

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONA MENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 1 - 2 - 2021 - prezzo di copertina. € 10,00

**Tumori & infarti,
la strage occultata**

**Intellanav Stablepoint,
innovazione amica del cuore**

**Aperto° OTW,
l'oscar dell'angioplastica**

**"Mal della pietra",
come combatterlo e vincerlo**

**NATALITA', LA RICETTA
DELLA "SANTA FAMIGLIA"**

SPECTRUM® TPLA

Ablazione laser transperineale per l'ipertrofia prostatica benigna.

Il laser Spectrum® TPLA rappresenta una novità assoluta per il trattamento laser dell'IPB (Ipertrofia Prostatica Benigna). La procedura fototermoablattiva percutanea con accesso transperineale garantisce la preservazione dell'uretra consentendo mini-invasività e diminuzione delle maggiori complicanze correlate all'approccio transuretrale quali infezioni, stenosi uretrali ed eiaculazione retrograda.



DISTRIBUITO DA:

KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni, 160 - 00189 Roma
Spaces, Bastioni di Porta Nuova 21 - 20121 Milano
Tel. +39 06 3629081 / +39 029475898
info@kaster.it

EUFOTON®
medical lasers

Eufoton Srl
Via Flavia 23/1 - 34148 Trieste, Italia
Tel. +39 040 989 9082 - Fax +39 040 989 0555
www.eufoton.com - info@eufoton.com



CE ISO 9001 13485
0476 QUALITY ASSURANCE QUALITY ASSURANCE

Hic et nunc

Contro l'emergenza, senza dimenticare le emergenze

di *Pietro Romano*

Una pagina bianca. A rappresentare lo sbigottimento e lo scoramento di fronte all'emergenza sanitaria che, oltre a mietere tante vittime, sta mettendo in discussione il nostro stile di vita. Vale a dire il concentrato delle nostre eccellenze culturali, sociali, economiche maturate nel corso dei secoli. Rimanendo – a sentire gli esperti incaricati – stabilmente in mezzo al guado rispetto al Covid-19. Anzi, ad ascoltare i più pessimisti, addirittura retrocedendo.

Le domande che si affastellano nella mente di una persona di media intelligenza e cultura cominciano a diventare numerose. Troppe, per un cervello solo. E, non ottenendo risposte, i dubbi quotidianamente si accavallano. E la risposta ai dubbi che non ottengono risposta ufficiale, la più facile perlomeno, è appunto la pagina bianca. Troppo facile per un giornalista che dopo 43 – quarantatré – anni di professione dovrebbe avere la pelle delle dita talmente inspessita da non battere ciglio di fronte a niente. Nemmeno all'idolatria sanitaria e a tutto quello che ne discende.

E allora cassiamo la pagina bianca come risposta e vediamo all'opposto quale sia la più complicata. E la più complicata è parlare d'altro. Come fa, del resto, questo numero di Ore 12 Sanità.

Parlare d'altro vuol dire parlare di futuro. Ma quale futuro ci può essere senza una radicale politica demografica? Così proprio a questa emergenza – una emergenza primariamente italiana ma in grado di coinvolgere perfino la Cina tanto è contagiosa, quasi fosse un virus, e probabilmente lo è, un virus che attacca l'origine della specie umana, il più letale – la nostra rivista dedica la copertina.

A seguire una serie di articoli molto interessanti – non dovrei dirlo io, d'accordo, ma spero che saranno i lettori

a farlo, allora, ovviamente dopo l'auspicabile lettura – e soprattutto da punti di vista non mainstream. Ma tutti scientificamente e/o professionalmente avvalorati.

Un adolescente lasciato praticamente solo a se stesso in balia dei social quale vita vive? E il novantenne barricato in casa costretto a non abbracciare nemmeno gli affetti più cari vive? O calcola i giorni che spreca sempre più ansioso di fronte alla tv in vista della morte? E tutti noi quale vita viviamo? La realtà è che per combattere – com'è giusto e sacrosanto – il virus stiamo dimenticando tutto il resto. Che non è poco. E i bambini cominciano a suicidarsi. E gli anziani continuano a farlo. Eppure i mediani. Ma nessuno ne parla. Come nessuno, o quasi – ora finalmente cominciano a trapelare notizie di tanto in tanto – ricorda i morti di tante altre patologie. Sarà un caso, ma tanti miei conoscenti, anche in giovane età, nel 2020 sono morti di cancro o d'infarto. Sarà un caso o sarà che la concentrazione su un solo male, ancorché gravissimo, ci ha fatto dimenticare gli altri ammalati. Facendoli proliferare. Ed è giusto fare una scala di valori sulle malattie? Soprattutto tra malattie perlomeno altrettanto letali? Per non dire di chi si vede negare la visita oculistica per mesi e magari rischia di diventare cieco. In nome di che? Domande alle quali non può rispondere una rivista ma che una rivista, tanto più di divulgazione medica, può perlomeno porre. Con la discrezione dovuta. Ma anche con l'altrettanto dovuta diligenza. Dovuta a chiunque. Compresa a una serie di personaggi non sempre di serie A che dalle tv, dalle radio, dai giornali, dai siti ogni giorno orientano una informazione monotematica. Che sta cambiando la faccia della terra. Intervendo a gamba tesa sulla politica, l'economia, la vita sociale.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12sanita.com

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Redazione

redazione@ore12italia.it

Pubblicità

ADV@ORE12ITALIA.IT

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Digital & Web Division

imarieurope.com

Hanno collaborato a questo numero

Giovanni Ballarini è Professore Emerito dell'Università di Parma

Gioietta Ciuffa è giornalista

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Danilo Quinto è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di un giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Lidia Tamburrino è giornalista

Arianna Vacca è avvocato

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via Orti della Farnesiana, 9/A
00135 Roma

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu - privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

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

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 CASA FAMIGLIA

11 CARDIOLOGIA

15 EMODINAMICA

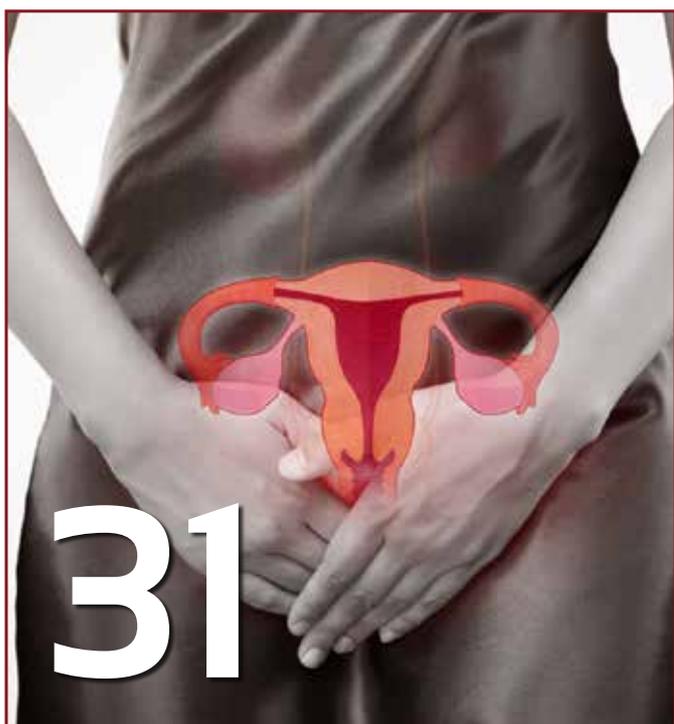
19 ECCELLENZE ITALIANE

23 IL MAL DI PIETRA

26 UROLOGIA

29 PANCREATITE

SOM



31

Dalla saliva
la diagnosi precoce



41

Il ruolo della psicologia
d'emergenza

34

ALIMENTAZIONE

43

IL DIRITTO
ALLA SALUTE



36

COVID-ONCOLOGIA

46

OSS
OPERATORI SANITARI

MARIO

SEGUICI SU:

WWW.OREI2SANITA.COM

 **TWITTER**
OREI2GROUP

 **FACEBOOK**
OREI2GROUP

 **LINKEDIN.COM**
COMPANY/OREI2

 **ISTAGRAM**
@OREI2ITALIA



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
www.violatech.it

• NUMERO •



Cari lettori,

cinque anni fa, il 15 gennaio 2016, nasceva la società Ricomunicare, editrice di questa rivista. ORE 12 Sanità è un progetto ideato con l'obiettivo di creare un raccordo tra i testi scientifici e la loro divulgazione popolare, attraverso un uso del linguaggio semplice e diretto e con un'attenzione molto particolare per la ricerca e l'innovazione. Possiamo dire, con orgoglio, che nel corso degli anni abbiamo confermato e onorato il nostro obiettivo e continueremo a farlo, grazie ad una redazione che ha maturato la sua esperienza, alla continua "scoperta" di eccellenze da proporre e valorizzare, ai tanti contributi di altissimo profilo scientifico e umano che abbiamo pubblicato e che continueremo a pubblicare. Questo, di per sè, è un grande risultato. Lo testimoniamo i riscontri di apprezzamento che riceviamo numero dopo numero, anche in un periodo come quello che stiamo attraversando, nel quale abbiamo scelto di occuparci, oltre che delle conseguenze della pandemia ed in particolare del suo impatto sul sistema sanitario - sia per quanto riguarda gli operatori sanitari e le persone comuni (segnaliamo, a questo proposito, l'intervista ad Antonella Luci, presidente dell'A.I.M.O.N e l'intervista al presidente della Società Italia di Psicologia), sia per quel che attiene alle altre patologie che purtroppo imperversano (come documenta l'intervista che leggerete al prof. Francesco Cognetti, Presidente FOCE e Presidente Fondazione Insieme contro il Cancro) - dei successi che consegue la medicina italiana ed internazionale per combatterle, che si avvale sempre più dell'apporto della robotica e delle nuove tecnologie. In questo numero della rivista ci occupiamo, ad esempio, di un'innovazione molto importante, il nuovo catetere di ablazione cardiaca e di un nuovo device efficace per il mantenimento degli accessi vascolari per emodialisi. Anche nel corso del 2021, continueremo con professionalità nel nostro lavoro, certi di svolgere un servizio utile al mondo della salute. Buon anno a tutti i lettori.

A handwritten signature in white ink, which appears to read 'Antonella Luci'.



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.

LA RICETTA DI DONATELLA POSSEMATO

USCIRE DALL'INVERNO DEMOGRAFICO SI PUO'. E SI DEVE

LA DIRETTRICE DELLA "SANTA FAMIGLIA",
CASA DI CURA CON SEDE A ROMA
MONOSPECIALISTICA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA,
SPIEGA COME VINCERE QUESTA BATTAGLIA

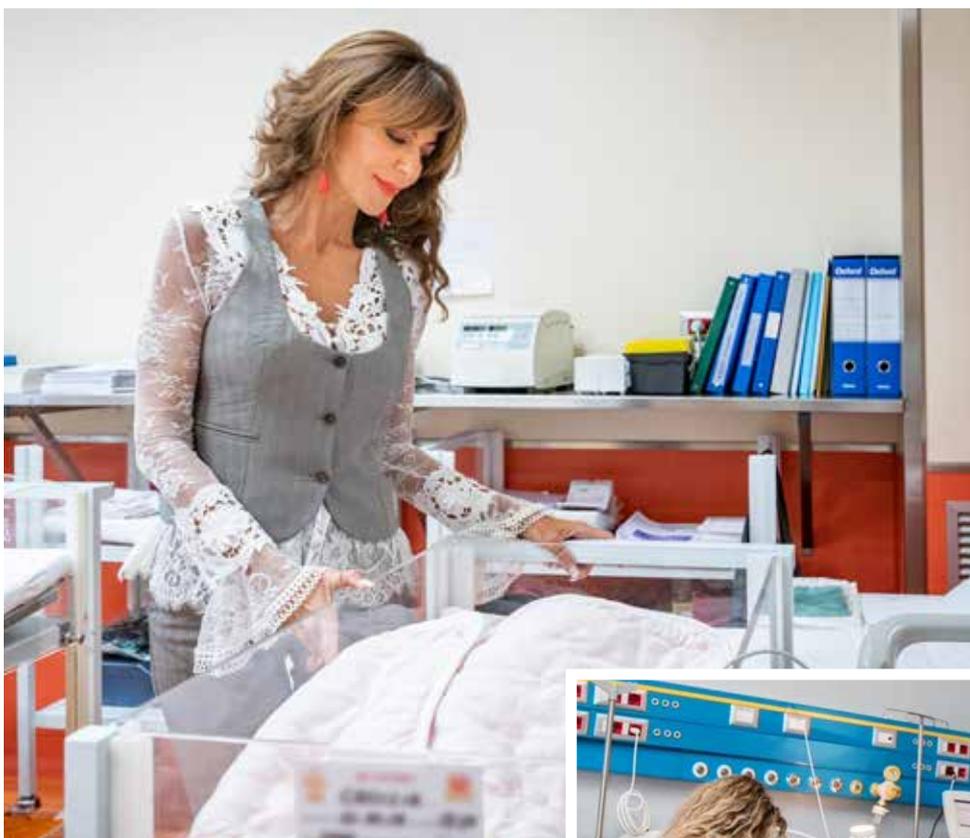
di *Gioietta Ciuffa*

Famiglia e natalità dovrebbero essere le parole chiave di questo 2021. Un anno che, si spera, dovrà rappresentare il punto zero della ripartenza e della rinascita, sociale prim'ancora che economica. Una rinascita fondata sui fondamentali. E che in quanto tale deve poggiare su pilastri quali la demografia per andare in controtendenza rispetto al recente passato.

A gennaio 2020 l'Istat già contava 178 individui sopra i 65 anni ogni 100 sotto i 16, cosa che ci rende il secondo Paese più vecchio dopo il Giappone. E poiché, però, siamo an-

che tra i più longevi, nel 2050 saranno 284 per l'invecchiamento dei baby boomers, con 6 milioni di persone in meno in età da lavoro. E da loro dipendono i servizi basati sui contribuenti come le pensioni, che si assottigliano sempre di più, e il servizio sanitario, che potrebbe diventare a pagamento. La pandemia inoltre ha portato a rinviare progetti familiari, ragion per cui nel 2021 l'Italia potrebbe crollare a sole 393mila nascite.

Nelle parole di Donatella Possemato, direttrice della romana casa di cura Santa Famiglia - unica mono-specialistica italiana, nella notte



Donatella Possemato



di Capodanno ha favorito la nascita di 12 bimbi - si ritrovano comuni sentimenti di legittima apprensione: “Non solo dovrebbe preoccuparci la crisi sanitaria; parallelamente c’è un numero tragico di culle vuote. L’Istat per il 2021 stima che le nascite possano scendere sotto le 400mila unità: non è più differibile un ripensamento delle politiche di sostegno alle famiglie e alle coppie che vogliono intraprendere un percorso di genitorialità. Non solo: è fondamentale azionare anche un’adeguata protezione per le fasce più fragili, come le donne che decidono di avere un figlio senza un marito o un compagno, perché ad esempio non possono permettersi ancora di andare a vivere insieme. Non possiamo negare la genitorialità alla donna, dobbiamo recuperare questo sano istinto alla maternità, un istinto primordiale”.

Da “addetta ai lavori”, la dottoressa Possemato sa bene di che cosa parla. Snocciola i più recenti dati Istat, secondo i quali nel 2019 i neonati sono stati 420.084, quasi 20mila in meno rispetto al 2018 (-4,5%) e oltre 156mila in meno rispetto al 2008 (-27%). Un calo attribuibile quasi esclusivamente alle nascite da genitori entrambi italiani: 327.724 nel 2019, oltre 152mila in meno rispetto al 2008.

Non ha figli quasi la metà delle donne italiane tra i 18 e i 49 anni (fascia d’età convenzionalmente considerata riproduttiva) ma solo il 5% dice di non volerne. Inoltre sempre meno numerose sono le donne in età fertile e generazioni più giovani per via del baby-bust, il forte calo della fecondità tra 1976 e 1995 che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna; fatto che però a partire dagli anni Duemila era stato parzialmente tamponato dall’immigrazione, che ha sì finora contenuto gli effetti del calo di fecondità ma che è sempre meno efficace. Ecco quindi che il numero medio di figli per donna continua a scendere: 1,27 per il complesso delle donne residenti (1,29 nel 2018 e 1,46 nel 2010, anno di massimo relativo della fecondità). Al nord i livelli più elevati di fecondità riferiti al totale delle residenti; nel Mezzogiorno la fecondità resta stazionaria rispetto all’anno precedente (1,26 figli per



**Sala parto, sala travaglio
e stanze della Casa di Cura Santa Famiglia**

donna) mentre al centro è scesa da 1,23 a 1,19. A livello regionale, la Sardegna continua a presentare il livello più basso: un figlio per donna. Le differenze nella fecondità totale sono spiegate dal diverso contributo delle donne straniere: 2,1 al nord, 1,78 al centro e 1,86 nel Mezzogiorno. La fecondità delle cittadine italiane è passata da 1,21 del 2018 a 1,18 nel 2019, scendendo per la prima volta sotto il minimo storico del 1995.

Con il Family Act voluto dal ministero per la Famiglia finalmente qualcosa sembra muoversi: un assegno mensile per chi ha figli a carico, agevolazioni, sconti per gli asili, detrazioni fiscali. Se resta un provvedimento isolato, aiuterà ma non potrà invertire la tendenza pesantemente

negativa. “In questi giorni si discute della portata storica dell’assegno unico e di una più complessiva revisione dei provvedimenti per le famiglie in materia fiscale, il Family Act. Ritengo tuttavia insufficienti gli interventi di natura solo fiscale – commenta Donatella Possemato - c’è la necessità di potenziare il territorio di centri per le famiglie, per il sostegno alla genitorialità, per la conciliazione famiglia-lavoro, per i servizi di prima infanzia, a volte scadenti e assolutamente insufficienti a garantire alla donna la continuità al lavoro. Vanno realizzati percorsi dedicati alla protezione del rapporto e della salute materno-infantile. C’è inoltre la possibile spinta a favore delle nuove generazioni grazie, appunto, al Next Generation europeo, che

richiede la capacità di realizzare progetti mirati e concreti sugli snodi della formazione, del lavoro e dei progetti di vita. Per ora purtroppo se ne parla soltanto ma ancora non se ne ha contezza”.

Per comprendere quanto siano fondamentali le future generazioni e una progettualità, il Next Generation Eu è stato definito dalla stessa presidente della Commissione europea (madre di sette figli) Ursula von der Leyen “un’alleanza tra generazioni in virtù della quale l’Ue per la prima volta prende in prestito denaro dai nostri figli”.

Che cosa pensa da specialista del settore, dottoressa Possemato? “L’incentivo a programmare azioni a favore della crescita demografica a sostegno delle famiglie – sottolinea - è giustificato dalle previsioni che già lasciano intravedere l’insostenibilità del nostro sistema di welfare dal punto di vista pensionistico e sanitario. Dobbiamo iniziare a capire che un Paese senza giovani non ha futuro. Il nostro incremento demografico risulta tra i più bassi dell’Europa, a fronte di un indice di vecchiaia tra i più alti, con evidenti conseguenze in termini di incremento della spesa pubblica e della complessiva crescita della produttività. Questo genera una serie di squilibri sociali con conseguenze a dir poco drammatiche sui livelli di disegualianza, che inevitabilmente finiscono per incidere sui redditi bassi, sugli oneri di cura dei figli e degli anziani”. Come comportarsi dunque? “L’attuale sistema sanitario e sociale – spiega - accelera l’adozione di nuove politiche in grado di affrontare due questioni centrali: il potenziamento della rete ospedaliera attraverso un’efficace integrazione e la medicina territoriale che invece non ci aiuta per nulla. La denatalità va affrontata a 360 gradi. Vanno pure protette le strutture di ostetricia, in quanto tra tutte le discipline della medicina è quella che presenta il più alto rischio clinico e per garantirne un abbattimento sia le strutture che i ginecologi e i neonatologi affrontano premi assicurativi altissimi. Il parto è l’evento più anelato ma anche quello che maggiormente rischia di trasformarsi in tragedia”.

Donatella Possemato prosegue con quello che ancora servirebbe per offrire un servizio degno, che nonostante tutto molte cliniche ancora mettono a disposizione delle donne: “Stanno chiudendo moltissimi centri a causa di costi elevati. Pensare che un parto spontaneo per il servizio sanitario nazionale equivale al costo di un iPhone, il Drg (diagnosis-related group, sulla base del quale si remunerano alle strutture le prestazioni sanitarie, ndr) per tutta un’equipe e due notti di ricovero è di 1.200 euro. Lo Stato quindi di fatto non garantisce centri di ostetricia: a esempio, nel 2020, in una località rinomata come Cortina sono nati solo 23 bambini perché non c’è il reparto e nessuno vuole trovarsi in un’emergenza che potrebbe sfociare in tragedia, con un ospedale a chilometri di distanza difficile da raggiungere. Lo stesso accade all’isola della Maddalena dove hanno chiuso l’ostetricia perché costava

troppo”. Allora ci si lamenta da un verso che i bambini non nascono ma dall’altro non facciamo nulla perché una donna si senta sicura di partorire? “Questo è uno dei tanti problemi. La denatalità – ribadisce - va affrontata da più prospettive: quella clinica, per cui si dovrebbe abbassare l’età delle gestanti in quanto attualmente si va dai 37-38 anni in su e ciò comporta aumento di cesarei e di rischio clinico. Per quanto l’estetica di una donna oggi possa essere premiata anche a 45 anni, l’orologio biologico rimane lo stesso, e naturalmente anche la prospettiva lavorativa. Non si può penalizzare le donne, anzi oggi a maggior ragione grazie allo smart working si può investire sulla donna in età fertile. Ciò non deve, però, essere scervro da politiche attive e sociali di incentivi di assistenza all’infanzia e, per le adolescenti, di educazione alla salute e al rispetto di sé”. In effetti a quell’età si ha timore di affrontare il ginecologo e una piccola infezione trascurata a 13 anni porta in seguito a problemi ben più grandi, basti pensare al papillomavirus. Nella casa di cura Santa Famiglia esiste uno sportello per le adolescenti gestito da ginecologhe giovani che parlano la “lingua” delle giovanissime e che possono metterle a loro agio. “Spesso riscontriamo problemi di amenorrea dietro i quali si nasconde il disturbo alimentare – prosegue Donatella Possemato - un altro buco nero della sanità è la gestione di anoressia e bulimia che tra l’altro accelera il processo verso la sterilità, per non parlare di chi non ce la fa: nell’ultimo anno sono morte oltre 3mila persone a causa di disturbi alimentari, una patologia che appartiene per il 95% al mondo femminile. Anche su questo fronte non esistono politiche di sostegno e attenzioni sanitarie di cura e riabilitazione”.

Questo suo punto di vista come lo ha tradotto nella pratica operativa? “Da donna – replica - ho cercato di declinare problematiche e fragilità femminili che la casa di cura Santa Famiglia accoglie con un approccio multidisciplinare. Essere donne oggi è un privilegio per chi attua il proprio percorso di vita con consapevolezza e recupero delle proprie naturali inclinazioni. Il senso materno è il più importante di questi istinti primordiali che fanno la differenza. Il nostro slogan in Santa Famiglia infatti è ‘Nasci con noi, camminiamo con te’: siamo in prima linea per garantire il benessere della mamma, del bambino e in generale della famiglia, grazie alle azioni di accompagnamento durante il periodo prenatale finalizzate a garantire alle coppie il recupero di una consapevole genitorialità e, allo stesso tempo, la valorizzazione della figura dei nonni. Gli anziani rappresentano tradizione, saggezza e memoria storica nel nucleo familiare, senza considerare l’aiuto che possono offrire ai nipoti, e invece sono stati spazzati via dal virus e, in certi casi, dall’indifferenza. Tema – conclude Donatella Possemato - su cui anche papa Francesco ci ha richiamati nell’enciclica ‘Fratelli tutti’ del 3 ottobre scorso”.

L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA AMICA DEL CUORE

INTELLANAV STABLEPOINT, IL NUOVO CATETERE DI ABLAZIONE CARDIACA PER IL TRATTAMENTO DELLE ARITMIE VENTRICOLARI

di *Katrin Bove*

La **tachicardia ventricolare** è un'aritmia che nasce dalle camere inferiori del cuore (ventricoli), caratterizzata da una elevata frequenza cardiaca (maggiore di 100 battiti al minuto). Molto spesso queste aritmie si manifestano in forma "parossistica" (cioè con inizio e fine improvvise separate da un lungo periodo di stabilità); più raramente hanno carattere iterativo (vanno e vengono continuamente) o incessante (sono quasi sempre presenti e ricompaiono immediatamente dopo una transitoria interruzione).

L'attenzione ai sintomi è vitale per affrontarla adeguatamente e per tempo.

I Sintomi

I soggetti che soffrono di tachicardia ventricolare avvertono quasi sempre forti palpitazioni. Lamentano inoltre debolezza, sensazione di stordimento e/o fastidio toracico. La tachicardia ventricolare sostenuta può essere pericolosa, perché i ventricoli non possono riempirsi adeguatamente e non riescono a svolgere una normale funzione di pompa. La pressione arteriosa tende a ridursi e determina insufficienza cardiaca. La tachicardia ventricolare sostenuta è altresì pericolosa perché può peggiorare fino alla fibrillazione ventricolare, una forma di arresto cardiaco. Talvolta la tachicardia ventricolare causa pochi sintomi, anche con frequenze di 200 battiti al minuto, ma può essere ugualmente estremamente pericolosa.

Le Cause

La maggior parte delle tachicardie ventricolari sono legate alla presenza di una cardiopatia. Le malattie rilevate più di frequente sono:

- pregresso infarto miocardico (una "cicatrice" del muscolo cardiaco legata alla improvvisa chiusura di un vaso sanguigno che nutre il cuore)
- cardiomiopatia dilatativa (condizione in cui il cuore si ingrandisce e si contrae con minore forza)
- malattia aritmogena del ventricolo destro (condizione geneticamente determinata in cui il muscolo cardiaco viene parzialmente sostituito da grasso e "cicatrice" senza che vi sia una alterazione del flusso sanguigno)
- miocardite cronica (infiammazione del cuore che guarisce lasciando una "cicatrice")
- cardiomiopatia ipertrofica (malattia geneticamente determinata in cui tutto o parte del cuore si ispessisce in maniera abnorme)



Francesco Solimene

- difetti congeniti della struttura del cuore (ad esempio tetralogia di Fallot) sottoposti o no a correzione cardiocirurgica
- forme idiopatiche, non legate ad alcuna evidente alterazione strutturale del cuore

l’Impatto clinico

Nei soggetti con cuore sano le **tachicardie ventricolari** sono in genere responsabili del peggioramento della qualità della vita dovuto ai sintomi, all’assunzione dei farmaci oppure agli accessi in Pronto Soccorso, più o meno frequenti, per controllare e arrestare l’aritmia. Nei pazienti con una cardiopatia o in rari soggetti predisposti, una elevata frequenza cardiaca prodotta dalla **tachicardia ventricolare (TV)** può portare alla perdita di coscienza (svenimento) o all’arresto cardiaco a causa della trasformazione dell’aritmia in fibrillazione ventricolare e morte cardiaca improvvisa. In questi soggetti ad alto rischio può essere di grande efficacia l’impianto di un defibrillatore automatico in grado di erogare uno shock e salvare la vita del paziente.

In alcuni casi siamo invece di fronte ad una tempesta aritmica, in cui il defibrillatore interviene decine di volte al giorno **ma che evidenzia, comunque, un incremento significativo della mortalità** (60% a 30 giorni). In questi casi l’unica terapia possibile è l’ablazione transcateretere che, date le condizioni del paziente e la complessità della procedura, richiede un’equipe altamente specializzata in grado di lavorare in simbiosi

Il Trattamento

Anche se il defibrillatore automatico è in grado di interrompere l’aritmia salvando la vita del paziente, non è però in grado di prevenire l’insorgenza di futuri episodi. Per la prevenzione delle recidive aritmiche possono essere utilizzati farmaci antiaritmici somministrati per bocca, alcuni dei quali, come l’amiodarone, possono però presentare effetti collaterali. Tuttavia, una volta che il substrato elettro anatomico diventi manifesto (comparsa di episodi clinici e recidivanti di TV) la riduzione degli episodi di TV richiede necessariamente un trattamento ablativo. L’obiettivo della terapia ablativa è quello di isolare con punti consecutivi di erogazione di ener-

gia di radiofrequenza (RF) le aree di più precoce attivazione e le aree che circondano isole cicatriziali.

La procedura di ablazione richiede un breve ricovero ospedaliero, e viene di norma effettuata in anestesia locale. Mediante speciali sonde, introdotte attraverso le vene o le arterie, viene localizzata con precisione ed eliminata l’area responsabile dell’aritmia.

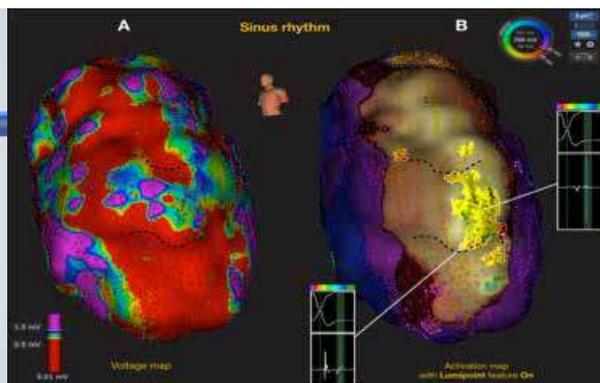
Un centro specializzato in aritmologia

In alcuni casi più complessi, per eliminare il substrato elettrico responsabile della tachicardia ventricolare è necessario un approccio epicardico che prevede una puntura nel torace per inserire una sonda capace di aggredire e contrastare le aritmie maligne che si formano nella parte più esterna del cuore. Secondo una recente survey italiana solo il 17,9 % degli elettrofisiologi italiani è in grado di eseguire una procedura di ablazione di tachicardia ventricolare con approccio sia endocardico che epicardico, È necessario infatti un team di elettrofisiologi con esperienza nel trattare tali aritmie, l’intervento di anestesisti, perfusionisti, cardiocirurghi, emodinamisti ed una terapia intensiva per la stabilizzazione del paziente. Ad avere questi requisiti è la clinica Montevergine con la sua equipe di Elettrofisiologia, diretta dal dottore Francesco Solimene. La struttura avellinese esegue più di 2mila procedure annue sia di elettrostimolazione (impianti di pacemaker e defibrillatori) che di elettrofisiologia (ablazioni e studi elettrofisiologici). Si tratta di una delle poche realtà pubbliche e private in Italia ad eseguire come procedure di routine le ablazioni transcateretere in tutti i pazienti con tachicardia e fibrillazione ventricolare, con una media di ablazioni di tachicardie ventricolari complesse di circa 80 casi l’anno.

Tecnologie all’avanguardia per la diagnosi

Il reparto di elettrofisiologia della Clinica Montevergine diretto dal dottor Francesco Solimene utilizza tecnologie all’avanguardia per la diagnosi ed il trattamento delle tachicardie ventricolari tra cui il sistema di navigazione cardiaca Rhythmia HDx, una nuova e sofisticata apparecchiatura per il mappaggio cardiaco 3D sviluppata da Boston Scientific. Tale sistema consente di fornire una mappa accurata delle regioni del cuore e di individuare con





precisione millimetrica i punti da trattare. Rhythmia, grazie a un sofisticato catetere diagnostico dal design innovativo, con diametro variabile e dotato di ben 64 elettrodi (la maggior parte degli altri sistemi sul mercato utilizzano cateteri con un massimo di 20 elettrodi) permette di individuare con estrema accuratezza particolari di dimensioni microscopiche e di raccogliere, simultaneamente, un numero molto elevato di dati: decine di migliaia, rispetto alle poche migliaia fornite dalle apparecchiature attualmente in uso. La nuova tecnologia è inoltre estremamente rapida nel creare mappe elettroanatomiche ad alta densità, e questo riduce anche di 60 minuti i tempi della procedura, rendendo più semplice anche l'ablazione di aritmie

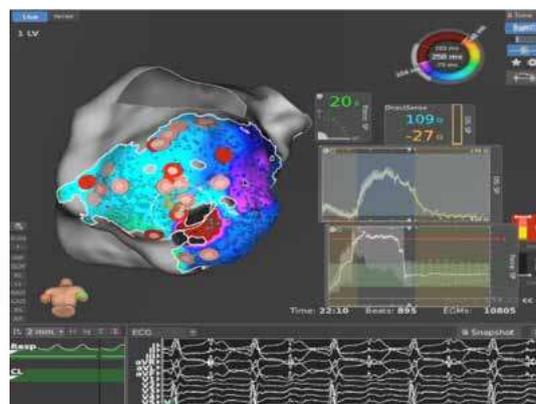
potenzialmente letali come le tachicardie ventricolari.

Tecnologie all'avanguardia per il trattamento

Quest'anno, Boston Scientific ha introdotto sul mercato europeo un'importante ed unica innovazione per quanto riguarda il trattamento delle tachicardie ventricolari: il catetere per ablazione, INTELLANAV STABLEPOINT.

Si tratta di un catetere ablatore dotato di un sensore di forza incorporato nella punta distale che fornisce informazioni in grammi sulla pressione di contatto ed una tecnologia per misurare le variazioni di impedenza locale in prossimità dell'elettrodo in punta.

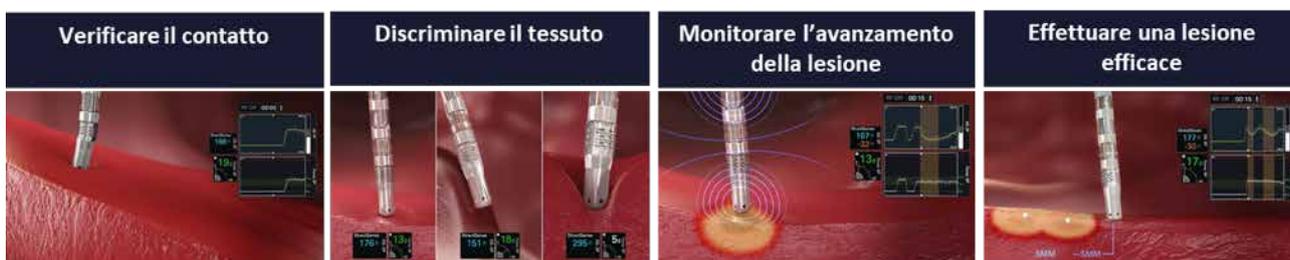
Grazie alla tecnologia con sensore di forza la procedura può essere eseguita nella più totale sicurezza, in quanto



l'elettrofisiologo ha un parametro che lo avverte quando la forza di contatto meccanica che il catetere esercita sul tessuto miocardico è eccessiva, consentendogli di ottimizzare sia i movimenti del catetere che la sicurezza della procedura.

Grazie alla tecnologia con impedenza locale invece, l'e-

lettrofisiologo dispone di indici relativi all'efficacia delle lesioni effettuate sul tessuto responsabile dell'innesco della tachicardia ventricolare. La combinazione delle due tecnologie, che al momento è presente su questo unico catetere, consente di lavorare con sicurezza, ma soprattutto con efficacia.



MVS
s.r.l.

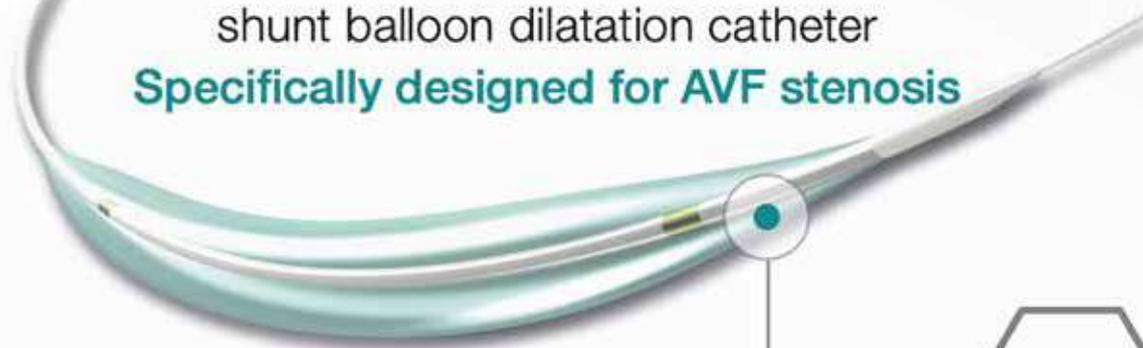
micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



APERTO® OTW

Paclitaxel releasing hemodialysis
shunt balloon dilatation catheter
Specifically designed for AVF stenosis



SAFEPAX®

UN MEZZO EFFICACE PER IL MANTENIMENTO DEGLI ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI

di *Riccardo Romani*

La dialisi, ovvero la depurazione del corpo dalle sostanze nocive di "scarto" prodotte dal metabolismo, rappresenta un trattamento salvavita nelle persone affette da insufficienza renale terminale, quando cioè i reni smettono di funzionare adeguatamente. In una piccola parte dei casi (circa il 10%) è possibile ottenere il processo di depurazione all'interno dell'organismo sfruttando il peritoneo come membrana dializzante (dialisi peritoneale) ma nel restante dei casi è necessario procedere alla depurazione del sangue all'esterno dell'apparato circolatorio, facendolo passare attraverso degli opportuni filtri (emodialisi).

Per eseguire l'emodialisi, è perciò necessario un accesso vascolare, ossia un sito anatomico opportunamente modificato che possa permettere il prelievo ripetuto di

abbondanti quantità di sangue e la sua reinfusione dopo il processo di depurazione.

La fistola artero-venosa realizzata anastomizzando (cioè unendo) una vena superficiale (solitamente del braccio) ad un'arteria periferica (fistola nativa) è l'accesso vascolare di prima scelta, efficace, di lunga durata, poco suscettibile alle complicanze infettive ed a basso costo di realizzazione. Alternative meno favorevoli sono il confezionamento di fistole realizzate con materiale protesico (Fistola protesica o A-V Graft) o l'inserimento di cateteri venosi centrali.

La complicanza più frequente a cui può andare incontro la fistola artero venosa nativa, che ne provoca il malfunzionamento e ne condiziona la durata, è un restringimento del calibro (stenosi). Il restringimento è

legato a molteplici cause: turbolenze di flusso (la fistola prevede il collegamento di un territorio ad alta pressione, il circolo arterioso, con un territorio a bassa pressione, il circolo venoso), le ripetute punture del vaso (per l'esecuzione delle sedute emodialitiche - 2/4 volte a settimana) e lo stato uremico del paziente (al quale è legata "una maggiore reattività" dei vasi). Tutti questi fattori concorrono a provocare un danno a livello delle cellule della parete vasale, responsabile di una risposta infiammatoria che esita in iperplasia neointimale ovvero il corrispettivo isto-patologico della stenosi (restringimento). Mantenere la funzionalità dell'accesso vascolare senza dover ricorrere alla sua sostituzione con materiale protesico o ancor peggio all'inserimento di cateteri venosi è di estrema importanza e condiziona l'aspettativa di vita stessa del paziente dializzato. L'angioplastica percutanea transluminale (PTA), ovvero la dilatazione del tratto ristretto con un "palloncino" appare al momento attuale la metodica di scelta e sostituisce il trattamento chirurgico tradizionale; è un trattamento poco invasivo, è eseguito in anestesia locale e permette l'utilizzo immediato della fistola per la seduta emodialitica successiva. Mediante puntura cutanea, attraverso un introduttore del diametro di 6-7 French (2-2.3 mm), si inserisce all'interno della fistola un catetere "a palloncino" per angioplastica che viene fatto scorrere su guida metallica fino al punto del restringimento; la dilatazione del palloncino, gonfiato con un manometro dedicato, ottiene la risoluzione della stenosi (Fig. 1). *"Considerando il meccanismo che sta alla base della formazione della stenosi", spiega il dott. Massimiliano Millarelli, (UOC Chirurgia Vascolare Ospedale Sandro Pertini di Roma), "ovvero trauma, risposta infiammatoria e successiva proliferazione cellulare, è lecito aspettarsi elevati tassi di recidiva dopo angioplastica. Per questo motivo è ormai pratica corrente eseguire l'angioplastica delle fistole artero venose con palloncini a rilascio di farmaco (DCB) (fig.2), in grado cioè di rilasciare farmaci antinfiammatori/antiproliferativi sulle pareti del vaso durante la loro dilatazione".* Tra i diversi farmaci disponibili, il paclitaxel (taxolo) è quello attualmente più impiegato nei DCB; è un farmaco lipofilico che attraversa rapidamente la membrana cellulare e inibisce la divisione e la migrazione cellulare possedendo proprietà antinfiammatorie e antiproliferative. L'azienda CARDIONOVUM, leader nella produzione di palloncini



Massimiliano Millarelli

per angioplastica a rilascio di farmaci, avendo introdotto sul mercato già nel 2007 il primo DCB approvato con marchio CE, ha messo a punto uno speciale catetere dedicato al trattamento delle stenosi di fistole artero-venose per emodialisi, il catetere APERTO® OTW.

"La caratteristica peculiare del catetere APERTO® OTW, oltre la presenza del farmaco (paclitaxel), risiede nella precisione con cui questo viene rilasciato nel sito voluto, grazie al sistema SAFEPAX® (fig 3), una tecnologia che minimizza la possibilità di dispersione durante le manovre di manipolazione" prosegue il dott. Millarelli. *"Il rivestimento del pallone è fondamentale poiché deve essere in grado di trattenere il farmaco durante il transito sino alla lesione, assicurarne un rapido ed omogeneo trasferimento alla parete del vaso durante il gonfiaggio e limitare fenomeni di microembolizzazione periferica. In questo modo il farmaco agisce dove deve farlo senza essere disperso nel circolo sistemico".* La sicurezza nel rilascio del farmaco del sistema APERTO® OTW consente la ripetizione della procedura tutte le volte necessarie al mantenimento dell'accesso vascolare. Presso l'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, diretta dal Dott. Roberto Chiappa, è stato messo a punto un protocollo di trattamento condiviso con i colleghi nefrologi e radiologi interventisti per il rapido riconoscimento delle stenosi degli accessi vascolari per emodialisi ed il loro trattamento con angioplastica percutanea. *"Negli ultimi 15 mesi"* ci spiega il Dott. Millarelli che coordina il gruppo

multidisciplinare “abbiamo eseguito oltre 30 procedure di angioplastica con il sistema APERTO® OTW ottenendo un successo tecnico nel 100% dei casi in assenza di complicanze. Il successo clinico si è mantenuto nell’88% dei casi a sei mesi e nel 66% dei casi ad un anno; nella totalità dei pazienti, potendo ripetere con sicurezza la procedura di angioplastica, siamo riusciti a mantenere funzionante l’accesso vascolare primitivo ed abbiamo evitato il ricorso a procedure chirurgiche complesse,

o la necessità di cateterizzazione venosa centrale. La disponibilità di uno strumento sicuro ed efficace per il trattamento delle stenosi come il catetere APERTO® OTW della CARDIONOVUM insieme ad un protocollo adeguato di sorveglianza clinica e strumentale” conclude il dott. Millarelli “ci permette quindi di mantenere funzionanti per un lungo periodo, accessi vascolari da cui dipende la sopravvivenza di pazienti delicati e poco suscettibili a trattamenti alternativi”.



Fig 1: un catetere “a palloncino” per angioplastica viene fatto scorrere su guida metallica fino al punto del restringimento; la dilatazione del palloncino, opportunamente gonfiato con un manometro dedicato, ottiene la risoluzione della stenosi

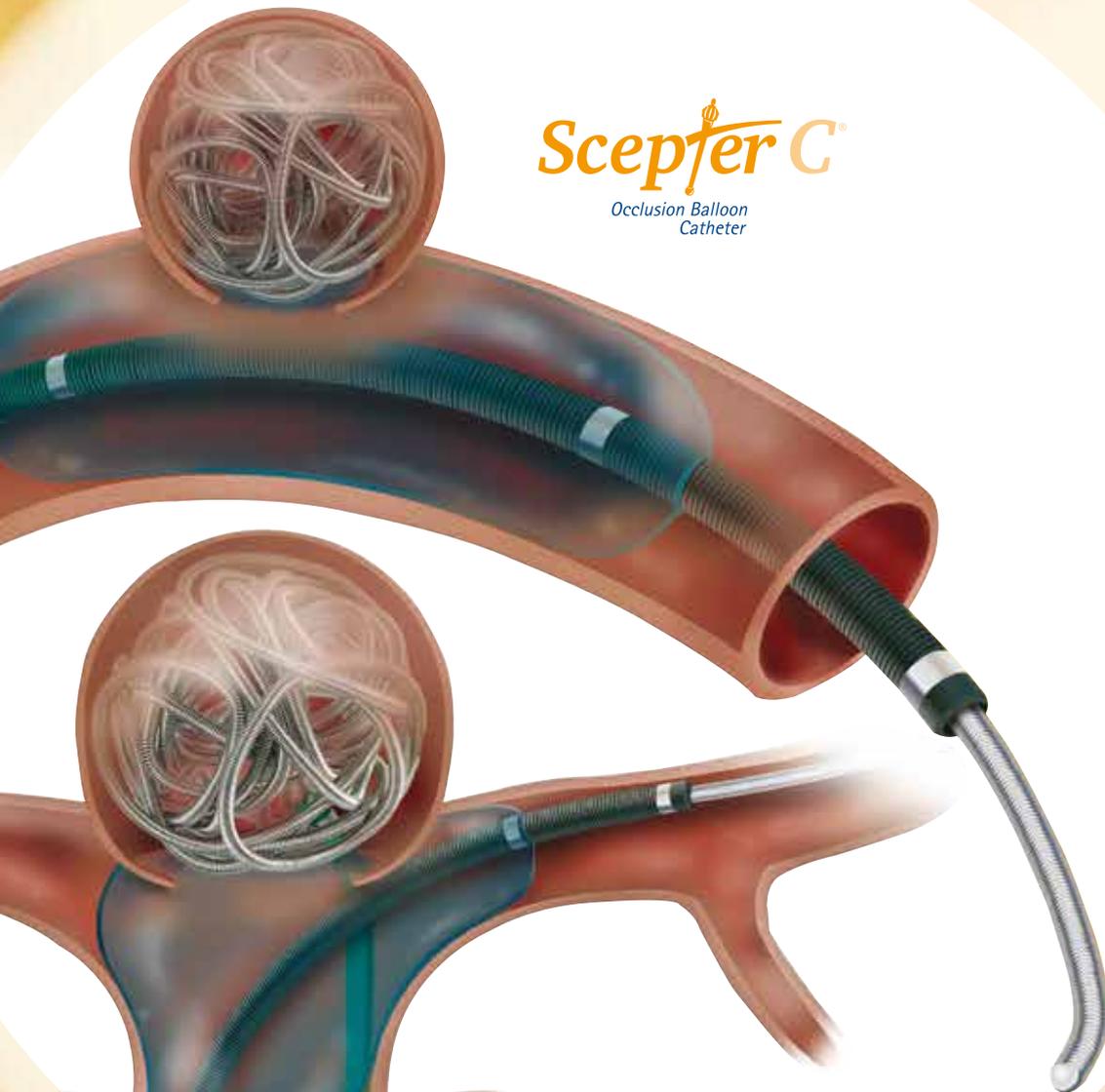


Fig 2: Il “palloncino” a rilascio di farmaco è in grado di distribuire farmaci antinfiammatori/antiproliferativi sulle pareti del vaso durante la sua dilatazione



Fig. 3: Il sistema SAFEPAX® è una tecnologia che minimizza la possibilità di dispersione del farmaco durante le manovre di manipolazione del “palloncino” evitandone il rilascio fino alla completa dilatazione

Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

ECCELLENZE

ITALIANE

di Caterina Del Principe

Il Prof. Alessandro Cappelli è Professore Associato Confermato con qualifica di Dirigente Medico e incarico di Alta Specializzazione in Chirurgia Endovascolare, presso il Dipartimento di Chirurgia cardio-toraco-vascolare, U.O.C. Scuola di Specializzazione di Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Il reparto di Chirurgia vascolare ed endovascolare dell'Ospedale Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, che ha come responsabile il Prof. Giancarlo Palasciano, si occupa di tutto l'iter diagnostico terapeutico del paziente affetto da una patologia arteriosa o venosa. Il Prof. Cappelli è socio della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare fin dalla sua fondazione. Nel 2015 ha collaborato alla stesura delle nuove linee guida per la diagnosi ed il trattamento delle arteriopatie periferiche, e nel 2020 partecipa alla stesura delle linee guida sulla patologia carotidea, della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare.

Qual è l'incidenza delle malattie cardiovascolari e quali sono i "segni" ai quali si deve prestare attenzione?

E' un'incidenza molto elevata. Prima causa di morte in Italia. Soprattutto per quel che riguarda la patologia vascolare degli arti inferiori e del distretto aorto-iliaco. Qualsiasi dolore improvviso, acuto degli arti inferiori, deve destare sospetto. Dopo, si "gioca" sui tempi, nel senso che se noi possiamo agire nell'arco delle prime dodici ore, ci sono delle ottime possibilità di ritornare alla condizione sine qua non. Nel caso contrario, ci possono essere complicanze

anche gravi. Un altro segno importante, è la compromissione neurologica dell'arto. Questo significa che la situazione è andata molto avanti, perchè quando l'ischemia determina un problema neurologico, vuol dire che è un'ischemia grave, che può compromettere la recuperabilità. Un'abnorme pulsazione addominale e/o dolore lombare o addominale improvviso, devono far pensare ad un coinvolgimento del distretto aortico.

Quali sono le sue riflessioni rispetto alla situazione sanitaria del Paese, in relazione in particolare a quello che sta accadendo con il Covid?

Non è una risposta facile, perchè è legata alle decisioni



Alessandro Cappelli

che ogni singola struttura sanitaria ha preso allineandosi alle direttive aziendali e regionali. Devo dire che la nostra azienda è abbastanza attenta. Abbiamo un'organizzazione capillare per quanto riguarda i pazienti affetti da Covid. Nel complesso, il nostro Gruppo non ha avuto una diminuzione importante relativamente alla patologia aortica o a quella carotidea, perchè i nostri ambulatori sono rimasti aperti e non solo, abbiamo aumentato gli orari di apertura per ridurre le liste d'attesa. Quindi, normalmente visitiamo ancora i pazienti normali, in elezione. Il problema rimane sempre quello relativo ai pazienti che sono in una situazione d'urgenza, perchè sono pazienti che prima di venire alla nostra osservazione. Attendono un pò di più, perchè hanno paura di venire in un ambiente ospedaliero. Questa è la realtà. Poi, è evidente che in altre regioni la situazione può essere diversa da quella toscana e non solo, ma probabilmente anche nelle province più vicine a noi, l'organizzazione può essere diversa, perchè molto viene lasciato alle decisioni delle direzioni sanitarie, alle capacità dei nostri dirigenti di saper organizzare in modo adeguato una risposta per questi pazienti. Devo dire che noi, a parte le urgenze relative agli arti inferiori, grandi differenze dal passato non le abbiamo viste. Siamo riusciti a mantenere un buon livello degli interventi in elezione, perchè il nostro Gruppo di Chirurgia Vascolare ha un'organizzazione di follow-up propria: ognuno di noi è in grado di gestire direttamente i pazienti. I nostri specializzandi, fin dall'inizio, vengono formati per l'esecuzione della diagnostica ecocolordoppler vascolare e questo ci permette di seguire direttamente i pazienti e di effettuare diagnosi precoci.

In questo periodo si parla molto di risorse da aggiungere alla sanità, per colmare il gap che si è realizzato negli ultimi 10 anni. Il problema delle risorse è un problema centrale, a suo avviso?

Questa è una domanda che potrebbe impegnarci per qualche ora. Quando ho cominciato la mia attività professionale, 40 anni fa, con la Chirurgia generale, avevamo corsie con 60 posti letto. Poi, gradatamente siamo passati a 30 e poi ancora meno. All'inizio del 2020, ci siamo trovati in una situazione d'emergenza dove non eravamo pronti a coprire le necessità del Paese, soprattutto perchè c'erano stati, negli anni precedenti, dei tagli enormi, da parte delle strutture centrali, per quanto riguarda i posti letto, il personale medico e quello infermieristico. Ora, c'è una corsa a cercare di recuperare. Scontiamo, soprattutto, la carenza di infermieri, perchè un medico può lavorare solo se in appoggio ha personale specialistico infermieristico. Sono due aspetti sovrapponibili, perchè se io, medico, devo andare in corsia, ho bisogno che ci siano infermieri, in grado di gestire la corsia ed il paziente. C'è stata una generalizzata diminuzione delle risorse che ha prodotto tutto questo.

Le faccio un altro esempio, per intenderci: quando, nel passato avevamo bisogno di device, all'interno del budget a disposizione, decidevamo di destinare alla spesa quello che ritenevamo opportuno. Poi, è stato introdotto il sistema delle gare, che dal punto di vista economico è vantaggioso, perchè le ditte tendono ad abbassare i prezzi per rimanere in competizione, però l'altra faccia della medaglia è che possiamo avere dei device che non sono all'avanguardia, perchè costano meno e molte volte il prodotto che costa meno non è di per sé il migliore, anzi. La questione centrale è che all'interno delle commissioni che decidono vi sia personale preparato e che conosca le procedure.

Che conseguenze ha avuto l'apporto delle nuove tecnologie rispetto alla sua attività?

L'ha cambiata radicalmente. Noi inizialmente eravamo una Chirurgia Vascolare tradizionale, nel senso che effettuavamo interventi chirurgici di tutti i tipi che riguardavano la nostra disciplina. Ad un certo punto è comparsa l'idea di dotarci dei device endovascolari e di operare grazie all'apporto di interventi meno invasivi. Il nostro Gruppo, intorno agli anni 2000, ha avuto subito l'illuminazione di pensare che dovevamo appropriarci di queste nuove metodiche. In vent'anni, tutto il nostro Gruppo è andato in questa direzione, tant'è vero che i nostri interventi oggi sono quasi al 70% endovascolari piuttosto che di chirurgia tradizionale, con delle scelte accurate e seguendo quello che ci propone la letteratura scientifica. Abbiamo iniziato con gli arti inferiori, poi le carotidi, poi tutta la periferia e il distretto toraco-addominale. Il nostro Gruppo, e ciascuno dei suoi membri, grazie a quest'esperienza ventennale, è tra i migliori in Italia. Lei consideri che le ditte inizialmente ci presentavano tante protesi da utilizzare per via chirurgica tradizionale, invece ora l'industria si è concentrata sull'innovazione, per quanto riguarda tutte le metodiche mini-invasive: palloni, stent, guide, cateteri, ecc. Altre specializzazioni non hanno saputo cogliere questa grande novità, perchè sono rimaste legate alla chirurgia tradizionale, lasciando ad altri operatori, per esempio ai cardiologi interventisti, l'utilizzo di determinate procedure. Noi della Chirurgia Vascolare Italiana abbiamo invece capito che dovevamo appropriarci e gestire in prima persona queste nuove tecnologie. Lei pensi che uno stent carotideo viene eseguito in anestesia locale con conseguente rapida dimissione. Questa è una cosa che ha rivoluzionato e rivoluzionerà ancora di più tutta quella che è la Chirurgia Vascolare moderna. Ad esempio, rispetto alla patologia iliaca – dove si facevano by-pass – oggi siamo in grado di ricanalizzare occlusioni o trattare aneurismi, per via endovascolare, con risultati sovrapponibili a quelli della Chirurgia tradizionale e questo grazie all'industria, che costantemente



te ci fornisce strumenti sempre più performanti, delicati, perfetti per questo tipo di lavoro.

Se lei per un giorno avesse la possibilità di decidere tre cose che abbiano un impatto immediato sulla situazione della sanità italiana e sul suo settore di attività in particolare, quali cose sceglierebbe?

Prima cosa, una maggiore libertà nella scelta dei materiali. La seconda di essere dotati di una sala ibrida, dove si possa lavorare in assoluta tranquillità sia per quanto riguarda la Chirurgia Endovascolare, sia quella Tradizionale e, soprattutto, la Chirurgia Ibrida, per la quale s'intende iniziare la nostra opera con la Chirurgia Tradizionale e rifinirla grazie all'apporto della Chirurgia Endovascolare. La terza cosa che mi piacerebbe decidere – per così dire – è l'attenzione alla capacità delle persone, piut-

tosto che ad altri fattori di scelta che non sono legati ad un discorso di tipo qualitativo. Poi, c'è la questione della carenza assoluta di personale medico e infermieristico, di cui abbiamo già detto, che sarebbe da affrontare immediatamente.



**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

“IL MAL DELLA PIETRA”

di Riccardo Romani

La calcolosi reno-ureterale è una patologia ben nota già dall'antichità. Veniva chiamata «mal della pietra». Il calcolo urinario più antico risale al 4800 a.c. e fu scoperto da Elliot Smith nel 1901 nella pelvi di una mummia egiziana. I primi rimedi per sciogliere i calcoli urinari risalgono anch'essi a tempi antichissimi: Caio Plinio Secondo (23-79 D.c.) prescrive infusi di peonia, menta e ceci, e nella medicina tradizionale persiana, che risale al 1000 a.C., i trattamenti per la calcolosi urinaria comprendevano singoli medicinali come per esempio: i massaggi con Olio di scorpione, una dieta priva di uova, l'acqua di rose, i fagioli indiani, i semi di melone.

Solo nel 1978 durante la XXXI Assemblea Mondiale della Sanità, l'OMS venne incentivata a promuovere le ricerche sulle modalità di utilizzazione delle piante. Si è passati così da un uso empirico ad un uso razionale di molte piante medicinali, la fitoterapia. La Parietaria, il cui nome scientifico è “muraiola” perché cresce sui muri, specie sui ruderi, o anche erba vetriola o spaccapietra, perché un tempo la si usava per rimuovere le incrostazioni dalle bottiglie, possiede proprietà depurative, diuretiche, emollienti, rinfrescanti. E' indicata per prevenire e combattere i calcoli renali e vescicali.

L'ultimo rimedio contro la calcolosi renale arriva dall'erba

spaccapietra: il *Phyllanthus Niruri*. Le piante del genere *Phyllanthus* sono ampiamente distribuite in molte regioni tropicali e subtropicali e sono state a lungo utilizzate dalla medicina popolare brasiliana per trattare disturbi renali e vescicali. E' conosciuta con il nome di chancapedra. Il *Phyllanthus Niruri* agisce sui meccanismi d'azione impegnati nella genesi del calcolo determinando un maggior rilascio di glicosaminoglicani, che agendo come rivestimento proteico, impediscono l'aggregazione dei cristalli e la successiva formazione del calcolo.

È una patologia piuttosto frequente, la prevalenza varia tra il 4% e il 20% nei paesi industrializzati e tra l'1% e il 5% in quelli in via di sviluppo. In Italia affligge in media il 6-9% della popolazione, con incidenze intorno a 100.000 nuovi casi l'anno e prevalenze di 250.000 casi/anno comprendendo le recidive. L'etnia sembra essere un fattore di rischio, con prevalenze maggiori tra uomini caucasici seguiti da iberici, asiatici e afro-americani.

Riguardo alla distribuzione per sesso, la nefrolitiasi risulta essere più frequente nel sesso maschile - con un'incidenza da 3 a 1,5 volte maggiore - che in quello femminile. Altri fattori correlati con questa patologia sono l'età, la dieta, la familiarità, la geografia e il clima - con maggiore distribuzione nei Paesi caldi - l'occupazione lavorativa -

**UN'ASSUNZIONE
ALIMENTARE
SUFFICIENTE
DI MAGNESIO
E CITRATO INIBISCE
LA FORMAZIONE
DI CALCOLI
RENO-URETERALI**



Calcolo endo renale “a stampo” asportato senza frammentazione per via laparoscopica

gli addetti agli altiforni presentano maggiore incidenza - l'Indice di massa corporea (IMC).

Riguardo al ruolo dell'apporto di liquidi e alle caratteristiche dell'acqua, è ampiamente dimostrato che un abbondante apporto di acqua previene lo sviluppo della patologia. È dibattuto, invece, il ruolo della durezza dell'acqua, intesa come concentrazione di calcio carbonato, da alcuni correlata a una maggiore escrezione dello stesso, per cui risulterebbe che l'assunzione di acque "dure" prevenirebbe in modo più efficace la calcolosi rispetto all'uso di acque "morbide", al contrario dell'opinione comune risulta privo di sostegno la tesi secondo cui le acque in bottiglia prevengano dalla calcolosi più di quelle della rete idrica servita dagli acquedotti cittadini.

Tra i Calcoli più diffusi possiamo certamente annoverare quelli formati da ossalato di calcio cioè dalla combinazione di acido ossalico e calcio.

Una assunzione alimentare sufficiente di magnesio e citrato inibisce la formazione di ossalato di calcio e i calcoli di fosfato di calcio. L'efficacia del magnesio ad evitare la formazione di calcoli e la loro crescita è dose-dipendente. La disidratazione dovuta ad una bassa assunzione di liquidi è un fattore importante nella formazione dei calcoli. Anche l'obesità è uno dei principali fattori di rischio.

Un elevato apporto alimentare di proteine animali, di sodio, di zuccheri raffinati, di fruttosio e sciroppo di fruttosio, di ossalato, di succo di pompelmo e di succo di mela, può aumentare il rischio di formazione di calcoli urinari.

I calcoli urinari possono derivare anche da una condizione metabolica di base, come ad esempio l'acidosi tubula-

re distale renale, la malattia di Dent, l'iperparatiroidismo, l'iperossaluria primaria, o il rene a spugna midollare. Tra il 3% e il 20% delle persone che soffrono di calcoli urinari, ha quest'ultima patologia.

I calcoli urinari sono più comuni nelle persone con malattia di Crohn; questa condizione è correlata con iperossaluria e malassorbimento di magnesio.

Alcuni studi suggeriscono che le persone che assumono integratori alimentari di calcio o vitamina D hanno un rischio maggiore di sviluppare calcoli urinari. L'escrezione urinaria di calcio può aumentare in risposta alla supplementazione di vitamina D in alcuni soggetti affetti da calcolosi renale.

Negli Stati Uniti, la formazione di calcoli urinari è stata utilizzata come indicatore di eccesso di assunzione di calcio.

Una persona con calcoli urinari ricorrenti può essere sottoposta a screening per tali condizioni. Questo è in genere fatto tramite una analisi delle urine prodotte nel corso di 24 ore.

Al giorno d'oggi la calcolosi urinaria viene trattata per lo più in maniera mininvasiva per via endoscopica e per via percutanea con una ridotta ospedalizzazione per il paziente che consente una rapida ripresa delle normali attività quotidiane.

Le nostre sale operatorie sono dotate di macchinari di ultima generazione che permettono attraverso l'emissione di energia laser di determinare la frammentazione dei calcoli fino a ridurli in polvere e quindi facilmente eliminabili. Il trattamento chirurgico endoscopico viene eseguito

Lo Stone Center della Clinica Villa Mafalda di Roma è coordinato dal prof. Massimiliano Di Marco e si avvale di un team altamente specializzato formato dagli urologi: Raniero Parascani, Alessia Fraioli, Cristina Avitabile, Matteo Sampalmieri, Giuseppe Borgoni, e di specialisti radiologi. Lo Stone Center di Villa Mafalda è aperto ventiquattro ore su ventiquattro, consentendo la risoluzione di una così tanto invalidante patologia; è inoltre possibile porre domande e richiedere consigli direttamente agli urologi del centro mediante l'utilizzo del forum della clinica.



Da sinistra: Fabio Valenzi, Matteo Sampalmieri, Massimiliano Di Marco, Alessia Fraioli, Raniero Parascani.

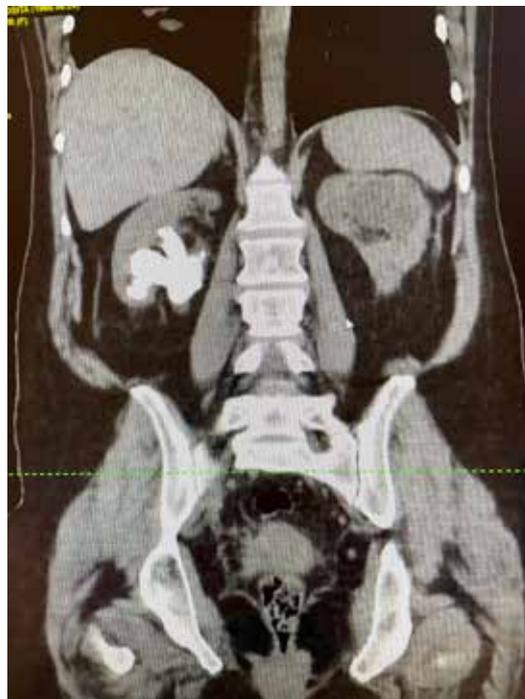
spesso in regime di day hospital e solo nel caso in cui si utilizza la via percutanea all'apparato urinario, cioè un piccolo forellino di circa 5 mm sul fianco del paziente, viene richiesta la permanenza del paziente fino al giorno successivo.

In particolari casi di calcolosi renale che occupa completamente le cavità dell'organo è possibile effettuare un trattamento chirurgico laparoscopico attraverso 4 forellini di 5 mm sul fianco del paziente e una piccola incisione di massimo 3 cm per estrarre completamente il calcolo. Anche in questo caso la ripresa delle normali attività fisiche si verifica entro 48 ore.

La buona organizzazione di uno Stone Center deve prevedere il rapido inquadramento clinico e radiologico della patologia e un altrettanto rapido trattamento al fine di risolvere prontamente la patologia.



Strumento endoscopico flessibile per raggiungere il calcolo all'interno dell'uretere o del rene in modo miniinvasivo



Calcolosi renale "a stampo del rene dx"



Endoscopio flessibile integrato a monitor portatile



Strumento per il trattamento percutaneo della calcolosi renale "Clear Petra"



Urologia

*LA STORIA DI UN PAZIENTE CHE HA SUBITO
DUE INTERVENTI RIVOLUZIONARI PER RISOLVERE PROBLEMI
LEGATI A DISFUNZIONI DELL'APPARATO MASCHILE*

di Danilo Quinto

Cardiopatico, fumatore di 20 sigarette al giorno, nel 1980 sottoposto ad intervento di appendicectomia, nel 1995 un altro intervento di ernioplastica inguinale, iperteso in trattamento, sofferente di ipertrofia prostatica da 5 anni con difficoltà allo svuotamento vescicale. Nel 2017 subisce un trauma dopo un rapporto sessuale con generazione di placca peniena e comparsa di curvatura peniena a 90 gradi (curvatura ad uncino) e disfunzione erettile successiva. Fallisce il

tentativo di trattamento conservativo con collagenasi. Questa l'anamnesi di un paziente di 59 anni, italiano, sposato con un figlio, sottoposto a dicembre 2019 e a settembre 2020 a due interventi risolutivi della sua situazione clinica nel Reparto di Urologia Oncologica Mininvasiva Robotica ed Andrologica dell'Azienda ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze, diretta dal prof. Marco Carini.

Gli interventi sono stati effettuati dal Dott. Andrea



Acquabeam waterject

Cocci. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 2011 presso l'Università degli Studi di Firenze e conseguita la specializzazione in Andrologia e Urologia nel 2017 presso lo stesso Ateneo, il Dott. Cocci è stato surgical fellow presso la Bristol University e successivamente presso lo University College Hospital di Londra, dove ha perfezionato l'alta chirurgia andrologica e uroginecologica. Ha completato la formazione in Chirurgia Andrologica tramite la partecipazione al progetto NASA (National School Surgical Andrology) in 6 centri italiani ad alto volume. Ad oggi è docente del medesimo corso e Assistente Professore Università degli studi di Firenze.

Dott. Cocci, può descrivere i due interventi ai quali è stato sottoposto questo paziente? Il primo intervento è stato effettuato a dicembre del 2019. È stato un intervento di posizionamento di protesi peniena ed asportazione della placca peniena. Il paziente era impossibilitato all'attività sessuale a causa della Malattia di Peyronie, volgarmente detto



Andrea Cocci

“pene curvo”. Nonostante il tentativo di trattamento con terapia conservativa con collagenasi, è stato necessario un intervento chirurgico complesso, che ha previsto la sostituzione dei corpi cavernosi con protesi peniene specifiche. L'intervento ha avuto un esito positivo, con ripresa dell'attività sessuale a febbraio 2020. Il paziente si ritiene ad oggi estremamente soddisfatto. **Quali sono state le difficoltà di questo primo intervento?** La curvatura peniena del paziente era estremamente severa, 90 gradi con una voluminosa placca peniena che ha reso necessario non solo asportarla ma sostituirla con un tessuto derivato dal pericardio bovino. Nello stesso intervento abbiamo cercato di far recuperare al paziente le proprie dimensioni del pene, unitamente alla sua erezione tramite il posizionamento di protesi peniene. **Il secondo intervento, invece, possiamo definirlo rivoluzionario?** Penso sia il termine adatto. Si tratta del trattamento con getto d'acqua fredda per l'iperplasia prostatica benigna con conservazione della eiaculazione (Aquabeam Waterject). Questo trattamento è stato sviluppato negli Stati Uniti, nella Silicon Valley,

con l'obiettivo di rendere un intervento comune come la resezione prostatica in caso di ipertrofia, veloce e sicuro. È un intervento semplice, veloce e sofisticato, a tal punto da mantenere strutture nobili come quelle deputate alla eiaculazione. La rivoluzione di questa procedura risiede nel sovrapporre l'immagine vista dal chirurgo con la strumentazione ottica con l'immagine ecografica ad alta risoluzione. Questo permette di definire i margini di resezione del tessuto e procedere in circa 4 minuti alla rimozione del tessuto interessato. Se comparato ai tempi di circa 60-120 minuti delle tecniche standard, questa tecnologia rende quest'intervento alla portata anche di chi ha problemi a sopportare l'anestesia per lunghi periodi. È una procedura entrata in uso regolare presso i migliori ospedali americani ed europei con risultati stabili negli anni successivi al trattamento. L'aspetto più gradito dai pazienti è che al netto di risolvere i propri problemi di prostata (getto urinario corto, necessità di svegliarsi la notte, difficoltà ad espellere l'urina), mantiene anche l'eiaculazione. Ad oggi, è l'unico intervento che può vantare questa caratteristica.

IL PAZIENTE RACCONTA

Il paziente operato due volte nell'arco di un anno dal Dott. Cocci, lo chiamiamo Andrea. Ha ora 60 anni e fa l'impiegato.

Può raccontare il suo travaglio?

Ho sofferto per molti anni di prostatite. Un problema molto diffuso, come si sa e che spesso viene sottovalutato. A questo problema, se ne è aggiunto un altro: un trauma sessuale ha prodotto una curva a 90 gradi del pene, causata da una placca di 2,5 cm. di lunghezza e di 1 cm. di spessore, dolorosissima. Ho sentito vari pareri e ho deciso di affrontare il problema con il trattamento attraverso delle punture - ne ho fatte 4 - che avrebbero dovuto limitare la curvatura e sgretolare la placca, ma il trattamento non ha avuto esito positivo.

A quel punto, cosa è accaduto?

Ho accettato di sottopormi ad un intervento di protesi, che per come mi è stato proposto mi è sembrato risolutivo del problema. Un intervento perfettamente riuscito, che mi ha restituito la

normalità nell'arco di un mese. Ho sopportato un po' di dolore e di scarsa sensibilità solo per 2-3 mesi.

Rimaneva però il problema originario.

Purtroppo, sì. Continuavo a dover andare molte volte in bagno durante la notte e questo incidere in maniera significativa sul sonno. Durante la giornata, urinavo spessissimo. Era diventata una situazione non più sostenibile. Ero venuto a conoscenza del fatto che il Dott. Cocci aveva introdotto in Italia una tecnica innovativa, rivoluzionaria per certi versi, che ha percentuali di complicanze bassissime. Ho parlato con lui, che mi ha consigliato di attendere 6 mesi, il tempo necessario che si stabilizzasse e fosse sotto controllo la situazione del primo intervento.

È stato complicato il secondo intervento?

Nel totale, la degenza è stata di soli 4 giorni e tutto è andato meravigliosamente bene. La fortuna è stata quella di trovare sulla mia strada un chirurgo capace e competente, oltre che estremamente gentile.



Pancreatite, la si può prevenire. Prima di tutto a tavola

*NEL PIATTO VANNO PREFERITI LEGUMI,
FRUTTA, VERDURE A FOGLIE, CARNI BIANCHE*

di Caterina Del Principe

La pancreatite acuta è un disturbo abbastanza comune, che si manifesta con forti fitte improvvise nella parte superiore dell'addome, di durata e gravità differenti. Ne parla Alessandro Zerbi, responsabile di Chirurgia pancreatico in Humanita, l'ospedale ad alta specializzazione, centro di ricerca e sede di insegnamento universitario con sede a Milano.

Per cominciare, che cos'è il pancreas?

Il pancreas è una ghiandola importantissima, di forma allungata, situata nell'addome, tra lo stomaco e la colonna vertebrale. Ha funzione endocrina, cioè secerne nel circolo sanguigno gli ormoni che sintetizza, ed esocrina, che consiste nella produzione di enzimi fondamentali nella digestione.

Al suo interno troviamo le isole pancreatiche, strutture endocrine responsabili della produzione e della secrezione di alcuni ormoni, come l'insulina e il glucagone, che contribuiscono al controllo dei livelli di glicemia nel sangue. Un pancreas infiammato può causare una pancreatite acuta.

E quali sono i sintomi della pancreatite acuta?

La pancreatite acuta è un'infiammazione del pancreas che insorge in maniera improvvisa. Può essere di forma lieve, risolvibile in pochi giorni, o di forma più grave.

Al dolore nella parte alta dell'addome irradiato al dorso, primo sintomo della patologia, si possono affiancare vomito, nausea e febbre. Nei casi più gravi, questi sintomi possono evolvere in setticemia e insufficienza renale e



respiratoria.

La pancreatite tende a insorgere in seguito a una calcolosi della colecisti, o calcoli della cistifellea, e, seppur con meno probabilità, può derivare da un episodio di abuso di alcolici.

Come si diagnostica la pancreatite acuta?

Certamente la propagazione del dolore è un primo dato importante che lo specialista potrà considerare. Gli esami del sangue mostreranno se i valori di alcuni enzimi, come amilasi e lipasi, abbiano subito un aumento: se il tessuto pancreatico è danneggiato, infatti, i valori di questi enzimi risulteranno alterati.

Un disturbo abbastanza comune che si manifesta con forti fitte improvvise

In base alla gravità, si possono richiedere una semplice ecografia, che permette di verificare la presenza di calcoli biliari o una Tac dell'addome, eseguita con mezzo di contrasto.

Come va trattata la pancreatite acuta?

Se la pancreatite acuta è in forma lieve, saranno sufficienti due o tre giorni di digiuno e la somministrazione di flebo per rifornire l'organismo dei liquidi persi. Se, invece, abbiamo a che fare con una versione più grave, potrebbe essere necessario anche il ricovero in terapia intensiva e, in rari casi, un intervento chirurgico. Sarà lo specialista, in ogni caso, a proporre la terapia più adeguata alla circostanza.

Dall'alimentazione può arrivare un aiuto a evitare l'insorgere di una pancreatite acuta?

Come in molti altri casi, la dieta mediterranea viene in aiuto a eventuali squilibri del pancreas. Limitare il consumo di grassi animali e di zuccheri, incrementando il consumo di legumi, frutta, verdura e alimenti ricchi di antiossidanti, può essere una scelta vincente. Carni bianche, cereali integrali, frutta secca, verdure a foglia verde sono degli esempi di alimenti "amici" del pancreas. (www.humanitassalute.it)

Dalla saliva la diagnosi precoce

di Flavia Scicchitano

FONDAZIONE ITALIANA ENDOMETRIOSI

L'

endometriosi è una patologia che colpisce moltissime donne in Italia e nel mondo, provocando dolori anche devastanti. La ricerca però sta compiendo passi avanti

L'endometriosi è la presenza di endometrio, mucosa che normalmente riveste esclusivamente la cavità uterina, all'esterno dell'utero. In Italia sono 3 milioni le donne affette ma la cifra è sottostimata. La malattia comincia a crescere dopo il menarca e già in adolescenza iniziano i primi disturbi. I due terzi delle pazienti hanno iniziato a soffrirne prima dei 20 anni, mentre tra i 20 e i 35 anni insorgono i maggiori sintomi. L'impatto fisico, emotivo e relazionale è molto forte e, purtroppo, molto spesso, in grado di incidere pesantemente sulla vita familiare, sociale e lavorativa. Ma la ricerca, sul fronte diagnostico, sta facendo progressi che potrebbero consentire di assicurare una migliore qualità della vita a donne e ragazze colpite dalla malattia.

Quali sono dunque le novità per la diagnosi dell'endometriosi?

È in fase di sviluppo un test diagnostico su saliva, ideato dal sottoscritto e oggetto di brevetto italiano ed europeo della Fondazione Italiana Endometriosi. Un test che rappresenta una novità assoluta nel panorama della ricerca e sviluppo. Ad oggi, infatti, sulla diagnosi di endometriosi a livello globale grava un ritardo medio di 8-9 anni: i sintomi spesso vengono confusi e sottova-

Sulla diagnosi di endometriosi a livello globale grava un ritardo medio di 8-9 anni. I test salivari potrebbero rilevare l'endometriosi intercettando la malattia in una fase iniziale. Intervista a Pietro Giulio Signorile, presidente della Fondazione Italiana Endometriosi

lutati. La paziente, come da protocollo, viene sottoposta a molteplici esami, al termine dei quali non è detto che si arrivi ad una diagnosi certa, e la malattia se e quando viene scoperta è spesso in fase conclamata.

Il nuovo test, invece, potrebbe essere in grado di assicurare una diagnosi precoce?

Il test, che dobbiamo ricordare è ancora in fase di sviluppo, potrebbe rilevare l'endometriosi attraverso il prelievo di un semplice campione di saliva, in modo veloce e non



Pietro Giulio Signorile

invasivo, intercettando la malattia in una fase iniziale. In questo modo permetterebbe di accorciare le sofferenze e restituire alle donne una migliore qualità della vita prima che la patologia si aggravi. In uno stadio ancora iniziale è infatti possibile assicurare alle donne trattamenti precoci con risultati più efficaci.

Qual è l'importanza della diagnosi precoce per contrastare l'endometriosi?

La diagnosi precoce è importantissima perché l'endometriosi progredisce nel tempo e i sintomi si intensificano fino a cronicizzarsi. Parliamo di dolori pelvici, anche devastanti, soprattutto nella fase del ciclo e dell'ovulazione, dovuti a una forte infiammazione locale. Poi c'è la stanchezza fisica cronica, dolori nei rapporti sessuali che impediscono una normale attività di coppia ed esiste il problema dell'infertilità: il 40% delle donne affette da endometriosi ha problemi nel procreare. Inoltre si possono verificare casi di 'brain fog', nebbia cerebrale, con amnesie e disturbi di attenzione. Intervenire prima significa interrompere il cronicizzarsi di questi eventi.

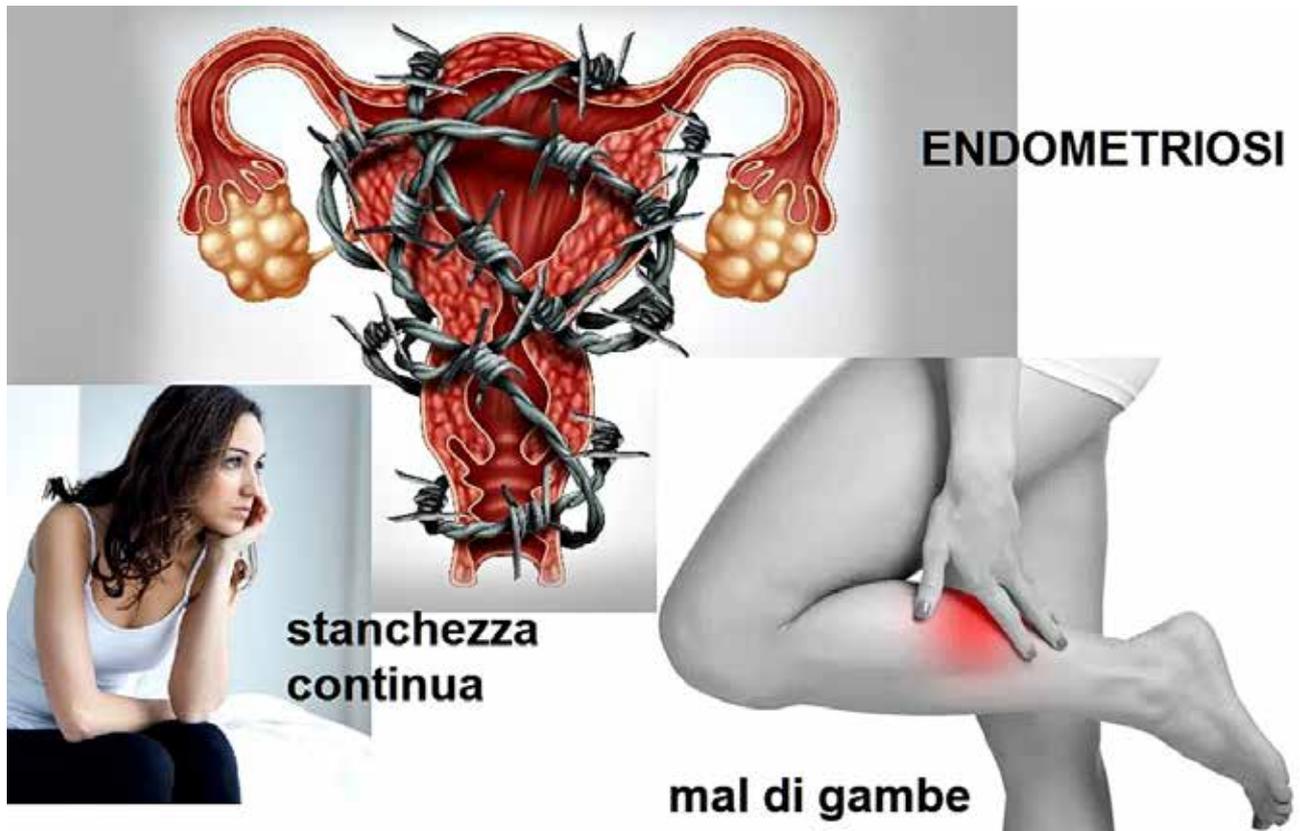
In questo senso il nuovo test che vantaggi comporterebbe?

Il nuovo strumento diagnostico garantirebbe di saltare i protocolli che, in caso di sintomi sospetti, prevedono, in ordine di accuratezza e attendibilità diversi step. Dunque: visita ginecologica vaginale e rettale per valutare se ci sia presenza di endometriosi nella parte bassa delle pelvi; risonanza magnetica nucleare per le ovaie e la parte alta dell'utero; ecografia; esami del sangue per la ricerca di

marcatori. Ricevere una diagnosi di endometriosi molte volte risulta più problematico del previsto e sicuramente invasivo. Inoltre può capitare, se non ci reca presso un centro specializzato, che i sintomi vengano confusi con altri disturbi con sintomi analoghi.

In che modo allora, una volta individuata la malattia in tempi precoci, si può intervenire per abbattere i sintomi?

Non ci sono farmaci o cure mediche contro l'endometriosi ma per ridurre i sintomi si può lavorare sull'eccesso di ormoni che fa crescere la malattia, anche attraverso una particolare alimentazione e l'assunzione di integratori. L'eccesso di ormoni infatti fa crescere la malattia, la malattia provoca infiammazione e l'infiammazione fa produrre più ormoni. È una spirale. Per questo abbiamo messo a punto da oltre 10 anni una dieta che si basa su quattro pilastri: riduzione dell'assunzione di estrogeni; aumento di cibi antiestrogenici; riduzione di cibi proinfiammatori; aumento dei cibi antinfiammatori. In questo modo diminuiscono ormoni, infiammazione e dolori. Si agisce sui sintomi e sulla malattia riducendone la percentuale di crescita. L'alimentazione può essere supportata da integratori, che sono 'food supplement': se la dieta contribuisce a una riduzione del dolore, con l'assunzione di integratori il dolore può scomparire. Endoplus Pro, ultimo integratore messo a punto dalla Fondazione Italiana Endometriosi, brevettato e lanciato sul mercato a settembre 2020, garantisce un'azione antinfiammatoria potenziata: la quercetina viene potenziata con la luteolina, un potente





antinfiammatorio naturale, con effetti notevoli sull'abbattimento dei sintomi della malattia.

Tornando al test, in che fase di sviluppo ci troviamo al momento?

Alla fine del mese di novembre 2020 sono emersi i primi dati positivi dello studio di fattibilità affidato all'azienda italiana Diatheva srl. Lo studio ha confermato quanto già emerso negli studi scientifici iniziali e nello studio brevettuale, comprovando la possibilità di poter

industrializzare il test. Nei campioni di saliva di donne affette da endometriosi si rilevano valori alterati della proteina Za2G (Zinc-Alpha 2 Glycoprotein), il marker più specifico per la patologia, e del Complemento C3 e dell'Albumina (HSA). I dati preliminari confermano la possibilità di poter industrializzare almeno i primi due marcatori.

I primi risultati dunque lasciano ben sperare?

Questi risultati ci incoraggiano a proseguire nella ricerca

ENDOMETRIOSI

limitare questi alimenti



glutine



carni



dolciumi

Per ridurre i sintomi della patologia si può combattere l'eccesso di ormoni attraverso l'alimentazione e l'assunzione di integratori

e sviluppo per far sì che il test possa diventare accessibile a tutte le donne affette da endometriosi o che ne abbiano anche solo il sospetto. La facilità di esecuzione del test non invasivo potrebbe costituire una vera svolta nel percorso diagnostico per questa grave malattia. Se volessimo ipotizzare una data per la disponibilità su larga scala, se tutto procederà secondo programma, potremmo indicare la fine del 2021.

NUOVA ALIMENTAZIONE, ECCO TUTTI I RISCHI PER LA NOSTRA SALUTE

di Giovanni Ballarini

Una recente classificazione internazionale denominata Nova suddivide gli alimenti in quattro categorie sulla base dei trattamenti subiti.

Nel *Gruppo 1* ci sono prodotti non trasformati o minimamente trasformati (carne e pesce, frutta e verdura, uova e latte...). Nel *Gruppo 2* troviamo gli ingredienti culinari sottoposti a un processo di lavorazione: sale, zucchero, oli vegetali, burro... Nel *Gruppo 3* gli alimenti trasformati (verdure e legumi in scatola, pasta e pane, yogurt e formaggi)+... Il *Gruppo 4* comprende prodotti alimentari e bevande ultra-trasformati: bibite gassate, snack dolci e salati confezionati, molti piatti pronti, prodotti a base di carne ricostituita, gelati industriali....

Nel quarto gruppo sono compresi cibi con ingredienti quali zuccheri, oli, grassi, sale, antiossidanti, stabilizzanti, coloranti e conservanti usati per imitare le qualità sensoriali degli alimenti degli altri gruppi e conferire caratteristiche utili alla pubblicità e alla commercializzazione. A questa categoria appartengono anche gli alimenti denominati *junk food*, i cosiddetti cibi spazzatura, in forte crescita tra i giovani e nella popolazione di basso reddito.

Gli alimenti ultra-trasformati non hanno solo effetti sulla salute, se consumati in eccesso, ma impattano anche sul sistema alimentare e sulle filiere dalla terra alla tavola. Partendo dal principio che l'essere umano è un onnivoro e deve alimentarsi con una grande varietà di cibi, non bisogna dimenticare che *sola dosis facit venenum* e quindi che ogni alimento può divenire pericoloso se usato in modo non corretto.

Premesso ciò, occorre attentamente considerare le critiche che da più parti vengono sollevate per gli alimenti ultra-trasformati. Allo stato attuale delle conoscenze, oltre ai rischi e pericoli di tipo tossicologico per questi cibi usati in modo eccessivo e non appropriato, sono da considerare gli effetti di questa categoria sul sistema alimentare nel suo complesso e sulla filiera dalla terra alla tavola. Come le bevande a base di cola con le loro marche hanno in parte sostituito la birra e il vino, alla patata fritta è subentrata il brevettato snack salato Pringles e in un prossimo futuro la bistecca potrà essere rimpiazzata dai marchi già brevettati di finte carni e di alimenti industriali prodotti da cellule animali coltivate.

**UN MUTAMENTO
A DISCAPITO
DI MODELLI
SPERIMENTATI
COME LA DIETA
MEDITERRANEA**





Un'infinità di alimenti ultra-trasformati sono già su gli scaffali dei supermercati e vengono continuamente pubblicizzati nei sempre più invadenti mezzi di comunicazione di massa, nei quali il consumatore vede la marca con il suo logo e non più il produttore delle materie prime. Soprattutto i bambini già da tempo subiscono un imprinting alimentare sulla marca più che sull'alimento. Ben poco possono fare le fattorie didattiche per insegnare ai bambini che il pane, la pasta e i cracker nascono dal grano e non da un'industria. Oggi sempre di più le figure dell'agricoltore e dell'allevatore sono state sostituite dall'industria e dal mercato.

Il successo degli alimenti ultra-trasformati è un segno della crisi dei modelli alimentari tradizionali. Nelle campagne pubblicitarie le grandi industrie alimentari spesso evitano di affrontare gli impatti ambientali e il benessere degli ani-

**La “rivoluzione”
nel mangiare&bere
degli ultimi decenni
impatta negativamente,
oltre che sul benessere
dei consumatori,
anche sulla
filiera produttiva**

mali e dei lavoratori, quando non usano questi argomenti a scopo pubblicitario vantando prodotti “senza” questo o quell'ingrediente, che poi è sostituito con un altro non privo d'impatto ambientale.

Non siamo in un'era di cambiamenti, ma in un cambiamento d'era e i modelli di alimentazione con antiche tradizioni sono in crisi e se ne stanno creando di nuovi sempre più d'impronta industriale e commerciale, caratterizzati da alimenti ultra-processati. L'Italia per la scarsità di terra coltivabile non può competere nella produzione delle *commodity* alimentari largamente impiegate negli alimenti industriali ultra-trasformati, ma può soltanto produrre cibi con forti legami con il territorio, sfruttando sistemi di trasformazione e conservazione semplici sviluppati dalle tradizioni. Mai come oggi in Italia è necessario proteggere e soprattutto incrementare l'uso degli alimenti tradizionali e per fare questo sono necessari interventi finanziari di sostegno in particolare allo sviluppo delle produzioni agro-zootecniche. Indispensabile è l'accrescimento delle conoscenze scientifiche che non possono ottenersi solo con finanziamenti privati, ma hanno bisogno di interventi pubblici su progetti relativi alle produzioni alimentari italiane utilizzando il potenziale già esistente nei laboratori di ricerca del Cra (Consiglio per la ricerca e la sperimentazione in agricoltura), delle Stazioni sperimentali di pertinenza agro-alimentare e soprattutto delle Università italiane. (www.georgofili.info)

Ondate che rischiano di provocare tempeste

di Lidia Tamburrino

FRANCO COGNETTI



IL PRESIDENTE DI FOCE, CONFEDERAZIONE ONCOLOGI CARDIOLOGI EMATOLOGI E FONDAZIONE INSIEME CONTRO IL CANCRO, CI PARLA DI QUALI CONSEGUENZE HA AVUTO IL COVID-19 PER I SOGGETTI GIÀ AFFETTI DA ALTRE PATOLOGIE E QUALI SONO LE MISURE URGENTI DA ADOTTARE

Professore, quali sono state le conseguenze della pandemia per i pazienti che vivono altre patologie?
Devo fare una premessa. Il Covid-19 ha colpito un sistema sanitario fragile, con grosse carenze strutturali. In alcune regioni, manca del tutto l'attività di Medicina Territoriale. Questo ha prodotto l'affluenza, spesso ingiustificata negli ospedali, i quali, a loro volta, dal punto di vista della quantità numerica dei posti letto di degenza ordinaria e di terapia intensiva, erano già

carenti rispetto a quelli che sono gli standard dei migliori Paesi europei. Già la prima ondata aveva prodotto conseguenze molto gravi per i pazienti che hanno patologie diverse dal Covid-19. Altrettanto sta facendo la seconda e, se non si interviene, farà la terza ondata. D'altra parte, gli ospedali e tutte quelle strutture accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, già al momento dell'inizio della pandemia, avevano un numero complessivo di posti letto ordinari per centomila abitanti molto più basso rispetto alla media europea collocandoci al ventiduesimo posto nella classifica tra i Paesi Europei. La situazione oggi non è cambiata, perché non risulta che le Regioni abbia-

no provveduto in questi mesi ad aumentare la dotazione complessiva dei posti letto ordinari. Anzi, la creazione di posti letto per pazienti Covid si sta realizzando ovunque a scapito dei posti letto normalmente riservati agli altri pazienti con le altre patologie. Per quel che riguarda i letti di terapia intensiva attualmente e con l'ampliamento già effettuato nel corso degli ultimi mesi (dopo l'inizio della pandemia), l'Italia è passata da 8.6 per 100.000 abitanti a 14 e questo rappresenta già un importante miglioramento, ammesso che le Regioni abbiano realmente realizzato l'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva, 3.307 in aggiunta ai 5.149 già esistenti. Saremo comunque ancora sempre dietro a Germania (34 posti letto di terapia intensiva), Austria (29), Belgio (17) e Francia (17).

Quali sono le cause di questa situazione?

Purtroppo i Governi che si sono succeduti alla guida del Paese negli ultimi anni, tutti quanti indistintamente e indipendentemente dal colore politico, hanno sempre operato tagli orizzontali indiscriminati e ingiustificati alle Strutture Sanitarie per quel che riguarda il personale medico e infermieristico, il numero di letti e di prestazioni e l'adeguatezza delle strutture ospedaliere – ha continuato il prof. Cognetti -. Questi tagli hanno colpito addirittura anche alcune strutture di eccellenza tra cui IRCSS oncologici pub-

blici praticamente smantellati dai loro Direttori Generali e questi sono i risultati. D'altra parte, la spesa complessiva del nostro Paese per il Servizio Sanitario Nazionale classificava l'Italia per il 2017 al quindicesimo posto in ambito europeo per percentuale sul PIL (media europea 9,9% vs 8,8 % per l'Italia) e quindi dietro a quattordici Paesi tra cui Svizzera (12,4 %), Francia e Germania (11,3 %), Svezia (11%), Belgio (10,3 %), Olanda e Danimarca (10,1 %), Regno Unito (9,6 %), Spagna (8,9 %) e quindi l'Italia, davanti solo rispetto alla Grecia e ai Paesi dell'Europa dell'Est (Dati Eurostat). E per quel che riguarda le spese correnti finali per la Sanità, nel 2017 in Italia sono stati 153 miliardi di euro verso i 369 della Germania e i 260 per la Francia (Dati Eurostat). Lo stesso dato viene riprodotto quando la classifica è effettuata sulla base delle spese pro-capite.

Perchè queste "ondate" della pandemia?

Tutte le epidemie hanno lo stesso svolgimento, cioè un andamento multistep, che attraversa almeno tre stadi. C'è una prima fase che è quella della crisi dovuta alla diffusione del virus, nella quale sono prioritarie le misure del confinamento e della tracciatura dei contatti. Ma se questa fase fallisce, subentra quella della crisi grave dell'intero Sistema Sanitario e della difficoltà della gestio-



ne clinico-assistenziale soprattutto da parte degli ospedali. Poi subentra la fase della crisi sociale ed economica che può durare anche molti anni. Noi siamo attualmente nella seconda fase, quella della crisi grave degli Ospedali, che in alcune Regioni o grandi città sono al tracollo. Questa fase può durare anche a lungo ed è bene che ci si organizzi al meglio e presto, avvalendosi dell'aiuto degli specialisti clinici che per esperienza diretta pluriennale conoscono molto bene queste tematiche. Siamo già in forte ritardo. Noi siamo i medici che curano e seguono giornalmente undici milioni di italiani affetti dalle patologie di nostro interesse. Ne conosciamo le necessità, i bisogni e le problematiche. Abbiamo il dovere, come medici e come uomini di proteggerli e di garantire loro la continuità dell'assistenza di diagnosi e cura che per questi pazienti è cruciale e di primaria importanza.

Quali sono stati i danni della prima ondata?

Sono consistiti nei ritardi e nelle cancellazioni di interventi chirurgici per tumore dovuti ad un affollamento fino all'intasamento delle terapie intensive; nella diminuzione dell'afflusso ai Pronto soccorso e alle unità di terapie intensive cardiologiche di pazienti con infarto del miocardio in fase acuta e ciò ha portato, secondo i dati presentati dalla Società Italiana di Cardiologia, ad un raddoppiamento della mortalità per questa patologia (circa il 20-30% dei trattamenti oncologici sono stati perlomeno ritardati, se non cancellati). Nell'arresto o nel forte rallentamento degli screening oncologici per la prevenzione di importanti tumori; nel quasi azzeramento dei controlli dei pazienti in follow up per patologie oncologiche, oncoematologiche o cardiologiche. Il complesso di queste gravi disfunzioni, ove perpetrato o riprodotto dalla situazione nella quale oggi ci troviamo, non

potrà che produrre nei prossimi anni un importante effetto negativo per un aumento consistente di mortalità per queste patologie. Sostanzialmente negli ultimi decenni sono stati acquisiti grandissimi risultati nella prevenzione e nel trattamento delle patologie cardiovascolari, oncologiche e cardiologiche dovuti alla incredibile evoluzione della ricerca e dell'innovazione. Si rischia, in assenza di misure adeguate, di ritornare a venti anni fa in termini di risultati di mortalità in queste patologie. Ecco perché gli oncologi, i cardiologi e gli ematologi sono molto preoccupati: i pazienti che rappresentano sono estremamente fragili e possono ricevere un doppio danno: se vengono contagiati hanno maggiori possibilità di morire di Covid; hanno inoltre molte possibilità di morire per le patologie da cui sono affetti per difetti gravi di assistenza e trattamento.

Qual è, a suo avviso, il dato più rilevante della catastrofe che ha subito il nostro Paese?

C'è un dato nella evoluzione della pandemia di particolare rilevanza. Se attualmente il nostro Paese si colloca al settimo posto tra quelli europei per numero di contagi in rapporto alla popolazione e quindi nella media europea, il dato su cui accentrare l'attenzione è quello che riguarda il rapporto tra mortalità da Covid e contagi. Il dato riguarda il tasso di mortalità tra i contagiati che dopo la prima ondata è stato molto elevato (circa il 9%), ciò anche dovuto al basso numero del denominatore e cioè dei positivi ai tamponi che allora venivano eseguiti quasi esclusivamente nei pazienti sintomatici. Ad oggi, l'Italia, con un rapporto del 3,6%, è il secondo Paese nella classifica europea per questo parametro, preceduta solo dal Regno Unito (3,7%) e seguita da Spagna (2,7%) e via via dagli altri Paesi. La Francia è al 2,2% e la Germania all'1,5%. Que-



sto parametro è significativo della tenuta complessiva del Servizio Sanitario Nazionale rispetto a questa terribile catastrofe che ci ha colpito. Nella classifica mondiale l'Italia è terza dopo Messico e Iran, ma a questo riguardo molti Paesi appartenenti per esempio al Sud America e Asia hanno riportato in modo non adeguato appunto i dati relativi alla mortalità. In ogni caso l'Italia è terza.

Quali sono, a parere del FOCE, le misure urgenti da adottare per assicurare la continuità di cure ai pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici?

Sono 8 le proposte che abbiamo presentato nello scorso mese di novembre al Presidente del Consiglio ed al Ministro della Salute: 1) Netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid. In alternativa, solo dove non fosse possibile, si richiede una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri. 2) Tutte le strutture di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) e di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) devono rimanere pienamente operative, anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta. 3) Il fabbisogno di nuovi medici specialisti, cardiologi, oncologi e ematologi deve essere con urgenza soddisfatto attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato derivanti in primis dall'utilizzo delle graduatorie ancora aperte dei concorsi pubblici già espletati, ove si renda necessario, anche attraverso procedure selettive di massima celerità. Dovrà essere previsto al fine di evitare carenze di questi specialisti in aree determinate del Paese il blocco temporaneo delle mobilità interregionali. 4) Gli screening oncologici devono ripartire immediatamente

Nei prossimi anni si rischia un consistente incremento della mortalità: quasi tre trattamenti oncologici su dieci sono stati ritardati o annullati, e gli screening hanno subito un forte rallentamento o sono stati cancellati

ed a pieno regime in tutte le Regioni. 5) È da rifondare completamente la medicina territoriale, attraverso la istituzione di strutture ad hoc, atte a svolgere funzioni attualmente svolte dagli ospedali, quali: le attività di follow up e riabilitazione dei pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici, di assistenza domiciliare e cure palliative. ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up. 6) Sì all'ampio utilizzo degli alberghi Covid per i positivi asintomatici e paucisintomatici, ma con sorveglianza sanitaria diretta da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti infettivologi. 7) Attivazione e diffusione su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti. 8) Avviare procedure velocissime di acquisizione di nuovi ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi Europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità Nazionale.

Il FOCE ha preso posizione anche per quanto riguarda la distribuzione del vaccino. Può spiegare perché?

Abbiamo chiesto al Governo che il vaccino anticovid sia dato prioritariamente ai pazienti oncologici, ematologici e cardiologici, 11 milioni di persone fragili e che non possono aspettare. Questa è stata la richiesta che il FOCE, la Confederazione delle tre società scientifiche di riferimento, AIOM, SIC, SIE e delle due fondazioni "Insieme contro il cancro" e "Cuore e circolazione", con oltre seicento associazioni di malati hanno inoltrato al Presidente del Consiglio e al Ministro della Salute. Numerosi lavori scientifici e l'esperienza clinica maturata in questi mesi ci indicano infatti che i nostri pazienti pagano un prezzo alto in termini di vulnerabilità ai danni dell'infezione da Covid-19. Per questo una immediata inclusione dei pazienti affetti da patologie cardiache, oncologiche ed ematologiche nella campagna di vaccinazione permetterebbe di limitare i danni provocati dalla pandemia in questi malati che già devono affrontare percorsi di diagnosi e cura molto complessi. Non possiamo permetterci di perdere pazienti magari giovani, già guariti dal cancro o reduci da patologie cardiologiche e con una prospettiva di vita normale solo perché durante l'attesa del vaccino si siano contagiati.

Cardiatis

Global Solution for Aneurysm Treatment



The healing flow

Multilayer Flow Modulator
MFM[®]

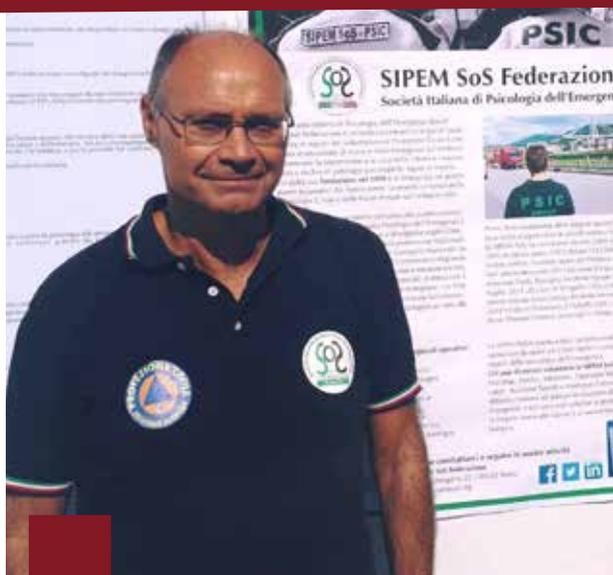
Aortic

Peripheral

Il ruolo della psicologia nell'emergenza

di Riccardo Romani

ROBERTO FERRI



La pandemia ha colpito duramente l'Italia. L'intera popolazione ha subito il contraccolpo anche psicologico di un'emergenza sanitaria che non avremmo mai potuto prevedere: in particolare questo vale per chi ha avuto la Covid-19?

La pandemia ha colto tutti alla sprovvista con un evento traumatico paragonabile a un terremoto o a un incidente aereo. Il 2020 sarà un anno indimenticabile ma ciò non vuol dire che saremo tutti traumatizzati. Molto dipende dalla nostra storia personale, dalla nostra capacità di resilienza e di elaborazione, e soprattutto da cosa ci è accaduto in questo periodo, se ci siamo contagiati o ammalati. Per

Il presidente della Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza, Sipem, ci spiega quali sono i sintomi a livello psicologico di chi ha contratto il virus Sars-Cov-2

chi ha contratto il virus le reazioni psicologiche che possiamo osservare ad oggi non possono essere considerate ancora disturbi cronici - per essere conclamati hanno bisogno di tempo - bensì normali risposte di adattamento. Il discorso della cronicizzazione sarà successivo e si prevedono numeri importanti ma occorre più tempo per valutare gli effetti; al momento possiamo concentrarci sui sintomi.

Quali sono allora i principali sintomi a livello psicologico che riusciamo a osservare in chi ha contratto il virus?

Chi si è ammalato ha la 'sindrome del sopravvissuto' o del 'reduce di guerra', di colui che ne ha passate tante e ce l'ha fatta. È chiaro però che le risposte sono individuali e modulate in base a età, gravità della malattia e storia personale. Resta un'esperienza vissuta in maniera tragica che, come spesso accade, può avere un risvolto positivo: se siamo in grado di gestire l'evento dopo che si è verificato possiamo trarne dei benefici. Il dolore insegna molto, ci porta a rivedere certezze e priorità e a dare molto agli altri. Se, al contrario, la guarigione diventa sinonimo di invincibilità e superiorità significa che non abbiamo imparato nulla e non insegneremo nulla agli altri.

Dunque, chi soffre di più psicologicamente l'aver contratto questa malattia?

Paradossalmente le persone più anziane: è molto frequente che sviluppino un senso di colpa e inadeguatezza per aver-

cela fatta, per essere sopravvissuti, mentre persone più giovani, magari conoscenti e parenti, sono morti. Gli anziani, a differenza dei giovani e degli adulti, non hanno un problema di percezione della morte, una volta superati gli 80 anni si cominciano a fare i conti con la morte. Per questo non sono stati spaventati dagli eventi, quanto piuttosto dall'idea di morire soli, in ospedale, senza poter riabbracciare i propri cari. Infine non dobbiamo dimenticare il trauma causato dall'isolamento sociale: per gli anziani il contatto con i figli e i nipoti o il tempo passato nei centri anziani è fondamentale per rallentare il decadimento cerebrale. La mancanza di stimoli può portare un'accelerazione delle problematiche arteriosclerotiche.

I giovani, invece, che sintomi manifestano?

I giovani che hanno rischiato la vita - in alcuni casi inaspettatamente perché inizialmente si pensava che il virus potesse colpire in maniera seria solo le persone anziane - reagiranno in senso positivo, magari cercando di far capire ai propri coetanei l'importanza di attuare semplici accorgimenti per cercare di non rimanere contagiati. I giovani che sono stati male hanno anche fatto i conti per la prima volta con la percezione della morte: questo porta a intraprendere un processo di rivisitazione della propria vita, dei propri valori, principi, priorità.

I risvolti psicologici sono diversi per chi è stato in terapia intensiva e per chi ha avuto sintomi lievi o non ha avuto sintomi?

C'è una differenza sostanziale: chi ha avuto sintomi lievi è probabile che tenda a minimizzare l'esperienza come qualcosa di molto simile a un'influenza; chi ha avuto disturbi seri ed è stato intubato dovrà risolvere anche problematiche di tipo fisico come, ad esempio, difficoltà di deambulazione per essere stato allettato molto tempo e ricostruire uno stato di benessere generale. Per queste persone il trauma è psichico e fisico.

Non si può dunque parlare di disturbo post traumatico da stress?

È ancora presto dal punto di vista clinico per sapere dove queste reazioni porteranno. Il disturbo post traumatico da stress è una vera e propria malattia con una propria sintomatologia ma per riscontrarlo i sintomi devono avere una durata dai 6 ai 12 mesi, altrimenti si parla di reazione di adattamento. Il disturbo post traumatico da stress può colpire tanto chi si è ammalato quanto chi non si è ammalato ma colpisce persone che non hanno risorse individuali per gestire le emozioni derivanti dall'evento traumatico e non sono in grado di condividerle. Ecco perché è fondamentale la condivisione.

Quali sono quindi i consigli per gestire al meglio la percezione di questo evento traumatico?

Il consiglio per tutti è di non chiudersi ma condividere la propria esperienza con persone care e di cui ci si fida. Parlare ha un fortissimo effetto catartico e di liberazione dai pensieri



negativi. Bisogna evitare l'isolamento sociale e condividere le emozioni e le preoccupazioni. Per chi ha grandi problemi e non riesce a risolvere da solo il consiglio è di rivolgersi a psicologi.

Come interviene la Sipem nella gestione psicologica dell'emergenza?

La Sipem interviene nell'immediatezza al verificarsi dell'evento traumatico, cercando di aiutare le persone a tirare fuori quello che sentono, a condividerlo e ad analizzarlo, con l'obiettivo di ridurre il rischio del manifestarsi di un disturbo post traumatico da stress. Questo tipo di disturbo colpisce soggetti fragili, magari già seguiti dai servizi sociali o psichiatrici per problematiche antecedenti, o chi ha già subito traumi non gestiti in maniera corretta. Fortunatamente la capacità di resilienza degli individui è alta per cui il disturbo post traumatico da stress si manifesta in percentuali minori di quanto si possa pensare.

In particolare, nel corso di questa pandemia quali attività ha messo in campo la Sipem?

Tra fine di febbraio e inizio marzo 2020 siamo stati interpellati dal ministero della Salute come esperti di psicologia dell'emergenza nell'ambito dell'attivazione di un numero verde nazionale a cui poteva far riferimento tutta la popolazione italiana. Nella prima settimana di servizio abbiamo ricevuto migliaia di telefonate. Il numero è stato attivo per tre mesi: inizialmente le persone erano preoccupate per il contagio, poi le preoccupazioni si sono riversate sul futuro anche sul fronte economico e lavorativo. In contemporanea eravamo attivi con numeri regionali: in tutto erano attivi una decina di numeri verdi. Inoltre la Sipem ha attivato un numero verde dedicato agli over 65 durante il lockdown: il numero è stato riattivato il 27 novembre 2020 in partenariato con Senior Italia Federanziani e rimarrà attivo per almeno due mesi, poi vedremo se prolungarlo in base alle telefonate che arriveranno. Il numero (800991414) sarà attivo tutti i giorni, festivi compresi, dalle 14 alle 19.

DIRITTO ALLA SALUTE

IL RUOLO DELL'UNIONE EUROPEA IN TEMPO DI PANDEMIA DA SARS-COV-2

di Arianna Vacca

La pandemia da Sars-Cov2 non ha fatto sconti. Ha colpito tutti, nessuno escluso. È stata - è - "di tutto il popolo". Se è così, per rispondere al "bisogno di salute", anche le politiche sanitarie nazionali dovrebbero essere "di tutto il popolo", per garantire in Europa quello che l'OMS definisce come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia": la salute.

Sul piano giuridico europeo, il diritto alla salute è tutelato dalla Carta sociale europea, che contempla, all'art. 11, una disposizione

dedicata espressamente al "Diritto alla protezione della salute". Attraverso la "Carta", gli Stati firmatari hanno riconosciuto che "Ogni persona ha diritto di usufruire di tutte le misure che le consentano di godere del miglior stato di salute ottenibile" e si sono impegnati ad "assicurare l'esercizio effettivo" di questo diritto mediante l'adozione di misure adeguate, volte in particolare: "1) ad eliminare per quanto possibile le cause di una salute deficitaria; 2) a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsa-

bilità individuale in materia di salute; 3) a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni”.

Così inteso, l’adempimento dell’obbligo di rispettare il diritto alla protezione della salute richiede l’adozione di misure positive (di carattere legislativo, amministrativo, formativo e tecnico-sanitario) idonee a raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla disposizione. In altri termini, questo significa che ogni Stato deve dotarsi e far funzionare un sistema sanitario in grado di reagire adeguatamente ai rischi sanitari evitabili, al fine di garantire alla popolazione il miglior stato di salute possibile, prevedendo anche misure di accessibilità e sostenibilità economica delle cure sanitarie, per coloro che ne hanno necessità.

Negli ultimi anni, la crisi economico-finanziaria e le misure di austerità che sono state intraprese in molti Stati hanno avuto e stanno avendo un impatto negativo sul livello di protezione e l’effettivo godimento del diritto alla salute, ma la pandemia da Sars-Cov2 ha imposto ulteriori interrogativi, relativi alla stabilità, all’efficienza dei sistemi sanitari statali ed all’attuazione di politiche sanitarie europee, laddove il diritto alla libera circolazione degli individui si scontra con l’emergenza sanitaria. In particolare, sebbene la competenza in materia sia propria dei singoli Stati membri – come sancisce il Trattato sul Funzionamento dell’Unione Europea - la tutela della salute è considerata una pre-condizione per la prosperità economica, considerato l’impatto che ha in termini di produttività, forza lavoro, capitale umano e spesa pubblica.

Con il tempo, però, la competenza concorrente dell’Unione Europea è andata progressivamente estendendosi e l’azione posta in essere è stata orientata principalmente

alla promozione ed alla attuazione di misure per la prevenzione, alla reazione alle malattie, alla sicurezza dei prodotti farmaceutici, alla ricerca e all’innovazione, alla cooperazione internazionale. In particolare, per l’attuazione della politica sanitaria, la Commissione europea agisce formulando proposte di atti legislativi, erogando sostegno finanziario, sia attraverso i fondi a gestione diretta, sia attraverso la Politica di Coesione, promuovendo il coordinamento e lo scambio di buone pratiche fra paesi dell’UE e Gruppi di esperti e più in generale attraverso attività di promozione della salute.

È anche noto che la salute individuale e collettiva è fortemente influenzata da fattori esterni a quelli propri del sistema sanitario. A questo tema si rivolge la strategia «Health in Allpolicies», elaborata nel 2006 dall’Unione europea e definita a livello internazionale dall’Osservatorio europeo sui sistemi e politiche sanitarie (European Observatory on Health Systems and Policies). A livello nazionale, con l’Accordo Stato-Regioni del 6 agosto 2020, la *vision “Health in Allpolicies”* è stata recepita nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020/2025.

Questo, però, non è stato sufficiente in relazione all’emergenza sanitaria in atto e la Commissione europea ha lanciato una nuova serie di azioni il cui obiettivo è contribuire a limitare la diffusione del Sars-Cov2, attraverso misure che mirano a comprendere meglio la diffusione del virus e l’efficacia della risposta, ad intensificare i test mirati, a





rafforzare il tracciamento dei contatti, a migliorare i preparativi per le campagne di vaccinazione e a mantenere l'accesso a forniture essenziali, come le attrezzature per la vaccinazione.

La consapevolezza di un rischio senza precedenti c'è, tanto che, dopo alcuni tentennamenti iniziali, nei mesi scorsi la BCE ha attivato un piano di acquisto di titoli pubblici per oltre 1 trilione di euro e l'Ue stessa ha avviato misure economiche straordinarie (sospensione del patto di stabilità, SURE, MES, nuovi prestiti BEI, recoveryfund). La Commissione europea ha messo in campo lo strumento dell'aggiudicazione congiunta, che permette agli Stati membri di unire le forze e di negoziare con i fornitori condizioni migliori per l'acquisizione di dispositivi di protezione individuale (mascherine, guanti, occhiali di sicurezza, schermi facciali e tute), così come di ventilatori medici e di kit per i test. Gli Stati membri hanno poi sottoscritto un accordo in base al quale i negoziati con le aziende produttrici di vaccini sono stati affidati in esclusiva alla Commissione europea, affiancata da un gruppo di sette negoziatori in rappresentanza degli Stati membri (tra i quali un italiano) e da uno Steeringboard che assume le decisioni finali, ove siedono rappresentanti di tutti gli Stati membri. È, quindi, imprescindibile, per *"assicurare l'esercizio effettivo"* del diritto alla salute, un'azione congiunta multilivello, ma anche un aumento delle risorse economiche disponibili per coprire le spese sanitarie connesse all'emergenza. È necessario fornire degli strumenti ai sistemi sanitari nazionali per poter soddisfare il bisogno di salute. Infatti, la pandemia ha trovato sistemi sanitari impreparati e con livelli qualitativi disomogenei tra loro.

Sino ad oggi, l'Unione europea ha dimostrato di non voler formalmente impegnarsi nel definire il contenuto del *diritto alla salute*, lasciando tale compito ai singoli Stati, chiamati a definire le prestazioni erogabili dal proprio sistema

sanitario ed il finanziamento del costo di tali prestazioni. Ma se è vero che le politiche e le azioni dell'Unione europea in materia di salute pubblica sono intese a proteggere e migliorare la salute dei cittadini dell'UE, a sostenere la modernizzazione dell'infrastruttura sanitaria ed a migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari europei, allora è anche indispensabile che tali precetti ed annunci non rimangano tali, ma diano impulso ad azioni concrete. La diversa risposta data dai sistemi sanitari degli Stati membri all'emergenza sanitaria, ha messo in luce la necessità di standard essenziali di qualità delle prestazioni, perché non ci può essere coordinamento nella risposta alle malattie se non si allineano – sul piano della qualità e dell'efficienza – i sistemi sanitari nazionali. Se l'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea stabilisce che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione deve essere garantito un livello elevato di protezione della salute umana, allora va esplicitato quale sia questo livello.

La salute deve essere la priorità di una "Politica Sanitaria Europea". La solidarietà europea, apprezzata per il contrasto al Sars-Cov2, ha dimostrato che solo un'azione collettiva è efficace, ma non basta! Ora il passaggio ulteriore e necessario per rendere concreta la protezione della salute umana, è un atto di "responsabilità europea" che renda effettiva la tutela multilivello e sociale del diritto alla salute, anche attraverso la fissazione di obiettivi specifici al cui raggiungimento si preveda un sistema di premialità per gli Stati membri più virtuosi. Se nella Carta Sociale è fissato l'obbligo di adottare misure adeguate per *"prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura"*, allora è doveroso che l'emergenza sanitaria che stiamo vivendo divenga un'occasione per rendere i sistemi sanitari nazionali solidi pilastri dai quali ripartire.

RICONOSCERE L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

di Danilo Quinto

PROFESSIONI



ANTONELLA LUCI,
PRESIDENTE DELL'AIMON,
SPIEGA LE ESIGENZE
E LE LEGITTIME ASPETTATIVE
DI UNA CATEGORIA
CHE NELL'EMERGENZA
SI E' DIMOSTRATA
DAVVERO INDISPENSABILE

C

hi è l'O.S.S.?

Quali sono i suoi compiti e i luoghi di lavoro? L'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) svolge la propria attività dopo frequenza di un corso specifico di formazione professionale, attuato da Enti di formazione accreditati e ottenuta l'autorizzazione dalla Pubblica Amministrazione regionale di competenza per territorio. Al termine di un esame,

con esito positivo, viene rilasciato un Attestato valido su tutto il territorio nazionale e riconosciuto dai Paesi dell'Unione Europea. Il compito dell'O.S.S. è quello di fornire assistenza a pazienti parzialmente o totalmente non autosufficienti sul piano fisico e/o psichico. Effettua sia interventi di tipo igienico-sanitario - aiuto nelle operazioni per la cura e l'igiene personale, vestizione, alimentazione, mobilitazione, aiuto domestico e pulizia dell'ambiente - sia interventi di carattere socio-sanitario, come attività di animazione e di socializzazione per singoli o gruppi. Svolge la sua attività di cura e di assistenza in ambienti ospedalieri ed in servizi socio-sanitari ed assistenziali di tipo residenziale, semi-residenziale, domiciliare, che siano luoghi pubblici o privati. È un dipendente e collabora con l'equipe assistenziale, attenendosi alle disposizioni dei professionisti sanitari.

Perchè nasce il Movimento O.S.S.?

Per unire tutti gli operatori socio sanitari italiani, al fine di ottenere il riconoscimento della categoria. In tutti questi anni la sanità ha subito dei cambiamenti e le altre professioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si sono evolute, mentre il profilo O.S.S. è rimasto fermo al 22 febbraio 2001, data in cui è stato costituito. L'obiettivo del Movimento degli Operatori Socio Sanitari d'Italia è quello di far modificare quell'accordo, ormai obsoleto, fra Stato e Regioni.

Quando è iniziato il vostro percorso?

Siamo partiti dalla Lombardia, con la nascita del CTS OSS Lombardia, che è stato costituito per portare all'attenzione delle istituzioni regionali il cambiamento della professione partendo dall'istituzione del registro regionale e dalla revisione dell'accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, superato ormai riguarda la formazione e il profilo dell'operatore socio sanitario. Dopo un anno di incontri e audizioni, il Consiglio Regionale della Lombardia approvò all'unanimità la mozione 352, che prevede il Registro Regionale degli operatori socio sanitari e l'istituzione del tavolo tecnico, con la presenza degli O.S.S., per la revisione della loro formazione e del loro profilo. Il

direttivo CTS OSS Lombardia decise di formare un'associazione di categoria nazionale con coordinamenti nelle varie regioni per far sì che tutte le regioni avessero i Registri regionali, gli Enti accreditati e l'istituzione di tavoli tecnici per rivedere il profilo e la formazione dell'O.S.S.. Attualmente, ogni regione fa per se stessa, prevedendo la più svariata formazione.

Qual è il principale obiettivo?

L'associazione Movimento O.S.S. Italia - composta da soli O.S.S. e non legata a sindacati, perchè riteniamo che la categoria va rappresentata da chi fa parte della categoria, come avviene per le altre professioni del SSN – ha come primo obiettivo è il riconoscimento della categoria. Esiste una prima problematica da affrontare: gli O.S.S. fanno il corso per loro previsto e poi vengono inquadrati come A.S.A. Fino ad oggi, l'O.S.S. è stato rappresentato da altri. Nelle regioni, i tavoli tecnici inerenti l'operatore socio sanitario sono fatti dalla parte infermieristica e dagli enti formativi. Il riconoscimento della categoria è di vitale importanza, così come l'istituzione del Registro nazionale e dei Registri regionali. In questo momento, non sappiamo neanche quanti siamo. Sono necessarie la revisione delle modalità della formazione – che dev'essere conti-





nua e deve tener conto di dove l'operatore socio sanitario lavora - e del profilo, l'istituzione di tavoli tecnici nazionali e regionali, con la presenza dell'operatore socio sanitario e l'istituzione dell'area socio sanitaria, così come previsto dall'art. 5 del ddl Lorenzin. Qual è stata la risposta delle Istituzioni alle vostre proposte? Nell'ultimo incontro con l'assessorato al Welfare della Regione Lombardia, abbiamo ottenuto per l'applicazione della mozione 352. Verranno istituiti il Registro regionale e il tavolo tecnico per la revisione del profilo e la formazione. Nelle altre regioni abbiamo chiesto delle audizioni per confrontarci sugli stessi obiettivi. Abbiamo tenuto una video-conferenza con la Senatrice Guidolin, che ha depositato al Senato il ddl 166, che riguarda l'operatore socio sanitario. L'anno scorso abbiamo partecipato al Forum Risk Management all'Officina delle Idee, sull'evoluzione della professione dell'operatore socio sanitario. Quest'anno parteciperemo sempre all'Officina delle Idee sul tema dell'operatore socio sanitario e l'emergenza Covid-19. Ci tengo a sottolineare, a questo proposito, la lettera che l'Associazione ha inviato al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute e a quello dell'Economia, nella quale chiediamo la revisione del ddl di Bilancio 2021, nella parte riguardante l'indennità specialistica. Riteniamo che la legge di bilancio non riconosca e non garantisca quanto di efficace le professioni sanitarie e socio sanitarie hanno offerto in termini di assistenza nelle straordinarie e urgenti condizioni determinate dalla diffusione del virus e della sua malattia. Per questa ragione, noi riteniamo debbano essere trattate

in modo equo e con pari dignità, ispirandosi ai principi costituzionali. È iniqua l'attuale versione dell'art.65 e 66, inerente le indennità dovute ai soli medici ed infermieri. Il SSN non è composto solo da infermieri e da medici. In questa emergenza pandemica tutte le professioni sanitarie socio sanitarie insieme hanno garantito e continuano a sostenere il SSN, pertanto non è ammissibile che nei fatti non si abbia un riconoscimento equo per tutte le professioni che sono sul campo, compreso l'operatore socio sanitario, che fa parte dell'equipe multidisciplinare e lavora a stretto contatto con il medico e in stretta collaborazione con l'infermiere.

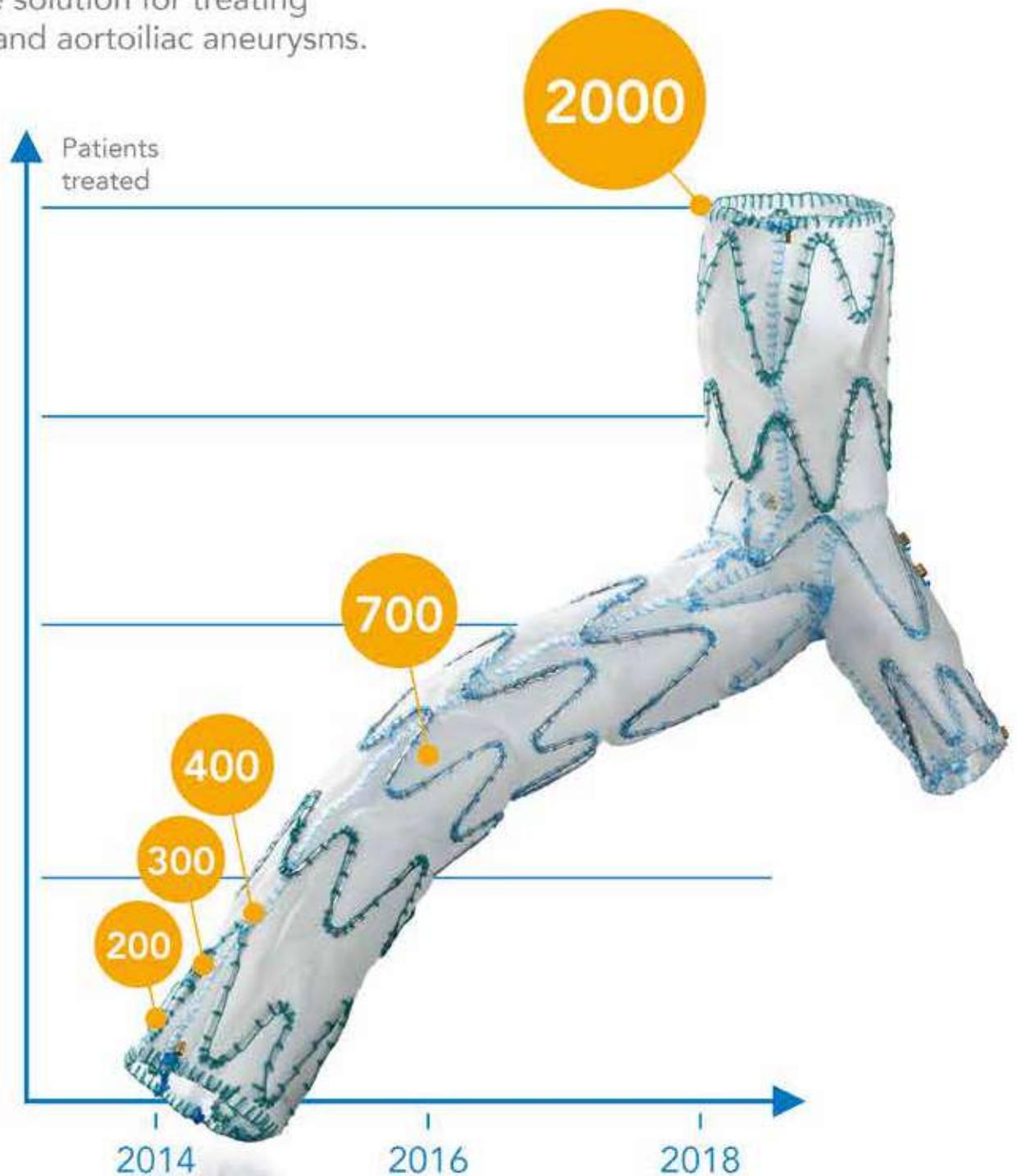
Qual è l'impatto del Covid-19 sugli operatori socio-sanitari?

Gli operatori socio sanitari sono maggiormente a contatto con i pazienti e quindi maggiormente esposti al rischio di essere contagiati e sono di vitale importanza negli ospedali, mentre nelle RSA hanno un ruolo principale, perché i medici e gli infermieri sono pochissimi ed il personale che presta assistenza al paziente è l'operatore socio sanitario. L'impatto della diffusione del virus è stato molto forte relativamente al numero dei contagi, soprattutto nelle R.S.A. Tra gli O.S.S. c'è una percentuale di circa il 20% di contagiati; abbiamo anche colleghi deceduti. Siamo molto stanchi e psicologicamente provati. Siamo alle prese con stress fisico e psichico a causa dei turni allucinanti ai quali siamo sottoposti. Ci vorrebbe un ricambio di personale, ma il personale manca. Il SSN va completamente riorganizzato e va rafforzata la medicina del territorio.

E-liac® Stent Graft System

THE PERFECT FIT FOR PRESERVING THE HYPOGASTRIC ARTERY

The complete solution for treating isolated iliac and aortoiliac aneurysms.



ACECUT

Automatic Biopsy System



- Caricamento con un solo movimento
- Sicurezza attiva
- Modalità sequenziale e diretta
- Cannula centimetrata
- Marker Ecogeno interno
- Controllo del caricamento
- Tre avanzamenti: 11,16 e 22mm
- Calibri da 11G a 20G
- Lunghezze da 75 a 250 mm



Recupero del campione senza ricaricare il dispositivo