

# ORE12 SANITÀ

ITALIA



**Mastectomia,  
la ricostruzione autologa**

**Long Covid,  
non solo vaccino**

**Pediatria, il virus  
non risparmia i più giovani**

**Noduli tiroidei,  
la scelta mini- invasiva**

# PHYSIOCLINIC

## L'ECCELLENZA LOMBARDA

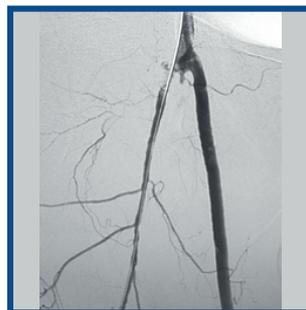
# Indigo System

The Indigo System is intended for the removal of fresh, soft emboli and thrombi from vessels of the peripheral arterial and venous systems using continuous aspiration.

CAT  
8



Arterial and venous clot in larger vessels where power aspiration is desired



**Aspiration of Thrombus from Occluded Fem-Pop Graft**

Dr. Corey Teigen, Sanford Health, ND, USA

CAT  
6



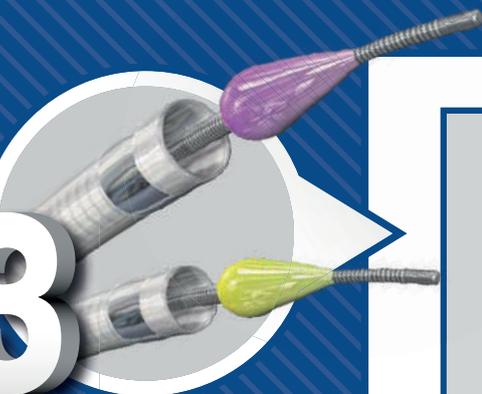
Arterial clot in larger arteries including SFA, popliteal and viscerals



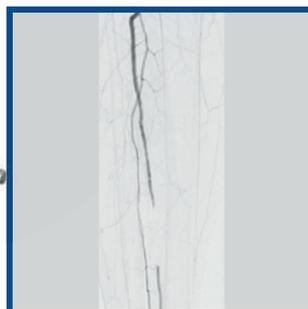
**Aspiration of Thrombus from Popliteal Artery**

Dr. Frank Arko, Atrium Health, NC, USA

CAT  
5  
&  
3



Smaller, distal reach for upper and lower arterial extremities cases



**Aspiration of Thrombus from Anterior Tibial**

Dr. Florian Wolf, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Vienna, Austria

Penumbra



DISTRIBUITO DA:

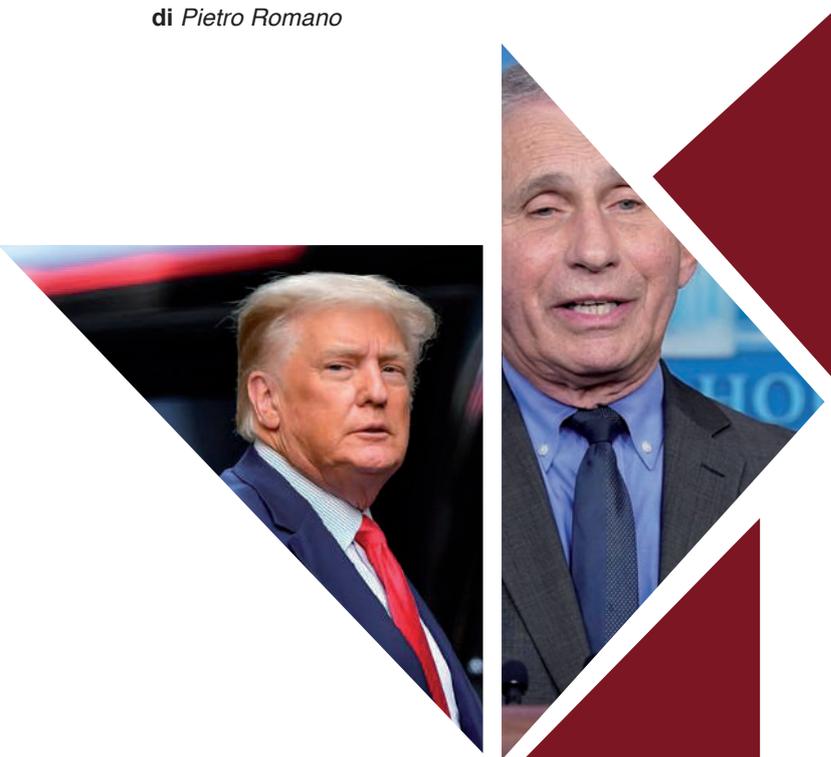
**KASTER**  
Medical Technology

Via Italo Panattoni, 160 - 00189 Roma  
Spaces, Bastioni di Porta Nuova, 21 - 20121 Milano  
Tel: +39 06 3629081 / +39 02 94758398  
info@kaster.it

## Hic et nunc

# Quer pasticciaccio brutto di Wuhan. Per non dire di Washington e dintorni...

di *Pietro Romano*



A più di un anno dallo scoppio della pandemia che ha afflitto (e in parte continua ad affliggere) il mondo, il mistero dell'origine del virus rimane irrisolto. Tutti i tentativi d'inchiesta si sono infranti sulla muraglia (è proprio il caso di dirlo) cinese. Statistiche inavvicinabili o "sbiadite", divieti di accesso a scienziati, diplomatici, giornalisti ficcanaso, un crescendo di risposte sempre più irritate anche da parte dei massimi livelli pubblici, il numero uno Xi Jinping compreso. Ostacoli che niente possono – come ha sottolineato "Le Figaro" - di fronte alla notizia che fin dall'autunno 2019 addetti al laboratorio di ricerche avanzate sulla Sars di Wuhan sono stati ospedalizzati.

Non solo. A quindici mesi dall'inizio ufficiale della pandemia, nonostante indagini capillarmente diffuse, non è stato trovato nessun ospite cosiddetto intermedio naturale, vale a dire un soggetto animale che abbia preso il virus dai pipistrelli (secondo la versione ufficiale ancora prevalente) e lo abbia trasmesso agli umani. Nicholas Wade - decano dei giornalisti scientifici con oltre mezzo secolo di professione trascorsi fra "Science", "Nature" e "The New York Times" – ha ricordato sul "The Washington Post" che solo nel 2012 si registrò un passaggio diretto da

pipistrelli a umani, ma non provocò contagi e avvenne a circa mille chilometri da Wuhan. I virus pandemici, inoltre, non diventano - com'è storicamente provato - altamente trasmissibili o mortali come l'attuale in un solo salto. Questo tipo di trasmissione, però, è altamente probabile solo tramite adattamenti in laboratori. Come ha spiegato da anni in studi pubblicati nella letteratura aperta (e quindi disponibile a chiunque) appunto la dottoressa Zhengli Shi, capo della ricerca sui coronavirus all'Istituto di virologia di...Wuhan. Insomma, proprio la dottoressa Shi, quella che ha tirato fuori la teoria della trasmissione da pipistrello, nei mercati tradizionali, frequentati da "ghiottoni" cinesi, aveva già sperimentato il rafforzamento di infettività dei coronavirus. Una tesi, peraltro, che il governo cinese ora respinge per aprire all'errore di laboratorio, ma chiedendo spiegazioni ai laboratori di altri Paesi, a cominciare dagli Usa, salvando invece i propri.

A proposito di aperture, è singolare quella dell'infettivologo Anthony S. Fauci, che dopo aver negato per tutto l'ultimo lasso di presidenza Usa del repubblicano Donald Trump la tesi dell'errore di laboratorio, trasformando l'allora inquilino in una sorta di pericoloso pagliaccio complottista e insensato, all'improvviso ha parzialmente modificato parere e chiesto chiarimenti alle autorità cinesi. Una inversione singolare, tanto più proveniente da un indiretto finanziatore del laboratorio di Wuhan, tramite il suo "National Institute of Allergy and Infectious Diseases" e un appaltatore americano con interessi in Cina. Su posizioni ancora più oltranziste si è schierato nel frattempo anche l'attuale presidente democratico Joe Biden, sempre più "trumpiano" rispetto a Pechino. E così, come per incanto, anche i "social" e l'informazione "mainstream" hanno virato a 180 gradi e dal divieto assoluto di mettere in dubbio la tesi dell'infezione naturale si sono riaperti al dibattito e alle cause alternative. Un rattoppo peggior del buco. Perché la censura a orologeria, tanto in fase di introduzione quanto al momento della sospensione, rispetto alla quale anche dal mondo medico si erano levate solo limitate proteste, non fa che (pericolosamente, come ricorda il "The Daily Telegraph") mettere viepiù in discussione la fiducia nella classe dirigente occidentale, élite sanitarie comprese.

# ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

[www.ore12web.it](http://www.ore12web.it)

**Direttore Responsabile**

Katrin Bove  
katrin.Bove@ore12italia.it

**Direttore Editoriale**

Pietro Romano  
direttore@ore12italia.it

**Direttore Comitato Scientifico**

Roberto Chiappa

**Redazione**

redazione@ore12italia.it

**Graphic designer & photo editor**

Fabrizio Orazi

**Hanno collaborato a questo numero**

**Franco Bassetto** è professore ordinario, direttore della cattedra di Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, Azienda Ospedale-Università di Padova.

**Giusy Caretto** è giornalista

**Cristiana Costantini** è giornalista

**Caterina Del Principe** è lo pseudonimo di una giornalista

**Daniilo Quinto** è giornalista

**Tuccio Risi** è lo pseudonimo di un giornalista

**Riccardo Romani** è lo pseudonimo di un giornalista

**Carlotta Scarpa** è ricercatrice c/o la UOC Chirurgia plastica ricostruttiva, Azienda Ospedale-Università di Padova.

**Flavia Scicchitano** è giornalista

**Vincenzo Vindigni** è professore associato c/o la UOC Chirurgia plastica ricostruttiva, Azienda Ospedale-Università di Padova

**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](http://www.ore12italia.eu) - [privacy@ore12italia.it](mailto:privacy@ore12italia.it)

**Abbonamenti e Arretrati**

Copia singola: 10,00 euro  
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

**Warning**

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



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

1

HIC ET NUNC

5

LA LETTERA

7

PHYSIOCLINIC

13

RADIOLOGIA  
INTERVENTISTICA

17

CHIRURGIA  
VASCOLARE

21

CHIRURGIA  
PLASTICA

24

UROLOGIA

29

PEDIATRIA  
E COVID-19

31

IL DITO NELL'OCCHIO

SOM



35

**INNOVABIOMED**

---



37

**PHOENIX**

---

33

**NUMERI & SALUTE**



41

**AGGRESSIONI  
MEDICI**

---

34

**PANTERE GRIGIE**

45

**LONG COVID**

**MARIO**



## **CI VUOLE IMMAGINAZIONE PER RENDERE LA SCIENZA PIÙ INNOVATIVA**

**Questa è la differenza fra produrre e progredire.**

Ricerca l'eccellenza senza compromessi. Concentrarsi costantemente sulle soluzioni che impatteranno maggiormente sulla vita dei pazienti. Ascoltare attentamente e lavorare al fianco dei medici per comprendere i loro problemi più complessi. Questi sono i principi alla base di ogni prodotto e di ogni relazione che sviluppiamo. Questo è ciò che facciamo ogni giorno per far progredire la scienza, per i pazienti e per la vita.

Per scoprire come far progredire la scienza per la vita, visita [www.bostonscientific.eu](http://www.bostonscientific.eu).

# • NUMERO 3 •



*Come sappiamo, l'impatto dell'epidemia da Covid-19 è stato devastante in particolare su una "categoria sociale": quella degli anziani. Sia in termini di vite umane – soprattutto per persone che soffrivano anche di altre patologie, molte delle quali sono morte senza poter avere nessun contatto con i loro familiari e a loro va il nostro ricordo commosso – sia rispetto alle conseguenze delle restrizioni, che hanno ridotto le interazioni, le relazioni sociali e gli spazi di vita, con conseguenze gravissime sullo stato fisico e psicologico. A questo si aggiunge la paura diffusa di contrarre l'infezione, che ha indotto moltissimi anziani a differire le cure mediche o addirittura a cancellarle, non recandosi neanche al Pronto Soccorso nel caso di eventi gravi (legati a problemi cardiocircolatori, diabetici o a malattie degenerative) e il fatto che il Covid-19 ha fatto emergere in maniera dirompente la necessità di riorganizzare dal punto di vista sanitario l'intero sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), innanzitutto per garantire l'omogeneità delle regole su tutto il territorio nazionale. Sarà anche inevitabile per il futuro – al fine di non incorrere di nuovo in una situazione analoga a quella che abbiamo vissuto, sperando che questa sia definitivamente alle nostre spalle – ripensare totalmente al tema dell'assistenza domiciliare, anche avvalendosi della telemedicina, riorganizzare la medicina di base territoriale, potenziare le cure ambulatoriali e di Day Hospital. In fondo, si può dire che si tratta semplicemente di ribaltare la considerazione che si ha di questa "categoria sociale". Se gli anziani – come si afferma spesso – sono una risorsa per il Paese, bisogna trattarli come tale. Bisogna preservarli, tutelarli, assisterli nel migliore dei modi possibile. In futuro, non si può più farli morire da soli. Com'è accaduto. E' necessario investire risorse ragguardevoli per garantire questi obiettivi, che rispondono ad esigenze di civiltà e di moralità. Attendiamo speranzosi l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per verificare se il Governo del nostro Paese saprà porsi questi obiettivi come prioritari della sua azione.*

*Roberto D'Amico*

ORE 12 SANITÀ



# VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS



 BIOSENSORS  
INTERNATIONAL™



## BIOFREEDOM™ ultra

BioFreedom Ultra, l'ultima innovazione Biosensors International.  
È un sistema di stent coronarico ricoperto di farmaco privo di polimero e carrier.

**Ultra affidabile, in tutte le fasi del percorso del paziente.**

**CONTATTACI**



**VIOLATECH**

Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma  
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · [info@violatech.it](mailto:info@violatech.it)  
[www.violatech.it](http://www.violatech.it)



# PHYSIOCLINIC, IL BENESSERE A 360 GRADI

IL CENTRO POLIVALENTE MILANESE,  
ACQUISITO DALLA COOPERATIVA AUXILIUM,  
È UN FIORE ALL'OCCHIELLO DELLA SANITÀ LOMBARDA

di *Cristiana Costantini*

Quando dei luminari della medicina esercitano la loro professione in una struttura ampia, organizzata ed accogliente, affiancati da personale paramedico di lunga esperienza, dove le tecniche e il sapere scientifico tradizionale incontrano la tecnologia più avanzata con macchinari all'avanguardia, allora possiamo correttamente parlare di centro d'eccellenza. È il caso del Physioclinic di Milano – sport medicine, rehabilitation, wellness and beauty - centro polivalente per la cura del corpo e sicuramente, nel settore, fiore all'occhiello della sanità lombarda.

“Il benessere psicofisico della persona è la nostra missione, nucleo sostanziale della filosofia che da sempre è alla base di Physioclinic”, spiega la direttrice della clinica milanese Roberta Sabatino, che sottolinea: “Le persone che si rivolgono al nostro centro riabilitativo vengono seguite, consigliate, mai lasciate sole”. La fisioterapia, infatti, non è una pratica che si subisce passivamente ma, essendo adattata su ogni singolo individuo, è una compartecipazione tra fisioterapista e paziente con lo scopo di individuare ed eliminare definitivamente le cause del problema



Il professor Gianluca Melegati ripreso durante una visita medica

non limitandosi a trattare semplicemente i sintomi. Una risposta completa, efficace e sicura alle proprie esigenze di riabilitazione e di recupero della forma fisica. Il target della clientela di Physioclinc è assai vasto: “Trattiamo dalla testa ai piedi proprio tutti: dai bambini agli anziani, sia gli sportivi professionisti che quelli a livello amatoriale”, assicura Sabatino.

La clinica, nata nel 2004, vanta la presenza di medici di fama internazionale specializzati in medicina dello sport, scienze dell'alimentazione, recupero post traumatico e post chirurgico. Tra i pilastri di Physioclinc – alcuni noti per essere stati i medici di Milan e Inter – ci sono i pro-

**Fondata nel 2004,  
la clinica si avvale  
di uno staff medico  
di fama internazionale**

fessori Gianluca Melegati, Piero Volpi, Herbert Schoenhuber, specialisti in Ortopedia, Traumatologia e Medicina dello Sport, che hanno fondato questa grande realtà anche grazie all'apporto dei dottori Andrea Panzeri (coordinatore commissione medica Federazione italiana sport invernali, la gloriosa Fisi) e Roberto Pozzoni, entrambi specializzati in Ortopedia e Traumatologia.

Il direttore sanitario di Physioclinc è il dottor Rodolfo Tavana, medico chirurgo specialista in Terapia Fisica e della Riabilitazione e in Medicina dello Sport, già Medico sociale della squadra di Atletica leggera della società Pro Patria di Milano, Responsabile sanitario del Milan dal 1987 al 2003 e Medico sociale del Torino.

Entriamo nello studio del professor Gianluca Melegati: sulle pareti sono appese decine di foto che lo ritraggono sorridente insieme ai suoi pazienti, personaggi famosi del mondo dello sport e dello spettacolo ma anche tanta gente comune che si è messa nelle sue mani: “I miei colleghi invidiosi dicono che sembra una pizzeria più che lo studio di un medico”, dice sorridendo con la sua voce pacata. Dopo aver spiegato l'alta esperienza formativa

come Medico sociale del Milan e come responsabile dello staff medico della Nazionale di Rugby, il professor Melegati racconta: “Insieme ai miei storici colleghi ho costruito questa clinica dal nulla, l’abbiamo portata ad alti livelli e grazie alla signorilità e alla disponibilità della Cooperativa Auxilium che l’ha acquisita, sta crescendo ancora. C’è un team di professionisti che stimo molto. Il buon medico si riconosce dai suoi principi. La professionalità, che nasce dallo studio, dall’approfondimento e dalla pratica. Ma soprattutto la passione, che porta a raggiungere gli obiettivi, e l’onestà. Dobbiamo dare oneste indicazioni terapeutiche, rispettare il paziente, ascoltarlo. Questo è il mio lavoro e ancora ogni mattina, dopo tanti anni, non vedo l’ora di arrivare in clinica”.

Ricco e articolato, in Physioclinic, è il settore della riabilitazione. La rieducazione, che prevede la metodica isocinetica; le terapie manuali tra cui massaggi (decontratturanti, MTP), kinesiotope, bendaggio funzionale, osteopatia, tecniche posturali (di Mezieres, di Suchard, di stretching globale attivo...), trazioni lombari attive. Le terapie fisiche: elettrostimolazione, TENS, correnti diadinamiche, ionoforesi, ultrasuoni, laser, tecar; fisiokinesiterapia domiciliare; onde d’urto extracorporee; idrokinesiterapia, che prevede sia la terapia in acqua - consigliata dopo traumi o interventi chirurgici - sia il percorso vascolare con acqua calda e fredda.

Lorenzo Ferrario è il coordinatore dei fisioterapisti del centro d’eccellenza milanese. “Una parte della mia gior-



nata - esordisce - è dedicata ai pazienti, l’altra al coordinamento dei fisioterapisti con tutti gli altri operatori del centro, al controllo dei materiali e delle attrezzature, affinché la macchina organizzativa funzioni sempre in maniera efficiente. La clinica si avvale di personale qualificato con specifica formazione universitaria e con anni di esperienza. Ci avvaliamo anche di giovani fisioterapisti che ci inviano le migliori università di Milano e che crescono professionalmente con l’aiuto dei terapisti senior. Il mio consiglio ai giovani fisioterapisti? Entrare in sintonia col paziente senza mai invadere la sua sfera di privacy”. Si parla anche di resistenza, al Physioclinic, intesa come questione fisiologica e mentale. A riguardo il professor

Sergio Migliorini, specialista in Medicina dello Sport e in Medicina Fisica e Riabilitazione nonché presidente della commissione medica della Federazione Internazionale di Triathlon, afferma: “Mi occupo da sempre di sport di resistenza. Sono discipline che creano una sorta di dipendenza, anche per il rilascio spontaneo delle endorfine che producono nell’atleta una specie di sensazione di felicità”. Ecco perché, come evidenziato dal professor Migliorini, molti si dedicano a questo tipo di sport – a cui ci si deve comunque avvicinare gradualmente, per scongiurare eventuali infortuni – non solo per passione ma anche per non pensare ai problemi personali. “La pandemia ha bloccato molte competizioni sportive, ma dobbiamo essere

fiduciosi: l'obiettivo è tornare a gareggiare in estate", auspica Migliorini. E ai suoi pazienti suggerisce: "Sfruttiamo questo periodo per migliorare i punti deboli del nostro apparato locomotore: se abbiamo una lombalgia lavoriamo su quella, se dobbiamo fare una piccola operazione non perdiamo tempo. È il momento di sistemarci: prepariamoci a competere".

La persona e la sua tranquillità sono al centro dell'universo di Physioclinic. "Io e la mia equipe compiamo soprattutto interventi su ginocchia, caviglia e spalla per patologie causate da traumi sportivi. Sono sempre sincero nello spiegare al paziente quali potrebbero essere i problemi inerenti a un intervento chirurgico, cerco di elencare e spiegare nella maniera più chiara possibile quali sono i rischi", afferma il dottor Roberto Pozzoni, responsabile del Centro di Traumatologia dello Sport dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano. Il medico, che ha il suo studio all'interno di Physioclinic, tiene a chiarire: "Non sempre è necessario intervenire chirurgicamente, è meglio evitare un approccio aggressivo e favorirne uno di tipo conserva-

tivo. Con il paziente mettiamo le due opzioni sulla bilancia e scegliamo insieme la strada migliore da percorrere. Professionalità, onestà e voglia di far bene è quanto serve in questa professione".

Sulla stessa linea d'onda il dottor Simone Radaelli, medico chirurgo specialista in Ortopedia e Traumatologia. "È importante – tiene a precisare - anche il trattamento nel post operatorio: il paziente che viene operato, anche se l'intervento chirurgico è riuscito perfettamente, necessita di un'attenzione meticolosa, altrimenti si rischia di vedere l'insorgere di qualche altro problema", spiega il medico che si occupa principalmente di chirurgia artroscopica di spalle e ginocchio e chirurgia protesica di anca, ginocchio e spalla. Poi sottolinea: "Qui il paziente non è visto come un salvadanaio, da noi non si propongono terapie dall'efficacia minima e dal guadagno importante. È per questo che i pazienti ci stimano e aumentano nel tempo: il nostro rapporto con loro non è danaroso, è un rapporto di fiducia che dura nel tempo".

Un altro elemento di Physioclinic per la ricerca del benes-

**Dopo Milano,  
il prossimo  
approdo  
sarà l'Emilia,  
alla quale  
seguiranno  
Toscana,  
Lazio e Basilicata**





sere è l'acqua: hidrobike, aquafitness, acqua training, lezioni private per gestanti, nuoto neonatale, lezioni private per bambini, ragazzi e adulti, personal trainer in acqua. Interessante anche l'area wellness, che prevede la preparazione sportiva a tutti i livelli (golf, sci, calcio, tennis, basket, atletica, sci di fondo, nuoto), personal training, pilates (lezione privata o duetto), trattamenti viso e corpo. "Siamo orgogliosi di Physioclinic, di come il centro è cresciuto e di come ha risposto nel periodo della pandemia, dimostrando che le cooperative possono fare servizi sanitari di eccellenza", spiega il fondatore di Auxilium Angelo Chiorazzo, cooperativa nata Basilicata e divenuta una delle aziende più solide nel settore socio sanitario del nostro Paese. Prosegue Chiorazzo: "Vorremmo portare Physioclinic in tutta Italia: approderemo in Emilia, poi sarà la volta della Toscana e del Lazio. Il nostro desiderio è avviare anche un importante centro in Basilicata. Vogliamo ampliare gli spazi già esistenti, introdurre la migliore tecnologia offerta dal mercato e continuare ad avere la collaborazione dei migliori professionisti. Ma il nostro tratto distintivo deve rimanere sempre l'umanità". Chiorazzo, presidente del Consiglio di amministrazione di Physioclinic, termina con un ringraziamento: "Un plauso va fatto a



tutta la squadra della nostra clinica, dalle persone addette alle pulizie alle preparatissime ragazze della reception, da tutto il personale medico e paramedico, a Marzia Barbaglia, responsabile dell'amministrazione, e soprattutto alla direttrice Roberta Sabatino, che ha saputo motivare tutti con grande capacità manageriale".

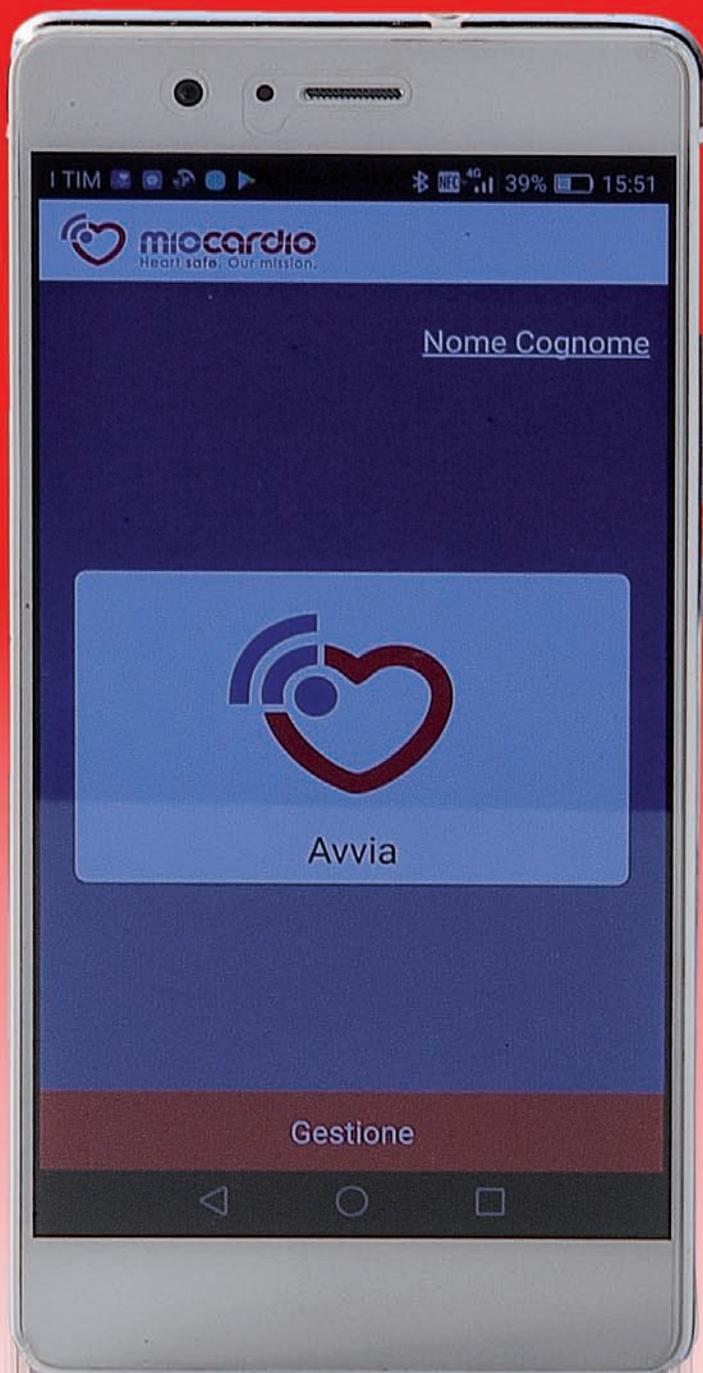
Auxilium, con la sua Physioclinic, continuerà a scorrere nelle vene sanitarie del Belpaese. Nel cuore di Milano ci è già arrivata, e ha fatto centro.

**Servizio fotografico di Michele Ranzani**

MVS  
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





# *Tiroide, arriva una nuova “arma”*

## *Metodo mini-invasivo innovativo all’ospedale “Pertini” di Roma*

di *Flavia Scicchitano*

La patologia nodulare della tiroide è piuttosto diffusa in Italia e colpisce maggiormente le donne: i noduli possono essere singoli o multipli, nella maggioranza dei casi sono asintomatici e benigni e non richiedono alcun trattamento. Tuttavia, in alcuni casi, possono crescere di dimensioni e diventare visibili ed antiestetici, oppure sintomatici per fenomeni compressivi, fino a determinare difficoltà alla deglutizione, fonazione o respirazione. Se fino a qualche tempo fa l’unica soluzione era offerta dall’intervento chirurgico, oggi i pazienti affetti da malattia nodulare citologicamente benigna (ovvero che abbiano eseguito due aghi aspirati del nodulo da trattare con

risultato di benignità - TYR 2) e che mostrino segni o sintomi riconducibili alla grandezza del nodulo stesso, hanno a disposizione una nuova arma terapeutica: il trattamento di termo-ablazione con radiofrequenza, una procedura mini-invasiva che sfrutta il calore generato da una apposita sorgente per neutralizzare il nodulo, con vantaggi in termini di minori complicanze e conservazione del tessuto sano.

Struttura di riferimento nel centro Italia è l’Unità Operativa Complessa di Diagnostica per Immagini e Radiologia interventistica dell’Ospedale Sandro Pertini di Roma, diretta dal professor Germano Scevola.

Il team, composto dal dottor Marco Doddi e dalla dottoressa Emanuela Papa, ha illustrato dati incoraggianti relativi a riduzione e stabilizzazione della lesione e ricrescita a seguito del trattamento. *“Per quanto riguarda le patologie della tiroide dal 2005 la radiologia interventistica ha trovato un grande spazio nella gestione di alcuni tipi di noduli tiroidei - spiega il professor Scevola - Dal punto di vista diagnostico questi noduli sono rilevati attraverso una ecografia del collo, che consente di identificarne la presenza e di caratterizzarli, mentre sul fronte terapeutico oggi disponiamo di un moderno trattamento mini-invasivo. La termo-ablazione con radiofrequenza è una tecnica che sfrutta l'aumento della temperatura locale del nodulo da trattare, fino ad una temperatura superiore ai 60 C, con l'obiettivo di necrotizzare la lesione, grazie alla vaporizzazione del tessuto, e raggiungere nel tempo una riduzione completa o parziale, evitando al contempo il processo di carbonizzazione. Previa anestesia locale e sotto guida ecografica, si introducono aghi di varia grandezza nel nodulo stesso; movimenti di retrazione e riposizionamento dell'ago-elettrodo (moving shot technique) consentono di trattare più parti della lesione nella stessa seduta. La*

*procedura, eseguita in regime ambulatoriale o di day-surgery, in ambiente dedicato e dotato di monitoraggio dei parametri vitali, dura dai 20 ai 40 minuti (a seconda della dimensione del nodulo). Al termine, viene applicato del ghiaccio sul collo del paziente per circa mezz'ora”.*

Prima di sottoporsi al trattamento il paziente deve eseguire emocromo e coagulazione. Nei casi di patologie che richiedano la somministrazione di anticoagulanti, questi vanno sospesi nei giorni precedenti. Ma quali sono le principali indicazioni per accedere alla terapia percutanea dei noduli tiroidei? Come raccontano gli esperti: nodulo sintomatico (dispnea, disfonia e disfagia); gozzo nodulare di grandi dimensioni che determini compressione tracheale tale da impedire l'eventuale intubazione in corso di intervento chirurgico (in casi selezionati questo tipo di trattamento può servire 'da ponte' all'intervento stesso); inestetismo determinato da noduli di grandi dimensioni; noduli iperfunzionanti in alternativa alla terapia radio-metabolica; nodulo unico che mostri incremento volumetrico in soggetti giovani; rifiuto del paziente ad intervento chirurgico; intervento o anestesia non effettuabili per patologie concomitanti; paziente con patologia maligna che abbia sviluppato

**Già a partire dal 2005  
la radiologia interventistica  
ha trovato grande spazio  
nella gestione di alcuni tipi  
di noduli tiroidei**





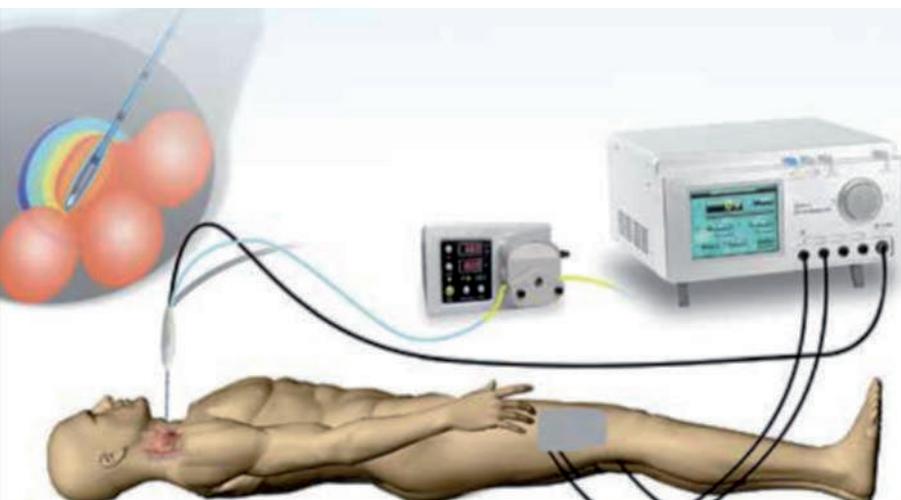
## COME ACCEDERE AL CENTRO D'ECCELLENZA TERAPIA PERCUTANEA DEI NODULI TIROIDEI

Si accede al centro previa visita ambulatoriale di Radiologia interventistica. La prenotazione va effettuata di persona agli Sportelli CUP o telefonicamente al RECUP Numero 069939 muniti di prescrizione del medico di Medicina generale o specialista, compilata in tutte le sue parti compreso il codice di esenzione.

E' anche possibile richiedere informazioni attraverso mail aziendale, [radiologiainterventistica.op@aslroma2.it](mailto:radiologiainterventistica.op@aslroma2.it). Durante la prima visita si esegue la preliminare ecografia ed eventuale ago aspirato, qualora non già disponibile. Reso edotto il paziente sulla terapia si procede alla raccolta dati per la pianificazione dell'intervento. Variamente allestite per mostrare le diverse opzioni offerte dal cerimoniale.

una recidiva non responsiva ai trattamenti convenzionali (iodio-terapia - radioterapia - chemioterapia); pazienti con metastasi linfonodali da tumori tiroidei che non siano suscettibili di trattamento chirurgico o radio-metabolico. Una controindicazione assoluta al trattamento è, invece, il grave deficit coagulativo, anche se determinato da terapia anticoagulante non sostituibile. Pazienti portatori di pace-maker e pazienti con defibrillatore impiantato possono beneficiare di tale terapia solo in casi selezionati.

*“Le caratteristiche ecografiche dei noduli hanno consentito di prevedere l'efficacia della procedura secondo criteri volumetrici - spiega il dottor Marco Doddi - Noduli misti, con lacune anecogene (micro-cistici), ricca vascolarizzazione e dimensioni inferiori ai 10 ml, hanno mostrato una maggiore riduzione del volume rispetto ai noduli di dimensioni maggiori, solidi e non vascolarizzati. La riduzione volumetrica valutata al follow up ecografico ha evidenziato che i risultati di questa moderna terapia*



sono estremamente validi: i noduli nel primo anno si riducono fino al 70% del volume iniziale, la riduzione di volume è già evidente ad un mese dal trattamento con riduzione media del 30-40% del volume basale. I noduli tossici (funzionanti) nel 65% dei casi sono trattati con ripristino della normale funzione tiroidea, mentre nei casi minori più resistenti si riesce a dimezzare comunque la posologia del farmaco anti tiroideo e si può poi ricorrere al trattamento con I131 ma con dosi molto inferiori a quelle necessarie senza il trattamento preventivo con RF”.

Nel dettaglio quali sono i vantaggi offerti dalla termoablazione con radiofrequenza? “Gli studi finora pubblicati hanno mostrato innegabili vantaggi della radiofrequenza rispetto alla chirurgia in termini di semplicità (operatore dipendente), minori complicanze, anestesia locale, assenza di terapia sostitutiva, salvaguardia del tessuto sano, incluse le paratiroidi, stabilizzazione della funzione tiroidea, ripetibilità se necessario - aggiunge la dottoressa Emanuela Papa - Inoltre, poiché la termoablazione non crea alterazioni di tipo flogistico né aderenze, la chirurgia è sempre possibile. I vantaggi poi sono importanti anche sul lato economico-sociale: i costi sono decisamente inferiori rispetto alla chirurgia perché i tempi di ospedalizzazione sono nulli e grazie all'assenza di convalescenza i pazienti possono proseguire la loro normale attività lavorativa. Infine, ove si tratta di noduli iperfunzionanti, è innegabile anche il vantaggio rispetto

alla terapia radio-metabolica, che costringe il paziente a terapia sostitutiva a vita; nei pazienti trattati con radiofrequenza, la riduzione in termini di dimensioni è quasi doppia. Il nodulo però non viene definitivamente rimosso pertanto, anche se in una minima percentuale di casi (5%), potrebbe ricrescere. In questi casi un ritrattamento è comunque possibile”.

“I risultati in termini di riduzione volumetrica vengono valutati ecograficamente a 1, 6, 12 e 24 mesi ed hanno finora mostrato, in accordo con i dati della letteratura, una riduzione già dopo un mese fino al 45%, con una stabilizzazione della lesione a 24 mesi di circa il 90%. Il 5% dei noduli mostra una tendenza alla ricrescita - prosegue il dottor Doddi - I risultati in termini clinici ed estetici mostrano un miglioramento dal primo mese ed una successiva risoluzione dei sintomi compressivi, della disfonia e della disfagia. Sono risultati alti il gradimento e il miglioramento della qualità di vita, correlata alla correzione dell'inetetismo. Per quanto riguarda gli effetti collaterali descritti nella letteratura possiamo citare la paralisi del nervo ricorrente (generalmente transitoria), infezioni e rottura del nodulo; mentre effetti collaterali minori sono il dolore (energia correlato), edema ed ematoma sottocutaneo. Nessun danno è, invece, stato riportato per le paratiroidi, complicanze frequenti e permanenti dopo l'intervento chirurgico, con conseguente terapia cronica di calcio e vitamina D”.



L'equipe da sinistra: Germano Scevola, Francesco Tagliaferro, Giorgio Loreni, Emanuela Papa, Marco Doddi, Marco Rastelli

# MALATTIE CARDIOVASCOLARI, L'IMPATTO DEVASTANTE DELL'EPIDEMIA

di *Riccardo Romani*

## LEONARDO ERCOLINI



**L**eonardo Ercolini, classe 1967, laureato e specializzato in Chirurgia Vascolare a Firenze, ha lavorato per 18 anni presso l'Ospedale San Giovanni di Dio della stessa città e dal 2017 è primario di Chirurgia Vascolare dell'ospedale San Donato ad Arezzo. Negli anni 2019 e 2020 ha diretto anche la Struttura Complessa

Concentrare fondi e personale nel contrasto al Covid ha ritardato gravemente diagnosi e trattamenti, aumentando i decessi

di Chirurgia Vascolare dell'ospedale Misericordia di Grosseto. Dal 2020 è Direttore dell'Area Dipartimentale di Chirurgia Vascolare dell'Azienda USL Toscana Sud Est, la più estesa di tutta la Toscana. La casistica consta di oltre 7000 interventi di chirurgia vascolare maggiore e negli anni ha sostenuto e contribuito allo sviluppo di tecniche mini-invasive di chirurgia vascolare open soprattutto per la patologia ostruttiva e aneurismatica dell'aorta addominale. Da qualche anno si sta interessando alla fattibilità tecnica di interventi di chirurgia vascolare con tecnica laparoscopica e robotica dell'area addominale. Nel corso degli anni ha sviluppato tecniche per l'ottimizzazione dell'utilizzo delle endoprotesi aortiche, oltre che contribuito allo sviluppo di tecniche chirurgiche per la patologia carotidea. Dal 2013 fa parte del gruppo di lavoro del Laboratorio Management e Sanità della

Scuola Superiore Sant'Anna per la valutazione delle performance dei reparti di chirurgia vascolare della regione Toscana e dal febbraio 2020 è membro effettivo dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico attraverso il quale collabora con l'Agenzia regionale di Sanità della Toscana.

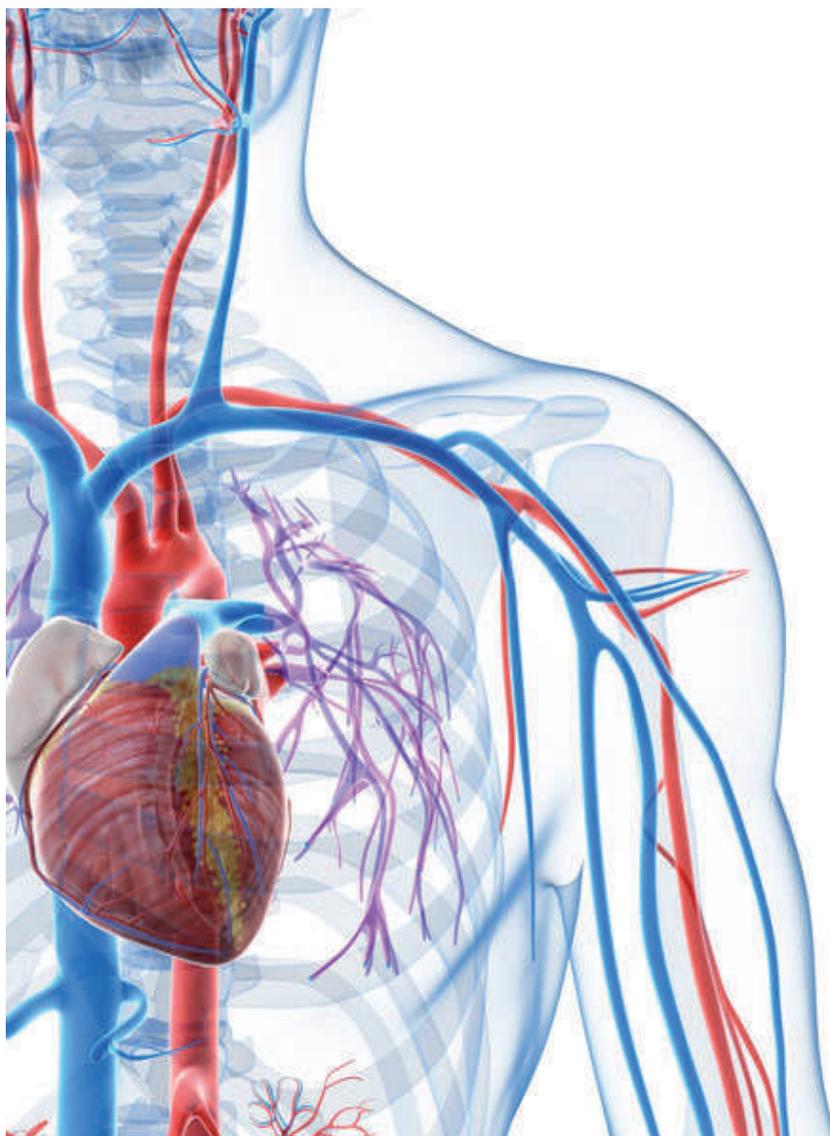
**Professore, quali sono le patologie di cui lei principalmente si occupa?**

Attualmente dirigo una Struttura Complessa costituita da 7 dirigenti medici di alto valore professionale. La struttura, di fatto un hub, è fisicamente allocata all'ospedale San Donato ad Arezzo ed è riferimento per gli ospedali della rete provinciale, 4 ospedali spoke, per tutta la patologia vascolare in elezione ed emergenza-urgenza. La patologia trattata comprende la malattia ostruttiva e aneurismatica dell'aorta addominale e toraco-addominale, core business, insieme alla patologia carotidea, della struttura e la patologia delle arterie iliache e quelle degli arti inferiori fino all'estrema distalità, quella degli arti superiori e i tumori glomici e la malattia varicosa degli arti inferiori. A queste patologie si associa l'attività di confezionamento

degli accessi vascolari per emodialisi per i pazienti con insufficienza renale cronica. Particolare sviluppo ha avuto negli anni il trattamento, insieme ad altre strutture afferenti, del cosiddetto "piede diabetico", che ha portato ad abbassare nettamente il numero di amputazioni maggiori. Le suddette patologie vengono trattate sia con tecniche chirurgiche tradizionali open mini-invasive, sia con tecniche endovascolari di ultima generazione, nell'interesse primario del bisogno di salute del paziente e con un occhio alla sostenibilità economica. Afferente alla Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, e gestita da quest'ultima, la Struttura Semplice di Diagnostica Vascolare rappresenta il punto di riferimento provinciale e aziendale per la diagnostica ultra-sonografica non invasiva delle patologie arteriose e venose di tutti i distretti. A questa struttura afferiscono professionisti di varia estrazione, come internisti, neurologi, medici del DEA e chirurghi, oltre che chiaramente chirurghi vascolari. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese, attualmente il trend è in aumento e ciò è legato al fatto che stanno aumentando



Nuovo Ospedale di Arezzo



particolari che devono essere operati anche se non raggiungono tali dimensioni, perché il rischio di rottura con conseguente emorragia interna è molto alto. Anche la diagnosi precoce della stenosi carotidea è fondamentale, perché l'intervento chirurgico riduce nettamente il rischio di ictus o morte soprattutto nei pazienti asintomatici. I pazienti sintomatici, che hanno mostrato segni e sintomi neurologici focali e transitori, devono essere operati di sicuro e in tempi ristretti. La malattia stenotica delle arterie degli arti inferiori è un fattore prognostico sfavorevole per la vita dei pazienti che ne sono affetti perché è un indice di poli-distrettualità della malattia aterosclerotica e pertanto ad alto rischio di eventi cardiovascolari anche fatali. Una sua diagnosi precoce anche in fase preclinica, cioè asintomatica, è fondamentale per indicare la correzione dei fattori di rischio come il controllo pressorio, della glicemia, della funzione renale, della dislipidemia e soprattutto cercare di far smettere di fumare i pazienti.

**Quale territorio copre la struttura che lei dirige?**

La USL Toscana Sud Est è per estensione la più grande della nostra regione, rappresentando di fatto quasi la metà del territorio regionale, oltre

le persone che non riducono i fattori di rischio. Sono responsabili di oltre il 30% dei decessi e si sta azzerando la differenza fra i maschi e le femmine, generalmente meno colpite.

**E' importante la diagnosi precoce?**

Per tutte le malattie vascolari su base aterosclerotica o meno, la diagnosi precoce è fondamentale. La patologia aneurismatica aortica e quella stenotica carotidea possono raggiungere gradi elevati di gravità senza mostrare alcun segno o dare alcun sintomo. Il diametro medio dell'aorta addominale è di circa 15 mm per la donna e 20 mm per uomo. Esami diagnostici tipo l'ecografia o la TAC o la risonanza magnetica, richiesti per esempio per patologia renale, gastrointestinale o semplicemente per rachialgie lombosacrali, possono mettere in evidenza aneurismi di dimensioni cospicue che necessitano di correzione chirurgica. Il limite per l'indicazione all'intervento chirurgico è in genere 50 mm per le donne e 55 mm per gli uomini, ma esistono casi

11.000 km<sup>2</sup> a fronte di circa 23.000 km<sup>2</sup> di tutta la regione Toscana. La popolazione è di circa 838.150 abitanti contro i 3.744.398 di tutta la regione. Il territorio della provincia di Arezzo sul quale insiste la mia struttura è circa un terzo di tutta la USL Toscana Sud Est e la popolazione raggiunge quasi i 350.000 abitanti.

**Come hanno aiutato le nuove tecnologie la sua attività professionale?**

Le nuove tecnologie hanno dato una spinta eccezionale alla mia disciplina. Le metodiche endovascolari, per esempio, hanno introdotto il concetto di mini-invasività, dal momento che questi interventi vengono eseguiti in genere con un accesso femorale con due piccole incisioni chirurgiche agli inguini o addirittura con un accesso percutaneo, senza tagli, in anestesia loco-regionale o anche locale. Questo ha rivoluzionato il concetto di intervento chirurgico e la percezione dei pazienti dell'intervento stesso. Ha di fatto permesso di operare pazienti che non erano candidabili a chirurgia

tradizionale per comorbidità elevate oppure ha reso più “semplici” interventi che chirurgicamente sarebbero stati molto complessi. Questo confronto delle due metodiche ha dato una spinta fortissima verso la ricerca di nuove soluzioni chirurgiche, tradizionali, che fossero anch’esse mini-invasive. Oggi, infatti, siamo arrivati a proporre ed eseguire interventi chirurgici tradizionali con mini accessi addominali e i pazienti, che prima stavano ricoverati 10 giorni, adesso con la chirurgia tradizionale vengono dimessi dopo 4 giorni dopo a fronte dei 2 giorni di quelli trattati con tecnica endovascolare. Anche per quanto riguarda la patologia stenosante carotidea e delle arterie degli arti inferiori, le nuove tecnologie, e soprattutto il loro continuo miglioramento e affinamento, hanno permesso di eseguire e ripetere rivascolarizzazioni molto complesse e ridurre nettamente le sequele dell’ischemia arteriosa.

**Qual è stato l’impatto del Covid-19 sulla cura delle malattie cardiovascolari?**

L’impatto è stato violentissimo e soprattutto improvviso. La necessità di stornare sui pazienti affetti da Covid-19 la maggior parte delle risorse economiche e di personale ha ridotto drasticamente la nostra attività, con ritardi di diagnosi e trattamenti delle malattie vascolari, aumentando di fatto il numero dei decessi e delle complicanze legate a tale patologia. Il numero degli interventi si è praticamente

dimezzato, e il numero delle prestazioni ambulatoriali diminuito quasi a un terzo. Con le misure di contenimento del virus e un’attenta governance aziendale stiamo pian piano aumentando i pazienti trattati. Come tutti speriamo nell’efficacia del vaccino per tornare quanto prima alla condizione pre Covid.

**Quanto ha inciso la riduzione degli investimenti sulla sanità?**

E’ innegabile che la riduzione progressiva degli investimenti di natura economica degli ultimi 20 anni hanno pesato molto in questo periodo. Credo altresì che ci sia stata una politica del personale della sanità alquanto discutibile. Credo fermamente però che dobbiamo utilizzare al meglio ciò che abbiamo, cercando di ridurre gli sprechi e di investire sulle persone. La ricchezza più grande che abbiamo siamo noi stessi. Ognuno di noi dovrebbe fare la propria parte e anche di più, come ci hanno fatto vedere molti colleghi in questi terribili mesi. Credo fermamente, e cito un documento prodotto dall’Organismo Toscano per il Governo Clinico, che “Andrà tutto bene... se saremo capaci di cambiare”. La strada verso il ritorno alla “normalità” deve essere lastricata di nuovi modelli di governance per garantire sempre e dovunque l’appropriatezza delle cure al paziente giusto nel momento giusto.

**“La strada verso il ritorno alla normalità dev’essere lastricata di nuovi modelli di governance”. Andrà tutto bene... se saremo capaci di cambiare**



# *La ricostruzione mammaria autologa*

## *Una nuova frontiera*

### *per le pazienti mastectomizzate*

di Franco Bassetto, Carlotta Scarpa e Vincenzo Vindigni\*

Con una frequenza pari al 41% nelle donne al di sotto dei 50 anni di età e del 22% nelle pazienti di età superiore ai 70 anni, attualmente il tumore della mammella rappresenta il 30.3% di tutti i tumori femminili, ed è stato caratterizzato, nell'ultimo decennio, da un costante incremento della sua incidenza, pari all'1.6% annui. Tale andamento ha quindi comportato una sempre crescente necessità di intervenire con terapie mediche, quali la radioterapia e/o la chemioterapia, e/o terapie chirurgiche, come la quadrantectomia o la

mastectomia, atte a "garantire" la sopravvivenza della paziente.

Nonostante tali trattamenti portino notevoli benefici, essi possono, tuttavia, minare l'immagine corporea della paziente, soprattutto qualora comportino l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria, associata, o meno, alla contemporanea asportazione del complesso areola capezzolo.

E' noto, infatti, come la regione mammaria sia da sempre considerata, nella donna, sinonimo di femminilità,



Franco Bassetto



bellezza e “carica erotica”, rappresentando quindi centro nevralgico per l’immagine corporea femminile.

Al fine quindi di far riacquisire alla paziente, al più presto, tale immagine, sin dall’antichità molte sono state le metodiche di ricostruzione mammaria utilizzate, dalle epitesi in terracotta fino a metodiche più recenti di ricostruzione mammaria cosiddetta autologa, ovvero ottenibile mediante l’ausilio dei tessuti della paziente stessa.

Diversamente, infatti, dalla più conosciuta procedura di ricostruzione con espansore e protesi, metodica tutt’ora ancora molto utilizzata perché a “limitata invasività” e perché non richiede sofisticati strumenti chirurgici, ma che espone la paziente sia ad una continua stimolazione immunitaria (causata dalla presenza di protesi mammaria, ovvero di un corpo estraneo con possibile insorgenza, in pazienti predisposte e/o sottoposte a radioterapia, di contrattura capsulare), sia all’aumentato rischio, soprattutto nelle pazienti sottoposte a radioterapia, di esposizione dell’espansore dapprima e della protesi a seguire; la ricostruzione con tessuti autologhi prevede l’utilizzo di tessuti “prelevati” dalla paziente stessa (sito donatore) e che vengono posizionati a livello mammario (sito ricevente) mediante procedure sempre più spesso microchirurgiche, ovvero che si avvalgono di sistemi di ingrandimento (loops e/o microscopi), che consentono al chirurgo di “connettere”, mediante punti di sutura (anastomosi), le strutture vascolari mammarie a quelle presenti nei tessuti prelevati dal sito donatore.

Nonostante tale intervento sia più invasivo, e abbia una durata maggiore del più “semplice” posizionamento di protesi mammaria, il tessuto autologo della paziente consente una migliore naturalezza di risultato

(la neomammella appare di consistenza simile alla controlaterale, e segue i naturali processi di invecchiamento), ma soprattutto consente di portare, in un’area trattata non soltanto chirurgicamente, ma anche con terapia radiante e pertanto soggetta a processi aterosclerotici e fibrotici indotti da quest’ultima, un tessuto “biologicamente sano”, e quindi di eseguire una sorta di “bonifica” dell’area precedentemente affetta dagli esiti del trattamento della neoplasia. Per tali motivi la ricostruzione autologa comincia ad essere considerata sempre di più prima scelta, se possibile.

#### I maggiori interventi utilizzati di ricostruzione mammaria autologa

Molti sono stati in questi decenni i trattamenti autologhi sviluppati al fine di ottenere una valida e soddisfacente ricostruzione mammaria con minor impatto possibile sul sito donatore. Se infatti, nel secolo scorso, tali trattamenti erano maggiormente rappresentati da interventi chirurgici che prevedevano non soltanto una cicatrice cutanea, ben visibile al sito donatore, ma anche la possibile compromissione dell’apparato muscolare della paziente (tali interventi comportavano la disinserzione di muscoli addominali o dorsali) con conseguente parziale perdita di funzione, ad esempio, dell’arto superiore; attualmente, come sopra accennato, tali interventi prevedono la possibilità di prelevare dei tessuti distanti dalla regione mammaria e di trasferirli su di essa mediante tecnica microchirurgica.

Nello specifico, oggi è possibile, ad esempio, prelevare esclusivamente (risparmiando quindi il tessuto muscolare) la cute, il sottocute (tessuto adiposo) e alcuni vasi facenti parte della vascolarizzazione definita perforante (ovvero una sorta di vascolarizzazione di superficie, la cui asportazione non comporta alcun danno alla regione donatrice) dalla regione addominale, con procedura simile a quella dell’Addominoplastica (e in questo caso parleremo di DIEP Flap, ovvero di Lembo basato sulle arterie perforanti derivanti dall’arteria epigastrica inferiore) o dalla regione glutea (e in questo caso parleremo di SGAP Flap, ovvero di Lembo basato sulle arterie perforanti derivate dall’arteria glutea superiore). Tali interventi eseguibili, quando possibile, contestualmente all’intervento demolitivo di mastectomia, non prevedendo il coinvolgimento delle strutture muscolari, e conseguentemente la perdita, anche se parziale di una funzione, hanno quindi un minore impatto sull’area donatrice che, nel caso, ad esempio, di pazienti con discreto pannicolo adiposo addominale, beneficia della rimozione del pannicolo in eccesso, a scapito però di esito cicatriziale.

Tuttavia tali interventi non sono scevri di possibili complicanze. Nello specifico la più temibile è correlata alla necessità di eseguire delle anastomosi



Fig 1: a) preoperatorio, b) post ricostruzione con lembo microchirurgico DIEP

microchirurgiche tra i vasi mammari e i vasi perforanti presenti nel lembo, ed è rappresentata dalla possibilità di formazione di trombi all'interno dei vasi stessi, che possono condurre alla perdita parziale o totale del lembo stesso. Fortunatamente, l'odierno miglioramento dei metodi di monitoraggio postoperatorio e l'utilizzo di farmaci che rendono maggiormente fluido il tessuto sanguigno, hanno fortemente ridotto, ma non eliminato, tale complicanza, che comunque deve essere spiegata alla paziente al momento della visita al fine di ottenere un valido consenso al trattamento.

#### Trattamenti alternativi all'intervento "espansore-protesi"

Attualmente è possibile considerare una ricostruzione mammaria autologa basata completamente sull'utilizzo di tessuto adiposo (Lipofilling mammario). Tale trattamento chirurgico prevede il progressivo "deflating" dell'espansore mammario impiantato subito dopo la mastectomia, e il contestuale innesto/impianto di tessuto adiposo della paziente, prelevato nella stessa seduta operatoria.

Anche in questo caso la neomammella si presenterà morbida al tatto e di aspetto molto naturale; tuttavia il trattamento con Lipofilling prevede più sessioni chirurgiche, costringendo la paziente a sottoporsi a multipli interventi; inoltre 1) la presenza nel tessuto adiposo innestato di cellule cosiddette staminali, ovvero capaci di maturare, 2) il necessario apporto sanguigno richiesto per la sopravvivenza dell'innesto adiposo stesso, 3) la possibile calcificazione di parte

del tessuto adiposo, hanno diviso in questi anni la comunità scientifica sull'opportunità o meno di proporre tale trattamento. Parte della comunità scientifica, infatti, teme che le precedenti caratteristiche possano favorire la comparsa di recidive neoplastiche o possano, nel caso delle calcificazioni, ostacolare la corretta interpretazione di esami strumentali, come la mammografia.

Attualmente la ricerca e i dati di letteratura stanno tuttavia dipanando tali preoccupazioni, riservando un atteggiamento di attesa di "due anni di libertà di malattia" alle sole pazienti affette da una specifica tipologia di carcinoma mammario e/o da esito di asportazione parziale della mammella; la persistenza infatti di ghiandola mammaria potrebbe "nascondere" microscopici focolai neoplastici non rilevabili dalle odierne indagini strumentali e il cui sviluppo quindi potrebbe essere favorito dall'apporto sanguigno necessario alla sopravvivenza dell'innesto e/o alla percentuale di cellule staminali presenti nell'innesto di tessuto adiposo.

\* Prof Franco Bassetto, Professore Ordinario, Direttore della Cattedra di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, Azienda Ospedale-Università di Padova.

Dott.ssa Carlotta Scarpa, Ricercatrice c/o la UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Azienda Ospedale-Università di Padova.

Prof Vincenzo Vindigni, Professore Associato c/o la UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Azienda Ospedale-Università di Padova

# PROSTATA, UN ROBOT PER AMICO

CONTRO QUESTA PERICOLOSA FORMA DI TUMORE  
SEMPRE PIU' UTILIZZATA UNA CHIRURGIA  
MAGGIORMENTE INNOVATIVA E MENO INVASIVA

di Danilo Quinto

Il dottor Andrea Cocci, del reparto di Urologia oncologica mini-invasiva robotica ed andrologica dell'Azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze.

*Dottor Cocci, perché è diventato medico? Quali sono stati i suoi studi e la sua preparazione?*

Sono diventato medico per l'enorme passione che ho sempre avuto per l'anatomia e la medicina. Già in seconda superiore avevo già deciso la strada. Ho avuto la fortuna di entrare al test d'ingresso a Medicina subito e quindi è stato un percorso rispetto al quale mi

sono sentito molto predestinato. Ho frequentato l'Università nella mia città, che è Firenze. Al quarto anno, ho deciso di partecipare al bando Erasmus, che mi ha portato 12 mesi in Spagna e successivamente sono stato 6 mesi a Santiago del Cile, dove ho fatto parte della mia carriera universitaria. Sono tornato a Firenze per laurearmi. Dopo la laurea entro nella Scuola di Specializzazione di Urologia dell'Università. Al terzo anno di specializzazione, decido di recarmi in Inghilterra, dove resto un anno, prima a Bristol, presso il prof. Marcus Drake e successivamente a Londra,



Andrea Cocci

presso il prof. David Raltk. Prima per fare studi di anatomia funzionale femminile, poi per studi di Chirurgia funzionale maschile. Mi reco ancora in Belgio, presso il prof. Motrie, per affinarmi sulla Chirurgia robotica, rispetto alla quale, comunque, la struttura di Firenze era leader. Torno a Firenze e vinco il dottorato di ricerca, che ha avuto una durata di 3 anni ed è stato tutto centrato sulla chirurgia pelvica e genitale maschile. Assumo, quindi, la posizione di ricercatore, urologo e andrologo presso il Dipartimento di Urologia e Andrologia presso l'Università di Firenze.

**Come giudica queste sue esperienze all'estero?**

Quando un italiano va all'estero va a frequentare sempre Centri di eccellenza ed è ovvio che quando si frequentano questi luoghi, si conoscono realtà che sono superiori a quelle italiane. Noi vediamo, però, la parte bella della realtà estera, le tecnologie, l'accesso a determinati fondi di ricerca e quant'altro. Nella realtà, i Centri esteri sono

**Il benessere a monte del boom di ammalati: fino a settanta anni fa era la natura a compiere la selezione fin dalla più tenera età**

spesso misti (privati-pubblici), che hanno tanta disponibilità di risorse, ma che offrono un'assistenza al cittadino di molto inferiore a quella offerta dalla realtà italiana. In Italia, a mio avviso, abbiamo un'assistenza superiore rispetto alla media di qualsiasi Paese europeo. Sicuramente abbiamo una preparazione molto più teorica che pratica, ma questo è legato fondamentalmente a due aspetti: sforniamo moltissimi medici, a confronto degli altri Paesi; la non depenalizzazione dell'atto medico, porta ad avere una prudenza estremamente superiore rispetto ai colleghi di altri Paesi europei. Io continuo a ritenere che l'Italia ha qualcosa da dire sempre nell'ambito medico rispetto a qualsiasi Paese europeo.

Inquadriamo ora, dal punto di vista generale, il problema della ghiandola prostatica.

Quando parliamo di prostata, parliamo di due problemi: ipertrofia prostatica e tumore alla prostata. E' quasi fisiologico che la prostata diventi più grande e dia problemi. Dopo i 50 anni, il 30-40% degli uomini soffre di disturbi legati alla prostata; a 70 anni, l'80%. Il problema è, quindi, endemico nella popolazione. Di coloro che soffrono di ipertrofia prostatica, il 30% ha necessità di un intervento chirurgico, perché i farmaci non funzionano. Il tumore prostatico è il secondo tumore d'incidenza in Italia, dopo quello polmonare. Il 20% di tutte le patologie oncologiche in Italia, deriva dal tumore della prostata. Il 91% dei pazienti che vengono trattati con tutti i metodi possibili, ha un'ottima sopravvivenza dopo i 5 anni, o libero da malattia o libero dai sintomi della malattia. La diffusione di queste patologie - che sarà sempre più estesa, considerato l'invecchiamento della popolazione - sono aggredibili e curabili.

**Come giudica l'informazione che viene data alla popolazione maschile su come deve agire in termini di prevenzione di queste patologie?**

C'è molta disinformazione. Ci sono uomini che non hanno alcuna idea su come si monitorizza l'aspetto della salute prostatica, altri che fanno analisi di continuo, perché terrorizzati dall'informazione. Ci dovrebbe essere sempre un'educazione da parte del cittadino e un'educazione da parte del medico di base. Lo specialista arriva in ultima istanza. La prostata è un organo che si investiga molto bene, con un semplice esame del sangue, che si chiama PSA (Antigene Prostatico specifico), che dopo i 45 anni tutti i maschi dovrebbero fare e, successivamente, una visita specialistica, che prevede un'esplorazione rettale e un'ecografia all'addome. L'ecografia è un esame meraviglioso, perché non ha nessun tipo di effetto collaterale, dà moltissime informazioni ed è ripetibile. Già fare questi esami, ogni 1 o 2 anni, permette di monitorizzare in maniera estremamente precisa, sia l'andamento dell'ipertrofia prostatica, sia eventualmente diagnosticare un possibile tumore di prostata in fase precoce. Ovviamente, le



indagini devono essere personalizzate, a seconda che ci sia una familiarità, ma questo vale per ogni ambito della medicina.

**Quali sono i metodi d'intervento e l'apporto della tecnologia, sia per quanto riguarda l'adenoma prostatico, sia nel caso del tumore?**

Siamo in grado non solo di curare queste malattie, ma anche di fornire al paziente quelle che sono le aspettative che lui vorrebbe in termini di recupero. Ci sono interventi chirurgici che permettono di risolvere la problematica addirittura in day-hospital, quindi con un ritorno all'attività lavorativa in un giorno. Queste sono le cosiddette terapie interstiziali: sono dei laser o delle infiltrazioni di vapore, che riducono la dimensione della prostata, con un intervento che dura pochi minuti. Nei casi più gravi, si utilizzano altre tecnologie – laser o robotiche applicate – che permettono un ricovero di 2-3 giorni al massimo e tutte queste tecnologie, studiate sul paziente, possono anche permettere la conservazione dell'eiaculazione, che è un tema rispetto al quale i pazienti sono molto sensibili e che sarà sempre più importante, vista l'incidenza della malattia che con il trascorrere degli anni colpisce persone sempre più giovani.



**C'è una spiegazione dell'invasività di questa malattia?**

Il benessere. Fino a 70-80 anni fa, i bambini, i giovani uomini, venivano selezionati dalla natura. Si moriva in giovane età e sopravvivevano i più forti. Ora, viviamo in una società dove le malattie sono croniche. Le malattie si ereditano e l'ereditarietà comporta il fatto che compaiono in giovane età.

**Cosa può dire sui farmaci e sulle nuove ricerche per l'ipertrofia prostatica?**

Sui farmaci siamo fermi da molti anni. Hanno due funzioni: innanzitutto quella di rendere il flusso urinario più

agevole (farmaci cosiddetti alfa-1 bloccanti), che hanno un effetto sgradevole purtroppo, quello di bloccare l'eiaculazione; i farmaci anti-androgeni, invece, agiscono abbassando il livello di testosterone di cui la prostata si nutre, cercando di ridurre il volume; hanno un funzionamento modesto e una percentuale dei pazienti avverte il calo della libido o il calo delle erezioni. Poi, ci sono anche i fito-farmaci, che vanno ad abbassare la componente infiammatoria, che si applicano come integratori. Ricordiamo che l'ipertrofia prostatica molto avanzata provoca non solo disturbi ad urinare, lo svegliarsi la notte, ma anche problemi più seri, come le infezioni e le disfunzioni erettili in molti pazienti.

**Come giudica la struttura dove lei opera, l'ospedale Careggi?**

Noi a Careggi siamo un'eccellenza a livello europeo. La struttura in cui lavoro ha 62 posti-letto minimi, cinque sale operatorie, compresa quella esterna, due robot. Ci occupiamo di Urologia Pediatrica, Urologia funzionale femminile, Urologia maschile ricostruttiva, Urologia oncologica. Abbiamo i volumi operatori più grandi d'Italia e siamo un team e una struttura – sotto la guida del prof. Marco Carini, che ha soltanto da insegnare. Non abbiamo magari l'appeal mediatico di altre strutture, abbiamo un profilo

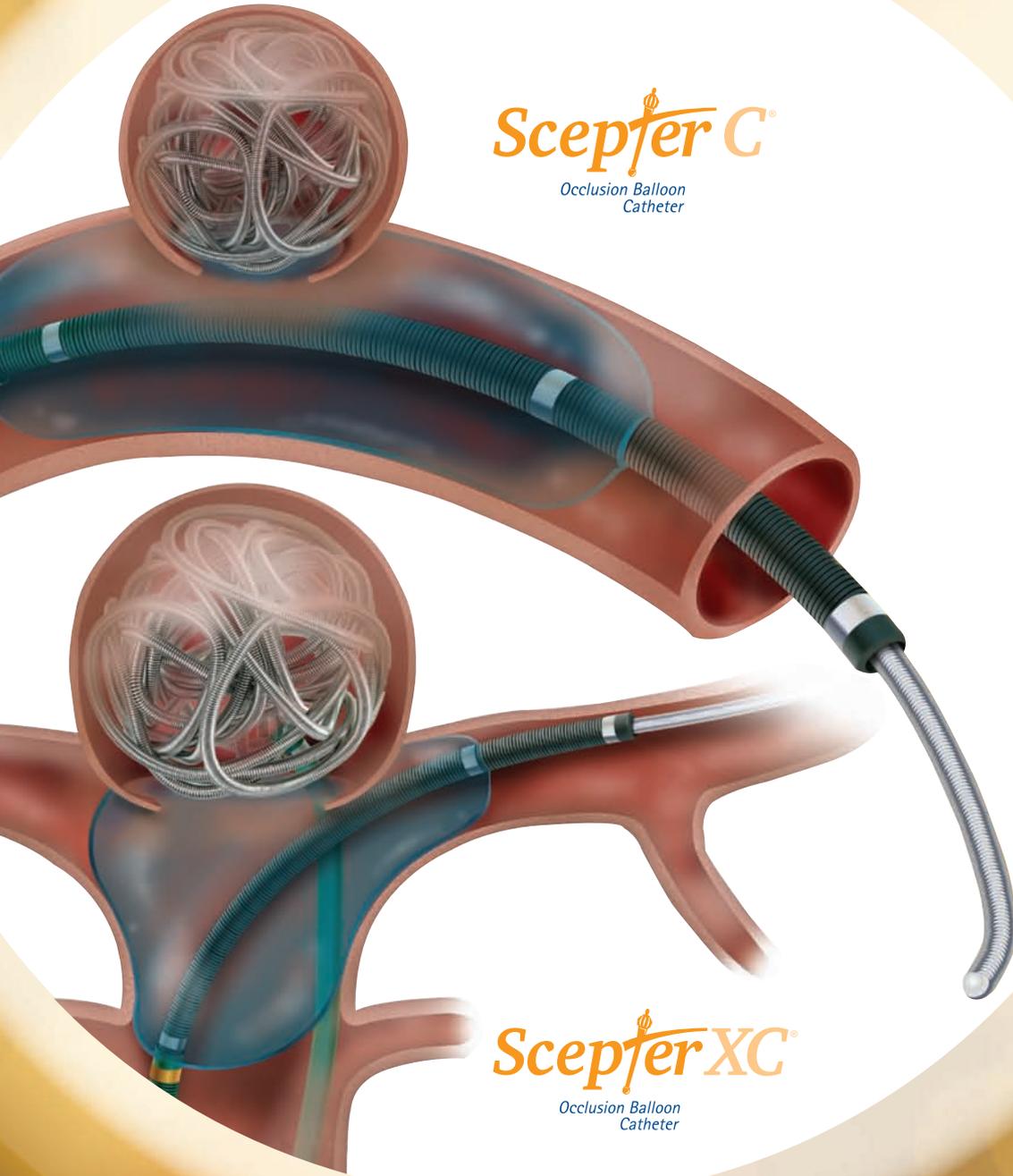
più basso sotto l'aspetto pubblicitario, ma siamo assolutamente una realtà che funziona molto bene.

**L'uso dei robot come ha aiutato la sua attività?**

E' vero che la chirurgia robotica può essere applicata nell'ipertrofia prostatica in casi molto particolari, ma in particolare il robot viene utilizzato nella chirurgia per tumore prostatico, che colpisce moltissime persone. Si parla di 278.000 casi all'anno. Il tumore prostatico ha un punteggio, che va da 6 a 10 - si chiama "Gleason score" – e a seconda del punteggio, abbiamo una gravità della malattia. Ad oggi, il gold-standard rimane la prostatectomia, cioè l'asportazione in blocco di vescichette seminali e prostata. L'intervento è radicale. L'utilizzo della chirurgia robotica permette di andare a conservare con molta precisione i nervi legati all'erezione e l'utilizzo di piccoli accessi laparoscopici, permette un recupero post-operatorio in massimo 2-3 giorni e questo è un aspetto fondamentale. Negli ultimi anni, si sono affacciate le cosiddette terapie focali: la focal-therapy, uno strumento che va a bruciare esclusivamente il tumore con un fascio di microonde esterne e questo permette non solo di trattare il paziente in day-hospital, ma anche di curarlo con ancor meno invasività: nessun tipo di taglio, recupero immediato; nessuna disfunzione erettile; nessun rischio d'incontinenza.



*Scepter C*®  
Occlusion Balloon  
Catheter



*Scepter XC*®  
Occlusion Balloon  
Catheter

**ENDOASCULAR  
SERVICE**  
ENDOASCULAR SERVICE

# PEDIATRIA E COVID-19

di Caterina Del Principe

Il prof. Alberto Villani è Direttore del Dipartimento Emergenza, Accettazione e Pediatria Generale, Responsabile Unità Operativa Complessa Pediatria Generale dell'Unità di Ricerca Patogenesi e Terapie Innovative in Infettivologia dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma. Dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma, si è specializzato in Pediatria, in Broncoscopia e in Terapia Intensiva Neonatale. Dal 1988 al 1990 ha lavorato presso l'Airway Disease Center della Case Western Reserve University a Cleveland (Ohio-USA), in qualità di Research Associate. Nel 1991 è stato Visiting Fellow presso l'Istituto della Madre e del Bambino di Rabka (Polonia). È stato docente Docente presso le Scuole di Specializzazione di Pediatria dell'Università Tor Vergata (2012 - oggi), Sapienza di Roma (2002 - 2015) e de L'Aquila (1996-2000) e presso la Scuola di Specializzazione di Pediatria dell'Università Bugando University College of Health Science di Mwanza – Tanzania (2011-2012). È membro ordinario della Pontificia Accademia per la Vita. Autore di numerose pubblicazioni Nazionali ed Internazionali. È stato Presidente della Società Italiana di Pediatria (2016-2020), della Società Italiana di Neonatologia (SIN), della Società Italiana di Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI), della Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Pediatrica (SIAIP), della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica (SITIP).

**Quali dati sono disponibili sulla diffusione del virus da Sars Covid-19 nell'età giovanile?**

I dati disponibili sono quelli regolarmente forniti dall'ISS e presenti sul sito dell'ISS. Negli ultimi 30 giorni, su un totale di 162.547 casi, il 22,9% sono in età 0-18 e pari a 37.223 casi (soggetti positivi al tampone). Dall'inizio della pandemia, i soggetti in

età evolutiva risultati positivi 0-19 anni sono stati circa 620.000, di questi circa 220.000 in età 0-9 anni. I decessi nell'età evolutiva sono stati circa 30, tutti in soggetti con fragilità e co-morbilità. Alcune decine i casi di MIS-C, che hanno avuto necessità di cure intensive.

**Come si cura nei bambini la sindrome infiammatoria multi-sistemica pediatrica?**

La MIS-C può manifestarsi con diversi gradi di gravità, che possono richiedere un'assistenza in



Alberto Villani



ricovero ordinario, fino alla necessità di cure in terapia intensiva. Esistono delle pubblicazioni scientifiche che forniscono indicazioni sull'approccio terapeutico, in particolare un lavoro pubblicato nel 2021 su Italian Journal of Pediatrics ( IJP (2021) 47:24 <https://doi.org/10.1186/s13052-021-00980-2>).

**Se si supera l'infezione, ci sono delle conseguenze?**

La sola infezione non determina problemi e/o sequele. Nei soggetti che si ammalano (COVID) al momento non sono state descritte a oggi sequele meritevoli di menzione tra i soggetti precedentemente "sani", ovvero che non presentavano pregresse patologie importanti. Anche tra coloro che hanno avuto forme di COVID medio-gravi e/o gravi non sono al momento state evidenziate sequele degne di nota.

**Quali sono state le conseguenze sul piano del disagio psicologico dei lunghi periodi di lockdown e di isolamento sociale?**

Il progressivo aumento delle patologie neuropsichiatriche in età evolutiva è un fenomeno noto da tempo e in costante progressiva ascesa negli ultimi anni. La pandemia ha acuito questa tendenza e si è verificata una impennata degli accessi per patologie neuropsichiatriche nei Pronto Soccorso di tutta Italia (questo fenomeno è oggetto di una indagine conoscitiva della Società Italiana di Pediatria, i cui primi dati rivelano un aumento imponente dei casi). Disturbi di ansia, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare (DCA), autolesionismo, tentati suicidi hanno avuto una incidenza significativamente aumentata.

**In termini di prevenzione, la campagna di vaccinazione deve essere estesa alle fasce giovanili?**

La vaccinazione è una straordinaria opportunità per governare questa terribile pandemia. Più individui vengono vaccinati e meno il virus circolerà. Meno individui

si ammalano e ancor meno moriranno. E' grazie alla campagna vaccinale se in Italia si è passati da oltre 300 morti al giorno fino a qualche settimana fa a qualche decina di decessi ai nostri giorni e con un andamento in progressiva diminuzione.

**Prevederebbe per legge l'obbligo vaccinale?**

La vaccinazione è una privilegiata opportunità. La Società Italiana di Pediatria propone da anni l'educazione sanitaria come materia d'insegnamento dalla materna all'ultimo anno delle superiori. Divulgare la cultura sanitaria è il modo migliore per arginare cattiva informazione e ignoranza, vere cause dell'esitazione vaccinale.

**Quali insegnamenti ha fornito sul piano della gestione sanitaria questa pandemia?**

Ha insegnato che le malattie infettive e l'organizzazione sanitaria sono fondamentali e meritano maggiore attenzione, risorse e investimenti. Un virus può paralizzare il mondo: bisogna prepararsi per il futuro ad affrontare una pandemia pronti a una gestione efficiente. La medicina è cambiata e sono richieste professionalità e competenza, ma anche perfetta organizzazione e strutture e strumenti adeguati.

*Il dito nell'occhio*

# Riforma sanitaria, a rischio anche l'occasione del Pnrr

di Tuccio Risi



di rinunciare ai fondi del Meccanismo europeo di stabilità (che valevano 37 miliardi) si aggiunge ora la drastica riduzione dei fondi mirati del Pnrr, fissati in appena 20 miliardi. Di conseguenza, dei 68 miliardi di stanziamenti complessivi preconizzati dal ministero della Salute per rigirare come un calzino la sanità tricolore, ne sono rimasti a disposizione, appunto, solo 20. Una coperta evidentemente troppo corta non solo in relazione alle previsioni, ma anche, se non soprattutto, alle esigenze del nostro Sistema sanitario nazionale (Ssn), nato nell'ormai lontanissimo 1978 e bisognoso di una revisione profonda.

Proprio la vetustà dell'Ssn imponeva in via prioritaria una riforma della legge quadro del 1978 che tenesse conto delle impensabili innovazioni terapeutico-strumentali e dei mutamenti del contesto sociale e del quadro epidemiologico nel frattempo intervenuti. Mutamenti che non comportano soltanto maggiori stanziamenti, ma anche più adeguate dotazioni organiche di medici e personale sanitario.

Venendo agli interventi inseriti nella "missione 6" del Pnrr, dedicata al settore, ce ne sono diversi a suscitare perplessità, limitati fondi economici a parte. I principali? In materia di assistenza domiciliare c'è scarsa chiarezza sul ruolo e gli impegni di strutture come le Case della comunità e gli Ospedali di comunità. Né è prevista la necessaria integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, in particolare l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con gli interventi di tipo sociali, viatico al raggiungimento di autonomia e indipendenza piene delle persone fragili, anziane o disabili, nella propria abitazione. La fondamentale digitalizzazione si ritrova a rimanere in mezzo al guado, considerato che nemmeno l'occasione del Pnrr è stata presa per introdurre la Tessera sanitaria elettronica, perno di ogni approccio digitale. E nulla si dice nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, infine, in ordine alla realizzazione di una rete poliambulatoriale specialistica.

Sono stati già buggerati quanti si attendevano che la disastrosa gestione italiana dell'emergenza sanitaria (dalla quale è disceso il boom di morti in rapporto alla popolazione) conducesse a una inversione di tendenza delle politiche della salute. E se il buon giorno si vede dal mattino (delle politiche sanitarie) anche le riforme straordinarie indispensabili a far scattare i meccanismi, e i finanziamenti, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) non avranno una gestazione facile e rapida.

Alla decisione del governo guidato da Giuseppe Conte



**FORNITURE DI APPARECCHIATURE  
E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI**

**SERVIZIO  
ASSISTENZA**

**PRE E POST VENDITA 24/24**

**IL NOSTRO SERVIZIO PREVEDE, ANCHE NEI  
GIORNI FESTIVI, L'ASSISTENZA TECNICA IN  
SALA OPERATORIA DEL PROPRIO  
PERSONALE ALTAMENTE SPECIALIZZATO  
E SEMPRE AGGIORNATO.**



**LA NOSTRA AZIENDA  
TALENT MEDICAL DEVICES**

Da sempre TMD - Talent Medical Devices S.r.l. opera nel settore delle forniture di Apparecchiature e Presidi Medico Chirurgici, servendo le principali Strutture Pubbliche e Private della Regione Lazio e di altre Regioni del Centro Sud.

L'aver stipulato contratti di Distribuzione in Esclusiva con Produttori Nazionali e Aziende Multinazionali di rilievo, le ha permesso di commercializzare prodotti di alta specializzazione per la linea CardioVascolare, CRDM ed Elettrostimolazione.

Grazie alla propria struttura dotata di Customer Service, articolata rete vendita, logistica, magazzini propri e parco automezzi, la Talent Medical Devices S.r.l. ha basato il proprio elemento di distinzione sul rapporto diretto e personale che ha con i propri clienti, sulla capacità di essere in grado di provvedere in tempo reale a qualsiasi richiesta, fornendo un Servizio di Assistenza Pre e Post vendita attivo 24 ore su 24.

***TMD Talent Medical Devices S.r.l.***

**Via Roberto Rossellini, N.54 - 00137 - Roma**

**Tel. +39 06 86899629, Fax +39 06 90216546**

## Numeri & Salute

# Dal Decreto Rilancio (quasi) nessun rilancio. Perlomeno per quanto riguarda la sanità...

di Giusy Caretto



Lavori (ancora) in corso per la Sanità. Ad un anno dal decreto Rilancio che ha stanziato risorse ingenti per aumentare i posti in terapia intensiva (711 milioni di euro) e sub intensiva (393 milioni), ristrutturare i Pronto Soccorso e intervenire sui Dea, gli interventi effettuati sono scarsi. A denunciarlo, la Corte dei Conti.

### Le risorse in campo

Partiamo dai numeri e dalle risorse in campo. “Nel complesso, per adeguare le terapie intensive ai nuovi standard, gli importi richiesti sono cresciuti a 711

milioni, il 49,2 per cento del totale. Si è ridotta considerevolmente la quota attribuita ai lavori e ai macchinari necessari ai posti letto in semi intensiva (393 milioni contro gli originari 611,5 milioni) mentre è cresciuta al 21,9 per cento la quota assorbita dall'emergenza e urgenza di primo livello (316,6 milioni contro gli originari 193 milioni)”, spiega la Corte dei Conti. Ma la spesa del denaro procede a rilento.

### Terapia intensiva

Nonostante le diverse e attese ondate di pandemia e le difficoltà di questi mesi, il potenziamento strutturale delle dotazioni di terapia intensiva risultava compiuto solo al 25,7 per cento. Se la prima della classe è la Provincia Autonoma di Bolzano, che ha completato i lavori, al contrario Valle d'Aosta, Molise e Basilicata non fanno segnare alcun progresso. Fanno bene anche Emilia-Romagna e Abruzzo, che hanno speso il 75 per cento dei fondi.

### Interventi in semi-intensiva

Si procede a rilento anche per i posti in semi-intensiva. A sottolinearlo “Quotidiano Sanità”. In particolare, dei 4.238 posti letti previsti in aggiunta, sono stati messi a punto 1081 posti letto, ovvero il 25,5 per cento del totale. Qualche incremento si segnala in Piemonte, Veneto, Abruzzo e Campania, che addirittura hanno speso oltre il 50 per cento del denaro.

### Pronto Soccorso

Sui Pronto Soccorso sono stati previsti 474 interventi. Ne sono stati realizzati solo 65, ovvero il 13,7 per cento. Se si guarda alle ambulanze, invece, ne sono state acquistate 108 su 230 previste. Di queste ne sono state consegnate e collaudate 44 di cui 29 in Campania e 9 in Emilia-Romagna. ([www.startmag.it](http://www.startmag.it))

## *Pantere grigie*

# E' sempre tempo di eroi

di *Tuccio Risi*

Non ho mai creduto che fossero fortunati i popoli che non hanno bisogno di eroi. Dipende dalle circostanze. Dai popoli. Dagli eroi. Come emerge anche dall'emergenza sanitaria, e di conseguenza socio-economica, che si vive da un capo all'altro del mondo, pur con tante sfumature ed eccezioni. Dalla quale stanno scaturendo eroi ed eroismi diversi.

Ci sono gli eroi quotidiani che spesso, però, sono quanti si "limitano" a fare il proprio dovere tra numerosi scansafatiche. Un eroismo, naturalmente, ma soltanto perché la ordinarietà in molti casi si è trasformata in straordinarietà.

Esistono, poi, gli eroi di cui si farebbe volentieri a meno, ma non per loro, poveretti, bensì per il contesto dal quale sono emersi. Un caso per tutti? Quello di Li Wenliang, il coraggioso medico cinese di Wuhan morto per Covid dopo aver cercato inutilmente di lanciare l'allarme sul pericolo del nuovo/antico virus e pertanto perseguitato dal governo di Pechino quando già era stato contagiato dai suoi pazienti e ricoverato in ospedale.

A un anno di distanza dalla sua morte, avvenuta il 6 febbraio 2020, questo perseguitato è stato ricordato in tutto il mondo e soprattutto da tanti connazionali, attraverso i social media, nel silenzio dei mezzi di comunicazione ufficiali controllati dal regime cinese: su Li Wenliang hanno voluto far cadere una cortina di silenzio al fine di cercare di far passare il virus come un virus di importazione e non, come molto più probabile, virus d'esportazione. Del resto, fin dalla Peste Nera, che a partire dagli anni trenta del Trecento spopolò l'Europa, proprio la Cina e la città di Wuhan sono state più volte focolai epidemici. Sarebbe stata più fortunata la Cina se non avesse avuto un eroe come Li Wenliang? Non credo. Ma certo sarebbe stata più fortunata la Cina, e il mondo con essa, se un anno fa avesse accolto l'appello del medico di Wuhan invece di tacitarlo.

Il problema, quindi, non è l'eroe, che fortifica con il suo esempio i propri connazionali di buona volontà e noi tutti. E' il contesto.

Ci sono, però, anche eroi che tonificano il morale e rimangono esemplari in un contesto che favorisce e non soffoca le loro splendide individualità. Un altro caso per tutti? Quello di Thomas Moore, nato nel nord dell'Inghilterra, quasi ai confini con la Scozia, il 30 aprile 1920 e morto lo scorso 2 febbraio. Moore, che era stato capitano nella seconda guerra mondiale e si era distinto in molte azioni belliche, insignito del grado di colonnello onorario e dell'alta onorificenza di Sir ormai a un secolo di vita compiuto, è assurto alla notorietà nella primavera scorsa. Alla vigilia del suo centesimo compleanno "captain Tom" aveva deciso di lanciare un gagliardo appello attraverso Internet con l'aiuto dei nipoti, promettendo di compiere cento giri del suo giardino con l'ausilio soltanto del deambulatore per raccogliere fondi da destinare al Servizio sanitario pubblico (Nhs). Sperava di raggiungere un migliaio di sterline, nel giro di qualche settimana fece affluire nelle casse dell'Nhs oltre 33 milioni di sterline scatenando inoltre una stimolante ondata di emulazione in tutto il Regno Unito dove bambini, giovani, anziani, vecchi si dedicarono a molte di queste sfide in un afflato corale degno dei tempi di guerra. "Fonte d'ispirazione", lo ha definito la regina Elisabetta che con lui ebbe un lungo colloquio dal quale non è trapelata parola. "Un tesoro", ha chiosato Judith Woods, giovane editorialista del quotidiano britannico "The Daily Telegraph", che ha rappresentato "l'incarnazione di un Paese che se ce la può fare a uscire dalle crisi è tirando insieme la carretta", per usare una traduzione libera, ma in grado di rendere l'idea. Onore a Tom Moore, autentica pantera grigia. Eroe fuori dal quotidiano per tempi fuori dal quotidiano, quando di eroi esemplari ce n'è bisogno. Eccome.



# *Innovabiomed*

## *Il network place per il settore dei dispositivi medici*

di Danilo Quinto

«Innovabiomed è il primo evento dedicato al settore biomedicale a svolgersi in presenza dall'inizio della pandemia: questo testimonia la grande attenzione che rivolgiamo alla comunità medico-scientifica e alle imprese del settore, fondamentale per la sua valenza sociale e di cui l'Italia è leader europeo. Questo primato necessita però di continui investimenti in ricerca e innovazione: proprio in questa direzione guarda Innovabiomed, momento di promozione per il business delle aziende, ma anche di confronto, grazie a incontri e convegni di altissimo profilo». Così ha dichiarato Maurizio Danese, presidente di Veronafiere - organizzatore dell'evento insieme al distrettobiomedicale.it, il portale dedicato al Distretto biomedicale mirandolese, il più importante polo biomedicale d'Europa – presentando la seconda edizione di Innovabiomed, che si svolgerà in presenza venerdì 2 e sabato 3 luglio al centro congressi Palaexpo di

Veronafiere, nel pieno rispetto delle normative anti-Covid. Digital health, robotica, stampa 3D, medicina rigenerativa, intelligenza artificiale, oncologia di precisione, aspetti economico-finanziari e investimenti per lo sviluppo del settore sono solo alcuni dei temi che verranno affrontati nel corso dell'evento che metterà in contatto ricercatori, medici, produttori di dispositivi e loro fornitori, stimolando una riflessione e un confronto sulle nuove frontiere della ricerca medico-scientifica e sugli scenari del settore sanitario, guardando al futuro, ma mettendo al centro le innovazioni già applicabili.

Il comitato scientifico di Innovabiomed - patrocinato da Regione Veneto, Provincia di Verona, Comune di Verona, Università di Verona, Università di Padova, Ordine Nazionale dei Biologi, Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Veneto; partner sono Confindustria Dispositivi Medici e Confimi Sanità -



è costituito da: Dott. Carlo A. Adami, chirurgo vascolare, innovatore, pioniere di tecniche chirurgiche, ideatore dell'evento e Presidente del Comitato Scientifico; Prof. Gino Gerosa, Professore Ordinario di Cardiocirurgia della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, Direttore del Centro di Cardiocirurgia e del Programma Trapianto di cuore e Assistenza Meccanica dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova e Past President della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; Prof. Giampaolo Tortora, Professore Ordinario di Oncologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore del Cancer Center e della Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma; Dott. Luigi Bertinato, Coordinatore della struttura della Clinical Governance e Responsabile della Segreteria Scientifica della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il programma prevede relatori di rilievo internazionale, un'area business con la presenza di aziende altamente innovative e oltre 20 appuntamenti fra convegni, tavole rotonde e workshop. Fra gli ospiti della seconda edizione: Enrico Bernini Carri, presidente del Centro Europeo Medicina delle Catastrofi; Massimiliano Boggetti, presidente di Confindustria Dispositivi Medici; Luigi Boggio, commissario Cluster Alisei; Giuseppe De Donno, direttore di Struttura complessa pneumologia e Utir Asst Mantova – Ospedale Carlo Poma; Mauro Ferrari, presidente e ceo Dxt Inc. e professore di Scienze farmaceutiche dell'Università di Washington; Fernanda Gellona, direttore generale di Confindustria Dispositivi Medici; Tommaso Ghidini, direttore della Divisione di Strutture, Meccanismi e Materiali dell'Agenzia Spaziale Europea; Andrea Manto, preside Istituto Superiore di Scienze Religiose

“Ecclesia Mater” Pontificia Università Lateranense; Claudio Micheletto, Direttore Unità Operativa Complessa di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona; Alberto Minali, membro del Consiglio per l'Economia dello Stato della Città del Vaticano; Francesco Noce, presidente Federazione Regionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Veneto; Grazia Pertile, chirurgo vitreo-retinico, esperta internazionale di patologie retiniche e di terapie innovative; Massimo , presidente Confimi Sanità; Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene all'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore scientifico Istituti clinici scientifici Maugeri, presidente del Mission Board for Cancer della Commissione europea, presidente della World Federation of Public Health Associations, coordinatore del comitato scientifico della Fondazione Human Technopole; Francesco Gabrielli, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, Istituto Superiore di Sanità.

Tra le tavole rotonde previste: - Riflessioni su nanotecnologie, teranostica e oncologia di precisione; decellularizzazione e medicina rigenerativa; cuore umano, meccanico e biologico; nuovi percorsi dei sistemi sanitari; investimenti a sostegno dell'innovazione. -

Procurement in emergenza, lezioni apprese da Covid-19. A cura di distrettobiomedicale.it (Convegno con la partecipazione del Cemec, Centro Europeo Medicina delle Catastrofi e del progetto europeo impPURE (Injection Moulding Repurposing for Medical Supplies enabled by Additive Manufacturing). - Salute e sanità fra umanesimo e tecnologia: scenario pubblico-privato, aspetti assicurativi e finanziari, progetti futuribili, implicazioni etiche, sociali e religiose. - Virtual Hospital, small & big data management and Digital Health.

# PHOENIX, COSI' ORTHOMEDICA PERMETTE DI RINASCERE

di Caterina Del Principe

Orthomedica srl, che di recente ha inaugurato la grande e moderna sede di Padova, in Piazza San Giovanni XXIII, è azienda leader nel panorama dell'ortopedia e delle protesi. E' stata tra le prime aziende ad acquisire importanti tecnologie quali il robot per la stilizzazione di ortesi per la scoliosi e la stampante 3D per la realizzazione di protesi ed ortesi su misura. L'azienda è specializzata in busti per scoliosi, plantari su misura, protesi d'arto inferiore e superiore, calzature su misura, ortopedia pediatrica e tutori d'arto inferiore e superiore.

*"Orthomedica - dice il suo presidente, Massimo Pulin - nasce nel 1927, dalla famiglia Pulin. Siamo alla terza generazione. Abbiamo svolto un'attività imprenditoriale manifatturiera in un settore prettamente artigianale ed oggi, a quasi cent'anni di attività, sto traghettando Orthomedica verso un nuovo, ambizioso obiettivo: essere una società strutturata per le sfide di innovazione".*

Attraverso la divisione Ricerca e Sviluppo, alla quale contribuiscono con il loro know how, tecnici ortopedici ed ingegneri biomedici, l'azienda realizza prodotti dai materiali

innovativi ed introduce tecnologia di ultima generazione, al fine di migliorarne funzionalità, comfort e design. Prima fra le ortopedie italiane, ad impiegare nel proprio processo produttivo macchinari ad alto contenuto tecnologico come fresi a calcolo numerico, stampanti 3D e scanner per la progettazione e realizzazione di ortesi custom made.

*“Le tecnologie – sostiene Pulin - hanno cambiato il mondo dell’ortopedia classico. Ho cercato sin da subito di dotarmi di questi sistemi, pur insegnando a tutti i miei giovani collaboratori d’imparare anche le tecniche tradizionali, ma stampanti 3D, robot e cad cam ci hanno portato ad ingegnerizzare il nostro modo di operare. Una delle molle che hanno sempre sostenuto la ricerca e il grande sviluppo dell’azienda è stata la valutazione dell’impatto sociale dei nostri presidi ortopedici. D’altra parte, quando si parla di tutori, busti o protesi, è ovvio che si entra in un segmento della sanità molto sensibile e spesso decisivo per la qualità della vita delle persone”.*

Ad Orthomedica si rivolgono i migliori specialisti italiani e stranieri, che inviano i loro pazienti sicuri di ottenere un buon risultato, grazie anche un’importante rete di negozi ortopedici specializzati distribuiti in tutto il territorio del Triveneto, ed ora anche a Firenze e Milano sempre nell’ottica di una sempre maggiore capillarità del servizio, ma il vero e principale riferimento è certamente il paziente, con la sua famiglia, perché ogni presidio ideato, progettato e prodotto da Orthomedica migliora la qualità della vita delle persone e delle loro famiglie. Fra i dispositivi di ultima generazione nascono dalla factory tutori di ultima generazione realizzati mediante Stampa 3D, che hanno una serie di vantaggi - tra i quali: traspirabilità, leggerezza e comfort – rispetto ai comuni gessi applicati in fase post-operatoria o per fratture da trauma. La loro peculiarità risiede nella possibilità di esser personalizzati. Il design ne risulta dunque unico e con esso il comfort che si può apprezzare quando il dispositivo viene indossato perché perfettamente corrispondente alle proprie misure.

*“Per ottenere risultati soddisfacenti in termini di efficienza meccanica e funzionale – sottolinea Pulin - sono necessarie esperienza e conoscenza riguardo i materiali*

*impiegabili ed offerti dal mercato dei filamenti. Materiali, che devono essere biocompatibili, leggeri, ma allo stesso tempo resistenti ad agenti atmosferici e chimici e rispondenti a sollecitazioni meccaniche. Sfruttando i principi di Additive Manufacturing (AM) combinati con materiali compositi avanzati, sarà possibile rendere i dispositivi medicali antimicrobici e con superfici idrofobiche. Il risultato è un dispositivo sul quale non vi è proliferazione di microbi, batteri e resistente all’H2O”.*

Con i partner, Biog3D (Grecia), Nadir Srl (Italia) ed MTC (Germany), Orthomedica sfida dunque le barriere della fisica e dell’ortopedia sviluppando il Progetto Europeo “BeActive” <https://beactive-project.eu/>. Attraverso costanti miglioramenti nella progettazione e nella composizione dei filamenti, che possono essere utilizzati come materie prime per i sistemi di stampa 3D a fusione di filamento, verranno implementati approcci innovativi per lo sviluppo di dispositivi multifunzionali che si adattano alle ca-



Il presidente di Orthomedica, Massimo Pulin

**“La nostra impresa, alla terza generazione, sta affrontando le sfide dell’innovazione”**

ratteristiche anatomiche di ciascun paziente e replicano la geografia topografica del corpo umano. L'uso di nuovi polimeri per il trattamento di pazienti con particolari caratteristiche fisico-cliniche sarà vantaggioso per evitare effetti secondari dovuti ad allergie, incompatibilità e geometrie standard che spesso causano piaghe e lacerazioni cutanee. Attraverso l'impiego di tecnologie avanzate come il trattamento superficiale dei materiali con fascio al Plasma (freddo), è possibile incorporare, nei filamenti che costituiscono il dispositivo, nanoparticelle specifiche (NP) o trasformazioni superficiali che conferiscono loro proprietà antimicrobiche, antibatteriche ed idrofobiche (quindi resistenti all'acqua). I dispositivi stampati BeActive 3D potrebbero così superare i problemi associati all'aumento della crescita batterica rispetto a quelli tradizionali che potrebbero persino portare all'amputazione dovuta a intolleranza all'acqua e scarsa ventilazione.

*“Chi ricorre ai nostri presidi ortopedici - ribadisce il presidente Massimo Pulin - spesso ha perduto autonomia personale e, con quella, anche un ruolo socio-economico all'interno della famiglia. Con il suo staff di tecnici ortopedici ed ingegneri biomedici Orthomedica può garantire sollievo con interventi personalizzati e mirati. Dal punto di vista fisico, motorio e psicologico, gli effetti attesi dall'uti-*

*lizzo dei presidi dell'azienda sono infatti legati al recupero parziale o totale delle attività motorie degli arti superiori o inferiori da parte dei pazienti interessati e quindi alla riduzione della loro fatica fisica, ma anche alla riduzione dell'impatto psicologico legato spesso all'assistenza continua da parte dei famigliari. Da questo deriva anche il recupero di una vita relazionale e spesso anche lavorativa normale con vantaggi notevoli”.*

I presidi tecnologicamente più evoluti sono infatti destinati al settore degli arti superiori e inferiori, ma anche alcuni dei presidi sanitari più classici ed utilizzati come busti per tutte le patologie vertebrali dall'età evolutiva sino all'età avanzata, plantari su misura, tutori e ortesi. Per quanto riguarda invece le protesi dell'arto superiore o inferiore queste possono essere meccaniche, elettroniche e la nuova generazione di protesi Bioniche, customizzate grazie alla modellazione con stampa 3D. Tutto ovviamente pensato e realizzato a regola d'arte da un'equipe di altissimo livello in grado di seguire e personalizzare ogni prodotto ortopedico in base alle specifiche esigenze di ogni singolo paziente. Negli ultimi anni l'evoluzione dei presidi ortopedici ha subito un impulso dato dall'introduzione della mecatronica. E' nata così la protesi bionica PHOENIX, strumento tecnologico essenziale per coloro

**Le tecnologie hanno cambiato profondamente l'universo dell'ortopedia classica**





che sono sopravvissuti ai traumi della colonna vertebrale, riportando una lesione midollare.

*“PHOENIX – conclude Pulin – è leggero e facile da indossare; con i suoi 12,5 kg circa, distribuiti nei moduli che lo compongono, consente un’agevole vestibilità; ha una grande autonomia di utilizzo (4,5/6 ore) ed è munito di un computer che gestisce il movimento coordinato delle articolazioni; l’utilizzatore può controllare autonomamente le sue funzioni, tramite comandi manuali posti nelle stampelle, collegate al sistema tramite wireless, con possibilità di regolare ed impostare diverse velocità e la lunghezza del passo; è ergonomico e le ortesi KAFO di arto inferiore, sono facilmente indossabili in autonomia. E’ così possibile passare dalla posizione seduta alla posizione eretta e viceversa, di camminare e di porsi alla guida di veicoli. E’ composto da moduli funzionali utilizzabili separatamente. Sono grandi i benefici per la salute dei pazienti associati all’incremento della mobilità: Aumento della forza, miglioramento del sistema circolatorio, cardiovascolare, della capacità respiratoria, delle funzioni vescicali ed intestinali, riduzione della spasticità, guarigione delle ulcere da decubito e un possibile miglioramento dello stato psicologico e sociale”.*



# "STOP ALLA VIOLENZA" SUGLI OPERATORI DELLA SALUTE

La Dr.ssa Marina Cannavò, Medico, specialista in Psichiatria, psicoterapeuta e Dottorata di Ricerca in Neuroscienze Clinico sperimentali e Psichiatria presso Sapienza Università di Roma, è Autrice del libro *"Stop alla violenza a danno degli operatori della salute. Prevenire e gestire la violenza sul lavoro"*, pubblicato dalla Società Editrice Universo ad Ottobre 2020. Il libro, che vede la prefazione del Dr. Filippo Anelli, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) e la postfazione del professor Giuseppe La Torre, Docente di Medicina del Lavoro, Sapienza Università di Roma, è dedicato a tutti gli operatori sanitari, agli amministratori e ai comuni cittadini. Nel testo l'Autrice affronta il fenome-

UN LIBRO CHE AFFRONTA IL FENOMENO DELLA VIOLENZA SUL LAVORO E LE SUE DIVERSE FORME, LE TEORIE ALLA BASE DEL FENOMENO, I FATTORI DI RISCHIO PREDITTIVI INDICANDO LE LINEE GUIDA E GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE PER PREVENIRE E GESTIRE LA VIOLENZA SUL LAVORO

no della violenza sul lavoro, chiarendo i significati dei termini aggressività, aggressione e violenza sul lavoro, le diverse forme di violenza, le teorie alla base del fenomeno, i fattori di rischio predittivi di violenza e di stress, con le linee guida e gli interventi da effettuare per prevenire e gestire la violenza sul lavoro, lo stress e le patologie psicologiche e psichiatriche correlate. Infatti nella ricerca che la Dr.ssa Cannavò ha condotto in un Dipartimento di Emergenza di un ospedale romano è stata confermata la diffusione della violenza e la presenza di conseguenze sul benessere e sulla salute mentale del personale sanitario e sociale. La violenza è sempre un trauma, anche nei casi di violenza psicologica, e molti operatori sanitari hanno dichiarato di ricorrere all'uso di psicofarmaci, soprattutto benzodiazepine ed antidepressivi, per sedare la loro ansia e la loro depressione, senza alcuna prescrizione medica da parte di uno specialista in psichiatria e l'associazione con il necessario percorso psicoterapeutico. Purtroppo ancora oggi c'è un pesante stigma sociale nei confronti delle malattie mentali ed i cittadini in generale, e gli operatori sanitari in particolare, hanno spesso timore e vergogna di rivolgersi agli psichiatri, considerati i *"medici dei matti"*. Ma l'assunzione degli psicofarmaci in assenza di una diagnosi precisa e di un percorso



Marina Cannavò

specialistico con terapie farmacologiche e psicoterapeutiche appropriate, rappresenta un serio pericolo per gli operatori, a rischio di cronicizzare il loro malessere, oltre che una grave minaccia per i Cittadini. La Dr. ssa Cannavò, alla luce dei risultati ottenuti, sottolinea che la violenza è il più importante fattore predittivo di disturbi psicologici e psichiatrici come lo stress, il burnout, il disturbo da stress post-traumatico, i disturbi d'ansia ed i disturbi depressivi e propone, dunque, un modello di intervento integrato e multidimensionale, che agisca sulla prevenzione e gestione della violenza e dello stress correlato.

**La violenza sul lavoro, quindi, non è solo un problema di sicurezza, ma soprattutto di salute degli operatori sanitari.**

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro che si celebra il 28 Aprile, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari. In Appendice l'Autrice descrive la proposta di legge contro la violenza a danno degli operatori sanitari, che ha presentato alla Camera dei Deputati nel 2018 e in Audizione in Commissione Giustizia e Affari Sociali della Camera nel 2020. Tra i punti principali l'istituzione di una Giornata Nazionale "No alla violenza contro il personale sanitario", l'istituzione di Registri specifici per favorire la segnalazione delle diverse tipologie di violenza da parte dei lavoratori, il riconoscimento dello status di pubblico ufficiale agli operatori sanitari, una formazione obbligatoria sulla violenza nei luoghi di lavoro, l'inserimento del rischio di molestie e di violenza nei luoghi di lavoro nel D.Lgs. n. 81/2008 e nel Documento annuale di valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro (DVR), l'istituzione di un codice dedicato ai pazienti a rischio di violenza, la costituzione di parte civile da parte delle Aziende e la garanzia di una tutela legale.

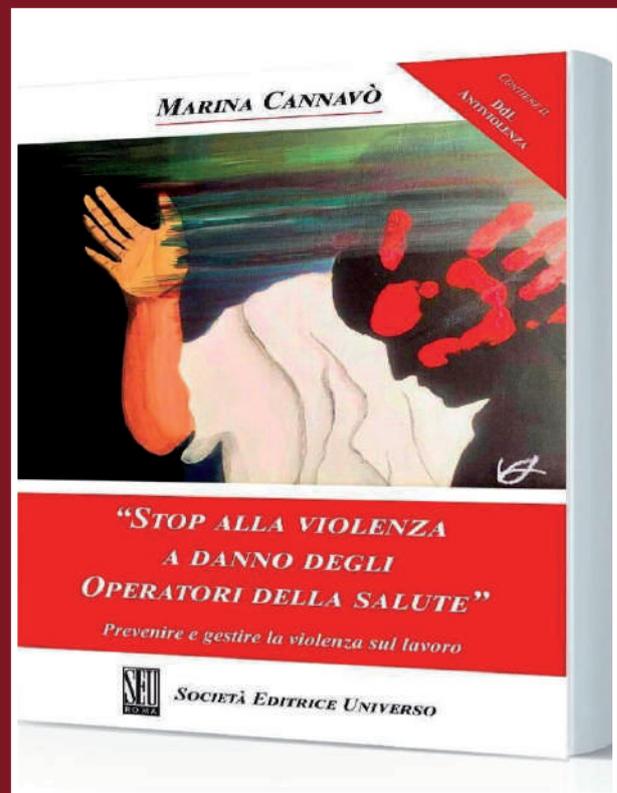
**Ma soprattutto la garanzia di una tutela sanitaria mediante:**

- La valutazione del rischio di violenza, della presenza di stress e di disturbi psicologici/psichiatrici nei lavoratori da parte dei medici del lavoro durante lo screening periodico;
- l'istituzione di **sportelli d'ascolto** e di **centri specialistici** dedicati alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento lavorativo degli operatori vittime di violenza;

- la valutazione del danno psicofisico causato dalle aggressioni e il riconoscimento di un risarcimento, con la stipulazione di una polizza sanitaria ad hoc.

**Infatti se è importante tutelare la sicurezza degli operatori sanitari e sociali, è urgente intervenire soprattutto sul loro benessere e sulla loro salute mentale.**

Nel Regno Unito, in Canada, in Spagna, negli Stati Uniti e di recente in Francia sono state istituite le cliniche psichiatriche dedicate esclusivamente alla salute mentale dei professionisti del settore sanitario, che sempre più spesso devono combattere contro stress, demansionamento e burnout. Invece in Italia non esistono cliniche psichiatriche dedicate alla salute degli operatori

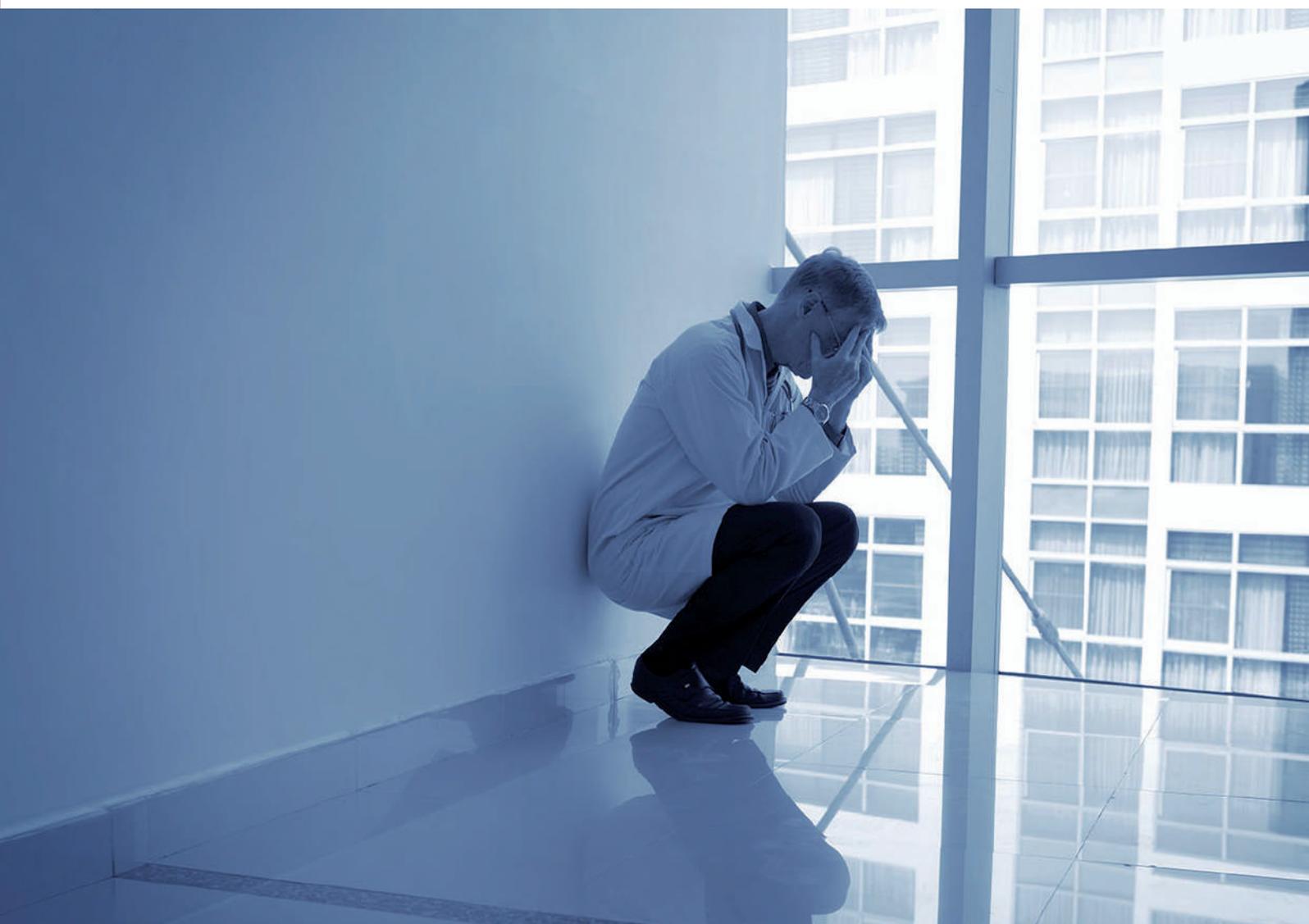


Sono stati realizzati un'indagine e un questionario sul fenomeno della violenza a danno degli operatori della salute in collaborazione con Sapienza, Università di Roma e la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) per conoscere la situazione durante l'emergenza Covid-19 e le conseguenze sulla salute del personale sanitario.

Di seguito il link per accedere al questionario:  
<https://forms.gle/hj8xVah64fRmpq3z5>

sanitari e sociali. Evidentemente lo stigma nei confronti della malattia mentale è ancora molto forte ed è dunque molto elevato il rischio che chi ha bisogno di cure psichiatriche ricorra alle *“terapie fai da te”* con l’assunzione di psicofarmaci senza nessun controllo psichiatrico, così come spesso accade agli operatori sanitari. Se vogliamo evitare che gli operatori della salute diventino *“i nuovi pazienti”*, bisogna investire nella promozione del loro benessere e della loro salute mentale. Come ha dichiarato l’Organizzazione Mondiale della Sanità: *“Non c’è salute senza salute mentale”, intesa come uno stato di benessere in cui l’individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive*” (OMS, 2001). Sono allegati al libro il Documento di indirizzo della Regione Lazio sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e la Legge Antiviolenza del 14 Agosto 2020, n.

113, pubblicata sulla G.U. Serie Generale n. 224 del 09.09.2020 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”, entrata in vigore il 24.09.2020. La Legge, il cui iter parlamentare viene descritto in dettaglio, ha il merito di aver istituito un Osservatorio sulla sicurezza, di aver sancito l’aggravamento delle pene per gli aggressori e istituito una Giornata Nazionale per dire “No alla violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari”, con lo scopo di sensibilizzare l’opinione pubblica ad una cultura di condanna di ogni forma di violenza. Questa legge è sicuramente un segnale importante per tutelare la sicurezza degli operatori sanitari e sociali e degli stessi pazienti. Tuttavia è solo il primo passo. È necessario, infatti, portare avanti una battaglia a livello legislativo per colmare le lacune dell’attuale legge e garantire ai medici e ai professionisti sanitari e sociali una piena tutela legale e sanitaria.





Associazione per la Lotta alla Trombosi  
e alle malattie cardiovascolari

# Il 5x1000 ad ALT

Non è una goccia nel mare,  
ma vita per molti.

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

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

FIRMA ..... *La tua firma*

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

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA .....

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) .....

FIRMA .....

Nella prossima  
dichiarazione dei redditi,  
inserite **la vostra firma**  
e il **codice fiscale**

**97052680150**

nel primo riquadro in alto a sinistra.

## Sostenete ALT:

da 30 anni lavora  
per il bene vostro e di molti.

SEGUITECI SU

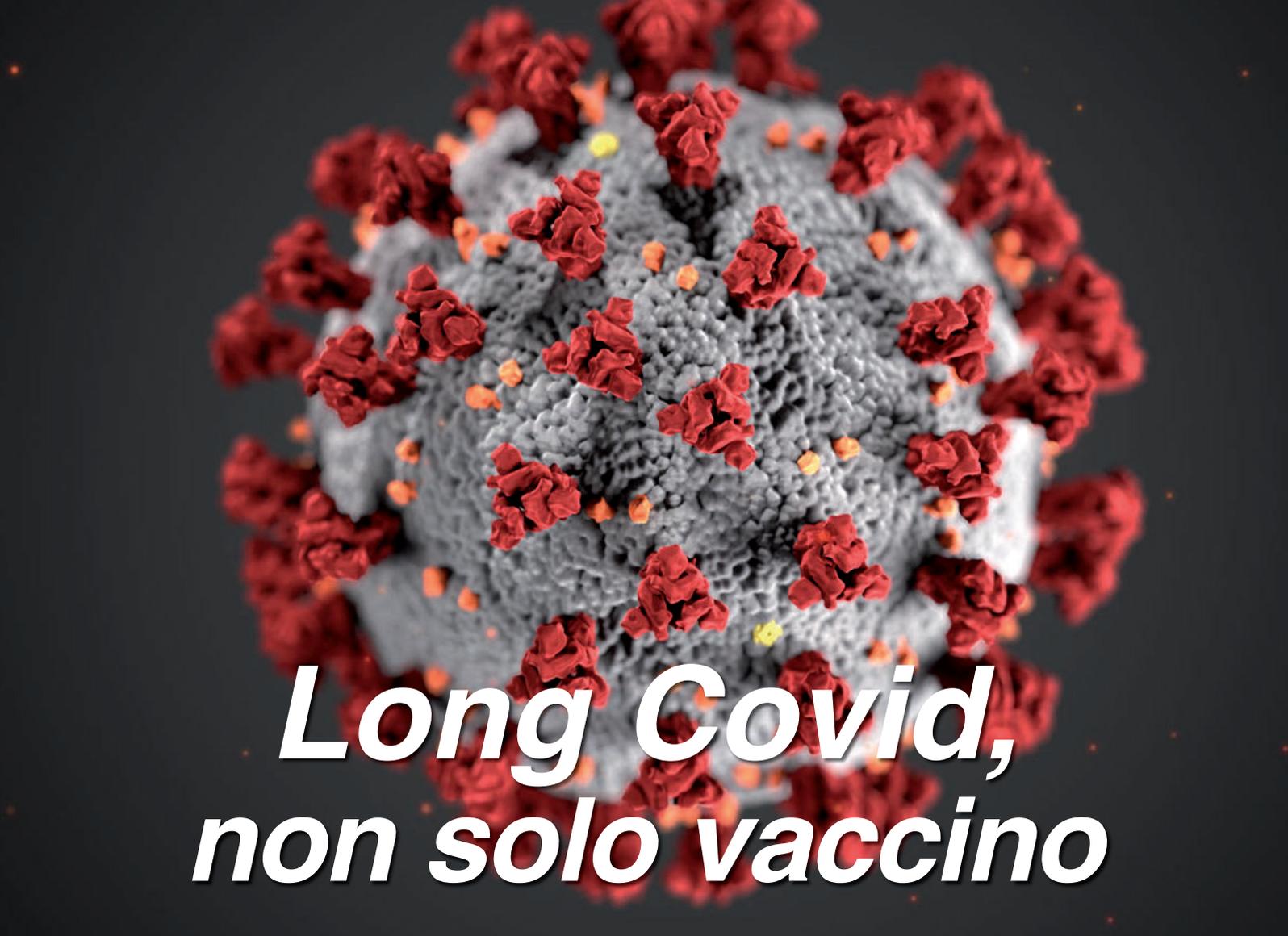
[www.trombosi.org](http://www.trombosi.org)



@ALTonlus



@altonlus



# *Long Covid, non solo vaccino*

I REDUCI DAL CONTAGIO RISCHIANO GRAVI EFFETTI A LUNGO TERMINE.  
EPPURE, A DIFFERENZA DEGLI USA, L'EUROPA E L'ITALIA  
NON HANNO ANCORA EMANATO LE NECESSARIE LINEE GUIDA

di *Flavia Scicchitano*

“Bisogna parlare anche di cure, non solo di vaccini, nella comunicazione e nell’informazione sul Covid. Ci sono tanti pazienti che necessitano di risposte”. E’ sintetizzata, in queste parole di Silvio Gherardi, medico e presidente del Comitato scientifico dell’associazione Giuseppe Dossetti: I Valori, la problematica emergente del Long Covid. Una sindrome, spiega, “che colpisce almeno 3 pazienti su 4 tra i ricoverati e si protrae fino a sei mesi dopo la malattia, con uno spettro di patologie a carico di molti organi; una scia lunga fatta di sintomi che possono comportare un’invalidità, temporanea, ma il tempo ci dirà se si tratta di una condizione permanente”. Occasione per dibattere sul tema è stata il webinar ‘Sindrome Long Covid: non solo polmonite, gravi effetti a lungo termine per i reduci Covid’, organizzato dalla stessa Onlus, a cui hanno partecipato parlamentari, studiosi e clinici.

Secondo uno studio pubblicato nel mese di marzo sul British Medical Journal, come riferito dal presidente del comitato scientifico Dossetti, è il 70% dei pazienti affetti da Covid ad essere colpito da questa sindrome: “Negli Stati Uniti sono state emanate delle linee guida per i medici sul post Covid, ma questo non sta succedendo in Europa. Dovremmo provvedere alla creazione di ‘Long Covid Units’” ha detto ancora Gherardi. Una sorta di database per mappare la situazione, a supporto della comunità scientifica, è il portale online ‘Sindrome post Covid-19.it’, creato dal giornalista Enrico Ferdinandi con lo scopo di indagare i sintomi e le conseguenze del post Covid attraverso le testimonianze dei pazienti: “Le persone con sindrome post Covid-19 lamentano difficoltà nella quotidianità. Il 49% degli intervistati ha dichiarato di aver contratto il virus per un periodo compreso tra i 20 e i 45 giorni e durante la positività



il 75% ha avuto febbre e spossatezza. Nel post Covid il 95% continua a soffrire di spossatezza. Una buona percentuale di intervistati ha lamentato problemi alla tiroide e il 49% di loro continua a soffrire di tachicardie e aritmie”.

Come sottolineato da Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, il long Covid deve considerarsi non semplicemente una malattia cronica, ma “una multicronicità perché la sintomatologia riguarda più disturbi. Per questo è necessario intervenire sulla riorganizzazione sanitaria con diversi medici competenti su varie discipline”. Ma quali sono i sintomi che accompagnano i pazienti anche a distanza di parecchi mesi dalla guarigione? Vittorio Sironi,

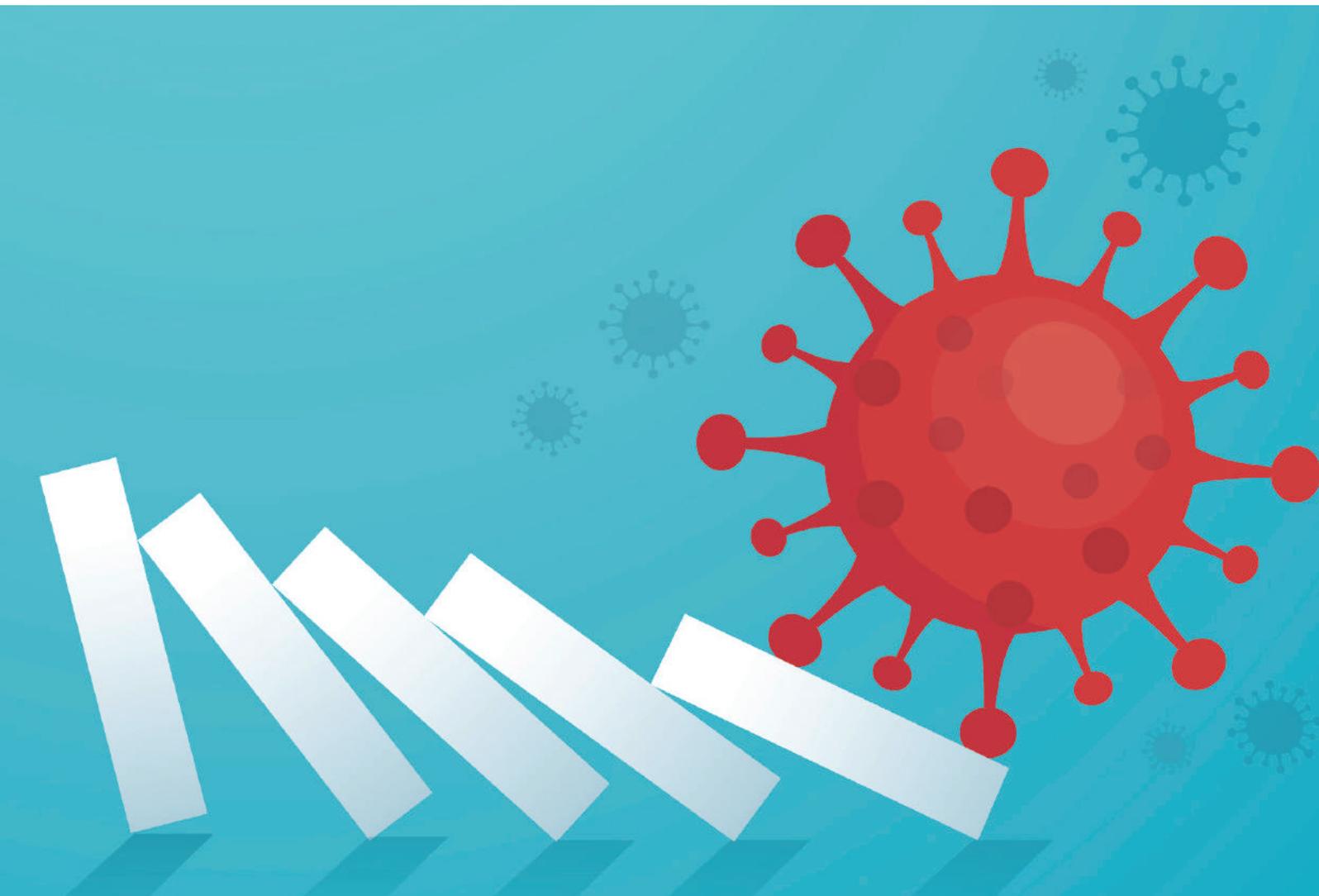
**La sindrome del Long Covid colpirebbe il 70 per cento dei “guariti” e si potrebbe protrarre fino a sei mesi dalla malattia vera e propria**

direttore del Centro Studi sulla storia del pensiero biomedico (Cespeb) e responsabile del Dipartimento di Antropologia medica e Storia della Salute del Comitato scientifico dell'associazione G.Dossetti: I Valori, ha affrontato il tema dei danni neurologici derivanti dalla contrazione del virus: “I danni neurologici persistono in maniera importante anche per diversi mesi anche quando i sintomi vengono risolti. I disturbi cognitivi possono persistere anche nella fase post-Covid. E anche le conseguenze psicologiche rimangono spesso in maniera permanente”. Ulteriori problemi possono riguardare l'oculistica, come spiega Alessandra Balestrazzi, referente per i rapporti con le istituzioni dell'Associazione italiana medici oculisti. “Diverse pubblicazioni testimoniano che dopo il virus potrebbero manifestarsi in alcuni pazienti problemi di natura oculistica come l'alterazione della superficie oculare o l'accentuazione dell'occhio secco. Potrebbero anche subentrare casi di trombosi oculari che, se non curati, rischiano di diventare cronici”. La prima necessità, espressa all'unanimità da ricercatori e medici, sembra dunque essere quella di un “riconoscimento medico-scientifico alla sindrome Long Covid, seguendo un approccio multispecialistico”, “riformando il sistema sanitario” e “predisponendo linee guida nazionali

che disciplinino le terapie e il trattamento medico". Per Francesco Fedele, direttore UOC di malattie cardiovascolari del Policlinico Umberto I di Roma e responsabile del Dipartimento cardiovascolare del Comitato scientifico dell'Associazione, "bisogna migliorare l'organizzazione sanitaria". Per Pierluigi Lopalco, assessore alla sanità di Regione Puglia e virologo, si potrebbe pensare "all'esenzione del ticket per le persone colpite dalla sindrome long Covid". Mentre Claudio Martini ha portato l'esempio della Regione Marche: "esenzione a favore dei pazienti della 'Long-Covid' per usufruire gratuitamente di tutte le visite specialistiche successive alla contrazione del virus". "L'asse di cura della sindrome Long Covid non può essere più ospedale-centrico - ha chiarito Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli ordini medici e chirurghi - Il Long Covid può essere gestito proprio con la leva delle multi-professionalità

sanitarie, la flessibilità sul territorio e un riassetto delle strutture ospedaliere, basato sul lavoro delle equipe". Gli esperti hanno ribadito poi l'esigenza di potenziare la medicina territoriale attraverso l'istituzione di centri di eccellenza a tutela dei pazienti e la medicina di genere. "Bisogna prevedere dei centri di medicina territoriale per monitorare i pazienti affetti dalla sindrome 'Long-Covid' - ha spiegato Francesco Mennini della Società italiana di Health Technology Assessment (Sitha) e responsabile del Dipartimento di Economia sanitaria e Health technology assessment dell'Associazione G. Dossetti: *I Valori* - facendo particolare attenzione alla medicina di genere, in quanto le donne risultano essere le più colpite da questa patologia". Poi c'è la necessità del reperimento dei dati sulle terapie intensive: "Servono dati sul sistema immunitario, su come migliorare percorsi assistenziali per il futuro, monitoraggio di





indicatori di outcome e prevenzione. Nelle terapie intensive non ci sono dati sufficienti e dettagliati – denuncia Flavia Petrini, Presidente di Siaarti, Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva - La Germania ha un database sui pazienti in terapia intensiva e le loro patologie, possiamo fare altrettanto”. Quali sono allora le misure sul tavolo politico per sostenere i pazienti colpiti da Long Covid? Celeste D’Arrando, componente della Commissione Affari sociali della Camera dei deputati, ha ricordato il lavoro in corso in Commissione “per cambiare il paradigma della presa in carico del paziente attraverso percorsi che puntino sulla implementazione della medicina del territorio e sulla telemedicina, favorendo la prevenzione”. “Bisogna ridurre la visione ospedale-centrica - ha osservato Marialucia Lorefice, presidente della commissione Affari Sociali della Camera - I pazienti devono ricevere nell’immediato cure e trattamenti medici. Per fare ciò occorrono protocolli unitari definiti dal ministero della Salute

che abbiano valore per tutte le Regioni”. In questa direzione va la proposta di Roberta Alaimo, membro della stessa Commissione, presentata al ministero della Salute, con “l’obiettivo di chiedere al Governo di attivare un monitoraggio dei pazienti che soffrono della ‘Long-Covid’ al fine di fornire loro cure specialistiche e percorsi terapeutici mirati. Il ministero - ha spiegato la deputata - si sta concentrando sulla ricerca, sulla formazione del personale sanitario e sulla definizione di linee guida”. In Senato, ha spiegato Paola Binetti, componente della Commissione Igiene e Sanità, “è stata approvata una mozione unitaria per proporre al Governo iniziative concrete volte al rafforzamento della medicina territoriale puntando alla rottura del sistema ospedale-centrico. Si prevede anche una rivisitazione del ruolo del medico di famiglia che deve essere in grado di produrre diagnosi sofisticate, ricevendo un continuo aggiornamento professionale. Ai medici di base, infatti, manca a oggi la formazione e la dimensione tecnologica”.



---

# MAKING THE REVOLUTIONARY ROUTINE.

---

**JOTEC®** | **E-nside® TAAA**  
Multibranch Stent Graft System

Learn more about our products at  
[www.cryolife.com](http://www.cryolife.com) | [www.jotec.com](http://www.jotec.com)



**CryoLife®**  
Life Restoring Technologies®

# ECO MICROVAVE SABERWAVE



**Modalità: Continua, Pulsata e Tiroide**

**Antenne:**

**11G, 14G, 15G, 16G e 17G Diametri**

**10cm, 15cm, 20cm, 25cm e 30cm**

**Lunghezze**

**Cavi staccabili per utilizzo sotto guida TC**

**Novità: Antenna per MRI**



**HD HealthDefence S.r.l.**

DISTRIBUTORE LAZIO - ABRUZZO - MOLISE

Via Portuense, 959

00148 Roma

tel 06 65002930

info@healthdefence.it

**GMIG**  
IDEAS FOR MEDICAL SOLUTIONS