

ORE12 SANITÀ

ITALIA

**Radiologia interventistica,
l'eccellenza Viterbo**

**Santa Famiglia,
adolescenti e consapevoli**

**Covid, fare i conti
con i danni collaterali**

**Piede reumatico,
l'innovazione amica**

SANITÀ

PICCOLO TORNA BELLO

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 il Covid, purtroppo, ci rimane ancora Speranza

di *Pietro Romano*

“Niente vaccini, siamo europei”, si potrebbe amaramente dire parafrasando una divertente commedia musicale di qualche anno fa. Come ha dimostrato con dovizia di particolari, e di nomi e cognomi, la collega Milena Gabbanelli sul “Corriere della Sera” siamo di fronte al più grave flop della storia europea ma finora dai palazzi delle istituzioni comunitarie non solo non sono arrivate dimissioni ma nemmeno scuse. Del resto, se molti Paesi europei, Italia compresa, stanno provando enormi difficoltà a combattere l’epidemia è anche per i tagli draconiani alla sanità, se non imposti, suggeriti dalle politiche economiche dettate da Bruxelles.

“Sulle fiale l’Europa ha dormito”, ha tagliato corto un gentiluomo ultranovantenne esperto del settore quale pochi, Silvio Garattini, presidente dell’Istituto farmacologico “Mario Negri”. Chiarendo subito dopo che, però, come minimo “il nostro governo (riferendosi al Conte 2, ndr) non ha vigilato”. Un combinato disposto che ha portato l’Italia in mezzo al guado con dati del tutto insoddisfacenti nella campagna di vaccinazione (e chisseneffrega che cosa succede negli altri Stati dell’Unione europea: come dimostra il Regno Unito si poteva, e doveva, fare di meglio) con picchi negativi rispetto anche all’Ue tra gli ultraottantenni. Tutto ciò dopo aver subito per mesi e mesi la bolla dell’Italia invidiata dal mondo intero che oggi, al contrario, si ritrova con uno dei peggiori indici di mortalità globali. E anche in questo caso nessuno che si dimetta, anzi si è verificata la continuità proprio nel dicastero della Salute che ha conservato il titolare Roberto Speranza, autore di un libro sulla vittoria governativa del Conte2 sul virus dal titolo “Perché guariremo. Dai giorni più duri a una nuova idea di salute”, mai arrivato nelle librerie dopo essere stato stampato

Un ministro come Speranza sta diventando francamente imbarazzante per il presidente del Consiglio, Mario Draghi, l’intero governo e i partiti che lo compongono e lo sostengono. C’è, infatti, chi - come Renato Farina - ha potuto leggere il suo libro che in qualche modo è arrivato ai distributori: tramite Amazon il testo edito da Feltrinelli è disponibile in Francia. Ci si può leggere così che le chiusure indiscriminate sono frutto di pura ideologia: “Non si poteva lasciar pensare agli italiani che ci fossero regioni dove si viveva meglio”, ha scritto il ministro. E scoprire che per lui la pandemia “ha dissodato per la sinistra un terreno politico molto fertile”, un tempo in cui “dopo tanti anni di controvento per la sinistra ci sia una nuova possibilità di ricostruire un’egemonia culturale su basi nuove”.

Come se non bastasse quanto Speranza ha scritto, ci sono le sue azioni a gridare vendetta al cospetto di Dio: dallo spot “leggero” all’inizio dell’emergenza all’ordinanza che prescriveva tamponi solo a chi aveva avuto a che fare con cinesi, alle dichiarazioni anti-mascherina. Non solo. Ora compare all’orizzonte un procedimento giudiziario relativo al presunto insabbiamento da parte di esperti e funzionari legati al ministero della Salute di un rapporto di studiosi dell’Oms che criticava la gestione italiana della pandemia, a cominciare dalle carenze sul piano preventivo. Fino a quando gli italiani saranno costretti a sopportare tutto ciò? Ai tempi della prima repubblica un presidente della Repubblica e qualche ministro si dimisero per molto meno e solo con grande ritardo talvolta si sarebbe in seguito scoperta la loro innocenza. Speriamo che il governo (l’ennesimo) della discontinuità dichiarata non ci costringa a esserne nostalgici.

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

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Ornella Cilona è giornalista
Gianluca Chiovelli è giornalista
Giosetta 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

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	CONFIMI SANITA'
9	IL SAPERE PER CURARE
11	NORME & SALUTE
12	CHIRURGIA VASCOLARE
15	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
19	SPORTELLLO ADOLESCENTI
23	PIEDE REUMATICO
25	PODARTIS
SOM	



27

RNA MESSAGGERO



38

GIOMI NEXT

29

DANNI COLLATERALI
PANDEMIA

41

GENDER PAY GAP



31

IL REPORT
DI SALUTEQUITA'

45

CANNABIS

35

DIGITAL EYE STRAIN

MARIO



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 2 •



Cari lettori,

come dimostrano tutti gli studi scientifici pubblicati, con la diffusione del virus Sars-Covid-19 dovremo convivere a lungo. In attesa che i vaccini prodotti vengano testati sulla popolazione al fine di renderla immune - ci vorranno molti mesi per realizzare quest'obiettivo – a noi sembra che un punto cruciale sia quello di rafforzare la medicina territoriale. Questo per garantire che tutti i cittadini, ai primi sintomi della malattia, ricevano cure immediate presso il loro domicilio che evitino le ospedalizzazioni, l'intasamento dei reparti ospedalieri – sia quelli ordinari, sia quelli di terapia intensiva – e per consentire anche la cura, gli screening, i follow-up e gli interventi chirurgici per i malati di patologie diverse dal Covid, come quelle oncologiche, oncoematologiche o cardiologiche. Come sottolineava il prof. Franco Cognetti, presidente di FOCE e di Fondazione Insieme contro il Cancro, nello scorso numero della rivista, è questa la catastrofe che il sistema-salute sta vivendo. Fino ad ora, in base alle Linee Guida del Ministero della Salute del 30 novembre 2020 ed alla nota AIFA del 9 dicembre 2020 sui *“principi di gestione dei casi Covid-19 nel setting domiciliare”*, nei primi giorni di malattia veniva prescritta la “vigilante attesa” e la somministrazione di paracetamolo. In base ad un ricorso presentato da alcuni medici, nei primi giorni dello scorso mese di marzo, il TAR ha sospeso *«l'efficacia del provvedimento impugnato»*, fissando per la trattazione di merito del ricorso l'udienza pubblica del prossimo 20 luglio. Ora, Aifa e Ministero della Salute dovranno rivedere le linee guida, al fine di indicare come curare in fase precoce i pazienti colpiti dal virus, attraverso la somministrazione di farmaci adeguati. A parere dei medici firmatari del ricorso – alcuni dei quali fanno parte di una rete medica che si sta estendendo e rafforzando, www.ippocrate.org - ci sono 4-5 sostanze che, se utilizzate in tempi diversi e ravvicinati, possono far sì che il paziente non venga ricoverato. I risultati sono molto incoraggianti, perché dai dati che vengono diffusi si apprende che le terapie precoci hanno percentuali di ospedalizzazioni molto ridotte e una bassissima percentuale di mortalità. Quindi, accanto al vaccino, potrebbe essere usata un'arma che finora è rimasta pressochè inesplorata, sempre che alla medicina del territorio venga concessa questa possibilità.



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**.

NELLA SANITÀ PICCOLO TORNA BELLO

di *Riccardo Romani*

MASSIMO PULIN



Imprenditore padovano di terza generazione, presidente della Orthomedica Srl, azienda che da circa un secolo opera nel campo dei presidi sanitari e ausili ortopedici su misura, Massimo Pulin è il primo presidente di Industria Sanità di Confimi (Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata), eletto nel settembre del 2020. Guiderà la categoria per i prossimi tre anni.

Confimi Industria
in prima linea
per far sentire
la voce delle imprese.
Siglato un accordo
con "Ore 12 Sanità"

Quante sono le imprese che aderiscono e perché avete costituito Confimi Industria?

Le imprese sanitarie rappresentate da Confimi Industria sono oltre 780, occupano circa 10.000 addetti e operano per lo più in settori quali: biomedicale; produzione, distribuzione e commercio di macchinari, dispositivi e presidi medicali; laboratori ed affini; assistenza sanitaria e sociale. Abbiamo costituito Confimi Industria lo scorso anno, per dare voce alle istanze di tutti gli imprenditori che operano nella piccola e media impresa legata a questi settori di attività.

In questo periodo, che come sappiamo è molto particolare, su quali obiettivi vi siete impegnati?

Abbiamo dato un grande contributo per il rinnovamento del nomenclatore tariffario per la fornitura ai disabili. Abbiamo elaborato una nuova proposta nello scorso mese di dicembre. Il Ministero della Salute l'ha presa in

confimi industria

Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata

SANITÀ

visione e protocollata. Rispetto al nomenclatore approvato nel 2017 – che non è ancora entrato in vigore, in quanto ha tutta una serie di grosse criticità – la nostra proposta vuole aiutare e dare forza alle persone e alle imprese che operano in questo settore. Sempre nell'ottica della rivisitazione del nomenclatore, abbiamo concluso nel mese di marzo un accordo di cooperazione con Sidima (Società Italiana Disability Manager), che aiuta il disabile a superare le sue problematiche motorie legate alla vita quotidiana (scale, ascensori, carrozzine, sistemi di postura). L'accordo consentirà alle imprese che operano in questo settore – che è uno dei settori lasciati indietro, perché incide solo per lo 0,3% della spesa sanitaria, circa 500 milioni – di rafforzare la loro strategia, che è legata ad una domanda sociale importante che esiste.

Può indicare gli obiettivi da conseguire nei prossimi tre anni?

A breve termine, quello di far sì che le nostre imprese, compatibilmente con l'arrivo dei vaccini, siano messe in grado di poter vaccinare all'interno delle aziende. Questo è fondamentale, perché occorre superare rapidamente il blocco degli spostamenti, che penalizza le relazioni commerciali, interne e soprattutto internazionali e delle attività produttive. Il secondo punto importante è quello di assicurare ad una serie di comparti, soprattutto quello dei dispositivi medicali, di poter avere un modus operandi più fluido rispetto al loro rapporto con l'Istituto Superiore di Sanità e con le altre sedi istituzionali. Il terzo, ma non ultimo, è quello di tornare ad essere "voce delle imprese": interloquire in maniera forte con le Istituzioni, che dovrebbero comprendere che le imprese sono il motore di questo Paese e quelle che operano nel settore della Sanità danno un contributo importante al sistema Paese.

Si può dire, a suo avviso, che uno dei problemi più significativi che vive l'Italia è quello di non aver compreso l'importanza dell'iniziativa economica privata e che la burocrazia frena lo sviluppo del Paese?

Basta guardare agli altri Paesi europei, che hanno una burocrazia molto più veloce, snella, lineare, dove i funzionari si prendono le loro responsabilità perché ci sono leggi che li tutelano. L'Italia ha bisogno di sburocrazizzare il Paese, nella maniera più assoluta. Pensi solo alla fornitura di un dispositivo medicale, di un busto per scoliosi, ci sono talune regioni dove l'imprenditore deve recarsi 2 o 3 volte per farsi autorizzare il preventivo dell'azienda. Sono giornate perse di lavoro. Basterebbe

gestire tutto in automatico, via digitale. Ci sono alcune regioni che lo fanno, la maggior parte non lo fa. Come presidente di Confimi cercherò di farmi promotore di questa problematica a livello del Ministero della Salute: sburocrazizzare il più possibile.

Lei ritiene che sia possibile continuare a pensare ad un sistema sanitario così diviso a livello regionale o per alcuni aspetti le scelte devono essere centralizzate?

Io sono perché le regioni siamo autonome, però rispetto ad alcune tematiche di interesse sanitario nazionale - rispetto all'attuale pandemia, ma più in generale, nell'organizzazione degli acquisti o nella fornitura di dispositivi per disabili - ci dev'essere uniformità di vedute e di organizzazione. Ad esempio, le gare devono essere fatte in maniera più intelligente. Io non sono favorevole alle gare "tout court". Sono favorevole all'elaborazione di una serie di "repertori", dove le imprese registrano i loro prodotti (marca, modello, prezzo). Lo Stato, la Regione, la Asl dovrebbero scegliere in base a questi parametri, dando risalto - se possibile - a chi produce in Italia, questo è prioritario. Dobbiamo ricominciare a produrre in Italia, a riportare le produzioni in Italia e far sì che lo Stato compri dalle aziende che producono nel nostro Paese. Così si creano posti di lavoro, non certo andando ad acquistare all'estero, per poi importare.

Recentemente, Industria Sanità di Confimi ha siglato un accordo con Ore 12 Sanità. Perché quest'accordo?

Quest'accordo strategico è nato per dare voce a tutte le nostre imprese e a tutte le nostre istanze, considerato che i destinatari di Ore 12 Sanità sono tutti i rappresentanti delle Istituzioni e del mondo della Salute. Attraverso lo strumento della rivista, vorremmo far presente a tutte le Istituzioni nazionali, regionali e provinciali, le nostre problematiche ed anche le nostre soluzioni dei problemi, relativamente ai campi di nostro interesse.

Perché avete scelto Ore 12 Sanità?

Perché è la rivista che più ci ha colpito nel vasto panorama dell'offerta presente nel mercato della comunicazione. Ci ha colpito per come riesce a proporre i temi legati alla Salute, per come scrivono i suoi collaboratori, che usano uno stile e un linguaggio che arriva a tutti: al professionista, al luminare; ai medici, più in generale; a chi non possiede competenze tecniche o professionali; alle Istituzioni che possono valutare loro eventuali nuovi partner e le offerte di nuovi prodotti da parte di aziende che hanno un alto profilo professionale e di rappresentanza.



Il sapere scientifico lievito di crescita sociale

di Danilo Quinto

**TANTO IMPEGNO, PASSIONE E STUDIO PER CURARE
MALATTIE SEMPRE PIÙ DIFFUSE E SOCIALMENTE RILEVANTI**

Il Dott. Roberto Chiappa è il direttore scientifico di ORE 12 SANITA'. Medico Chirurgo Vascolare e Radiologo interventista, è da quattro anni Responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma. Da sempre interessato allo sviluppo delle nuove tecnologie ed alla loro applicazione nel campo clinico, si occupa delle patologie arteriose dei distretti aortico, iliaco femorale e carotideo, affiancando alle tecniche chirurgiche tradizionali l'utilizzo di metodiche e strumenti endovascolari. La strategia integrata di

trattamento ed il ricorso a tecniche "meno invasive" gli permette di ridurre sensibilmente i rischi chirurgici, mantenendo inalterata la qualità della cura. Promotore di collaborazioni interdisciplinari, affronta il complesso trattamento della ischemica critica, in particolar modo nei pazienti diabetici, insieme ai colleghi internisti, diabetologi e chirurghi plastici. Ha prestato particolare attenzione anche ai progressi della chirurgia flebologica, maturando una solida esperienza nel trattamento mininvasivo della patologia venosa degli arti inferiori (cura endoluminale

dell'insufficienza safenica, chirurgia ambulatoriale e trattamento con scleromousse delle vene varicose). All'intensa attività clinica, affianca una costante e proficua attività di ricerca e produzione scientifica; è coautore di più di 120 pubblicazioni di interesse medico e contribuisce al bisogno formativo dell'azienda ASL Roma2 come delegato di area chirurgica per la formazione

Qual è la sua storia professionale?

Nasco in provincia da padre chirurgo e madre insegnante di lingue straniere. Dai miei genitori ho ereditato la passione per la cura delle persone, per la scoperta ed il viaggio; sono sempre stato attratto dalle nuove tecnologie, dai progressi della scienza e soprattutto dalla loro applicazione per il miglioramento della qualità della vita e la cura delle malattie. Amavo la fisica, l'astronomia e la matematica ma è nella chirurgia che ho trovato la sintesi tra mia passione per la scienza e la naturale attitudine a curare e riparare. La curiosità e la voglia di viaggiare mi ha spinto a perfezionarmi all'estero, con esperienze lavorative in centri cardiocirurgici a Houston (TX, USA) e Tours (Loira, FR), ma non ho mai dubitato di voler tornare in Italia per contribuire al benessere del mio Paese. La specializzazione in Chirurgia Vascolare mi ha regalato la possibilità di partecipare ed essere protagonista di una vera e propria rivoluzione, in un campo in cui l'evoluzione delle biotecnologie ha radicalmente cambiato l'approccio alla diagnosi e alla cura di malattie sempre più diffuse e socialmente rilevanti. La naturale disposizione alla sperimentazione del nuovo, al miglioramento ed alla condivisione mi ha portato ad accettare la sfida del cambiamento e da buon ambidestro, accanto al bisturi che non ho mai avuto intenzione di abbandonare, ho afferrato

gli strumenti delle nuove tecnologie endovascolari; ho vestito nuovamente gli abiti dello studente e mi sono specializzato in Radiologia Interventistica. La formazione "allargata" Chirurgica e Radiologica mi permette di governare con appropriatezza clinica ed efficienza gestionale la Direzione di un reparto di Chirurgia Vascolare che si appresta ad affrontare la sfida del cambiamento; la maturità mi ha fatto scoprire che per un buon governo clinico, accanto alle mani ed alla scienza bisogna mettere il cuore e l'anima, la cui cura è l'elemento imprescindibile per il raggiungimento e la conservazione del bene salute.

Perché ha accettato la nomina di direttore scientifico di Ore 12 Sanità?

Perché trovo altamente sfidante la possibilità di contribuire in maniera diretta e personale alla diffusione del sapere scientifico ed alla sensibilizzazione della popolazione sui temi della ricerca e dell'innovazione nel campo della medicina.

Che importanza attribuisce alla divulgazione scientifica?

La divulgazione scientifica o alfabetizzazione scientifica (science literacy), come piace definirla ultimamente, ha il compito di rafforzare la consapevolezza nell'opinione pubblica di quanto la conoscenza ed il metodo scientifico siano requisiti fondamentali non solo per la salute pubblica, ma per la stessa crescita civile e sociale del nostro paese. L'emergenza Covid ha fatto emergere in modo chiaro il ruolo chiave che la ricerca scientifica svolge nella tutela della salute; la ricerca medica in particolare, pur nella sua razionalità, è tutto fuorchè una disciplina fredda ed astratta, ma al contrario è espressione di vicinanza ed impegno per migliorare la vita di tutti.

Che "insegnamento" ha fornito il Covid-19 al "sistema-salute"?

Ha certamente riportato alla luce l'importanza, costituzionalmente garantita, del bene salute come risorsa ed interesse per l'intera collettività. Ci ha ricordato la centralità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, che seppur fiaccato dai recenti continui tagli economici, rimane una risorsa unica di cui andare fieri, espressione di vera democrazia e garante del diritto universale alle cure. Ci ha insegnato come le scienze mediche siano necessarie per la tutela della nostra salute e di come una corretta ed univoca informazione scientificamente validata sia indispensabile per mettere in atto le misure preventive e di contenimento necessarie, senza cedere ad allarmismi inutili e dannosi non solo per la salute pubblica, ma per l'intero sistema economico del Paese.



Roberto Chiappa

Norme & Salute

L'arma della gratuità nella battaglia contro il Covid

di Ornella Cilona*



Anche le norme in prima fila contro il Covid. E' trascorso oltre un anno da quando, nel marzo del 2020, l'ente di normazione italiano UNI ha deciso di rendere gratuiti i quasi trenta standard necessari alla fabbricazione di quanto è utile contro i contagi. Le norme gratis definiscono i requisiti di sicurezza, qualità e i metodi di prova di attrezzature come i ventilatori polmonari e di dispositivi sanitari come le maschere

filtranti, i guanti e gli occhiali protettivi, le calzature da lavoro, gli indumenti e i teli chirurgici. L'obiettivo dell'iniziativa UNI era quello di facilitare sia le scelte di acquisto delle amministrazioni pubbliche sia la riconversione produttiva delle aziende. I risultati sono stati fin dall'inizio positivi. Nella primavera dello scorso anno, molte imprese hanno, infatti, scelto di produrre dispositivi di protezione anti Covid per soddisfare la domanda di privati e Regioni, che dovevano rifornire in tempi brevi le strutture sanitarie. Il risparmio dei costi non è stato di poco conto per le Pmi perché le norme costano. Anche le realtà produttive più piccole sono state così in grado di aprirsi a nuovi mercati, rispettando requisiti severi di qualità e di sicurezza. Fra gli standard liberamente accessibili ce n'è uno che non riguarda i prodotti ma i servizi: si tratta della norma UNI10585 del 1996, che detta le regole per i servizi di pulizia, disinfestazione, sanificazione e attività correlate.

La decisione dell'UNI ha convinto l'anno scorso gli enti di normazione comunitari CEN e CENELEC a estendere in tutta l'Unione europea la gratuità di numerose norme in campo sanitario. Il buon esempio del nostro Paese è stato così seguito dagli altri Stati membri dell'Unione europea. Del resto anche l'eurocommissario per il mercato interno e i servizi, Thierry Breton, aveva chiesto agli enti di normazione comunitari di impegnarsi a favore di un accesso libero alle norme più importanti per la lotta al Covid-19.

Nel frattempo, prosegue l'attività normativa abituale in campo sanitario. E', infatti, allo studio un progetto di standard per lo sviluppo, l'attuazione e il mantenimento di un sistema di gestione del rischio per dispositivi medici, prendendo a riferimento la norma internazionale ISO 14971 del 2019. Il progetto, che punta a tracciare delle linee guida su questa materia, ha da poco completato la fase dell'inchiesta pubblica preliminare.

**Presidente della Commissione tecnica UNI "Responsabilità sociale delle organizzazioni"*

CHIRURGIA VASCOLARE,

RIFLESSIONI A TUTTO CAMPO SULLE MALATTIE DELLE ARTERIE E DELLE VENE

di Caterina Del Principe

Il Prof. Raffaele Pulli, esperto in Chirurgia Vascolare, Laureato in Medicina nel 1985, si è specializzato presso l'Università di Firenze nel 1990 ed ha completato la sua formazione con una seconda specializzazione in Chirurgia Generale nel 2005 e una European Board of Surgery Qualification in Vascular Surgery.

Si occupa principalmente della diagnosi e del trattamento di stenosi carotidea, arteriopatia obliterante degli arti inferiori (periferica), aneurisma dell'aorta, aneurisma periferico, tumore del glomo carotideo e varici degli arti inferiori.

Professore Ordinario di Chirurgia Vascolare presso l'Università di Bari, è stato ricercatore e Professore Associato di Chirurgia Vascolare presso l'Università di Firenze ed attualmente è Direttore della UOC di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

E' stato nominato tra i 50 migliori medici d'Italia, vincitori del "Top Doctors Awards 2018", segnalati dagli stessi colleghi del network online di medici professionisti, centri e cliniche private di livello internazionale.



**PARLA RAFFAELE PULLI,
TRA I 50 MIGLIORI MEDICI
D'ITALIA VINCITORI
DEL TOP DOCTORS
AWARDS 2018**



Professore, quanto incidono le patologie di cui lei principalmente si occupa (stenosi carotidea, arteriopatia obliterante degli arti inferiori periferica, aneurisma dell'aorta, aneurisma periferico, tumore del glomo carotideo e varici degli arti inferiori) sulla popolazione?

Dobbiamo distinguere tra malattie delle arterie e malattie delle vene. Queste ultime sono sicuramente più frequenti e rappresentano una delle principali cause di assenza dal lavoro nei soggetti in età lavorativa. Tuttavia, le complicanze e soprattutto la mortalità in questi soggetti sono basse e pertanto vengono spesso considerate patologie relativamente benigne. Ma, anche qui dobbiamo distinguere tra malattie delle vene superficiali, le classiche varici, che sono le più comuni e che hanno un basso impatto sulla qualità della vita delle persone che ne risultano affette e malattie del sistema venoso profondo. Tra queste, la più temibile è la trombosi venosa profonda, che può dare complicanze gravi, anche fatali, come l'embolia polmonare o che compromettono la qualità della

vita delle persone, come la sindrome post-trombotica, che obbliga i pazienti all'elastocompressione a vita.

Per quanto riguarda, invece, le malattie delle arterie, l'arteriosclerosi è alla base delle principali malattie cardiovascolari e rappresenta la prima causa di morte nel mondo occidentale. Dopo l'infarto del miocardio, l'ictus è l'evento più frequente e la stenosi carotidea può essere la causa dell'ictus. Complessivamente, a parte la malattia coronarica che non è competenza del chirurgo vascolare, le altre localizzazioni possono avere una prevalenza nella popolazione ultrasessantenne maggiore del 10%. L'arteriopatia degli arti inferiori è la più frequente e può dare la cosiddetta *claudicatio intermittens* (la malattia delle vetrine, perché il soggetto è costretto a fermarsi dopo un periodo di marcia per la comparsa di crampi al polpaccio) o può evolvere fino a quadri più pericolosi, perché mettono a rischio la sopravvivenza dell'arto e che quindi esitano nell'amputazione. La patologia aneurismatica determina invece la dilatazione del vaso e spesso è



Raffaele Pulli

asintomatica, cioè non determina alcuna sintomatologia. Si tratta, pertanto, di una malattia subdola e spesso viene riconosciuta solo quando determina una complicanza che può essere la rottura del vaso o l'embolia o la trombosi. I quadri clinici corrispondenti vanno dalla morte immediata per emorragia alla comparsa di ischemia acuta a livello di organi vitali, come il cervello, l'intestino o i reni, o a livello degli arti inferiori con rischio, ancora, di amputazione d'arto.

Che importanza dà alla diagnosi precoce rispetto a queste patologie?

La prevenzione gioca un ruolo cruciale e si attua sia a livello primario, con l'attuazione di stili di vita più salutari (non fumare, dieta alimentare povera di grassi e carboidrati, controllo dei fattori di rischio non modificabili, quali ipertensione e diabete), sia a livello secondario (cioè dopo la presenza di un evento cardiovascolare non fatale) attraverso una opportuna terapia farmacologica da associare al cambiamento dello stile di vita. Inoltre, nei soggetti con familiarità per patologia cardio-vascolare è opportuno eseguire dopo i 50 anni uno screening per le principali localizzazioni della malattia arteriosclerotica, con particolare attenzione a cuore e cervello. Un'ecografia dell'addome per lo screening dell'aneurisma dell'aorta è auspicabile nel soggetto ultrasessantacinquenne, soprattutto se sono presenti fattori di rischio o altre localizzazioni vascolari.

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

Nel campo della chirurgia vascolare l'impatto delle nuove tecnologie ha notevolmente modificato le modalità di gestione e trattamento delle varie patologie. Con l'avvento delle metodiche endovascolari (utilizzo di sonde, cateteri, palloni e stent) la maggioranza degli interventi oggi viene eseguita con minore invasività e questi sono quindi più accettati dal paziente. Con il progredire dello sviluppo tecnologico oggi possono essere effettuate procedure completamente endovascolari per il trattamento delle patologie dell'aorta toracica e toraco-addominale, che una volta necessitavano di una chirurgia aperta altamente invasiva. Questo purtroppo non vuol dire che non si possa ancora morire o avere complicanze dopo questo tipo di interventi, che comunque risultano complessi, ma sicuramente con la riduzione dell'invasività, sono state ridotte la mortalità e le complicanze postoperatorie. I costi di queste procedure sono elevati e ricadono sulla popolazione, ma mai come ora abbiamo capito che investire nella sanità rappresenta un investimento che ricade sull'intera comunità.

Qual è stato l'impatto del Covid-19 sulla cura delle malattie cardiovascolari rispetto all'esigenza primaria di garantire a tutti il diritto alla salute?

La pandemia da Covid-19 ha avuto un grosso impatto sul trattamento di tutte le patologie. Basti pensare a tutte le cure per patologie neoplastiche che hanno avuto ritardi e/o cancellazioni e che hanno avuto ripercussioni sull'evoluzione e la prognosi della malattia di base. Anche in campo cardio-vascolare si è assistito ad una riduzione di accessi in ospedale per eventi acuti, ma che era legato soprattutto al timore di recarsi negli ospedali dove era possibile contrarre il Covid. Questo ha poi determinato un aumento di mortalità e di complicanze gravi che abbiamo potuto verificare nei periodi successivi. Per quanto concerne il sistema vascolare è ormai accertato che il soggetto affetto da Covid sviluppa una trombofilia (cioè aumenta il rischio di trombosi) che può essere la causa diretta o indiretta di complicanze e di mortalità.

Pensa anche lei, come molti suoi colleghi, che le problematiche che vive la sanità italiana siano legate soprattutto alla mancanza di risorse?

Questo poteva essere vero in passato e la sanità è stata largamente oggetto di tagli da parte di tutti i governi precedenti. Attualmente le risorse sono state trovate e grazie all'aiuto dell'Europa grosse quantità di denaro affluiranno nel campo della sanità. E' una opportunità che non possiamo non cogliere e soprattutto bisognerebbe indirizzare tali finanziamenti in maniera corretta e nell'interesse della collettività.

Ospedale Belcolle di Viterbo

Radiologia Interventistica,

i punti di forza e l'evoluzione

di un'affermata eccellenza nell'Alto Lazio

di *Danilo Quinto*

L'Unità Operativa di Radiologia Vascolare e Interventistica dell'Ospedale Belcolle di Viterbo, diretta dal dott. Mariano Orteni, rappresenta una realtà d'eccellenza nell'Alto Lazio per il trattamento mini invasivo imaging guidato di numerose patologie.

L'equipe Medica Interventistica è costituita da Radiologi esperti in procedure intra-extravascolari e neuroradiologiche. Oltre all'attività interventistica sono effettuati esami di diagnostica vascolare ECD, TC, RM, studi Cardio TC e visite ambulatoriali.

L'ospedale Belcolle è dotato di 470 posti letto e risponde a un bacino d'utenza di circa 320.000 abitanti, con ampia dispersione sul territorio a nord di Roma.

Ogni anno sono eseguite in media circa 1500 procedure interventistiche ad alta complessità, come endoprotesi aortiche, endoprotesi fenestrate, stent carotidei, rivascolarizzazioni periferiche e nel piede diabetico, interventistica oncologica, epatobiliare, urologica e neuro vascolare.

La Radiologia Interventistica dell'Ospedale Belcolle presenta caratteristiche tecnologiche adatte per l'esecuzione di procedure neurovascolari e in questi ultimi anni è stata consolidata l'offerta di terapia endovascolare in pazienti con patologia cerebrale ischemica ed emorragica, con una casistica in accordo con gli standard di riferimento europei, nel rispetto del protocollo di



Trattamento endovascolare ictus in paziente Covid



La moderna Sala Angiografica dell'Ospedale Belcolle

collaborazione di area per l'operatività delle reti tempo dipendenti.

La realizzazione dell'innovativo trattamento di trombectomia meccanica nell'ictus ischemico presso il Centro, ha permesso di evitare significativi ritardi nella riperfusione del circolo cerebrale per il trasferimento dei pazienti in altri ospedali della capitale. L'implementazione del servizio di Radiologia Interventistica Neurovascolare ha consentito inoltre di realizzare il trattamento endovascolare degli aneurismi cerebrali e delle fistole arterovenose durali.

L'attività della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Belcolle si svolge tutti i giorni H24 per esami in elezione ed emergenza.

Com'è nato il Centro di Radiologia Interventistica dell'Ospedale Belcolle di Viterbo?

E' stato un lungo cammino, partendo da zero, attraverso innumerevoli difficoltà legate alle autorizzazioni per l'acquisto dei materiali, alla richiesta di tecnologia, ai rapporti con i colleghi clinici, al progressivo riconoscimento dell'attività presso la Direzione Ospedaliera e Aziendale. Durante la specializzazione in Radiologia negli anni '80, ho avuto modo di conoscere i padri fondatori della Radiologia Interventistica Italiana, che mi hanno trasmesso la passione e l'entusiasmo per questa disciplina innovativa, facendomi intravedere le potenzialità future e credere nelle grandi possibilità terapeutiche mini-invasive imaging guidate, all'epoca ancora pionieristiche.

Così nel 1991, appena specializzato e assunto in ruolo presso l'Ospedale di Viterbo, ho introdotto le prime procedure interventistiche apprese all'Università, come le biopsie TC guidate e i drenaggi biliari, in una realtà sanitaria di provincia, dove questi interventi non erano ancora contemplati, dove la radiologia era esclusivamente

diagnostica e la terapia o medica o chirurgica tradizionale. La diponibilità di un tavolo radiologico digitalizzato e di un iniettore angiografico hanno consentito successivamente l'esecuzione delle prime arteriografie diagnostiche. In seguito, con la presenza di un chirurgo vascolare e poi con la creazione di alcuni posti letto di chirurgia vascolare, è stato possibile realizzare i primi trattamenti endovascolari.

Così, gradualmente, il centro di Radiologia Interventistica dell'Ospedale di Viterbo si è sviluppato negli anni, intensificando l'attività e maturando l'esperienza degli operatori. Nel 2015 la Regione Lazio, su richiesta della Direzione Aziendale, che ha riconosciuto l'attività svolta nel tempo e le potenzialità della Radiologia Interventistica, ha dotato l'Ospedale Belcolle di una moderna apparecchiatura angiografica con arco a C rotazionale. Essa, insieme ai requisiti professionali esistenti, ha permesso all'Ospedale Belcolle di diventare centro di riferimento di Radiologia Interventistica per l'Alto Lazio.

Qual è stata la strategia vincente che ha consentito la crescita e l'affermazione della Radiologia Interventistica?

Sicuramente la logica dei team multidisciplinari. Fin dalle prime procedure interventistiche effettuate nella Radiologia dell'Ospedale Belcolle, è apparsa chiara la necessità della stretta collaborazione con Chirurgo Vascolare, Urologo, Gastroenterologo, Neurologo, Neurochirurgo, Anestesista Rianimatore, nell'ottica dell'aggregazione delle capacità, con riduzione della competizione e della moltiplicazione delle linee di attività, le quali, all'interno dell'ospedale, avrebbero portato solo all'aggravio dei costi e alla disomogeneità dell'erogazione di assistenza e di prestazione. La ricerca della sinergia e della competenza di più specialisti sono stati requisiti



Esecuzione di arteriografia nell'anno 1991 all'Ospedale Belcolle

fondamentali nel riconoscimento dell'approccio radiologico interventistico al paziente e alla malattia.

La presa in carico multidisciplinare è risultata indispensabile per la valorizzazione clinica delle procedure di Radiologia Interventistica progressivamente inserite con un ruolo specifico in molti percorsi diagnostico terapeutici aziendali. L'atteggiamento costruttivo e di collaborazione tra Radiologo Interventista e clinico-chirurgo, ha permesso di introdurre e condividere una serie di trattamenti che, adeguatamente presentati e discussi secondo le moderne linee guida, hanno gradualmente sostituito gli interventi chirurgici tradizionali in sala operatoria, dimostrandone l'efficacia clinica e l'abbattimento dei costi, basati prevalentemente sulla riduzione dei tempi di degenza, sulla mini-invasività e sul trasferimento degli interventi dalla sala operatoria alla meno costosa sala angiografica.

Naturalmente è stato necessario negli anni ridurre le diversità di vedute, rivalità e gelosie con i vari specialisti dei diversi reparti, raggiungendo equilibri volti ad affermare le possibilità terapeutiche e la validità della Radiologia Interventistica, centralizzando molti interventi in sala angiografica.

La centralizzazione delle procedure in sala angiografica con approccio multidisciplinare e il conseguente miglioramento del rapporto costo-efficacia rispetto ai più onerosi interventi chirurgici, sono stati ben accolti dalla Direzione Aziendale che ha sostenuto nel tempo la crescita del centro.

Nel vostro centro sono eseguite procedure ibride?

Le procedure ibride rientrano nell'ambito dell'organizzazione multidisciplinare della nostra Unità Operativa di Radiologia Interventistica. Abbiamo esteso il concetto tradizionale tecnico di procedura ibrida vascolare,

che prevede un tempo chirurgico open e un tempo endovascolare, a un'idea più ampia di approccio combinato plurispecialistico.

Infatti, in relazione alla tipologia della procedura pianificata e in base alla complessità clinica del paziente, gli interventi sono eseguiti dall'equipe Radiologica Interventistica insieme ad altre equipe chirurgiche o mediche che agiscono contemporaneamente o in successione sullo stesso paziente, nella stessa seduta operatoria.

Pertanto, oltre ai classici interventi ibridi vascolari, eseguiamo operazioni in combinata con i gastroenterologi per il trattamento di patologie che richiedono una fase endoscopica e percutanea, con i

nefrologi per le fistole dialitiche e i cateteri, ma anche con gli urologi, i neurochirurghi e i chirurghi generali. Infine nell'ambito della collaborazione plurispecialistica del nostro Centro rientrano anche le biopsie eco-TC guidate, condotte unitamente al medico anatomopatologo che valuta l'adeguatezza dei prelievi.

Come ha influito il Covid 19 sulla normale attività di Radiologia Interventistica?

Nella nostra Radiologia Interventistica durante la pandemia sono state trattate molte emergenze in pazienti covid con ictus cerebrale ischemico, aneurismi cerebrali rotti, occlusioni vascolari acute, sanguinamenti e altre gravi patologie.

Ciò ha comportato una capillare riorganizzazione sia strutturale sia gestionale per la sanificazione degli ambienti, delle apparecchiature utilizzate, dei dispositivi di protezione individuale, aumentando sensibilmente il carico di difficoltà tecniche, cliniche e operative. L'elaborazione di protocolli specifici per affrontare le diverse esigenze e la pianificazione condivisa delle modalità d'intervento sui pazienti covid, hanno permesso di affrontare correttamente e con successo le varie emergenze, riducendo le criticità e l'impatto psicologico di tutto il personale sanitario coinvolto.

Qual è il valore aggiunto della UOSD di Radiologia Vascolare e Interventistica dell'Ospedale Belcolle?

L'organizzazione di tipo manageriale. Non solo azione in ambito clinico, ma anche operazione manageriale di razionalizzazione della spesa, ottimizzazione delle risorse, controllo di qualità degli interventi, riduzione del rischio per operatori e pazienti, standardizzazione delle procedure, prevenzione degli errori gestionali e tecnici, aggiornamento continuo e qualificazione del personale, marketing e pubblicizzazione. Nella nostra realtà abbiamo focalizzato la rendicontazione della spesa sulla valorizzazione delle procedure interventistiche a livello aziendale.

La Radiologia Interventistica rappresenta un centro di produzione intermedio nel circuito ospedaliero e non possiede propri DRG. Nella maggior parte dei casi le procedure effettuate non sono individuate dal controllo di gestione aziendale perché vengono assorbite nei DRG dei reparti; a loro volta i reparti indicano in modo variabile e spesso inappropriato le procedure di Radiologia Interventistica nella scheda di dimissione ospedaliera. Ne consegue che l'Unità Operativa di Radiologia Interventistica, con il rispettivo centro di costo, rappresenta apparentemente una spesa in passivo per l'Azienda Sanitaria. Per questo motivo si è resa necessaria la corretta valorizzazione delle procedure. Basandoci su un'idea dei colleghi dell'Ospedale S. Camillo di Roma, abbiamo sviluppato le schede di valorizzazione economica delle principali procedure interventistiche. Nelle schede sono contabilizzate in modo analitico tutte le spese sostenute per i materiali generici (cappe

sterili, teleria, guanti, siringhe, ecc.), device specifici (stent, guide, cateteri, ecc.), farmaci, mezzo di contrasto, ammortamento apparecchiature, tempo medio di lavoro di medico, infermiere, tecnico, ausiliario, eventuale assistenza anestesiológica.

Il costo effettivo della procedura in questo modo appare evidente al controllo di gestione aziendale e virtualmente può essere ribaltato sui DRG di reparto. Inoltre è calcolabile il costo complessivo di tutte le procedure eseguite nell'anno, consentendo l'orientamento del budget economico e la quantificazione dei fabbisogni annuali. Nel nostro Centro abbiamo abbandonato l'idea dei posti letto destinati alla Radiologia Interventistica, che sarebbero stati difficilmente concessi dalla Regione Lazio e di complicata gestione. Invece, per i nostri pazienti, abbiamo costruito insieme alla Direzione Sanitaria, un percorso aziendale che ha riservato alcuni posti letto nell'Unità Operativa Week Surgery o nel Day Surgery.

Come avviene il controllo di qualità delle procedure di Radiologia Interventistica?

Mantenere elevati standard qualitativi è fondamentale per stabilire la credibilità dell'attività di Radiologia Interventistica tra i colleghi professionisti di altri reparti e tra i pazienti.

Nel nostro Centro il controllo di qualità passa attraverso una corretta politica di riduzione del rischio, pianificazione, programmazione e verifiche. Gli obiettivi prioritari del risk management sono la riduzione del rischio di complicanze per i pazienti e la riduzione del rischio per gli operatori esposti alle radiazioni ionizzanti e alla contaminazione con fluidi biologici.

Le verifiche periodiche e il reporting permettono la comparazione dei risultati previsti con i risultati osservati, analizzando l'entità delle discordanze e introducendo fattori di correzione basati sulla cultura della sicurezza e della qualità in ambito strutturale e clinico.

Il miglioramento della qualità e della sicurezza in Radiologia Interventistica può essere ottenuto riducendo le variabili non necessarie mediante standardizzazione delle procedure e attraverso l'eliminazione degli errori prevedibili e prevenibili. A tale scopo, oltre ai test su apparecchiature e strumentazioni, abbiamo introdotto una check list clinica compilata dal medico interventista e dall'infermiere, allegata alla cartella del paziente.

L'appropriatezza prescrittiva in Radiologia Interventistica rappresenta un momento fondamentale nell'iter decisionale diagnostico-terapeutico dei pazienti da trattare perché permette di evitare esami inutili e spreco di risorse e materiali. Attraverso il planning preoperatorio e le riunioni settimanali con l'equipe di chirurgia vascolare, gastroenterologia, neurologia-neurochirurgia, oncologia o altre UOC si realizza il controllo dell'appropriatezza prescrittiva delle procedure endovascolari.



Mariano Orteni

"CONSAPEVOLMENTE ADOLESCENTE"

DONNE, UN MODELLO PER L'ETA' FRAGILE

LA CHIAVE DELL'ACCOGLIENZA
NELLA RICETTA DELLA "SANTA FAMIGLIA"

di Giosetta Ciuffa

Un team multidisciplinare di dottoresse, attive nella Casa di cura Santa Famiglia (unica mono-specialistica in ostetricia e ginecologia) per rispondere allo stress di un'età delicata come l'adolescenza, foriera di cambiamenti e di domande che spesso sembrano senza risposta.

"In Santa Famiglia nasce l'esigenza di dedicarsi ad un'età fragile della donna di cui poco si occupa la sanità italiana. Crescere oggi è molto complesso ed è ancora più difficile per un genitore gestire un'adolescente. Ho ideato quindi un ambulatorio multidisciplinare per accompagnare nella crescita queste

ragazze, che in branco sembrano indistruttibili, ma sappiamo quanto siano insicure se prese singolarmente. Nella Casa di Cura Santa Famiglia, si viene avvolti da un abbraccio mentale prima che fisico, laddove c'è la consapevolezza che la nascita di alcune difficoltà è anzitutto emotiva; la chiave è l'accoglienza". Così descrive l'iniziativa Donatella Possemato, amministratrice delegata della struttura sanitaria, una clinica dedicata alle donne e guidata da una donna, che mette a fattore comune le competenze di uno staff tutto al femminile, proprio per porre le teenager a loro agio e accompagnarle

lungo un cammino basato sulla fiducia in un momento in cui il bullismo è una piaga sociale e l'isolamento, l'online al posto dell'onlife, l'ansia e la depressione possono far crollare psicologicamente personalità in fieri come quelle delle appartenenti alle generazioni cosiddette Zeta ed Alpha.

Anteprima ne è stata la giornata di presentazione, con numerosi incontri e colloqui, che la psicologa Federica Gentile riassume così: "Al primo appuntamento, ginecologa e psicologa, incontrano paziente e mamma. È infatti meglio avvicinarsi al dialogo insieme a queste ultime, affinché comprendano che si tratta di un contesto sicuro nel quale trovare dei punti di riferimento tra le professioniste, poiché a volte sono più spaventate le mamme delle figlie.

L'ecografia della ginecologa ci aiuta nella prima diagnosi strumentale, che viene da lei stessa delicatamente spiegata, durante la visita è presente anche la psicologa per intervenire in caso di lieve disagio, normale durante una prima visita essendo l'ambulatorio dedicato a ragazze dai 12-13 anni fino ai 18".

Vivere gli anni "verdi" in questo periodo storico certo non aiuta: l'isolamento forzato ed il rapporto con i coetanei venuto a mancare a causa della pandemia, hanno pesanti ripercussioni sulla psiche delle giovani, soggette spesso a disturbi del comportamento alimentare che "se non trattati adeguatamente, aumentano il rischio di danni permanenti a carico di tutti gli organi e della psiche stessa, nei casi più complessi, possono portare alla morte - sottolinea la dottoressa Possemato - Proprio per questa ragione all'interno della Casa di Cura Santa Famiglia è attivo un servizio di consulenza nutrizionistica e psicologica".

Specifico la psicologa Noemi De Lumè, come in questo periodo di pandemia gli adolescenti stiano perdendo il controllo della realtà e, per reazione, abbiano iniziato a controllare l'alimentazione. L'uso spropositato dei social, l'assenza di attività sportiva, la presenza di cibo in casa, la difficoltà a controllarsi, hanno incrementato del 30% i disturbi alimentari.

Tuttavia, come osserva la dottoressa Possemato, la sinergia di più professionalità permette una diagnosi precoce ed il disturbo alimentare, appena individuato, viene curato sul nascere con un approccio multidisciplinare.

La cura e la specifica attenzione rivolta alle giovani ed al disturbo alimentare sono le nostre grandi sfide: questa subdola e complessa patologia, ad oggi rappresenta la seconda causa di morte tra i giovani.

"In Italia, purtroppo - rileva la dott.ssa Possemato - esistono pochissime strutture attive nella riabilitazione di questa patologia che rappresenta un malessere dell'anima, un vuoto emotivo, una fame di amore che non viene purtroppo diagnosticata con esami strumentali ma solo con specifici e dedicati percorsi terapeutici.

Secondo la nutrizionista Arianna Micozzi, la disciplina di una corretta alimentazione è prevenzione verso questo tipo di malattie e patologie correlate in eccesso e in difetto, con un rischio da una parte di bulimia e binge eating (alimentazione incontrollata) e dall'altra di anoressia".

I problemi che impattano più frequentemente sull'autostima riguardano la gestione del peso e dell'immagine corporea, aspetti importanti in quanto permettono di relazionarsi in modo equilibrato con gli altri in un'età che punta sull'immagine e sull'idea di perfezione estetica.

Il sostegno dell'unica struttura mono-specialistica in ostetricia e ginecologia alle ragazze e alle loro famiglie





Laddove le ragazze rimangono sole e non hanno la possibilità di relazionarsi con le compagne, il cibo è vissuto come rifugio e scarico emotivo, accresciuto dalla fase pandemica, ma in genere nella delicata età adolescenziale.

Da tutti riconosciuto come un un centro nascita di eccellenza, la Casa di Cura Santa Famiglia è in prima linea nella battaglia contro la denatalità, prefiggendosi di preservare la fertilità sin dall'adolescenza.

Spiega la ginecologa Valentina De Pratti: "Seguiamo il percorso della donna dalle prime esperienze con il proprio ciclo, per imparare a conoscersi, per affrontare il tema di una contraccezione sicura, che a quest'età si rende necessaria nel momento in cui si scoprono i primi momenti di intimità sessuale.

Inoltre, non avendo un'adeguata consapevolezza del proprio corpo, una banale infezione trascurata, talvolta congenita o che si sviluppa in questa età e con i primi rapporti, le conseguenze potrebbero causare danni irreparabili per l'apparato riproduttivo: è frequente che in controlli generali non finalizzati ad una specifica patologia si possano riscontrare problematiche anche più serie". Trova particolare rilevanza, per la fascia 12-18 la discussione sulle irregolarità mestruali associate all'acne e alla tendenza ad aumentare di peso ed anche qui diviene fondamentale l'approccio multidisciplinare.

"Ci sono tante strutture che si occupano dei giovani ma nessuna ha ancora attuato il nostro modello organizzativo, che riporta l'adolescenza ad una centralità, con le diverse



specializzazioni a presidio della salute dell'adolescente - puntualizza l'ematologa Maria Antonietta Aloe Spiriti - Un caso per tutti: è importante come una giovane paziente, che inizia a prendere la pillola anticoncezionale, affetta da acne giovanile, incontra l'ematologa, la nutrizionista, la dermatologa, perché potrebbe avere la celiachia che spesso inizia così e comporta una carenza di ferro da curare quanto prima per impedire un'anemia, a causa della quale ci si sentirà stanche, si avranno scarse performance fisiche e mentali, ne risentirà l'andamento scolastico.



è indispensabile in quanto abbatte la possibilità di tumori alla cervice uterina. Il lavoro dell'ambulatorio è finalizzato alla prevenzione: la scelta migliore è sempre quella di vaccinarsi e parte considerevole del nostro impegno è dedicato appunto alla sensibilizzazione delle ragazze su questo tema, come anche i maschi, asintomatici ma con carica virale, sia pure bassa.

Correlato a patologie gravi anche per questi ultimi, e in un momento in cui i centri vaccinali sono oberati a causa del Covid-19, gli adolescenti rimangono purtroppo scoperti.

La conoscenza è la base del sapere e della libertà e gli adolescenti devono essere informati e vanno messi nella condizione di decidere. Siamo informatori ufficiali e autorevoli e sul consiglio vaccinale dobbiamo essere categorici”.

Sarà necessario, inoltre, parlare con la psicologa perché una ragazza con l'acne difficilmente si accetterà. Ecco spiegato il beneficio della multidisciplinarietà”.

Fa eco la dermatologa Francesca Magri: “La pelle è l'organo sociale per eccellenza, lo specchio con cui veniamo in contatto con gli altri, essenziale soprattutto in un'età in cui ci si confronta sui social. L'acne è una patologia infiammatoria multifattoriale, spesso causata da alterazioni ormonali, motivo per cui è importante un confronto con la ginecologa, ma anche da stress e stili di vita sbagliati, ed ecco la necessità di una psicoterapeuta”. In questo ambito va anche indicata una corretta cosmesi, per evitare che influencer sui social suggeriscano prodotti errati.

Altro tema fondamentale, consiste nelle sempre più frequenti infezioni da papillomavirus, tra le specialiste della squadra non poteva mancare un'infettivologa di chiara fama, la dottoressa Cristina Siviero: “L'Hpv è talmente diffuso che quasi il 90 per cento della popolazione femminile diventa positiva prima dell'età adulta, essendo entrata in contatto con uno degli oltre 200 ceppi del virus di cui, com'è noto, solo alcuni sono pericolosi: proteggerci



Donatella Possemato, direttrice casa di cura Santa Famiglia

LA COMPLESSITÀ DELLE MALATTIE REUMATICHE

PERCHÉ SONO IMPORTANTI
LA DIAGNOSI PRECOCE
E UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

di Lidia Tamburrino

Il prof. Leonardo Punzi, Direttore Cattedra ed Unità Operativa Complessa di Reumatologia Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova, ci spiega come riconoscerle.

Quali sono i sintomi delle malattie reumatiche e quanto sono diffuse nella popolazione?

Colpiscono all'incirca un terzo della popolazione, compresi i soggetti in età pediatrica. Rappresentano la causa più frequente di disabilità e di concessione di invalidità. Sono più di 200 e talvolta diversissime tra di loro per espressione clinica. Il sintomo più comune è il dolore,

che va letto ed analizzato attentamente per giungere alla diagnosi quanto prima possibile. Può essere spontaneo o provocato (dolorabilità), articolare o muscolare o neuropatico, può insorgere a riposo, dopo inattività o al movimento, essere associato a tumefazione, rossore e/o calore, essere acuto o cronico, d'intensità moderata o grave, a sviluppo lento o rapido, ecc.

Nel caso del piede reumatico, quanto è importante la diagnosi precoce?

Il piede reumatico è un esempio dell'importanza di un'anamnesi completa e di un esame obiettivo accurato per pervenire

ad una diagnosi precoce. Nell'anamnesi sono rilevanti le caratteristiche del dolore: sede (alluce, metatarsale, medio piede, tallone); difficoltà o meno alla marcia (pochi passi o dopo chilometri); ritmo (al mattino o alla sera); tipo di insorgenza: ad es. se si presenta verso sera a riposo, all'improvviso, con grande dolore e dolorabilità e gonfiore, arrossamento e talora febbre, la diagnosi di gotta è piuttosto agevole. Se invece il dolore è al movimento in un alluce valgo e rigido, si può pensare agevolmente ad un'artrosi. L'esame obiettivo di questa zona anatomica è spesso eseguito superficialmente o addirittura non effettuato per niente, perché talvolta, per fretta, non si fa spogliare completamente il paziente. D'altro canto, i pazienti con artrite alle mani o alla colonna, avendo difficoltà a togliersi le scarpe e poi allacciarle, preferiscono loro stessi non levarsele. E' un'occasione persa, in quanto la maggior parte delle affezioni del piede sono diagnosticabili con un esame clinico, a cui possono contribuire le moderne tecniche di Imaging, in particolare l'ecografia e la risonanza magnetica. La diagnosi precoce è importante, in quanto la deformazione dei piedi, proprio perché questi sono maggiormente sottoposti a carico rispetto alle mani, può avvenire rapidamente, inducendo conseguenze disastrose dal punto di vista psicologico e sociale.

Che ruolo ha l'approccio multidisciplinare per determinare la soluzione terapeutica?

E' fondamentale: il sospetto diagnostico spetta a chi vede per primo il paziente, dal medico curante al chirurgo ortopedico, al fisiatra, al reumatologo. Nei panni di quest'ultimo, se si sospetta che il dolore sia meccanico (es. da difetti del piede o neuroma o frattura da stress), viene chiesto il contributo dell'ortopedico; se si riscontra un'entesopatia (es. tallonite o fascite), il paziente viene indirizzato al fisiatra. Decisiva è la valutazione della conformazione del piede, in aggiunta alle considerazioni diagnostiche, per permettere al paziente di avere con la calzatura uno strumento che non solo non faccia peggiorare i sintomi, ma gli consenta di agevolare la cura o, addirittura, la guarigione.

Quali sono stati i benefici introdotti dall'innovazione tecnologica?

L'innovazione tecnologica ha permesso la personalizzazione delle proprietà della calzatura, consentendo al paziente un'ampia possibilità di scelta sia dal punto di vista funzionale che estetico. Ciò ha molta somiglianza con il modo di procedere della moderna terapia farmacologica, definita "medicina di precisione". Si può quindi adattare questo concetto anche al piede reumatico, parlando quindi di "calzatura di precisione".



Leonardo Punzi

“NON SOLO FARMACO”, UN PROGETTO FIRMATO PODARTIS

Al Dr. Camillo Buratto, CEO Er&d PODartis, azienda con più di 30 anni di esperienza, leader nel settore delle ortesi per il trattamento delle patologie del piede, chiediamo: come nasce il progetto “Non solo Farmaco”?

Nasce dalla considerazione che il cammino delle persone affette da malattie reumatiche è spesso alterato, condizionando negativamente la qualità della vita. La terapia farmacologica, sebbene rilevante, da sola non può prevenire l’insorgenza della disabilità e del dolore. E’ indispensabile mettere in atto tutte le strategie terapeutiche che permettano di conservare o riacquistare l’autonomia funzionale. Nel 2017, PODartis, operando da tempo a fianco delle associazioni dei pazienti reumatici, ha promosso la costituzione di un gruppo multidisciplinare di esperti del piede, coordinati dal prof. Giovanni Arioli (reumatologo-fisiatra, Mantova), dalla Prof.ssa Berti (fisiatra, Bologna), dal dr. Andreoli (fisiatra, Bologna). Negli incontri periodici, gli specialisti coinvolti (reumatologi, fisiatri, ortopedici, podologi e tecnici ortopedici), hanno portato la loro esperienza giungendo ad un comune denominatore, che mira a migliorare l’autonomia del paziente reumatico. Nasce così il progetto “Non solo Farmaco” (NSF).



Camillo Buratto

UN GRUPPO MULTIDISCIPLINARE
DI ESPERTI DEL PIEDE
IN PRIMA LINEA
CON UN UNICO OBIETTIVO:
MIGLIORARE L’AUTONOMIA
DEL PAZIENTE REUMATICO

L’approccio è multidisciplinare. Perché?

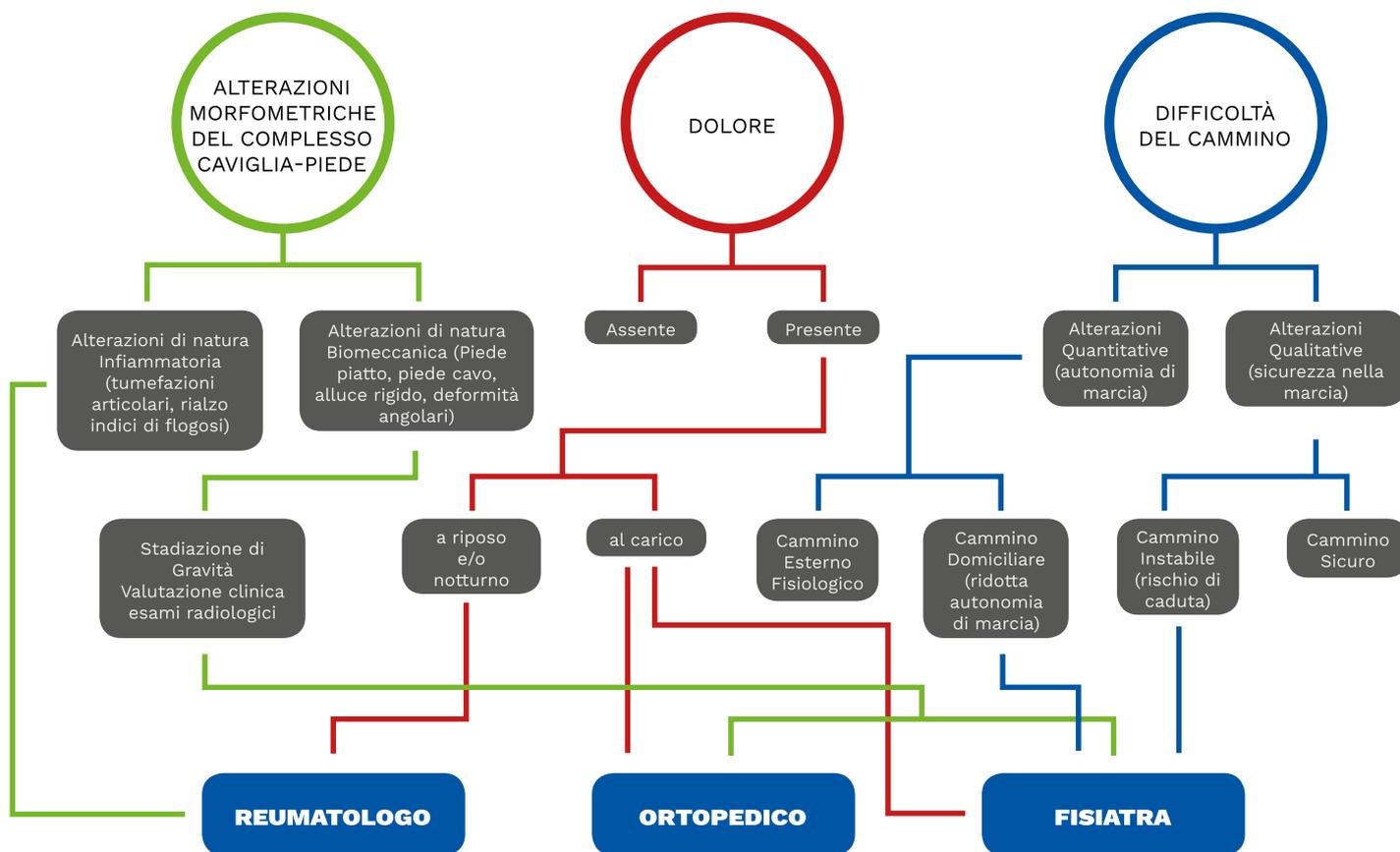
Perché il piede, a causa della sua straordinaria complessità (che rende difficile la sua valutazione) necessita l’attenzione di tutte le professionalità: dal medico di famiglia, al reumatologo, dal fisiatra, all’ortopedico, il podologo e il tecnico ortopedico. Dal lavoro continuo a fianco delle Associazioni pazienti (Amarv in primis) abbiamo imparato come spesso il paziente reumatico venga “sballottato” da uno specialista all’altro, senza trovare una soluzione idonea. Proprio per permettere ai diversi specialisti di lavorare insieme, abbiamo creato uno strumento di facile utilizzo nella pratica clinica quotidiana di chi ha in carico il paziente con piede reumatico: il “trriage” che mira a semplificare l’intero approccio terapeutico, dall’inquadramento clinico, alla riabilitazione, all’opzione chirurgica, fino alla prescrizione dell’ortesi ideale.

Che importanza ha il trattamento ortesico?

Scarpe e plantari sono parte integrante dell’approccio terapeutico e devono svolgere un duplice obiettivo: contenere o, meglio, accogliere il piede con le sue deformità, senza creare frizioni; ridistribuire i picchi pressori a livello plantare, aumentando la superficie. PoDartis, grazie alla continua ricerca di materiali innovativi, ha sviluppato delle tomaie dalla straordinaria capacità elastica che si modellano al piede, proteggendolo e alloggiandone senza dolore le deformità. La calzatura terapeutica è priva di cuciture evidenti, evitando pericolosi sfregamenti. Le eventuali chiusure con velcro facilitano la calzatura, calibrandone il volume a seconda dell’esigenza. La suola biomeccanica riduce i picchi pressori, soprattutto a livello di avampiede (zona particolarmente interessata nell’artrite remautoide) e i contrafforti prolungati guidano il passo donando stabilità e sicurezza alla marcia.



PERCORSO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE



RISCOVERIRE IL CAMMINO SENZA DOLORE

Quale giudizio dà della vostra collaborazione con PODARTIS?

E' un'azienda attenta ai bisogni dei pazienti che presentano patologie complesse agli arti inferiori. Per queste necessità, viene analizzato il cammino di gruppi di pazienti con scanner 2D/3D e piattaforma baropodometrica. Il risultato sono plantari e calzature automodellanti che permettono al paziente di "riscoprire il cammino senza dolore". A.Ma.R.V., Podartis e altri partners da sempre sono presenti nelle piazze, negli ospedali e nelle RSA per screening gratuiti alle mani e ai piedi.

Qual è il connotato principale della sua Associazione?

L'Associazione, che è presieduta sia a livello regionale che nazionale dalla Sig.ra Silvia Tonolo, è composta da una nutrita squadra di volontari, che non sostituiscono il pubblico, ma rappresentano una risorsa fondamentale del sistema dei servizi in grado di offrire aiuto in ambito ospedaliero, ma anche nella deospedalizzazione, questione cruciale all'interno del ridisegno dei percorsi assistenziali ospedale-territorio. Quando ci si rapporta con

bisogni e necessità dei malati non si può improvvisare. Ogni nostro volontario deve unire la sua generosità a una preparazione accurata. Il servizio alla persona è un impegno significativo ed importante, svolgerlo nel migliore dei modi è il primo segno di attenzione e di rispetto verso coloro che soffrono.



Alfredo De Rosa



RNA messaggero

Si veste da chaperone molecolare per proteggere le cellule

di Caterina Del Principe

Un nuovo studio, coordinato da Gian Gaetano Tartaglia del Dipartimento di Biologia e Biotecnologie Charles Darwin, in collaborazione con il Centre for Genomic Regulation Barcelona e l'Università di Francoforte, ha svelato per la prima volta che l'RNA messaggero può comportarsi in determinate condizioni come chaperone molecolare, evitando la formazione di aggregati proteici potenzialmente tossici per l'organismo. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista Nature Communications.

L'RNA messaggero è una forma di RNA che media il trasferimento dell'informazione dai geni (DNA) ai ribosomi, dove avviene la sintesi delle proteine. È sintetizzato dalle RNA polimerasi (trascrizione), ed ha una sequenza nucleotidica uguale a una delle due eliche del DNA (codificante) e quindi complementare all'altra (stampo). L'RNA messaggero (mRNA) rappresenta una piccola percentuale dell'RNA cellulare (2-4%) ed è una popolazione molecolare molto eterogenea, in quanto prodotto della trascrizione di migliaia o decine di migliaia di geni diversi. Tutti gli mRNA hanno almeno una regione codificante, cioè una serie di triplette di nucleotidi (codoni) che determinano, secondo il codice genetico, l'ordine degli amminoacidi nella proteina codificata. Regioni non codificanti (UTR,

Untranslated region) sono presenti all'inizio (estremità 5') e alla fine (estremità 3') degli mRNA. Gli mRNA procariotici possono essere policistronici, cioè prodotti della trascrizione di più geni adiacenti nel genoma e codificare quindi per più proteine. In tal caso contengono, oltre alle 5' UTR e 3' UTR, anche una o più regioni non codificanti intergeniche.

I ricercatori hanno osservato in particolare lo chaperone HSP70 (Heat Shock Proteins 70 kilodaltons) che, interagendo con molte proteine, è considerato un candidato ideale per studiare gli effetti durante l'aggregazione di proteine. È stato dimostrato per la prima volta sperimentalmente che l'RNA messaggero di HSP70 si comporta, in condizioni di stress, come il suo prodotto proteico finale, ovvero ha la capacità di promuovere la rimozione di aggregati proteici responsabili di gravi malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer e la SLA.

I ricercatori hanno osservato che la quantità di struttura nell'mRNA è correlata al numero di interazioni proteiche: questo dimostra l'esistenza di uno livello di regolazione che associa direttamente un RNA al suo prodotto proteico per i geni che sono molto attivi in processi cellulari. I risultati dello studio ampliano il quadro delle conoscenze circa i meccanismi di rimozione di aggregati proteici, riconoscendo un ruolo fondamentale nell'RNA, che controlla molti più processi cellulari di quanto si sia pensato in passato e può giocare un ruolo fondamentale nelle patologie neuro-degenerative.

Abbiamo posto qualche domanda ad uno dei maggiori protagonisti di questa scoperta, il Professor Gian Gaetano Tartaglia. Laureato all'Università La Sapienza di Roma nell'anno accademico 1999-2000, con una tesi sulla modellazione matematica dei neuroni (Dipartimento di Fisica), tra il 2001 e il 2005 il Professor Tartaglia ha svolto i suoi studi di Dottorato presso l'Università di Zurigo CH (Dipartimento di Biochimica) concentrandosi sul ripiegamento mistriale delle proteine associate a disturbi neurodegenerativi. Come ricercatore associato, ha lavorato presso l'Università di Cambridge UK (Dipartimenti di Chimica e Genetica), sotto la supervisione di Chris Dobson e Michele Vendruscolo. Nel periodo 2005-2010, ha partecipato a diversi studi computazionali e sperimentali sull'amiloidosi. E' membro a vita del Clare Hall College di Cambridge UK dal 2011. Nel 2010 è diventato PI presso il Centro per la Regolazione Genomica (CRG) di Barcellona. Nel 2013 ha ricevuto una borsa di studio del CER per gli studi sul ruolo delle trascrizioni codificanti e non codificanti nella regolazione dei geni amiloidi. Nel 2014 è stato incaricato in Catalogna come Professore dell'ICREA di Scienze della Vita e della Medicina. Nel dicembre 2018, è diventato Professore Ordinario di Biochimica al Dipartimento di Biologia dell'Università La Sapienza.

Che cos'è l'RNA messaggero?

Il DNA è dove l'informazione genetica è racchiusa, mentre l'RNA è il calco, ovvero la copia che viene utilizzata per far funzionare la cellula. Alcuni RNA sono messaggeri perché contengono l'informazione per fare proteine. Altri, detti non-codificanti, lavorano in maniere differenti.

Da quanto tempo conduce ricerche sull'RNA messaggero?

Ogni qualvolta si desidera studiare una proteina, inevitabilmente si deve lavorare con l'RNA messaggero. Poco si sa però di come questo RNA messaggero sia regolato, cioè in che tempo e spazio venga prodotto. Nello specifico, ci lavoro da una quindicina di anni

Come e perchè è iniziata questa ricerca?

Alcuni geni sono più importanti di altri, perchè assumono funzioni critiche nella cellula. Questi geni devono essere altamente controllati, perchè anche piccoli errori inducono grossi problemi. Sono convinto, e cerco di dimostrarlo in questo lavoro, che un gene importante deve avere un RNA messaggero controllato da molti altri geni per permettere alla cellula di funzionare efficientemente.

Insieme a quali altri Istituti ha condotto la ricerca?

Con l'università di Francoforte. Martin Vabulas è un caro amico e geniale biologo molecolare. Per quanto riguarda il mio gruppo, siamo sparpagliati in varie parti di Europa e questo rende le discussioni scientifiche aperte ad idee differenti.

Si aspettava una così vasta eco internazionale di questa scoperta?

Speravo! Vorrei ce ne sia tanta! In realtà, la cosa che vorrei passasse come concetto nuovo è che il controllo di un gene importante richiede interazioni con molti geni. Dunque queste geni possono essere utilizzati a scopo di modificare le funzioni in una cellula.

Quali sviluppi può avere questa scoperta e in quanto tempo?

Se un RNA attrae tanti prodotti di geni, ovvero proteine, può avere una influenza importante. Dato che le proteine tendono ad aggregare e l'aggregazione è tossica e si accompagna a molte malattie neuro-degenerative, l'RNA può essere usato come metodo per evitarla. Abbiamo già un paio di casi in cui l'aggregazione è abolita con l'uso di RNA. In 5-10 anni potremmo già avere una droga sul mercato per alcune malattie specifiche, tipo la sclerosi multipla.

Su quali tipi di malattie la ricerca potrà avere un impatto?

Su tutte le malattie in cui le proteine aggregano, specialmente sclerosi multipla, Parkinson e Alzhemier. Ci sono anche molte forme di demenza che sono associate con aggregazione di proteine.

Quali altri orizzonti apre questa ricerca?

Principalmente lo sviluppo di droghe basate sull'RNA. RNA è un componente intimo della cellula e può fare grandi cose senza essere tossico.

Da quante persone è formata la sua unità di ricerca?

Siamo attualmente 16.

Come valuta lo stato della ricerca in Italia? E in Europa?

La ricerca va alla grande e la comunità è davvero entusiasta dello scambio di informazioni in articoli e congressi. Solo, cari politici, dateci un pò di soldi!!! Non serve molto. Rispetto a quello che si dà ad esempio agli sportivi, sono veramente pochi spiccioli! L'Europa ci aiuta con dei grant essenziali per sovvenzionarci!



DANNI COLLATERALI DA PANDEMIA

QUANDO FA CLIC SONO DOLORI...

SEMPRE PIU' ITALIANI ALLE PRESE
CON PROBLEMI NELL'ARTICOLAZIONE DELLA MANDIBOLA.
ECCO COME INTERVENIRE IN TEMPO

di Riccardo Romani

Uno sbadiglio intenso o un risveglio inatteso: ecco l'articolazione della mandibola che fa clic. È uno degli effetti più frequenti dei problemi temporo-mandibolari, acuiti dall'attuale situazione di lockdown e incertezza. Questi dolori e le relative patologie che ne conseguono devono essere monitorati dagli specialisti del settore, i dentisti, figure note a tutti. In pochi però sanno chi sia uno gnatologo, lo specialista odontoiatra che, in team con i chirurghi maxillo-facciali e altre figure professionali, permette di risolvere i problemi temporo-mandibolari dell'area testa-collo.

Le misure restrittive relative al Covid, il protrarsi delle chiusure, i ritardi nella campagna vaccinale e la mancanza di vita sociale e di svaghi portano un ulteriore aumento delle tensioni in ciascun individuo, anche a livello inconscio. Questo aumento di ansia viene somatizzato in vari modi. Tra quelli meno evidenti, ma dalle molteplici

conseguenze, vi è la crescita della tensione dell'articolazione temporo-mandibolare, che provoca dolori a livello oro-facciale, temporale e cervicale. Su questo argomento è in uscita una ricerca scientifica prodotta dalla scuola di Gnatologia della Sapienza di Roma di cui è autore il professor Carlo Di Paolo, presidente dell'Aigedo, l'Associazione italiana gnatologia e dolore oro-facciale.

“Lo stress provocato, anche inconsciamente, dalla pandemia, costruisce uno stato di difesa del nostro organismo che aumenta le tensioni muscolari che servono abitualmente a prepararci a un attacco – sottolinea il professor Piero Cascone, primario di chirurgia maxillofacciale del Policlinico Umberto I – Questa reazione fisiologica dell'organismo provoca un aumento delle problematiche articolari, con dolore temporale e cervicale. Questi dolori articolari alla zona temporo-mandibolare sono apparentemente banali, ma si manifestano in maniera acuta nella

trasmissione a livello muscolare. La nostra categoria di chirurghi maxillo-facciali sta rilevando la crescita di questo fenomeno. Il nostro lavoro resta comunque frutto di un approccio multidisciplinare, in collaborazione con gli otorino laringoiatri, i fisioterapisti e naturalmente i dentisti, in particolare gli gnatologi, ossia gli odontoiatri specialisti del complesso cranio-cervico-mandibolare, con cui lavoriamo a stretto contatto”.

“In ambito muscolo-scheletrico, dopo i dolori lombari, i disordini temporo-mandibolari rappresentano la seconda causa di dolore muscolo-scheletrico che colpisce gli italiani – evidenzia il professor Di Paolo – Le percentuali sono in costante aumento e si stima che circa il 10% della popolazione adulta presenti un dolore in quest’area. Questi disturbi amplificano altri problemi come cefalea, mal di collo o altri dolori muscolo-scheletrici, provocando gravi sofferenze nei pazienti. Per questo si deve intervenire in maniera precoce e risolutiva. Sono colpite trasversalmente tutte le età ed è interessata prevalentemente la popolazione femminile. Anche i bambini e gli adolescenti sono coinvolti, anche se per loro la sintomatologia non sempre viene evidenziata precocemente perché presentano maggiori difficoltà nella diagnosi. Questi dolori causano disagi in ambito sociale e nell’attività scolastica e lavorativa, viste le difficoltà che si provano a parlare, masticare, deglutire, sorridere”.

“L’approccio a questo tipo di problemi deve essere necessariamente multidisciplinare a partire dalla diagnosi e dalla valutazione di ogni singolo sintomo come il dolore e l’impedimento funzionale nei movimenti della bocca – evidenzia il professor Di Paolo – Queste valutazioni

permettono allo specialista odontoiatra di orientarsi su un intervento conservativo o chirurgico. Negli Stati Uniti in questo ambito sono investiti ogni anno oltre 4 miliardi di dollari per rispondere ai due terzi dei pazienti: dati che permettono di comprendere l’impegno necessario. Per risolvere al 100% tutte le problematiche si deve far ricorso anche alla chirurgia, che è un’attività integrativa a quella riabilitativa”.

“Per aprire e chiudere la bocca ogni individuo attiva molte strutture quali ad esempio la mandibola, le articolazioni, i denti, i muscoli e la giunzione cranio-vertebrale – spiega il professor Cascone – Il nostro organismo sopperisce automaticamente a eventuali disfunzioni: se una di queste strutture non funziona, le altre si adattano e compensano. Se però la capacità di compensazione viene meno si favoriscono le patologie articolari, da cui si innescano varie disfunzioni, dalla mandibola che va in una posizione errata alla comparsa di cefalee irrisolvibili. L’intervento chirurgico si rende necessario quando esiste all’interno dell’articolazione temporo-mandibolare un danno strutturale che produca impedimenti biomeccanici e dolore localizzato sia all’articolazione temporo-mandibolare che riferito a livello cervico-brachiale. L’intervento consiste essenzialmente nel recuperare le strutture articolari rovinata riposizionando il disco articolare e ricostruendo i legamenti e, come in ortopedia, si associano artroscopia e lavaggi articolari. Queste procedure sono molto simili agli interventi sul ginocchio effettuati dagli ortopedici anche se le strutture dell’articolazione temporo-mandibolare sono molto più piccole”.

“**ALLA “SAPIENZA”
LA SCUOLA
DI GNATOLOGIA,
UN’AUTENTICA
ECCELLENZA**”





Un'emergenza nell'emergenza

*I DATI DEL TERZO REPORT DI SALUTEQUITÀ PARLANO CHIARO:
A SEGUITO DELLE RIPETUTE ONDATE DEL VIRUS
MOLTI PAZIENTI NON COVID HANNO RINUNCIATO
ALLE CURE, SOPRATTUTTO NEL NORD, E IL SSN HA SOSPESO
O RITARDATO VISITE, ESAMI E CONTROLLI*

di *Flavia Scicchitano*

Prestazioni annullate o rinviate, liste di attesa, controlli più diradati nel tempo, difficoltà di presa in carico continuativa delle cronicità. Più in generale: riduzione dell'accesso alle cure e rinuncia alle cure dei pazienti non Covid. E' la situazione in cui versa il Servizio sanitario italiano, messo a dura prova dall'emergenza coronavirus, che ormai da oltre un anno sta assorbendo le risorse umane e finanziarie precedentemente destinate al trattamento di altre patologie. A confermare l'allarme i dati del terzo Report di Salutequità, Organizzazione indipendente per la valutazione della qualità delle politiche per la salute, dedicato alla 'Trasparenza e accesso ai dati sullo stato dell'assistenza ai pazienti Non Covid-19'. Dal rapporto emerge in particolare un aumento della rinuncia alle cure da parte dei pazienti non Covid di circa il 40% rispetto al 2019. Nel 2020 il 10% dei cittadini ha rinunciato alle cure, circa la metà a causa della pandemia, contro il 6,3% del 2019. Il fenomeno raddoppia rispetto al 2019 in Piemonte (48,5%),

Liguria (57,7%), Lombardia (58,6%) ed Emilia-Romagna (52,2%). Le donne hanno rinunciato maggiormente alle cure. "Le restrizioni imposte per contenere i contagi, il timore di contrarre infezioni, ma soprattutto la chiusura nel periodo del lockdown di molte strutture ambulatoriali, le cui attività sono state dirottate sul contrasto al virus e la sospensione dell'erogazione dei servizi sanitari rinviabili - si legge nel Report - non ha consentito l'accesso a prestazioni necessarie, accumulando ulteriori ritardi e allungamenti delle liste d'attesa, con un danno in termini di salute pubblica che ancora non è del tutto misurabile". La pandemia ha poi compromesso pesantemente la prevenzione, mettendo a rischio chi era già affetto da altre patologie o, peggio, chi avrebbe potuto evitarle grazie agli screening oncologici. Nel periodo gennaio-settembre 2020, rispetto allo stesso periodo del 2019, sono stati svolti 2.118.973 in meno di screening cervicale, mammografico e colonrettale (-48,3%). Questa riduzione



ha prodotto 13.011 minori diagnosi tra lesioni, carcinomi e adenomi avanzati. La contrazione dell'accesso alle cure ha influito anche sull'accesso alle terapie innovative. Nel periodo gennaio-settembre 2020 è continuata l'importante riduzione della spesa dei farmaci innovativi non oncologici: - 122,4 milioni di euro rispetto al 2019. La spesa pro capite è passata 5,8% del 2019 al 3,8% del 2020. In crescita invece la spesa per i farmaci innovativi oncologici. Numeri drammaticamente significativi anche quelli relativi alla speranza di vita: nel 2020 sono stati persi in media circa 9 mesi di speranza di vita alla nascita (da 83,2 a 82,3 anni), più nelle Regioni del Nord (da 83,6 a 82,1), seguite dalle Regioni del Centro (da 83,6 a 83,1) e dal Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2). È la Lombardia la Regione che ha visto diminuire maggiormente la speranza di vita alla nascita: 2,4 anni (da 83,7 a 81,2) e a 65 anni (-2 anni). Seguono Valle d'Aosta (-1,8), Marche (-1,4), Trentino-Alto Adige e Piemonte (- 1,3 anni). "L'accesso alle cure - si legge ancora nel Report - poteva essere maggiormente facilitato attraverso l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico. Purtroppo, però a fine 2020 era stato attivato per il 46,7% dei cittadini italiani, con una forte variabilità regionale: 100% Lombardia e Sardegna, 97% Provincia di Trento, 89% Emilia Romagna, 38% Liguria, 2% Molise, 0% Calabria, Campania, Abruzzo, Provincia di Bolzano". Obiettivo del Report è l'attivazione ufficiale di un Osservatorio permanente sullo stato dell'assistenza ai pazienti Non Covid-19, a tutela dell'equità di accesso alle cure, e come alert costante per le Istituzioni, per ridurre "il rischio sempre più concreto che dopo il Covid-19 dovremo fare i conti con un'altra emergenza, quella della salute

di tutti gli altri pazienti che in questo periodo hanno visto trascurato da parte del Ssn il proprio stato di Salute". Il primo passo, si spiega, è dunque dimensionare il fenomeno con dati ufficiali, il secondo, mettere a punto e finanziare azioni correttive. "Se da un lato nessun provvedimento per gli anni 2021 e seguenti, a partire dall'ultima legge di Bilancio per arrivare al recente decreto Sostegni, ha preso in considerazione una qualsiasi forma di programmazione o finanziamento per il 'rientro' delle mancate terapie non-Covid - dichiara Tonino Aceti, presidente di Salutequità - mancano anche all'appello una serie di dati ufficiali accessibili pubblicamente, fondamentali per dimensionare con precisione l'effettivo fenomeno e mettere in campo rapidamente le necessarie azioni correttive e monitorarle tempestivamente". Ad esempio, ad oggi, l'ultima Relazione sullo stato sanitario del Paese, risale al 2012-2013, con 7 anni di ritardo rispetto ai dati 2020. O, ancora, i risultati del monitoraggio dei Lea, fermi al 2018, con 2 anni di ritardo rispetto ai dati 2020. "Per colmare il gap - prosegue Aceti - è necessario predisporre un preciso programma che parta dall'immediato aggiornamento al 2020 e relativa pubblicazione di tutte le rilevazioni ufficiali delle diverse istituzioni sanitarie (e non), per misurare lo stato attuale dell'assistenza garantita ai pazienti Non Covid-19 (a partire dalle persone con fragilità) nel corso del 2020 (e 2021), rilevare le criticità nell'accesso alle cure e impostare subito un Piano nazionale di recupero del Servizio sanitario nazionale per gli assistiti non Covid. Per questo serve una nuova Relazione sullo stato sanitario del Paese 2020-2021, e avviare un'indagine conoscitiva parlamentare sullo stato dell'assistenza garantita ai pazienti Non Covid".

Se, infatti, la pandemia ha rallentato la macchina della Pubblica amministrazione, lo “smaltimento dell’arretrato” diventa una “priorità” per il Servizio sanitario nazionale, che nel corso del 2020 e in parte anche nel 2021, a causa delle ripetute ondate del virus, “ha sospeso o ritardato molte visite, esami, controlli, screening organizzati, dei quali non sappiamo ancora quanto sia stato effettivamente recuperato, e quale impatto tutto ciò abbia provocato sul livello di salute della popolazione. È proprio l’Istat nel suo

Rapporto BES 2020 - ricorda il Report Salutequità - ad affermare come il danno in termini di salute pubblica non è ancora del tutto misurabile”. “È allora prioritario - si legge, infine, nel documento - misurare, per comprendere l’attuale stato dell’assistenza garantita ai pazienti Non Covid, e mettere subito in campo un Piano nazionale di rientro nel Ssn di questi pazienti, sfruttando l’opportunità e le risorse offerte dal Recovery Plan, la ripresa dei lavori sul Patto per la Salute 2019-2021, nonché il recente decreto Sostegni”.

Tabella 2

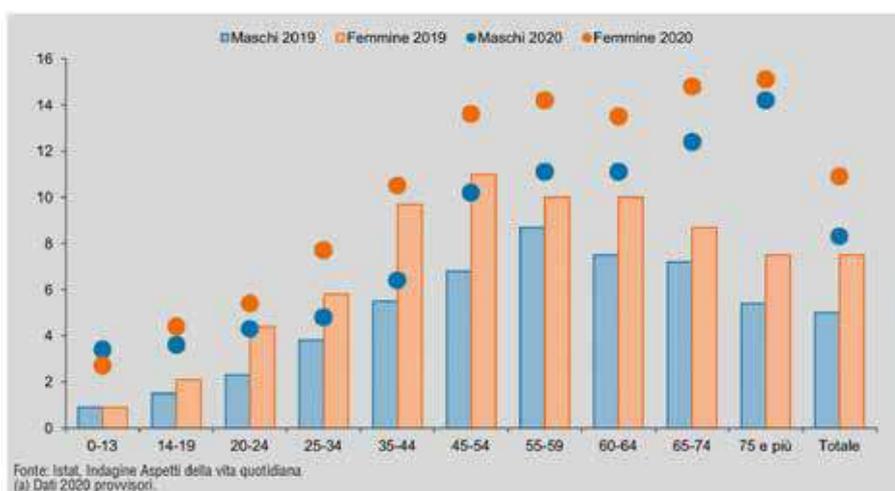
Confronto ed effetto screening periodo gennaio-settembre 2020-2019

Esame	Esami in meno gennaio-settembre	Diff %	Mesi di ritardo	Lesioni diagnosticate in meno	Carcinomi diagnosticati in meno	Adenomi avanzati diagnosticati in meno
Screening cervicale	-540.705	-48,8	-4,4	-2383		
Screening mammografico	-610.803	-43,5	3,9		-2.793	
Screening colorettales	-967.465	-52,7	4,7		-1.168	-6.667
Totale/media	- 2.118.973	-48,33	-4,3	-2.383	-3.961	-6.667
Totale minori diagnosi	-13.011					

Fonte: elaborazione Salutequità su dati Osservatorio nazionale screening

Grafico 1

Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per sesso e classe di età. Anni 2019 e 2020. Valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana (a) Dati 2020 provvisori.

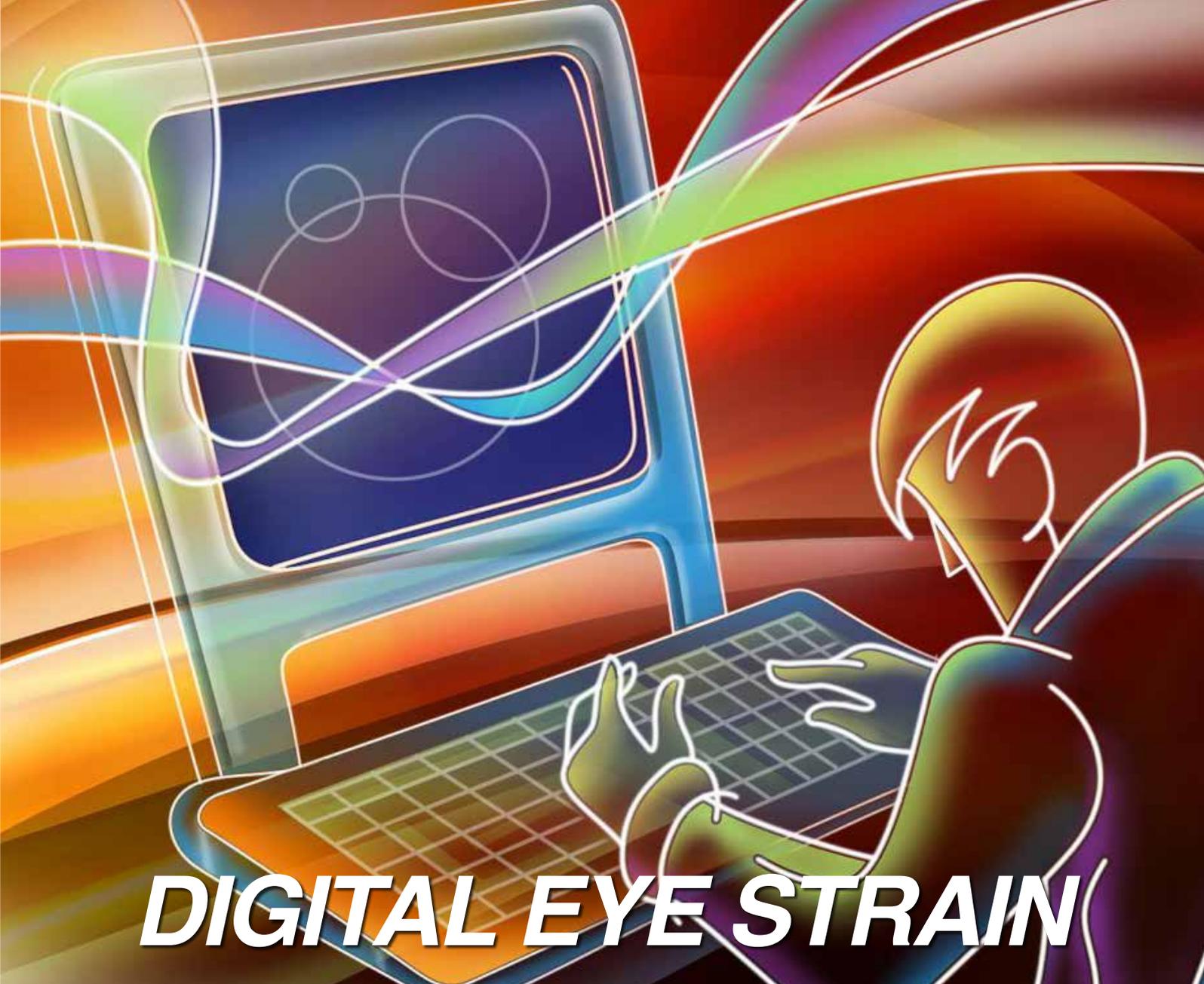
Fonte: Istat, BES 2020

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





DIGITAL EYE STRAIN

CHE COS'È E COME EVITARLO

*LA PANDEMIA DA COVID-19 HA ACCELERATO
IL PROCESSO DI TRASFORMAZIONE DELL'USO DEL DIGITALE
DA SCELTA LIBERA A SCELTA OBBLIGATA*

di Gianluca Chiovelli

Il mezzo digitale, inteso nel senso più ampio, costituisce una realtà effettiva sin dagli anni Ottanta sebbene il suo uso fosse riservato a un numero di utenti insignificante rispetto alla platea mondiale.

In pochi decenni, tuttavia, grazie alla praticità e al favorevole rapporto costi-benefici, il digitale si è imposto con velocità vorticoso tanto da soppiantare definitivamente le vecchie tecnologie e i modi di produzioni negli ambiti più diversi: dai rapporti fra le aziende private ai rapporti con l'amministrazione statale, dall'insegnamento scolastico e universitario all'informazione, dalla gestione delle risorse

alimentari all'organizzazione di qualunque lavoro, più o meno avanzato. Del pari, l'industria del tempo libero e i social viaggiano al ritmo del digitale sconfinando, spesso, nel virtuale (i primi e più seri esperimenti di virtual reality - cioè di quella realtà trasformata e trasferita nel digitale con cui gli umani possono interagire - risalgono a metà degli anni Settanta).

La creazione di un web, di una rete d'interconnessione mondiale sempre più diffusa e raffinata, si accresce continuamente assieme all'evoluzione dei dispositivi, oggi d'eccezionale duttilità e praticità, in media, accessibili alla

maggior parte di noi.

Si può affermare, senza tema d'essere smentiti, che grazie a un computer di buon livello, a uno smartphone e a una smart TV, un individuo del Ventunesimo Secolo si avvia a divenire quasi autosufficiente verso il mondo esterno: ovvero nei riguardi di quel mondo che, con una punta di cinismo, egli avverte datato come un registratore a cassette.

La recente pandemia da Covid19 ha accelerato, volenti o nolenti, questa attitudine dell'uomo postmoderno: il digitale, da scelta libera, si avvia a rendersi strutturale presso ogni settore della vita umana.

Ciò ha recato, inevitabilmente, a una straordinaria moltiplicazione dei device tecnologici al punto che ognuno di noi ne usufruisce o ne dispone in quantità durante la giornata, e ciò al di là delle differenze sociali, anagrafiche o di rango lavorativo.

Basti pensare che le IoT, acronimo di Internet of Things, il numero brutale di "cose" che permettono di interagire, interconnettersi e scambiare dati, assommavano nel 2018 a 22 miliardi di unità (il triplo della popolazione mondiale); la stima, per il fatidico anno 2030, si aggira sui 50 miliardi di unità. Un numero incredibile anche se probabilmente sottostimato se si pensa che la diffusione del digitale in aree economiche tradizionalmente arretrate, ma oggi in rapidissimo sviluppo, pare esponenziale.

Nel mezzo di tale progresso inarrestabile in cui tutto cambia rimane, tuttavia, un elemento immutabile: l'occhio. L'occhio, la delicata e miracolosa costruzione al centro degli studi e delle dispute dei biologi e degli evolucionisti d'ogni tempo, questo delicato sensore cui occorsero cento milioni di anni per formarsi definitivamente, come reagirà a un'esistenza futura sicuramente basata sulla continua consultazione di congegni digitali?



Secondo un'indagine Lenstore *"in media, nel mondo le persone spendono 9 ore e 45 minuti di fronte a dispositivi digitali"*. Un lasso di tempo apparentemente spropositato, ma del tutto coerente con l'attuale stile di vita che quasi tutti noi conduciamo: nel conteggio, infatti, va sommato non solo il tempo del lavoro e della comunicazione privata (messaggi, mail), ma anche quello del puro divertimento (giochi da console, da cellulare etc) e dell'intrattenimento (schermi LCD e LED) che, nato per rilassare, causa, al contrario, ulteriore massa di lavoro per gli occhi.

"Il 75% dei medici di base e degli oculisti" prosegue la ricerca *"hanno notato un aumento dei problemi connessi alla salute degli occhi rispetto a 10 anni fa ... [mentre il] 19% dei medici di base afferma che l'utilizzo eccessivo della tecnologia costituisce la causa principale*

dell'emergere di queste problematiche" che vanta picchi dell'80% nei millennials europei.

Tali insieme di disturbi vanno sotto il nome di CVS ("Computer Vision Syndrome") o "Sindrome da schermo elettronico", altrimenti nota come DES ("Digital Eye Strain") che potremmo tradurre come "Affaticamento della Vista dovuta al Digitale" o, con un più conciso termine tecnico, **"astenopia"**. La sovraesposizione alla luce blu degli schermi determina, infatti, lo stress della muscolatura dell'occhio nonché uno squilibrio fra specie ossidanti e antiossidanti che possono compromettere la piena efficienza e la tenuta della retina.

Secondo una ricerca estensiva condotta negli Stati Uniti dall'associazione di categoria "The Vision Council", che raggruppa, senza scopo di lucro, produttori e fornitori



nell'industria ottica, i sintomi più frequenti consistono, in egual percentuale, in dolori prolungati alla cervicale e alle spalle, mal di testa, visione sfocata, secchezza degli occhi. Le differenze d'età (fra over 60 e adolescenti, soprattutto) incidono ancora, ma i dati si stanno col tempo omogeneizzando sino a quelli generali:

- a) il 90% rimane davanti a un visore per due o più ore al giorno
- b) il 65% soffre conseguentemente di disturbi da Digital Eye Strain (il 75% di chi usa due o più dispositivi; il 53% di chi ne usa solo uno)

I dati concernenti gli Stati Uniti, pur risalenti al 2016, sono un fotografia della situazione altamente indicativa dello svolgersi del fenomeno in Occidente per la vastità del campione e la forza che vanta un'analisi condotta nel paese più tecnologicamente avanzato del mondo. Ma anche nei paesi in via di sviluppo, come si evince da Lenstore, la dipendenza dal digital screen è sbalorditiva: è il Sud-Est asiatico a primeggiare nelle classifiche (Filippine con 14,27 ore di consultazione giornaliera, Thailandia 13,36) assieme al Sudamerica (Brasile 13,42; Colombia e Argentina oltre le 12).

Le cifre sono talmente eloquenti da vanificare le eventuali obiezioni.

Come arginare, quindi, gli eventuali danni a lungo termine derivanti da una pratica sempre più pervasiva?

L'igiene, ovvero la salvaguardia della salute, nell'ambito del DES consiste in una serie di regole di buon senso che possiamo raggruppare nelle "categorie delle due A": AMBIENTE e ABITUDINE, intese come cura dell'ambiente in cui si opera e analisi dei nostri comportamenti nel rapporto con i device digitali.

- Per AMBIENTE s'intende, perciò, lo spazio in cui si entra in contatto col mezzo digitale – uno spazio, quindi, che dovremo studiare con cautela specie in vista di un'era futura in cui lavoro smart, studio e residenza potrebbero coincidere nel medesimo luogo:

1. È bene sistemare il dispositivo all'altezza degli occhi e allontanarlo dagli occhi di circa 40-60 cm regolando, di conseguenza, la grandezza del font di scrittura e la nitidezza degli stessi. Tavoli e scrivanie, quindi, dovranno essere scelti in modo da permettere tale ergonomia d'azione.

2. Si evitino i luoghi in penombra o del tutto bui in modo da attutire la luminosità del visore, spesso troppo intensa.
3. Si evitino, inoltre, i riflessi violenti o prolungati sullo schermo (glares) provenienti da illuminazione artificiale o da particolari elementi architettonici (finestre, vetrate) che possono ridurre la definizione degli oggetti e del testo consultati.

4. È bene porre documenti o libri alla stessa distanza dello schermo in modo da permettere all'occhio la medesima focalizzazione durante lo studio o il lavoro.

- Per ABITUDINE s'intende l'adozione di comportamenti che ne soppiantino altri considerati normali, ma che risultano altamente nocivi sul lungo termine:

1. Doverosa l'adozione della cosiddetta "regola del 20-20-20" ovvero prendere, ogni 20 minuti, 20 secondi di pausa fissando un punto a 20 piedi di distanza (poco più di sei metri). Tale semplice pratica consente di decongestionare sistematicamente l'occhio.

2. Mai mischiare il riposo e l'attività digitale: poiché l'esposizione alla luce blu disturba il sonno o, perlomeno, favorisce un'attività cerebrale che può intralciare il regolare andamento del ristoro, è consigliabile evitare la consultazione di qualunque dispositivo almeno un'ora prima di coricarsi e di silenziarlo durante la notte in modo da non essere disturbati da messaggi o chiamate improvvise.

3. Importante evitare il multitasking. La visione contemporanea di due o più dispositivi sovraccarica fisicamente e mentalmente l'utente predisponendolo alla caduta della soglia dell'attenzione e della produttività. Un comportamento, questo, assai diffuso fra le fasce più giovani soprattutto durante la Didattica a Distanza che, pur indirettamente, si presta a tale azione dispersiva.

4. Cercare di mantenere fra il nostro corpo e il dispositivo che si consulta, specie quello mobile, una giusta posizione (l'inclinazione del collo dovrebbe idealmente formare un angolo di poco più di 10 gradi). Ognuno di noi, spontaneamente, tende ad allungarsi e piegarsi verso smartphone o computer originando la cosiddetta sindrome del "text neck". Se la testa, quando è ben ritta, grava per soli 5-6 chilogrammi sui muscoli cervicali, è dimostrato come, all'aumentare dei gradi d'inclinazione del capo, corrisponda un aumento del peso da sopportare per le strutture muscolari e ossee: a 30° abbiamo un peso di kg. 18, a 60° addirittura di kg. 27! Negli adolescenti, sorta di fuchi del cellulare, lo stress ripetuto su una struttura ancor giovane derivato da una tale abitudine potrebbe recare nel tempo ad alterazioni rilevanti del rachide.

In attesa di efficaci strumenti meccanici (occhiali anti luce blu, filtri per gli schermi) l'osservanza di questo piccolo decalogo è in grado di lenire gli effetti a lungo termine di una sovraesposizione ai sempre più irrinunciabili dispositivi digitali.

GIOMI NEXT

Gruppo storico operante in tutta Italia

di Flavia Scicchitano

FABIO MIRAGLIA



Presidente di Giomi Next, Miraglia rappresenta la terza generazione di un gruppo sanitario presente in tutta Italia e anche all'estero. Un particolare focus: ricerca e innovazione

Come descriverebbe il Gruppo Giomi con l'occhio di un imprenditore che vive da dentro la sanità?

Il Gruppo Giomi è stato fondato nel 1949 da mio nonno con lo scopo di creare nell'Italia meridionale strutture ospedaliere all'avanguardia nel settore ortopedico. Oggi è presieduto da mio padre, io e i miei fratelli siamo dentro la gestione, e conta in Italia 9 ospedali, 16 Rsa, 8 case di cura e 3 centri dialisi, per oltre 3500 dipendenti. Ma, a parte i numeri, come dicevo, il Gruppo ha un'importante peculiarità: la presenza nel Centro Sud,

una zona che ha sempre subito tagli nel settore sanitario ma che oggi può diventare strategica, grazie alla nuova attenzione della politica nel ridurre il divario tra Nord e Sud. La Costituzione garantisce il diritto alla salute per tutti i cittadini, non in base alla Regione di residenza. Parlo da docente universitario di economia sanitaria: la sanità non è un costo, è un'opportunità, e potrebbe essere il motore di sviluppo del Meridione, un volano per gli investimenti pubblici. Il settore sanitario costituisce più del 10% del Pil, le Asl sono le più grandi aziende del territorio per fatturato e numero di dipendenti, ed è il secondo settore



al mondo, dopo quello militare, per innovazione. La politica non deve essere più miope e deve aiutare anche il privato a crescere nel Sud, facendo programmazione e aumentando il budget per le prestazioni. Noi, da parte nostra, stiamo costruendo il 'Policlinico dello Stretto', a Messina. Sarà l'ospedale più grande e innovativo della Sicilia.

Il Covid ha fatto emergere in maniera forte e drammatica il ruolo centrale che ha la sanità. Ma veniamo da anni e anni di tagli a questo settore. Avete accusato molto l'emergenza Covid?

La sanità privata ha accusato l'emergenza Covid su più fronti. Essere in prima linea in quella che da molti è stata definita una guerra comporta grandi difficoltà gestionali e organizzative. Un enorme numero di dipendenti è stato assunto dal Servizio sanitario nazionale, gli ambulatori si sono svuotati, la gente ha avuto paura, i costi sono lievitati, per non parlare di quanto accaduto nelle Rsa. Ma nonostante tutto abbiamo fatto fronte alle necessità, sempre a supporto del servizio pubblico.

Dalla sanità privata è arrivato un sostegno importantissimo nell'emergenza Covid. Cosa è stato fatto e cosa, secondo lei, andava fatto?

L'Italia ha mediamente ben gestito la pandemia ma il privato poteva essere coinvolto di più: potevano essere sfruttati maggiormente know how e strutture, in modo funzionale al momento e a supporto del pubblico. Per esempio, i tamponi inizialmente venivano eseguiti solo nelle strutture pubbliche e oggi, perché no, potrebbe essere aperta ai privati anche la possibilità di somministrare i vaccini. D'altronde l'obiettivo è vaccinare il più velocemente possibile più persone possibile. Possiamo dire che in questi mesi è mancata una visione di servizio a favore

della visione dicotomica pubblico-privato. Inoltre è stato commesso l'errore tipicamente italiano di concentrare l'attenzione su ciò che non andava; questo non ha aiutato e ha creato confusione.

Il tema della ricerca è centrale. Voi avete voluto creare una divisione dedicata all'innovazione all'interno del vostro Gruppo. Perché e di cosa si tratta?

Non può esistere la sanità senza la ricerca, perché saper curare meglio e in modo più innovativo è un obbligo e non un'opzione. Per questo abbiamo creato all'interno del nostro Gruppo la 'Giomi Innovation e Research srl', società che promuove e sostiene lo sviluppo di progetti di innovazione, occupandosi in particolare di technology transfer, ovvero del processo che introduce nuove tecnologie all'interno delle aziende. La ricerca infatti non si limita all'aspetto prettamente scientifico ma si spinge fino all'information technology, la tecnologia dell'informazione (IT), al servizio del paziente. Noi abbiamo sviluppato una software house interna, la IG.COM che gestisce l'informatizzazione di ospedali, Rsa, poliambulatori, laboratori di analisi, centri di diagnostica per immagini, siamo stati i primi ad avere aperto un data center dedicato e abbiamo lanciato una call con La Regione Lazio per l'accelerazione e incubazione di startup.



La salute ormai non può fare a meno dell'innovazione. Su quali progetti state lavorando per fare delle vostre strutture esempi di innovazione?

La nostra piattaforma di salute Giomi Home è nata con la missione del passaggio dall'ospedale fisico all'ospedale virtuale, attraverso un'evoluzione del kit biomedico nell'assistenza domiciliare integrata: prodotti e un'applicazione per mobile Android che consente di essere sempre più vicini al paziente. Dunque, seguiamo due linee: l'assistenza domiciliare tradizionale e un monitoraggio digitale. Siamo in linea con la storia: il trend sarà una medicina personalizzata al cento per cento, non solo sul farmaco ma anche sulle procedure. Su questo abbiamo investito molto partendo dal presupposto della sicurezza dei dati, gestiti dai nostri data center. Poi c'è il progetto G Doctor, con l'obiettivo di creare un medico virtuale, un solo centro di servizi sanitari basato sul nostro vero know how: la capacità dei medici di curare.

Ci sono moltissime start up che propongono progetti per la realizzazione di dispositivi medici ad alta tecnologia. Lei come fondatore e ceo di C.H.I.C.O (Cluster of Health Innovation and Community) ha un osservatorio privilegiato in questo senso. In quale direzione va la nuova tecnologia medica?

Chico è un cluster di healthcare, information technology, medical device, pharma. Un'organizzazione privata senza scopo di lucro dei settori Life Science e sanità internazionali, a cui aderiscono aziende sanitarie pubbliche, Università, enti di ricerca, ospedali e aziende farmaceutiche, ITC, nel tentativo di unire la capacità produttiva e la ricerca. Nella Regione Lazio stiamo facendo passi importanti. L'obiettivo è fare in modo che tra qualche anno il made in Italy non sia più associato

solo a cibo e moda ma anche al supporto nella creazione di nuovi processi di Life Science. La concorrenza è su uno dei segmenti di mercato più rilevanti con multinazionali come Google, Amazon, Apple. L'Italia ha tutte le carte in regola per giocare una partita importantissima, abbiamo idee e competenze, inoltre è un momento in cui la tecnologia è matura e quindi un costo relativamente basso. L'importante è spendere bene i soldi.

Si parla moltissimo di telemedicina. Cosa ne pensa?

La telemedicina è il riassunto di Giomi Home. L'obiettivo è supportare il più possibile il paziente fuori dall'ospedale, aiutando il territorio e spendendo meglio le risorse a disposizione. L'Italia è sempre stato un Paese ospedalecentrico, questo è il momento in cui la tecnologia ci può spingere a una riflessione sulla politica sanitaria.

Il Recovery Fund prevede 15 miliardi per la sanità. C'è chi sostiene che questo soldi non siano sufficienti, che posizione ha al riguardo?

E' ovvio che maggiori sono le risorse a disposizione e meglio è ma la cosa più importante è saperle spendere. Non servono soldi a pioggia, serve avere una visione. Oggi la priorità è fare in modo che si possa riequilibrare l'offerta sanitaria, soprattutto al Centro Sud, come volano per lo sviluppo economico del territorio e per garantire il diritto costituzionale alla salute, con equità di accesso alle cure per tutti i cittadini.

GENDER PAY GAP

Differenze retributive di genere nel settore della Sanità, siamo alle solite?
Analizziamo i dati e le strategie in campo

di *Gianluca Chiovelli*



Il Gender pay gap, che possiamo tradurre come divario o differenza retributiva di genere cioè disparità nel trattamento salariale fra uomini e donne, è locuzione relativamente nuova nell'ambito sociologico. Come problema esso fa la sua prima apparizione già nei Trattati Europei di Roma del 25 marzo 1957 che istituivano la Comunità Economica Europea. L'articolo 119, in materia di disposizioni sociali, infatti recita: *“Ciascuno Stato membro assicura ... l'applicazione del principio della parità delle retribuzioni fra i lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile per uno stesso lavoro”*.

Il tempo intercorso da allora ha affievolito, ma non certo eliminato tali disparità che, almeno in Italia, rimangono assai rilevanti.

Per “gender pay gap” s'intende, in accordo alla definizione tecnica dell'Eurostat, la differenza tra i compensi **orari lordi** di uomini e donne. Tale differenza è calcolata sugli stipendi versati dalle aziende (con dieci o più unità) ai dipendenti prima delle detrazioni fiscali e della contribuzione previdenziale.

In Italia, secondo le rilevazioni dell'Unione Europea, il divario di genere si attesta attorno a un lusinghiero 5% generale (il che indica, quindi, che il lavoratore maschile



percepisce in media un compenso del 5% superiore alla lavoratrice); un dato reso ancor più esaltante se confrontato con la media UE del 15%.

Qui si apre, però, una prima incongruenza poiché alcuni studi di settore dissentono fortemente da tale rilevazione. Secondo una ricerca Lenstore nel settore sanitario, infatti, lo squilibrio salariale fra uomini e donne attesta l'Italia al ventitreesimo posto (su trenta) in Europa per virtuosità: la differenza media salariale è nell'ordine del 23,7%, una cifra ben più consistente dell'esiguo 5% sopra citato e assolutamente degna di nota poiché la presenza femminile in tale segmento economico è del 71,4%.

Di più. Una rilevazione pubblicata sul sito True Numb3rs, sempre nel settore della Sanità, conferma sostanzialmente il dato di Lenstore: qui il gap accertato è del 22,7%: *“[Il dato] che ... stupisce è quello riguardante il settore sanitario. È tra quelli in cui le donne sono più presenti, considerando anche il crescente numero di studentesse di medicina ... E ci si potrebbe forse aspettare una maggiore uguaglianza non essendo un ambito in cui la carriera conta come altrove. Non dimentichiamo però che nel settore non vi sono solo medici ma anche infermieri, OSS, operatori delle case di riposo. E in Italia più che all'estero in questi ultimi casi vi è quasi un monopolio femminile. È chiaro che se tra i primari prevalgono gli uomini e invece questi ultimi sono una assoluta rarità tra gli OSS, gli stipendi medi maschili saranno decisamente più alti di quelli femminili, del 22% secondo Eurostat”*.

Tali numeri, di certo non confortanti, trovano un recente quanto autorevole riscontro in un passo del discorso programmatico al Senato del nuovo Presidente del Consiglio Mario Draghi in cui afferma: *“La mobilitazione di tutte le*

energie del Paese nel suo rilancio non può prescindere dal coinvolgimento delle donne. Il divario di genere nei tassi di occupazione in Italia rimane tra i più alti di Europa: circa 18 punti su una media europea di 10. Dal dopoguerra ad oggi, la situazione è notevolmente migliorata, ma questo incremento non è andato di pari passo con un altrettanto evidente miglioramento delle condizioni di carriera delle donne. L'Italia presenta oggi uno dei peggiori gap salariali tra generi in Europa, oltre una cronica scarsità di donne in posizioni manageriali di rilievo”.

Come stanno, quindi, le cose? Esiste o non esiste questo divario in un settore, come quello della Sanità, in cui la presenza femminile è ampiamente sovrastante?

È l'economista Luisa Rosti, veterana degli studi nel settore gender gap a sciogliere l'apparente dilemma: *“... L'Unione europea indica un divario del 5% a fronte di una media Ue del 15%, ma si tratta di un dato relativo al gender pay gap non 'aggiustato' [not adjusted] che rappresenta solo una parte minoritaria della disparità di retribuzione complessiva tra uomini e donne perché misura la differenza tra i salari orari medi espressi in percentuale del*



salario medio maschile. Se si considera la retribuzione **annua** invece della retribuzione **oraria**, il differenziale si allarga in conseguenza del minore numero di ore lavorate della componente femminile. E aumenta ulteriormente se si tiene conto del basso tasso di occupazione delle donne che, pur avendo le stesse caratteristiche produttive degli uomini che lavorano, restano inattive (di propria scelta o per decisione altrui), e sono quindi a salario zero”.

La differenza salariale, quindi, riproduce gli squilibri che ogni donna si trova inevitabilmente ad affrontare nella vita quotidiana: la maternità, a esempio, induce a confinarsi in ambiti lavorativi tradizionali e limitati (la cosiddetta segregazione orizzontale) e a ricorrere strutturalmente al part time.

Nell’ambito sanitario, se tale ultima soluzione permette una più serena conciliazione tra lavoro e cura familiare, d’altra parte, oltre ad abbassare il numero di **ore lavorate annue**, non consente alle donne un impegno continuo volto a realizzarsi a pieno nella professione.

In una dettagliata ricerca dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento, assai degna di fede poiché i numeri risultano simili a quelli nazionali, si legge: *“Il 34% dei lavoratori ... ha beneficiato di una qualche forma di riduzione di orario, part-time o aspettative con riduzione economica, ma sono soprattutto le donne ... Il 44% delle dipendenti ... lavora a tempo parziale contro il 9% dei colleghi maschi ... nel dettaglio ... il 47% delle donne del comparto e il 21% delle donne della dirigenza lavorano ad orario ridotto contro rispettivamente l’11% e il 3% dei colleghi uomini”.*

È del pari inevitabile, quindi, come un massiccio ricorso al part time rallenti la scalata ai vertici professionali e, quindi, si ripercuota sull’entità della retribuzione (e qui siamo in presenza della segregazione verticale). Nell’esempio trentino, infatti, le donne rappresentano, come nell’intero paese, oltre il 70% della forza lavoro, ma quando si indaga l’ambito dirigenziale ci si accorge che la percentuale scende al 48,8% sino a diradersi ulteriormente in caso di mansioni apicali d’una struttura complessa (15%).

Anche nell’ambito della Sanità, insomma, l’elemento femminile è bloccato nell’emancipazione piena dal “glass ceiling”, un soffitto di cristallo invisibile (ma ben presen-

te) secondo la felice metafora coniata, già nel 1984, dal giornalista Gay Bryant su “Adweek”.

Per eliminare questo impedimento l’Unione Europea ha deciso di porre in campo una strategia per la parità di genere che svilupperà i propri effetti nel quinquennio che stiamo vivendo, 2020-2025.

Essa si basa principalmente sul contrasto alle due forme di segregazione già citate.

La segregazione orizzontale va combattuta indirizzando da subito le ragazze verso una formazione che le distolga dai consueti sbocchi lavorativi. Un incoraggiamento fattivo, quindi, nei riguardi dei corsi di laurea, dottorato e specializzazione STEM (tecnico-scientifici) che presenta un triplice vantaggio permettendo una più agevole ricerca dell’occupazione (il 90% la trova entro il primo anno), di raggiungere mansioni più riccamente retribuite (+ 16,4% rispetto alle mansioni non STEM) e di “invadere”, come detto, settori occupazionali in cui è largo il predominio maschile.

La segregazione verticale, invece, a favore della quale operano negativamente anche fattori psicologici (è dimostrato che, a parità di curriculum, si preferiscano dirigenti uomini), va invece costantemente monitorata in modo da intervenire efficacemente, nel tempo. L’art. 46 del Codice delle Pari Opportunità approvato nel 2006 statuisce, a tal proposito, che *“le aziende pubbliche e private che occupano oltre cento dipendenti sono tenute a redigere un rapporto almeno ogni due anni sulla situazione del personale maschile e femminile”.* Una fotografia del presente che, se prontamente resa accessibile, consentirebbe di individuare l’azione più consona al contrasto del fenomeno in un ambito, quello sanitario, che la pandemia sta spingendo a uno sviluppo di portata epocale.

A questa strategia si affiancherà nei prossimi anni, come assicura Helena Dalli, Commissaria UE alle Pari Opportunità, il rilancio del piano per le quote femminili nei consigli di amministrazione delle società quotate in Borsa - un rilancio che, tuttavia, in parte potrebbe in parte abbandonare l’obbligatorietà delle quote rose per favorire l’approccio volontario sulla falsariga dell’esempio inglese dove la presenza femminile nei board delle maggiori aziende FTSE veleggia verso il 30%.





**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

CANNABIS

SI FA PRESTO A DEFINIRLA TERAPEUTICA

MOLTI STUDI DIMOSTRANO QUANTO SIA DANNOSO PER I GIOVANI
L'USO DEI PRODOTTI CHE DERIVANO DALLA MARIJUANA

di Lidia Tamburrino

Ricercatori del Dipartimento di Psichiatria, RCSI e Beaumont Hospital di Dublino hanno pubblicato recentemente uno studio – finanziato da YouLead Collaborative Doctoral Award del Health Research Board (Irlanda) e da European Research Council Consolidator Award e pubblicato su *Psychological Medicine* – che attesta un declino nel corso del tempo del quoziente di intelligenza (QI) per gli adolescenti che fanno frequentemente uso di cannabis.

I risultati hanno rivelato che ci sono stati cali di circa 2 punti QI nel tempo in coloro che fanno uso frequente di cannabis rispetto a coloro

che non hanno fatto uso di cannabis. Ulteriori analisi hanno suggerito che questo declino nei punti QI era principalmente correlato alla riduzione del QI verbale. La ricerca ha comportato una revisione sistematica e un'analisi statistica su sette studi longitudinali che hanno coinvolto 808 giovani che hanno fatto uso di cannabis almeno settimanalmente per un minimo di 6 mesi e 5308 giovani che non hanno fatto uso di cannabis. Per essere incluso nell'analisi ogni soggetto doveva avere un punteggio QI di base prima di iniziare il consumo di cannabis e un altro punteggio QI al follow-up. I giovani sono stati seguiti in media

fino all'età di 18 anni. L'autrice senior del documento, Mary Cannon, professore di Epidemiologia Psichiatrica e Salute Mentale Giovanile, RCSI, ha dichiarato: "Ricerche precedenti ci dicono che i giovani che fanno uso di cannabis hanno spesso risultati peggiori nella vita rispetto ai loro coetanei e sono a maggior rischio di gravi malattie mentali come la schizofrenia. La perdita di punti QI all'inizio della vita potrebbe avere effetti significativi sul rendimento scolastico e universitario e sulle prospettive di occupazione successive", mentre il Dott. Emmet Power, Clinical Research Fellow di RCSI e primo autore dello studio, ha sottolineato che "Il consumo di cannabis durante i giovani è di grande preoccupazione in quanto il cervello in via di sviluppo può essere particolarmente suscettibile ai danni durante questo periodo. I risultati di questo studio ci aiutano a comprendere ulteriormente questo importante problema di salute pubblica".

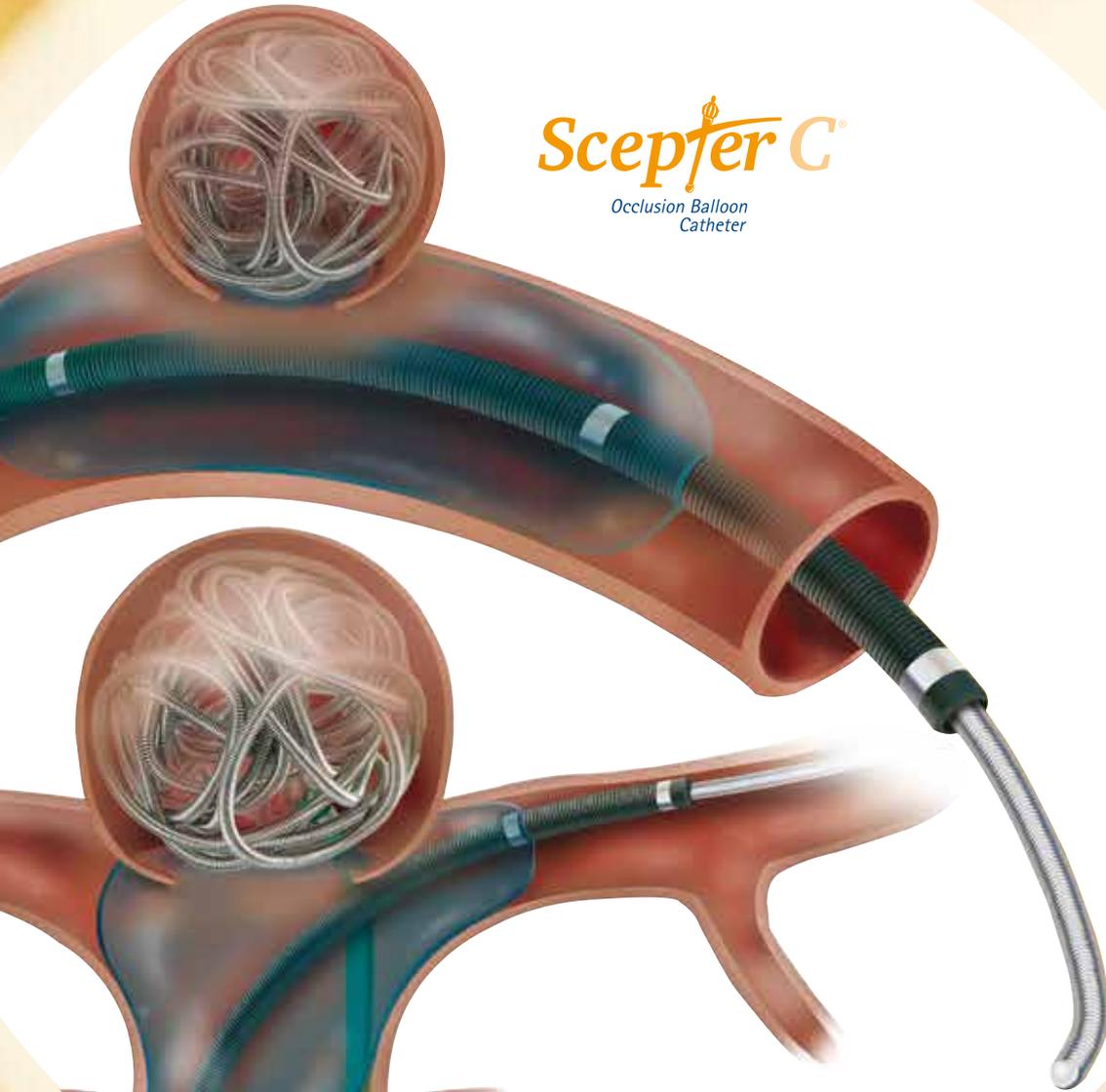
Questa è solo l'ultima delle numerose ricerche che dimostrano quanto sia pericoloso l'uso dei prodotti che derivano dalla cannabis: marijuana e hashish. Si aggiunge ad una letteratura scientifica copiosa, che va per la maggior parte in questa direzione. Sono documentati scientificamente disturbi che comprendono: deficit cognitivi, dipendenza, depressione, disturbi d'ansia, attacchi di panico, insonnia, oltre – ed è questo l'aspetto a cui prestare maggiore attenzione – disturbi di carattere psicotico. Un'analisi di osservazione durata sei anni da studiosi del del King's College di Londra, che hanno collaborato con i colleghi dell'Università di Bologna, dell'Università di Amsterdam, dell'Università di Palermo, dell'Università di Cambridge, dell'Università di San Paolo (Brasile) e di altri istituti – coordinati dalla professoressa Marta Di Forti - ha determinato che fumare marijuana tutti i giorni aumenta di tre volte le probabilità di sviluppare la psicosi, un disturbo psichiatrico grave

caratterizzato da deliri e allucinazioni. Il rischio aumenta fino a cinque volte se si consuma cannabis forte, quella con una concentrazione di delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) superiore del 10%. Sono stati confrontati i dati di 901 pazienti colpiti da psicosi con quelli di 1.237 partecipanti che non ne avevano mai sofferto. Le persone coinvolte avevano un'età compresa tra i 18 e i 64 anni. Sono state divise in due categorie: i consumatori di cannabis "leggera", con una concentrazione di THC inferiore al 10% e quelli di cannabis forte, caratterizzata da THC superiore. Incrociando tutti i dati è emerso che l'uso di cannabis era più frequente nel gruppo che aveva sviluppato un evento di psicosi (29,5% contro il 6,8%). In questo stesso gruppo era più diffuso l'uso di cannabis potente (37,1% contro il 19,4%). Dall'analisi è emerso anche che chi fumava cannabis tutti i giorni aveva una probabilità 3,2 volte maggiore di sviluppare un evento psicotico, un rischio che diventava di 4,8 volte se si usava cannabis potente.

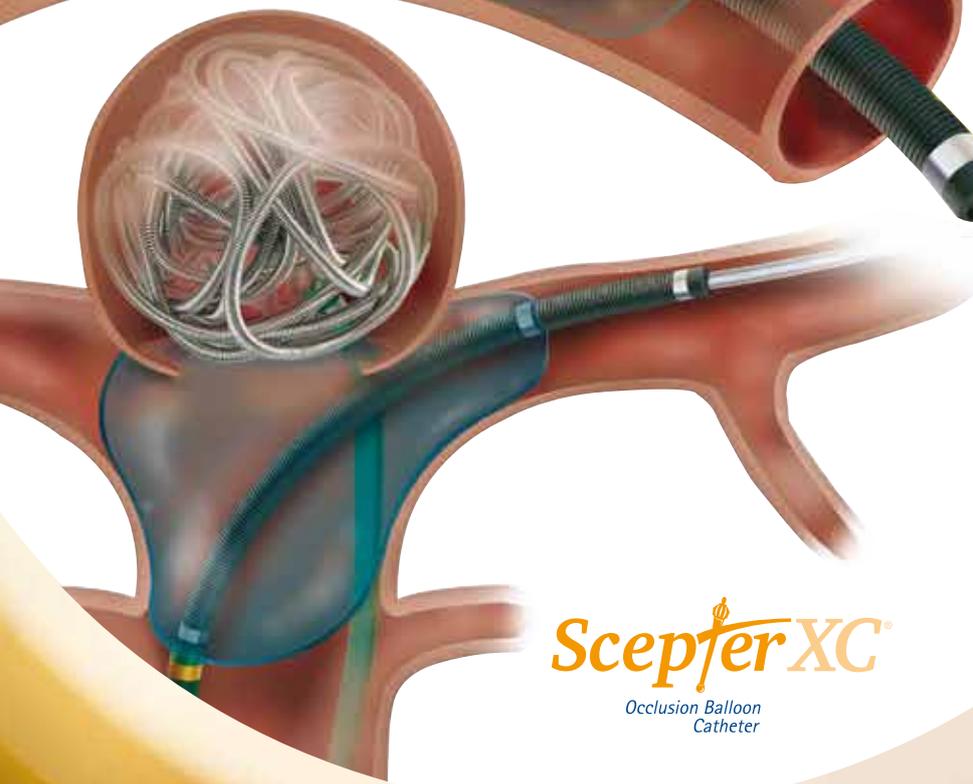
Dati che fanno riflettere, soprattutto in un Paese come l'Italia che vede centinaia di migliaia di giovani consumatori "regolari" di cannabis. Nello scorso mese di gennaio, Espad Italia ha diffuso i dati di uno studio condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Icf-Cnr), che descrive gli scenari e le tendenze presenti fra i giovani nel nostro Paese riguardo all'uso delle sostanze stupefacenti e i comportamenti a rischio correlati. Le informazioni raccolte relativamente all'uso nel 2016 di alcol, tabacco e droghe tra gli studenti fra i 15 e i 19 anni, raccontano che il 32,9% dei ragazzi, poco più di 800mila, ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (maschi 37,7%; femmine 28%), mentre il 25,9% (maschi 30,9%; femmine 20,7%, circa 650mila ragazzi) riferisce di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno.



Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter



**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

Confimi Industria Sanità rappresenta oltre 780 aziende, e circa 10.000 addetti che operano nei più differenti ambiti del settore: dal biomedicale alla produzione, distribuzione e commercio di macchinari, dispositivi e presidi medicali; dai laboratori all'assistenza sanitaria e sociale.

Le aziende private che operano nel campo sanitario sono di primaria importanza per la collettività. Sono un punto di riferimento per la salute pubblica, ma sono anche realtà dalla elevata componente tecnologica, di ricerca e di

valorizzazione del saper fare italiano

Confimi Industria Sanità promuove la valorizzazione delle imprese associate, dando risalto a chi opera nel territorio nazionale, interloquendo con le istituzioni di riferimento contribuendo a migliorare il nostro sistema sanitario.

Tra gli obiettivi individuati dalla categoria, ci sono la stipula di accordi di lavoro, la rappresentanza nelle sedi istituzionali, l'organizzazione di momenti e occasioni di networking tra le aziende associate.

confimi industria

Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata **SANITÀ**

RAPPRESENTIAMO

le istanze e i bisogni delle piccole e medie imprese del settore ai tavoli di lavoro presso Istituzioni e Ministeri, incidendo così sulle politiche e sulle normative di riferimento.

SUPPORTIAMO

il Made in Italy per valorizzare la produzione italiana di alta qualità e fronteggiare la concorrenza globale.

PROMUOVIAMO

indagini e studi sugli aspetti più rilevanti del sistema sociosanitario nazionale e delle imprese che operano con esso.

REALIZZIAMO

programmi di formazione, anche di carattere internazionale, per la qualificazione dei giovani, o sviluppo delle capacità imprenditoriali e la crescita professionale dei lavoratori.

AIUTIAMO

le imprese Associate nei percorsi di accreditamenti presso gli Enti Sanitari, sia a livello Regionale che Nazionale (Qualità "ISO 9000/14000, Privacy, Assistenza Legale specializzata)

COSTRUIAMO

percorsi Formativi ECM per il personale Medico e Paramedico delle nostre Imprese, per migliorarne le professionalità e la qualità, avvalendoci di Provider Nazionali e Regionali Convenzionati.



MAKING THE REVOLUTIONARY ROUTINE.

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

Learn more about our products at
www.cryolife.com | www.jotec.com



CryoLife®
Life Restoring Technologies®

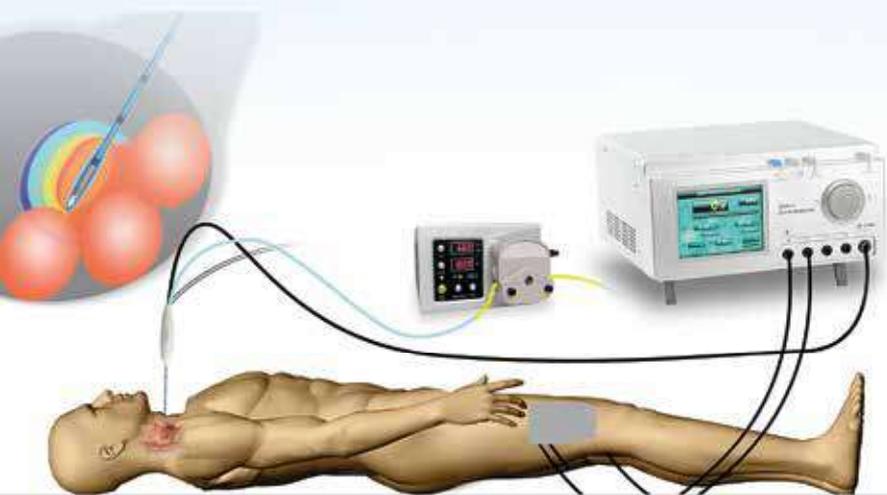
STARmed

Ablazione a Radiofrequenza dei noduli tiroidei

STARmed ha sviluppato una vasta gamma di elettrodi che garantisce un equilibrio tra qualità ed indicazione clinica.



Una corretta scelta dell'elettrodo è di importanza cruciale ai fini della buona riuscita dell'ablazione dei noduli tiroidei.



GMIG

IDEAS FOR MEDICAL SOLUTIONS

info@gmgmed.com

www.gmgmed.com



HealthDefence S.r.l.

DISTRIBUTORE LAZIO - ABRUZZO - MOLISE

Via Portuense, 959

00148 Roma

tel 06 65002930

info@healthdefence.it