio la cataratta: oggi il cristallino può essere emulsificato con il laser. Usiamo il laser anche per tutti i difetti di refrazione per cui è stato sempre adoperato unicamente il laser ad eccimeri, a cui adesso si può associare anche l'utilizzo di questo nuovo laser per risultati sempre più precisi. I vantaggi, nella chirurgia della cataratta, sono: una migliore precisione nell'esecuzione di alcuni step dell'intervento e la possibilità di centrare meglio i cristallini artificiali, specialmente quelli multifocali e torici, e di risparmiare la quantità di ultrasuoni che si usano per emulsificare il cristallino catarattoso, che possono essere poi responsabili di eventuali problemi a livello corneale. Utilizzando meno ultrasuoni, perché una parte della frammentazione del cristallino viene eseguita dal laser, l'intervento è ancora meno invasivo di quanto già non lo fosse.

Per quanto riguarda patologie oculari diverse, la miopia è in aumento tra i giovani? Perchè?

Ci sono molti casi di miopie tra i giovani, ma bisogna anche considerare che c'è una maggiore attenzione da parte delle famiglie allo screening dei difetti di vista dei ragazzi. È comunque indubbio che l'utilizzo della vista molto da vicino e per un tempo molto protratto, renda l'occhio miope, perché la messa a fuoco a distanza ravvicinata favorisce l'allungamento dell'occhio nelle persone che non hanno ancora una solidità strutturale dei tessuti. L'occhio miope è un occhio più lungo del normale. L'utilizzo smodato dei dispositivi elettronici da parte dei ragazzi, ad esempio, favorisce la miopia. Quando utilizziamo gli occhi per ore mettendo a fuoco sempre alla stessa distanza, il muscolo ciliare, che permette al cristallino di assumere la forma adatta alla distanza focale, spasmizza. Nei giovani si consolidano, quindi, forme accomodative per cui poi la visione da lontano non è più recuperata rapidamente. Sono in aumento anche le patologie visive degli anziani, ma bisogna chiedersi anche se le esigenze visive nella terza età non siano aumentate, complice l'allungamento della vita. Oggi ci capita di operare 90enni o pazienti centenari, cosa che prima non si riteneva opportuno fare.

Sulla maculopatia, invece, come si può intervenire?

La maculopatia colpisce soprattutto gli anziani, ma può essere presente anche nei giovani, specie se miopi. La maculopatia è la conseguenza di un deficit nutrizionale del tessuto retinico centrale (macula), dovuto anche all'alimentazione con assunzione di alimenti ricchi di grassi e privi di altre sostanze naturali come la luteina. La macula è il punto di visione centrale della retina. Il tessuto non ha più nutrimento sufficiente per restare vitale quindi o le cellule si atrofizzano o il tessuto crea una nuova rete di capillari. Da qui l'esistenza di due forme di maculopatia: le forme atrofiche o secche e le forme umide, con la formazione di una rete di capillari laddove i capillari non dovrebbero esserci, con conseguente difficoltà nella visione centrale. In questo caso si interviene somministrando al paziente per via intravitreale (iniezioni all'interno dell'occhio) farmaci che servono a fare regredire queste membrane neo-vascolari. Non sempre una sola somministrazione è sufficiente; sono in fase sperimentale tentativi per portare all'interno dell'occhio fattori di crescita neuronale.



GLAUCOMA

Un'epidemia invisibile

CHE COS'E', COME SI MANIFESTA, QUALI SONO LE CURE POSSIBILI

di *Caterina Del Principe*

Lunedí 23 marzo si è celebrata la Giornata Mondiale dell'Optometria. L'Istituto Kaizen ha collaborato con l'esperta optometrista Roshni Patel, di Lenstore, che ha scritto un articolo ricco di esempi clinici di suoi pazienti affetti da diversi tipi di glaucoma, fornendo una visuale completa dei trattamenti utilizzati per curare questa condizione nel passato (2010), nel presente e quali potrebbero essere delle possibili cure in un futuro prossimo (2040).

Il glaucoma - terza causa piú comune di cecitá, se sottovalutato e non trattato in tempo - è una condizione dell'occhio molto diffusa, in cui il nervo ottico, che connette il cervello all'occhio, è danneggiato. Circa il 3.54% della popolazione mondiale tra i quaranta e gli ottant'anni – 76 milioni di persone - é affetta da questa condizione, che viene generalmente causata da un accumulo eccessivo di fluido che provoca a sua volta un aumento di pressione all'interno dell'occhio.

Sono tre i campanelli d'allarme del glaucoma: l'alta pressione oculare; la perdita del campo visivo; i cambiamenti nel nervo ottico. La malattia ha due principali manifestazioni: il glaucoma primario, e il glaucoma acuto. Esistono anche diverse varianti: i glaucomi congeniti o malformativi e i glaucomi pigmentari. Ogni manifestazione ha svariati sintomi, che variano a seconda delle sue diverse manifestazioni, ma alcuni sintomi sono ricorrenti sempre: i pazienti affetti da glaucoma primario ad esempio, possono essere asintomatici per diversi anni e poi manifestare i primi effetti della malattia sulla visione periferica. I primi sintomi che i pazienti affetti da glaucoma avvertono sono generalmente i seguenti: vista offuscata, visione di cerchi colorati intorno alle luci, e, nei casi piú gravi, possono anche avvertire un intenso dolore agli occhi, nausea o vomito, mal di testa, occhi sensibili e percezione di anelli di luce.

Nei casi di glaucoma acuto, questi stessi sintomi si sviluppano molto piú velocemente rispetto ai casi di glaucoma primario e il rischio di perdere la vista improvvisamente è molto alto.

I gruppi piú a rischio di contrarre questa malattia sono le persone maggiori di 60 anni di etá: asiatici; ispanici; africani/

afro-caraibici; quelli i cui familiari sono o sono stati affetti da glaucoma; le persone affette da anemia, pressione alta o diabete, con cornea oculare sottile o con tensione oculare mediamente alta o affette da presbiopia, o miopia; quelle che hanno riportato ferite all'occhio; quelle che hanno fatto uso di farmaci corticosteroidi, come il collirio, per un periodo di tempo prolungato

La maggioranza di coloro che soffrono questa condizione, si curano assumendo collirio giornalmente. Tuttavia, piú del 90% dei pazienti non seguono il loro piano medico e circa il 50% interrompe il trattamento prima della fine dei primi sei mesi. Una delle ragioni principali per cui il trattamento viene interrotto è il fastidio fisico e il disagio che il trattamento con il collirio comporta.

Una parte di coloro che usano il collirio regolarmente per diversi anni, vengono sottoposti alla Trabeculectomia, un piccolo intervento chirurgico che consiste nello scavare un piccolo buco sulla parete oculare. Questo trattamento è efficace in alcuni pazienti, mentre in altri no, e puó comportare infezioni e complicazioni all'occhio del paziente. Altri (circa 500.000 nel mondo) , fanno uso del trattamento a iniezione iStent, che consiste nell'inserzione di un piccolo dispositivo medico all'interno del sistema di drenaggio dell'occhio per aiutarlo a controllare la tensione intraoculare caratteristica del glaucoma.

Una diversa gamma di trattamenti é stata usata per curare i diversi casi di glaucoma nel corso degli ultimi 20 anni: il Timololo, un betabloccante, che ha la funzione di diminuire la produzione di fluido nell'occhio ed é disponibile in forma generica, rendendolo uno dei trattamenti piú economicamente accessibili da tutti; il Latanoprost, che serve ad aumentare il reflusso di fluidi oculari; Alfa 2 Agonisti, farmaci usati per diminuire la secrezione di umore acqueo e la pressione venosa dell'occhio e si usano per prevenire l'aumento di acute tensioni oculari, in seguito a una trattamento laser oculare; Inibitori dell'anidrasi carbonica, usati per limitare la produzione di umore acqueo. Questo tipo di trattamento viene utilizzato a seconda dei casi, poiché si va ad penetrare la cornea per raggiungere il corpo ciliare. Alcuni degli effetti collaterali sono: un retrogusto amaro, bruciore in specifiche regioni oculari. Reazioni allergiche alla membrana oculare sono comuni, insieme a cheratopatia puntata superficiale, anche se lo sviluppo di nuovi inibitori dell'anidrasi carbonica ha aiutato a minimizzare queste problematiche.

Ricercatori dell'Universitá di Flinder e dell'Istituto di Ricerca Medica di Berghofer hanno identificato 107 geni che aumentano il rischio di glaucoma e hanno creato un esame medico per identificare la condizione di glaucoma ancora prima che i sintomi si manifestino nel paziente, usando solo un campione di saliva o di sangue.

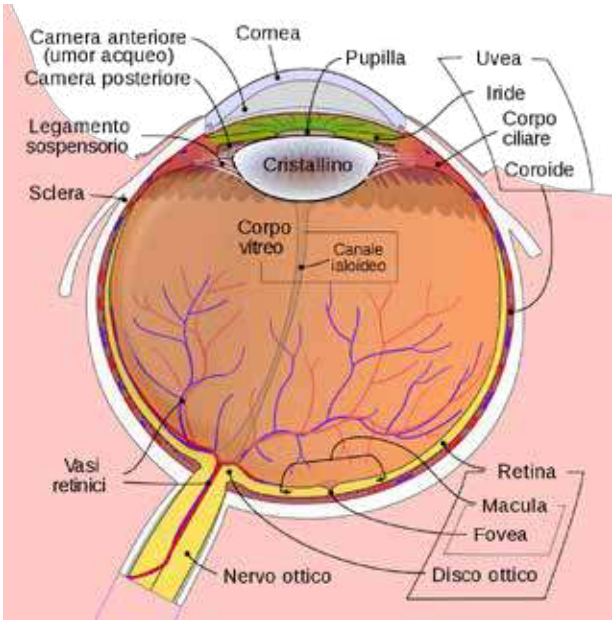
Questo strumento migliorerá l'abilitá dei dottori di prevedere e prevenire perdita della vista e di iniziare anche nuove procedure riguardanti l'etá, in cui si svolgono le schermature del glaucoma, e al tempo stesso di analizzare il livello di rischio degli altri membri della famiglia.

Uno studio effettuato sui topi ha scoperto che la somministrazione orale di un estratto di zafferano è in grado di proteggere contro la neuroinfiammazione connessa alla pressione intraoculare e quindi di prevenire la formazione di Glaucoma.

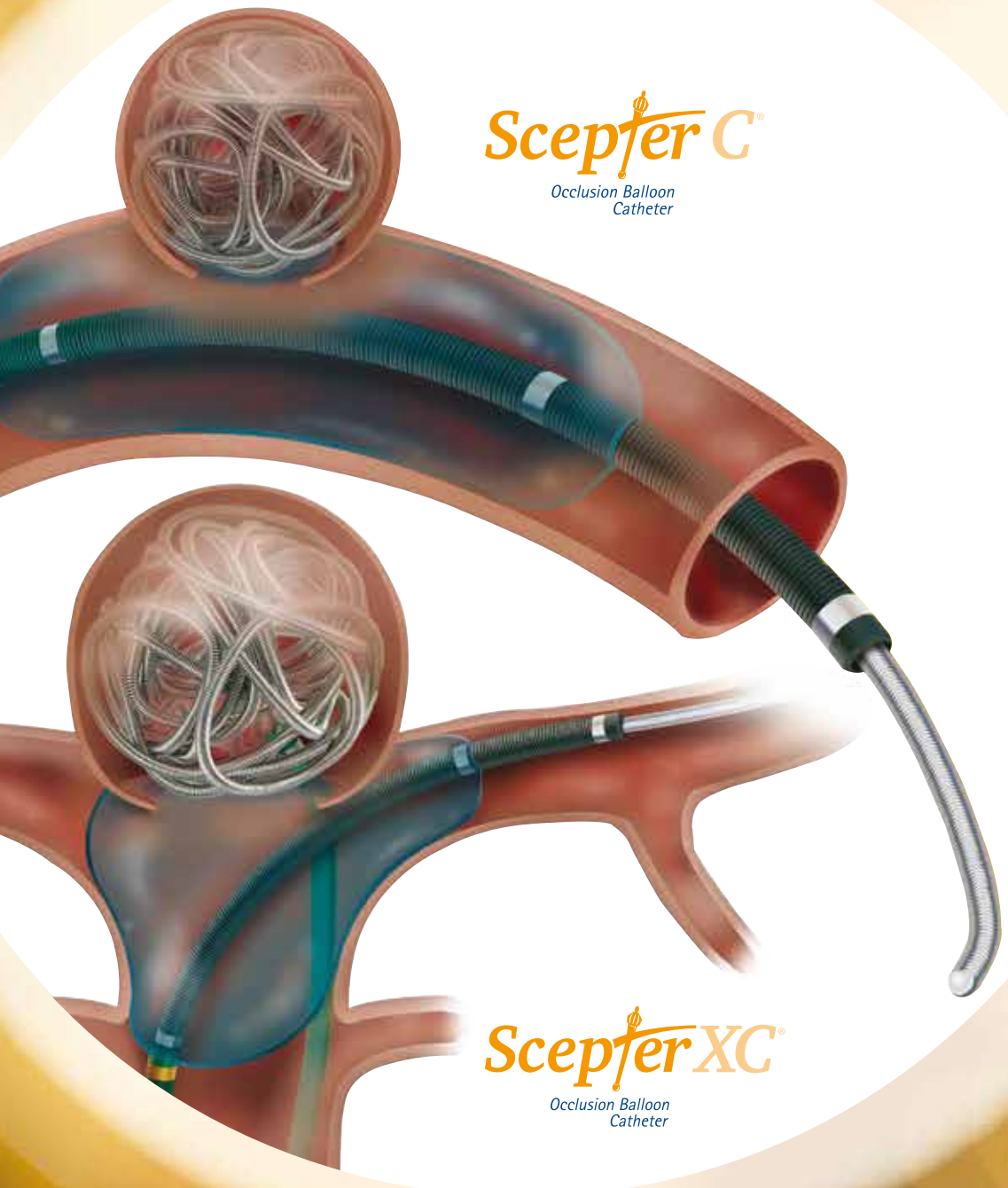
Un nuovo dispositivo è stato testato al RoyalEye Hospital a Manchester e all'Ospedale di San Thomas a Londra. Questo dispositivo è dotato di una strumento atto a regolare la tensione oculare. Inserito all'interno dell'occhio del paziente, questo strumento permette al dottore di alterare la pressione senza il bisogno di nessun intervento chirurgico. Viene controllato dall'esterno dell'occhio usando una penna dotata una calamita ad una delle estremitá ed ha il vantaggio di non essere uno strumento invasivo e di non causare nessun dolore. Questo eliminerebbe anche il rischio di complicazioni derivanti da interventi chirurgici.

Sebbene alcuni gruppi siano piú a rischio di contrarre il glaucoma di altri, è bene da parte di tutti prendere le giuste precauzioni per evitare di contrarre questa malattia. Alcune misure includono:

- Visite frequenti e regolari dal proprio oculista, almeno una o due volte all'anno. Questo puó aiutare ad individuare il glaucoma nei suoi stadi primordiali.
- Avere un'idea del proprio livello di rischio, valutando se si hanno casi in famiglia e quanto gravi.
- Se sono stati identificati rischi di glaucoma, é bene usare i medicinali prescritti dal medico e aderire interamente al piano medico per ridurre il rischio di glaucoma.
- Indossare una qualche forma di protezione agli occhi, per prevenire eventuali ferite all'occhio puó essere considerato un altro metodo di prevenzione.



MicroVention®
TERUMO



Scepter C®
Occlusion Balloon Catheter

Scepter XC®
Occlusion Balloon Catheter

ENDOVASCULAR SERVICE

ENDOVASCULAR SERVICE

Tumore alla prostata

di *Flavia Scicchitano*

ULDERICO PARENTE

Una patologia destinata a crescere.
Il ruolo fondamentale della prevenzione
e i vantaggi della "biopsia fusion"
per una diagnosi precoce e mirata

L'incidenza del tumori alla prostata è in aumento in Italia ma, parallelamente, il tasso di mortalità per questo tipo di tumore sta diminuendo in modo significativo, con maggiori probabilità di sopravvivenza per i pazienti. In questo un ruolo centrale è da attribuire alla diagnosi precoce e alle più moderne tecniche di imaging per la raccolta dei campioni. In particolare parliamo della 'biopsia prostatica fusion', metodica clinica di ultima generazione che permette di eseguire prelievi bioptici mirati a carico della prostata con dei vantaggi rispetto alla biopsia prostatica ecoguidata tradizionale e con indubbi benefici per i pazienti.

Ulderico Parente, urologo del Gruppo Sanitario USI, il tumore alla prostata colpisce sempre più italiani. Quali sono gli ultimi dati in termini di incidenza e quali le cause dell'insorgenza della patologia?

Il tumore alla prostata è la neoplasia più frequente tra gli uomini e si sviluppa in modo più frequente dopo i 50 anni, rappresentando il 20% di tutti i tumori diagnosticati in questa fascia di età. In Italia, ogni anno si contano circa 35mila nuovi casi, ma il numero è destinato a crescere: nel 2020 si attendono 44mila nuovi casi, nel 2030 altri 52mila. L'indice di sopravvivenza è però alto: la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi si attesta al 92%. Le cause purtroppo non sono del tutto note, ma i fattori di rischio che possono contribuire alla formazione di questo tipo di carcinoma, possono individuarsi in un'alimentazione scorretta e ricca di grassi saturi, sedentarietà, obesità, fumo.

Come si riconosce un tumore alla prostata? Quali sono i sintomi?

La prostata è una ghiandola fibro muscolare presente nell'apparato urogenitale maschile. Si trova nel piccolo bacino anteriormente al retto e al di sotto della vescica e nel suo interno vi è il passaggio dell'uretra. La comparsa di cellule che crescono in modo anomalo ed incontrollato determina l'insorgenza del tumore alla prostata. Nella fase iniziale, quando il carcinoma ha dimensioni ridotte, il paziente non avverte sintomi e non presenta particolari disturbi, fattore problematico per la diagnosi precoce. Con il progredire della malattia i sintomi più frequenti sono, ad esempio: difficoltà ad urinare, bisogno di urinare frequentemente, sensazione di non avere svuotato completamente la vescica, sangue nelle urine. Pertanto risulta essere fondamentale lo screening nella popolazione maschile attraverso la visita urologica e il dosaggio del PSA.

Qual'è l'importanza della diagnosi precoce? E come arrivare ad una diagnosi in tempo utile per sottoporsi con buone possibilità di guarigione a una terapia?

La diagnosi precoce è in grado di salvare la vita; pertanto la prevenzione gioca un ruolo fondamentale anche nella battaglia contro il tumore alla prostata. Dopo i 50 anni è opportuno fare dei controlli periodicamente; dopo i 40 anni in caso di familiarità. Come detto, a fronte di un aumento dei casi di tumore alla prostata, i casi più aggressivi e ad alto rischio sono diminuiti in modo esponenziale e in questo gioca un ruolo centrale, appunto, la diagnosi precoce. Al di là del buon esito della terapia, infatti, l'aumento della sopravvivenza dei pazienti può essere attribuita in egual misura alla diagnosi anticipata e alle più moderne tecniche di imaging per la raccolta di campioni di tessuto da analizzare.

Di quali tecniche parliamo? Quali sono le più recenti metodiche per la diagnosi del carcinoma prostatico?

Tradizionalmente il tumore della prostata è diagnosticata attraverso la misurazione del PSA (Antigene Prostatico Specifico), l'esame digitorettale, l'ecografia prostatica e la biopsia ecoguidata. Tuttavia, ad esempio, lo screening con il PSA può evidenziare anche patologie diverse dalla neoplasia così come può accadere che pazienti affetti da carcinoma non presentino elevati valori di PSA. Uno degli ultimi strumenti che si hanno a disposizione nella diagnosi del tumore della prostata risulta essere la Risonanza magnetica multiparametrica della prostata. Questa metodica permette di individuare delle aree di lesione all'interno della ghiandola sospette per processi tumorali in seguito a determinate caratteristiche radiologiche. Le immagini acquisite con la risonanza magnetica possono poi essere utilizzate per eseguire una biopsia prostatica fusion, metodica clinica diagnostica di ultima generazione che permette di eseguire prelievi bioptici mirati a carico della prostata. Procedura che pertanto presenta vantaggi rispetto alla biopsia prostatica ecoguidata tradizionale e con indubbi benefici per i pazienti.

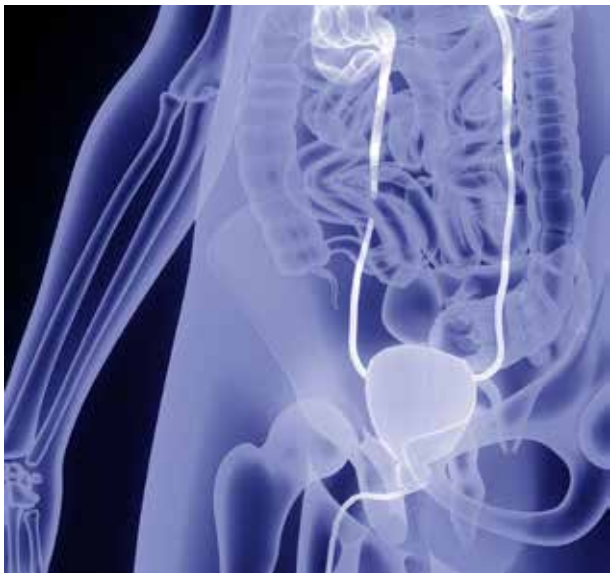
In che cosa consiste allora la 'biopsia prostatica fusion'? E quali sono le nuove opportunità terapeutiche offerte da questa nuova tecnica di imaging?

La 'biopsia per fusione', utilizzata con successo nel centro USI di via Machiavelli a Roma, struttura dotata del software necessario per eseguire l'esame, consente di mirare in maniera estremamente precisa nelle aree sospette evitando biopsie inutili e, soprattutto, senza il rischio di perdere i tumori più significativi. Parliamo dunque di una metodica avanguardistica nella diagnosi

precoce e mirata del carcinoma alla prostata: l'ecografia si integra con la risonanza magnetica multiparametrica, precedentemente eseguita. Dalla sovrapposizione delle immagini ottenute dalla risonanza magnetica e delle immagini ecografiche, grazie all'utilizzo di ecografi 3D, si ricostruiscono localizzazione e volume del tumore permettendo, così, di evidenziare solo quelle lesioni che risultano sospette come veri e propri bersagli, da cui estrarre poi i tessuti per l'analisi istologica. In sostanza si avrà un'immagine tridimensionale della prostata che permette di distinguere il tessuto sano da quello malato e di individuare anche tumori di piccole dimensioni.

Ma quali sono i vantaggi della 'biopsia per fusione' rispetto alla biopsia ecoguidata standard in termini di accuratezza diagnostica e beneficio per i pazienti?

L'accuratezza di questo esame è così elevata da permettere di effettuare prelievi mirati solo nelle aree segnalate come sospette di tumore, senza colpire altre zone, con un conseguente numero di prelievi minore rispetto a quello a cui si andrebbe incontro effettuando la biopsia tradizionale. Questo consentirà diagnosi precise e mirate, con pochissimi prelievi, rendendo quindi meno doloroso e meno invasivo l'esame per il paziente. Di conseguenza si riducono quelle che sono le più comuni complicanze della biopsia prostatica transrettale, quali l'ematuria, il sanguinamento rettale, le infezioni delle vie urinarie e la ritenzione acuta di urina. Inoltre la biopsia per fusione garantisce una maggiore accuratezza nell'identificazione dei tumori maggiormente aggressivi: con la biopsia prostatica fusion si passa da una positività del 30-40% a una positività del 40-60%. Infine, oltre a una minore necessità di dovere eseguire prelievi bioptci nel corso del tempo, la nuova tecnica consente complessivamente una migliore valutazione nella gestione chirurgica del paziente affetto da tumore prostatico".



UROLOGIA

TRATTAMENTO REZUM™ PER L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

NESSUNA CHIRURGIA E NESSUN RICOVERO OSPEDALIERO, SOLO ENERGIA TERMICA E VAPORE ACQUEO, ANCHE IN AMBULATORIO

di *Katrin Bove*

I rischi legati alla pandemia Covid hanno imposto provvedimenti restrittivi e nuove strategie di cura. L'imperativo, oggi più che mai, è quello di tenere i pazienti "*fuori dagli ospedali"* consapevoli, però, che le patologie progrediscono e, se non adeguatamente trattate, possono avere conseguenze gravi. Lo sanno bene i **7 milioni** di uomini italiani cui, nel 2018, è stata diagnosticata una Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB) e che, in molti casi, hanno dovuto sospendere o rinviare interventi clinici già previsti.

Per fortuna, scienza e ricerca medica sono inarrestabili, così come inarrestabile e di straordinario aiuto è la tecnologia digitale che ha consentito di partire, proprio in questi giorni, con il **Tour di Presentazioni Online di REZUM™,** rivoluzionario trattamento terapeutico che consente di affrontare **l'Ipertrofia Prostatica Benigna** senza ricorrere alla chirurgia tradizionale ma impiegando, invece, energia termica e vapore acqueo, può essere effettuato in ambulatorio e non richiede ricovero ospedaliero.

La nuova tecnologia Boston Scientific, Introdotta di recente in Italia da DBI, società di solida esperienza biomedicale, verrà presentata a decine di urologi italiani nel corso di un Tour di incontri Online, programmati in modo ravvicinato così che tutti i clinici del settore possano essere tempestivamente informati.

REZUM™ è minimamente invasivo e può essere effettuato in ambulatorio, in anestesia locale o tramite sedazione, in condizioni di massima sicurezza, una combinazione di fattori che in questo periodo rappresenta un insostituibile valore aggiunto consentendo di trattare una patologia "non differibile" senza ospedalizzazionI. L'introduzione nel nostro Paese è supportata da autorevoli Studi internazionali nei quali si evidenzia che la nuova soluzione terapeutica contribuisce ad alleviare i sintomi dell' Ipertrofia Prostatica Benigna per diversi anni (**)

Ma per comprendere a fondo la portata del nuovo trattamento è opportuno conoscere la malattia più da vicino: l'Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB) colpisce l'80% degli italiani over 50 e si manifesta con l'aumento volumetrico della prostata, 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 proprio l'uretra, ostacolando la fuoriuscita dell'urina. La patologia è progressiva, peggiora nel tempo e, se non adeguatamente trattata, può provocare danni permanenti alla vescica.

Terapie farmacologiche o intervento chirurgico

Le prime terapie per affrontare l'Ipertrofia Prostatica sono, in genere, farmacologiche e prevedono l'assunzione di farmaci alfa-bloccanti, oppure di inibitori della 5-reduttasi o, a volte, di fitoterapici. Quando i trattamenti farmacologici non sono però efficaci, si fa ricorso all'intervento chirurgico tradizionale (*TURP*), oppure a interventi basati sul laser come, ad esempio, Greenlight, procedura con *laser verde* che consente di intervenire anche su pazienti problematici (es. portatori di dispositivi).

REZUM™, solo energia termica e vapore acqueo

Il sistema introdotto in Italia, una autentica "rivoluzione" in Urologia**,** si basa invece sulla **Termoterapia**, metodologia che utilizza il caldo o il freddo per modificare, distruggere o rimuovere i tessuti consentendo, con questa particolare procedura, l'asportazione del tessuto prostatico in eccesso attraverso l'erogazione di vapore acqueo. In termini clinici, REZUM™ genera un'area ben definita di tessuto necrotico che viene rimosso senza danneggiare i tessuti circostanti. La necrosi si genera attraverso la denaturazione delle proteine e degli enzimi coinvolti nel processo. Con il progredire della sequenza necrotica, le strutture cellulari vengono assorbite e l'adenoma prostatico si riassorbe lentamente.

In ambulatorio, con dispositivi monouso e massima sicurezza

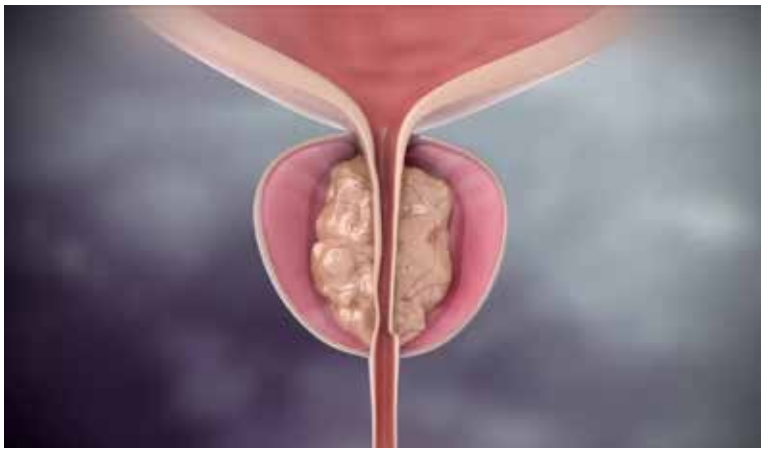
REZUM™ non comporta necessariamente il ricovero ospedaliero e può essere effettuato anche presso ambulatori specializzati, rispondendo in questo modo alla pressante esigenza di limitare e contenere quanto più possibile le ospedalizzazioni. Tramite un apposito dispositivo, il medico instilla nell'area che presenta l'ingrossamento, dove la prostata è ostruita dal tessuto in eccesso, energia termica sotto forma di vapore acqueo. Ogni "instillazione" dura al massimo 9 secondi (circa 0,42 ml di vapore acqueo), con un ciclo di circa 8-10 iniezioni. La condensazione del vapore rilascia energia termica negli interstizi del tessuto prostatico e si disperde, mentre le membrane cellulari raggiunte dal getto di vapore acqueo si

denaturano, provocando la necrosi coagulativa e, quindi, la progressiva distruzione delle cellule stesse.
I primi risultati visibili si registrano dopo circa **1 mese**. Il tessuto prostatico viene riassorbito, riducendo il volume della ghiandola che ostruisce l'uretra e alleviando, in misura significativa, i disturbi causati dalla patologia.

I pazienti idonei al trattamento

Le competenze acquisite da chi ha già sperimentato REZUM hanno consentito di tracciare il profilo dei pazienti che possono trarne i maggiori benefici. Fra questi:

- Uomini che abbiano deciso di non assumere farmaci o insoddisfatti dei risultati ottenuti con i trattamenti farmacologici
- Uomini che abbiano cessato o interrotto, per vari motivi, le terapie farmacologiche
- Uomini che non intendano sottoporsi a procedure chirurgiche, o che non possano essere sottoposti ad anestesia generale
- Uomini che, per ragioni legate ad altre patologie, debbano utilizzare un catetere permanente
- Uomini che vogliano preservare senza problemi la funzione sessuale (eiaculazione)



Dicono di REZUM™

"Le esperienze maturate in questa fase iniziale" hanno commentato i relatori intervenuti al primo incontro online, *"confermano che il nuovo trattamento coniuga innovazione tecnologica, efficacia e semplicità d'uso. Questa combinazione di fattori ne aumenta la sicurezza e consente di effettuare il trattamento anche in ambulatori specializzati senza ricorrere al ricovero ospedaliero, un aspetto non trascurabile nella attuale emergenza perché permette di trattare una patologia, seria e non differibile, come quella prostatica, tenendo i pazienti fuori dagli ospedali, evitando sovraffollamento e possibili contagi".*

Dal punto di vista clinico, gli urologi hanno confermato evidenze importanti anche nella fase postoperatoria. "*REZUM*"- è stato rilevato – *"preserva intatta la funzione urinaria e non genera fenomeni di incontinenza, neppure temporanei, una complicanza che si presenta, invece, dopo altri interventi chirurgici. E' inoltre comprovato che la procedura consente anche a pazienti giovani di ridurre le terapie farmacologiche, non ha controindicazioni per la sfera sessuale preservando sia la funzione erettile sia la eiaculazione, e consente di riprendere rapidamente le attività quotidiane".*

I relatori hanno convenuto che *"il sistema REZUM apre prospettive nuove per l'Urologia del nostro Paese. La non invasività e la possibilità di essere effettuato anche in ambulatorio rendono il trattamento accessibile a un numero molto ampio di pazienti che, spesso, hanno rinviato visite ed accertamenti per lungo tempo, per timore dell'intervento chirurgico e del ricovero ospedaliero.*

Infine, una tematica attualissima emersa nelle prime sessioni del "**Tour REZUM**" è quella delle infezioni ospedaliere, un tema che riconferma la necessitò di potenziare, in ospedale e in ambulatorio, l'utilizzo di dispositivi monouso, a ulteriore tutela dei pazienti

I Centri ospedalieri - pubblici e privati - che hanno già inserito REZUM nella pratica clinica quotidiana

- Villa Donatello – Firenze
- Synlab - Monza
- Villa Stuart – Roma
- Ospedale di Alba
- Ospedale di Sarzana (SP)
- Ospedale di Pordenone
- Hesperia Hospital - Modena
- Clinica San Rossore – Pisa
- Sedes Sapientie – Torino
- CDC Sant'Anna – Brescia
- Salvator Mundi – Roma
- Casa del Sole - Formia
- Ospedale di Gela – Catania

***Five Year results of the prospective, randomized controlled Trial of Water Thermal Therapy for treatment of Lower Urinary track symptoms due to benign Prostate Hyperplasia*
(Kevin McVary, Maywood, IL; Claus Roehrborn, Dallas, TX")*

UN GANCIO AL PARKINSON COME CONTRASTO

L'ASSOCIAZIONE "UN GANCIO AL PARKINSON" È LA PRIMA, IN ITALIA, A PRATICARE LA BOXE PER RALLENTARE LA MALATTIA DEGENERATIVA. GIA' ARRIVANO I PRIMI RISULTATI POSITIVI

di *Caterina Del Principe*

Colpi al sacco, schivate, salto con la corda, parate con i guantoni e tanta adrenalina. Ad occhio e croce sembra un normale allenamento di boxe, ma non lo è. Sì perché, in questo caso, i protagonisti non sono pugili, ma persone affette da Parkinson. Una malattia che irrigidisce progressivamente i muscoli, rendendo difficili i movimenti e la parola, che ha trovato però nel pugilato un nemico in grado di rallentarla. Strano a credersi, forse, che proprio da quel mondo che ha reso celebre Muhammed Alì, tra i più famosi ad essere stato colpito da Parkinson, insieme a Papa Giovanni Paolo II, arrivi oggi un argine contro questa tremenda malattia degenerativa. Eppure è proprio così, stando almeno ai risultati ottenuti da un'associazione nata pochi mesi fa a Firenze, dal nome evocativo: Un gancio al Parkinson. È la prima, in Italia, a praticare gli allenamenti di pugilato per contrastare il morbo e a farlo attraverso un approccio medico-scientifico. "La boxe – afferma il dr. Maurizio Bertoni, presidente dell'Associazione 'Un gancio al Parkinson' - oltre ad essere uno degli sport più antichi al mondo, è anche uno dei più completi perché sviluppa coordinazione dei movimenti, equilibrio, riflessi, ed elasticità muscolare. Allenare queste qualità, che si perdono in occasione di patologie neurodegenerative, come appunto il Parkinson, migliora sensibilmente la qualità di vita dei pazienti, anche in fase avanzata della malattia". E i risultati sono tangibili. Al Training Lab di Firenze, il centro medico dove l'Associazione svolge la sua attività, sono attualmente seguiti gratuitamente 30 pazienti, donne e uomini, affetti da Parkinson. Dopo i primi 3 mesi di allenamento hanno mostrato un buon miglioramento dell'equilibrio, della postura e della coordinazione, riuscendo a muoversi e camminare in modo migliore e a mantenere questi progressi nel medio-lungo periodo. "La nostra volontà è quella di pubblicare uno studio scientifico sui benefici della boxe sui malati di Parkinson - spiega Bertoni. - Sarà il più importante studio pubblicato su questo tema, perché prenderà in considerazione un numero di persone finora mai analizzato. Studi analoghi sono stati portati avanti negli Stati Uniti, da dove è partito questo tipo di approccio, ma si basavano su un campione di sei pazienti. Noi lo baseremo sulle circa 30 persone che stiamo seguendo al Training Lab, a Firenze e tutto sarà curate da un comitato tecnico-scientifico costituito da medici statunitensi ed italiani". Dagli States alla Toscana, quindi, per quello che può davvero rappresentare un approccio rivoluzionario, per rallentare la malattia. "Tutto è partito da una palestra di Brooklyn - racconta Bertoni. - Lì vidi il primo allenamento pugilistico per malati di Parkinson e rimasi affascinato. Da quel momento nacque la decisione di replicare l'esperienza anche in Italia. Chi soffre di Parkinson, infatti, ha bisogno di fare attività fisica di una certa intensità. Per questo l'allenamento della boxe è l'ideale, perché alla notevole intensità fisica associa anche esercizi per il coordinamento, l'elasticità e la concentrazione, che offrono notevoli benefici a chi è affetto da Parkinson. Senza dimenticarci poi di un altro aspetto fondamentale, ovvero il benessere psicologico dato dall'attività. Chi ha il Parkinson spesso si chiude in sé stesso, si sente escluso e tende a restare in casa, facendo tutto il contrario di quello che dovrebbe

realmente fare. Questi allenamenti, invece, sono stimolanti, si crea un sano cameratismo, uno spirito di competizione positivo, che porta i pazienti ad ottenere benefici non solo sul fisico, ma anche sulla mente". Oggi però questi risultati rischiano di essere frenati dal Coronavirus, che oltre ad averci costretto a stare a casa per molti giorni, rischia di limitare anche nei prossimi mesi le nostre abitudini sportive. Un vero guaio per chi, invece, ha un assoluto bisogno di muoversi. Per fortuna, però, l'Associazione Un gancio al Parkinson ha pensato anche a questo e si è organizzata tramite allenamenti a distanza. "Se prima i nostri pazienti si allenavano in palestra due volte a settimana, oggi possono farlo da casa, seguendo le nostre lezioni su Youtube - spiega Bertoni. - Abbiamo deciso di realizzare due collegamenti settimanali, della durata di circa 40 minuti, dove il nostro istruttore riprende l'allenamento ed i partecipanti, da casa, possono seguirlo dal computer. Ovviamente da casa non è possibile colpire il sacco, o mettersi i guantoni - spiega ancora Bertoni - ma abbiamo previsto comunque una fase di riscaldamento muscolare, una serie di esercizi a corpo libero, più altri movimenti che simulano i colpi della boxe. C'è poi un aspetto molto importante, che abbiamo voluto curare, ovvero la possibilità di far seguire gli allenamenti, gratuitamente, non soltanto ai nostri pazienti, ma a tutti coloro che soffrono di Parkinson e che non sono seguiti al Training Lab". Partecipare è semplice: basta chiamare il numero 320.7516674.

Come si può rilanciare la sanità italiana

L'EMERGENZA DEL CORONAVIRUS FAVORITA DAI TAGLI ALLE RISORSE

di *Danilo Quinto*

Vediamo innanzitutto la situazione della spesa sanitaria in Italia rispetto al contesto internazionale. Le analisi effettuate sul database OECD Health Statistics - aggiornato al 2 luglio 2019 - dimostrano che se oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è pari alla media OCSE (8,8%), siamo ultimi tra i Paesi dell'Europa nord-occidentale. Destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra: Svizzera, Germania, Francia, Svezia, Austria, Danimarca, Belgio, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Finlandia, Portogallo e Spagna. La posizione dell'Italia peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale che, inferiore alla media OCSE ($ 3.428 vs $ 3.980), colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi poveri dell'Europa: spendono meno di noi solo Spagna, Repubblica Ceca, Portogallo, Slovenia, Lituania, Repubblica Slovacca, Estonia, Grecia, Polonia, Ungheria e Lettonia. Analizzando solo la spesa sanitaria pubblica pro-capite l'Italia si conferma al di sotto della media OCSE ($ 2.545 vs $ 3.038) e in Europa ben 15 Paesi investono più dell'Italia, con un gap che va dai $ 594 del Regno Unito ai i $ 2.744 della Norvegia.

L'impatto del definanziamento pubblico del SSN dell'ultimo decennio emerge in tutta la sua gravità confrontando la crescita percentuale della spesa sanitaria pubblica del 2000-2009 con quella del 2009-2018. Nel primo periodo l'aumento è stato del 56%, rispetto a una media OCSE del 72%, mentre nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale è stato solo del

10%, rispetto a una media OCSE del 37%: peggio dell'Italia solo Lussemburgo (-13%) e Grecia (-29%).
Nel confronto con gli altri paesi del G7, il trend della spesa pubblica 2000-2018 documenta due dati di particolare rilievo: 1) Negli altri paesi, ad eccezione del Regno Unito sino al 2012, la crisi economica non ha minimamente scalfito la spesa pubblica per la sanità: infatti dopo il 2008 il trend di crescita è stato mantenuto o ha addirittura subìto un'impennata. In Italia, invece, a partire dal 2008 il trend si è sostanzialmente appiattito. 2) Se nel 2009 le differenze assolute sulla spesa pubblica tra l'Italia e gli altri paesi del G7 erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono ormai divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2009 la Germania investiva "solo" $ 1.167 (+50,6%) in più dell'Italia ($ 3.473 vs $ 2.306), nel 2018 la differenza è di $ 2.511 (+97,7%), ovvero $ 5.056 vs $ 2.545.
Il Report della Fondazione Gimbe (costituita dall'associazione Gruppo Italiano per La Medicina Basata sulle Evidenze il 23 giugno 2010) sul Definanziamento del periodo 2010-2019 della spesa per il Servizio Sanitario Nazionale, evidenzia che nei 10 anni sono stati sottratti circa € 37 miliardi, di cui: circa € 25 miliardi nel 2010-2015, in conseguenza di "tagli" previsti da varie manovre finanziarie; oltre € 12 miliardi nel 2015-2019, in conseguenza del "definanziamento" che ha assegnato meno risorse al SSN rispetto ai livelli programmati, per l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica. Nello stesso periodo, il finanziamento pubblico è aumentato di soli € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,90% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%). Il DEF 2019, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 2,1% nel triennio 2019-2021 e del 2,5% per il triennio 2020-2022, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.
Quali conseguenze ha avuto tutto questo? Le strutture pubbliche sono diminuite di 216 unità, mentre quelle private sono aumentate di 1.062 unità. Sono state perse: 91 strutture di ricovero (60 pubbliche e 31 private); 401 strutture di specialistica ambulatoriale (299 nel pubblico e 101 nel privato); 31 strutture di assistenza semi-residenziali nel pubblico (con l'apertura di 330 nel privato); 122 strutture di assistenza semi-residenziali nel pubblico (con l'apertura di 96 nel privato).
Dal 2010, il SSN ha perso 40.000 dipendenti a causa di pensionamento ed emigrazione. Il personale sanitario è invecchiato: la media è di oltre 50 anni. Mancano 1.706 medici di medicina generale e ci sono luoghi dove non ci sono proprio più: non si possono fare interventi chirurgici, perchè non ci sono anestesisti, radiologi, chirurghi; 56 pediatri di libera scelta e 339 medici di guardia medica. Nei prossimi 10 anni mancheranno 22.000

medici di medicina generale e in tutto 47.284 medici per pensionamento. Mancheranno 53.000 infermieri e ricordiamo che il rapporto tra medici e infermieri dovrebbe essere di regola di 1 a 3, mentre oggi è, se va bene, di 1 a 1. I tempi di attesa insostenibili nel 39% dei casi per le visite specialistiche; nel 30% degli interventi di chirurgia; nel 20,8% degli esami diagnostici; nel 10% nel caso di chemioterapia e radioterapia, con un aumento del 100% tra il 2018 e il 2017. Si attendono, in molti casi, 15 mesi per una cataratta; 13 mesi per una mammografia; 12 mesi per una risonanza magnetica; 10 mesi per una tac e una protesi d'anca; 9 mesi per l'ecodoppler; 10 mesi per le visite neurologiche; 9 mesi per le visite cardiologiche; 8 mesi per le visite oncologiche. I più poveri accedono solo al medico di medicina generale ed all'emergenza. I trend attuali indicano che nei prossimi anni saranno 14 milioni di persone che si troveranno senza medico di base oppure con un'assistenza sanitaria insufficiente. Ci sono territori già oggi totalmente sforniti dell'assistenza dei medici di base. Per ragioni di carattere economico rinuncia alle visite specialistiche il 14,7% delle persone del Sud, il 15,5% di quelle delle Isole, l'11% del Centro; il 7,5% del Nord-Ovest, il 9,5% del Nord-Est. Rinuncia agli accertamenti specialistici 1 persona su 5 tra i disoccupati. Siamo gli ultimi in Europa per quanto riguarda le risorse destinate alla ricerca ed alla prevenzione.

Secondo la Fondazione Gimbe, il principale vulnus del SSN risiede nel fatto che rappresenta il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile, rispetto, ad esempio, a quello delle pensioni. Infatti, dal 2010 tutti i Governi hanno sempre trovato nella spesa sanitaria le risorse necessarie per fronteggiare ogni emergenza finanziaria, certi che il SSN possa fornire sempre e comunque buoni risultati in termini di salute. Il definanziamento progressivo è stato peraltro attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva richiamato il nostro Paese a «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza». Per non vanificare ogni azione di rilancio del finanziamento pubblico, è indispensabile "sanare" il vulnus sopra descritto per evitare inesorabili periodiche revisioni al ribasso. Ovvero è necessario "mettere in sicurezza" il FSN tramite la definizione di: una soglia minima del rapporto spesa sanitaria/PIL; un incremento percentuale annuo in termini assoluti, pari almeno al doppio dell'inflazione.

L'attuale consulente scientifico del Governo sull'emergenza Coronavirus, già Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Presidente del Mission Board for Cancer della Commissione europea, Walter Ricciardi, nel dicembre scorso, durante un convegno promosso dall'ex Ministro Calenda, ha proposto un Piano di 10 punti per salvare il SSN. Li elenchiamo, al termine di questa panoramica, perchè rappresentano, a nostro avviso, obiettivi di buon senso.

1. 13 miliardi in più nei prossimi 5 anni al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È necessario aumentare in misura adeguata, e non simbolica, i finanziamenti pubblici per soddisfare i bisogni e le domande insoddisfatte di una popolazione sempre più vecchia. 2. Piano straordinario di assunzione per il personale sanitario, migliori condizioni di lavoro, salari competitivi e più contratti per gli specializzandi.
3. Definire in modo trasparente le prestazioni garantite a tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza geografica e dal livello socio-economico Scriviamo una nuova pagina del SSN, in grado di preservare gli importanti risultati fino ad oggi ottenuti, messi in pericolo da mancati investimenti e da una gestione non idonea delle risorse.
4. Maggiore trasparenza e valutazione delle competenze di gestione e attivazione di un Piano per la Formazione alla Leadership e al Management Il successo di un'organizzazione complessa, quale una struttura sanitaria, si raggiunge attraverso la coesione e il lavoro interconnesso di più persone.
5. Creare un'Agenzia Nazionale per l'Health Technology Assessment (HTA = Valutazione delle Tecnologie Sanitarie) e sviluppare un ecosistema regionale e locale di Health Technology Assessment (HTA).
6. Piano straordinario di ammodernamento strutturale e tecnologico per le strutture sanitarie.
7. Rafforzamento dei medici di medicina generale e riduzione delle liste di attesa attraverso un Corretto rapporto tra Stato e Regioni.
8. Incentivare la digitalizzazione per un SSN più rapido e più efficiente.
9. Più prevenzione delle malattie, più promozione della Salute. 10. Investire il 3% del fondo sanitario nazionale in ricerca.

ONEVIEW
L'OCCHIO DEL CHIRURGO

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

PERCHÈ SCEGLIERLO

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

OneView, tecnologia soprannominata fin dall'inizio "l'occhio del chirurgo", esordì sul mercato nel 2014 nel laboratorio di Elettrofisiologia cardiaca del dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna, gestito dal gruppo del professor Giuseppe Boriani e del dottor Mauro Biffi.
Il sistema è stato realizzato da **SparkBio S.r.l.**, azienda che da oltre 25 anni è specializzata nello sviluppo di nuove tecnologie in ambito biomedicale.
Il titolare, Ing. Sebastiano Zannoli, racconta che Oneview nacque nel 2013 come progetto di ricerca in risposta ad un bando Spinner della Regione Emilia Romagna, dando così a un giovane ingegnere biomedico neolaureato l'opportunità di cimentarsi nella ideazione, progettazione e sviluppo di un nuovo prodotto. "Le grandi idee nascono quasi sempre così, in maniera semplice" conclude Zannoli.
Il sistema OneView, rappresenta ad oggi la prima tecnologia software marcata CE come medical device per la registrazione simultanea e integrata delle sorgenti video già disponibili nelle sale operatorie ed interventistiche.
Oltre a registrare e salvare in locale un video della intera procedura interventistica (in formato digitale). OneView consente inoltre la trasmissione sicura

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

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

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

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

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

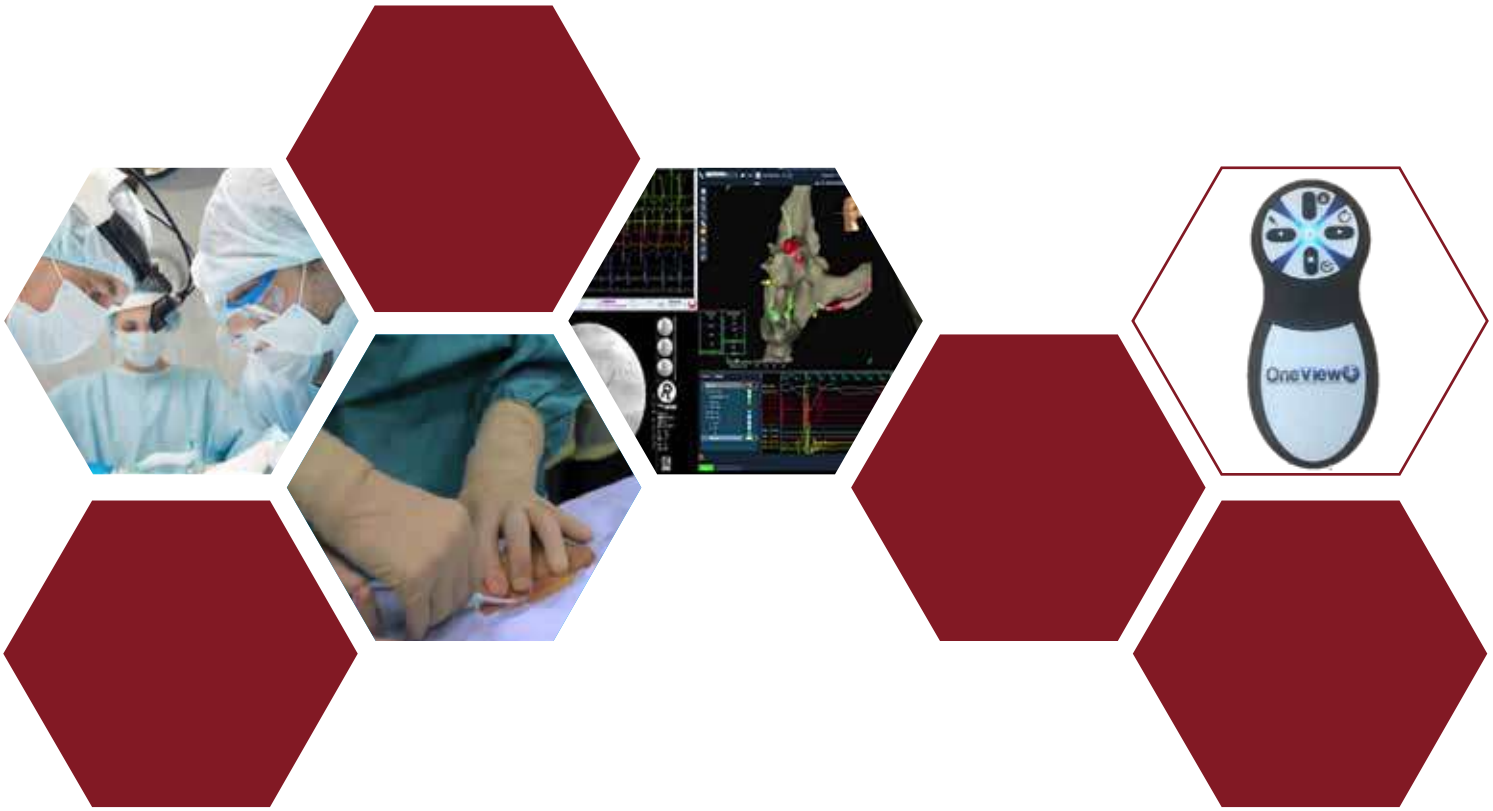
A tal proposito il responsabile dello sviluppo software di SparkBio ci spiega che il sistema OneView è la prima ed unica piattaforma disponibile in commercio che assicura

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

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

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

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



Degni di nota

Fondazione Olmar a supporto degli ospedali veneti

OLMAR
CREATORI DI ENERGIA POSITIVA

Una raccolta fondi per sostenere il Veneto nella lotta al Coronavirus. Nasce dalla volontà della Fondazione Olmar, attraverso la piattaforma gofundme, una campagna di crowdfunding volta a trovare risorse che permettano di acquistare ventilatori e dispositivi medici da utilizzare nelle terapie intensive degli ospedali del territorio veneto per assistere i malati di Covid-19. L'obiettivo fissato dalla Fondazione per questa campagna è quello di raccogliere 50.000 euro che, una volta terminata, saranno devoluti alla Regione Veneto per sostenere gli ospedali del territorio impegnati nella cura dei pazienti affetti da Coronavirus.
Sarà possibile donare visitando la pagina https://www.gofundme.com/f/Venice-against-COVID-19.

La Fondazione Olmar, con base nel Regno Unito, è presieduta dall'imprenditrice veneta Katja Rossi e, nel comitato, è presente anche Luce Churchill, vedova del nipote e omonimo dello statista britannico, a sua volta esponente politico conservatore, Winston Spencer-Churchill. L'associazione no profit prende il nome dal marchio veneziano Olmar, storico marchio del Made in Italy con oltre 60 anni di storia, che negli ultimi anni ha convertito la propria attività realizzando dispositivi innovativi per il riscaldamento e la sanificazione degli ambienti.

Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment

The healing flow

Multilayer Flow Modulator

MFM®

Aortic

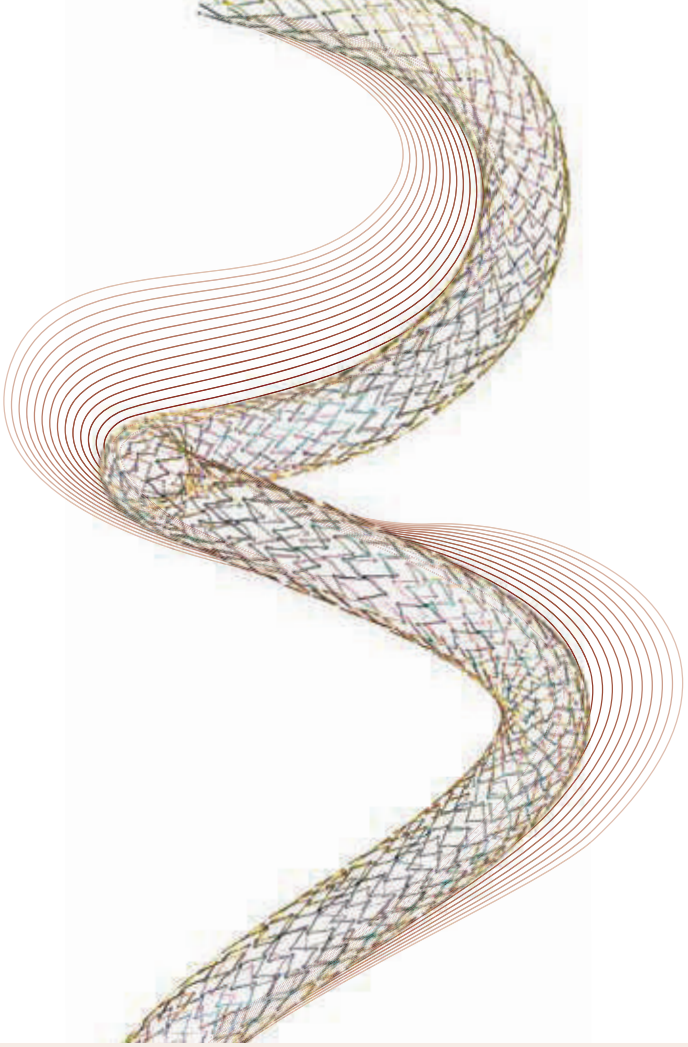
Peripheral

Bioquantek

Pulsar®-18 T3

Sistema con stent autoespandibile

Una combinazione unica di 3 tecnologie



TRI-AXIAL 1st 4F SYSTEM

4F

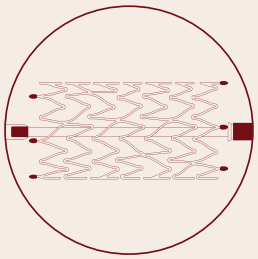
Sistema di rilascio a basso profilo

Area di puntura ridotta

45%
Area di puntura inferiore del 45% rispetto ad un 6F[1]

Sistema Triassiale con shaft armato

Rilascio dello stent accurato



Struts sottili, Bassa COF

Ridotto rischio di ristenosi[2]

92.4%
24-m FTLR
BIOFLEX PEACE[3]

Facile da usare, design ergonomico

1. BIOTRONIK data on file; 2. Zhao HQ. Late stent expansion and neointimal proliferation of oversized nitinol stents in peripheral arteries. Cardiovasc Intervent Radiol. 2009 Jul;32(4):720-6; 3.Lichtenberg M. BIOFLEX PEACE registry: 12 and 24 month results. Presented at: LINC, Jan 31, 2018; Leipzig, Germany.

FTLR=Freedom from Target Lesion Revascularization; COF=Chronic Outward Force.

Pulsar is a trademark or registered trademark of the BIOTRONIK Group of Companies.

BIOTRONIK
excellence for life

HD HealthDefence S.p.A.

DISTRIBUTORE LAZIO
Via Portuense, 959 - 00148 Roma - tel 0665002930 - info@healthdefence.it