



**Infermieri,
la loro funzione è centrale**

**Post-pandemia,
adeguare le strutture**

**Chirurgia vascolare,
partire dal basso**

**Denatalità,
problema dei problemi**

PARLA IL MINISTRO STEFANI:

DISABILITÀ

SERVE UN APPROCCIO NUOVO



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS



CSI | CARDIOVASCULAR
SYSTEMS, INC.

DIAMONDBACK 360®

CORONARY ORBITAL ATHERECTOMY SYSTEM

Unico sistema di atereectomia orbitale,
disegnato per facilitare il trattamento delle lesioni calcifiche.

The smart solution for complex PCI patients.

CONTATTACI



VIOLATECH

Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · info@violatech.it
www.violatech.it

Hic et nunc

L'eredità del Covid (e non solo)? Una gioventù in piena crisi di nervi

di *Pietro Romano*



studenti italiani erano tra i più depressi e angosciati dell'Unione europea. Nel 2019 - secondo l'Istat - oltre 800mila studenti (su poco più di otto milioni in totale tra i 12 e i 25 anni) affermavano di vivere una situazione di disagio.

Il Covid ha gettato benzina sul fuoco. Da una ricerca condotta a livello internazionale dalla mega-società di consulenza e analisi Deloitte ancora una volta è emerso un quadro altamente preoccupante della condizione mentale dei giovani italiani, Millennial (nati tra il 1983 e il 1994) o GenZ (nati tra il 1995 e il 2003) che siano. L'analisi - aggiornata allo scorso luglio - ha rilevato che si sono sentiti e/o si sentono stressati il 46 per cento dei Millennial italiani (contro il 41 per cento della media globale) e il 49 per cento dei GenZ, contro il 46 per cento della media globale. Come si registra dalla ricerca di Deloitte, a proposito dei giovani (e probabilmente dei giovani dei Paesi più ricchi in particolare) si potrebbe dire che "se Atene piange, Sparta non ride" e che sia pure in una situazione peggiore i giovani italiani mostrano una condizione di disagio più accentuata ma non sono del tutto isolati. Le distinzioni di lana caprina, però, servono a ben poco, in casi del genere, di fronte a fenomeni così gravi e dalle dimensioni tanto ampie. Ci troviamo di fronte a una gioventù già in piena crisi di nervi.

Con un quadro siffatto, dovere di un qualsiasi genitore educatore o docente e quant'altro, sarebbe quello di iniettare nei ragazzi, e soprattutto nei bambini, dosi massicce di fiducia nel futuro e, perchè no?, di leggiadria. Per evitare che finiscano come i loro parenti di qualche anno (o decennio) più grandi. La gran parte degli educatori di cui sopra, invece, fa tutto il contrario. E fa a gara per iniettare dosi ancor più massicce di disperazione e sensi di colpa, spesso incomprensibili, negli juniores. In Europa le emissioni sono ai minimi? In Italia le foreste coprono ormai un terzo del territorio? Il caldo medievale? L'azione delle macchie solari? Tutto inutile. L'obiettivo è quello di trasformare giovanissimi, ragazzi, bambini in seguaci della nuova dea. Depressi per disastri veri e fantasma. Autentici fissati che non lasciano sperare per nulla in un futuro roseo. Se non nei produttori di psicofarmaci.

Si chiama eco-ansia, paura cronica del disastro ambientale, la pandemia psicologica (a rischio psichiatrico) che sta investendo i giovani di tutto il mondo. Sono i giovani, infatti, i più sensibili al catastrofismo sparso a piene mani dagli attivisti per il clima, a partire da Greta Thunberg e dalla sua corte. E sono loro i più esposti alla depressione e agli attacchi di panico, all'insonnia e ai pensieri ossessivi che sfociano addirittura nelle manie e perfino nelle tendenze, più volte realizzate ahinoi, al suicidio.

Nel nostro Paese l'eco-ansia casca come un cacio (venefico) sui maccheroni di una fragilità giovanile ormai morbosa. Già prima della diffusione del Covid gli

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Giosetta Ciuffa è giornalista

Daniel Della Seta 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

DISABILITÀ

11

INFERMIERI,
UN RUOLO CENTRALE

15

L'11 SETTEMBRE
DELLA SANITÀ

19

CULLE VUOTE

23

INCONTINENZA
AMS800

27

OSTEOPOROSI

30

ORTHOMEDICA

SOM



POLARx



ANMCO

36

**CHIRURGIA
VASCOLARE**



**MEDICINA
ESTETICA**

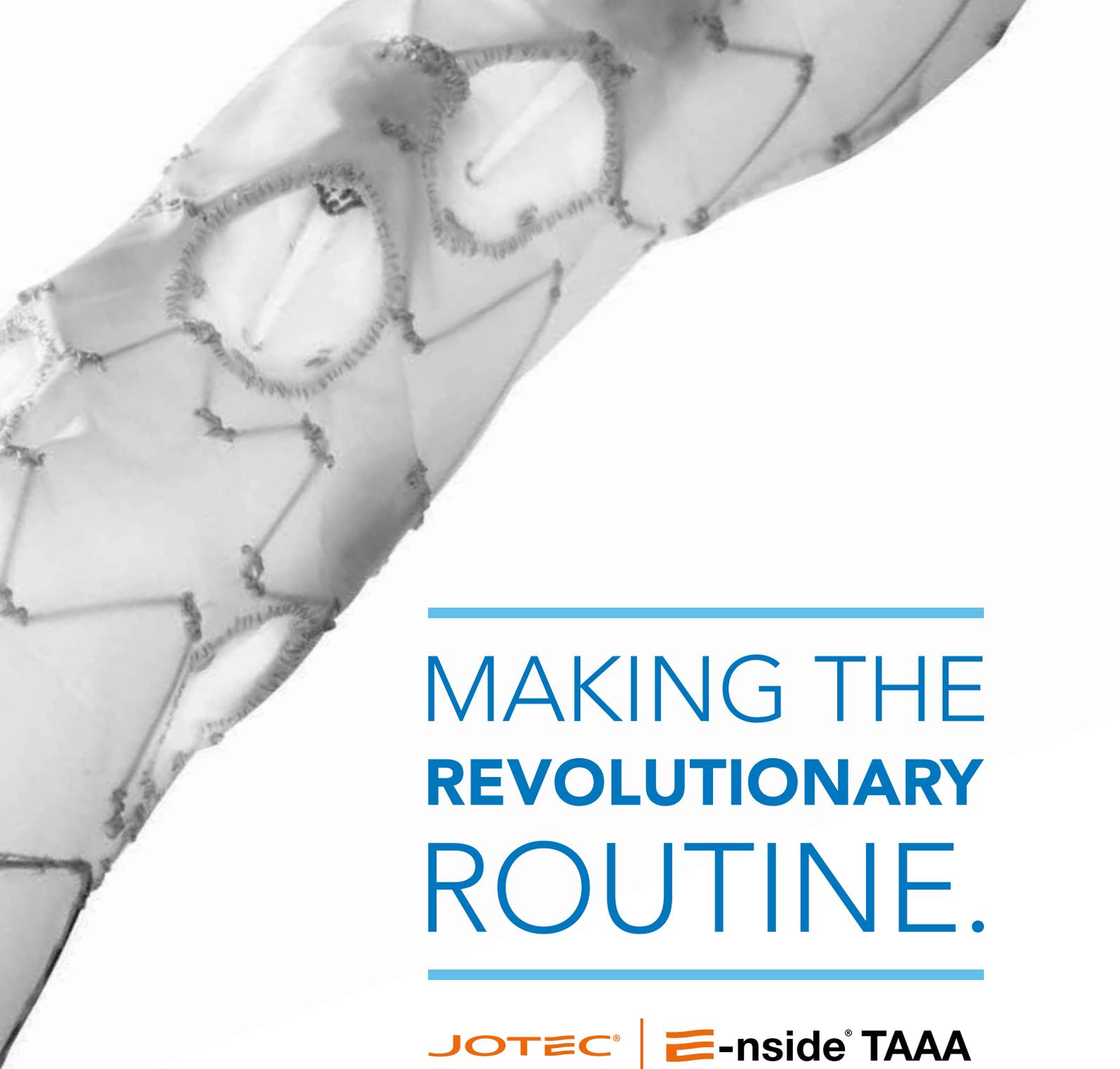
39

CARDIOLOGIA

47

**RICORDO
DE DONNO**

MARIO



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®

• NUMERO 4 •



La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha denunciato di recente una carenza drammatica dell'organico. Mancano 27mila infermieri a Nord, circa 13mila al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole. In Italia, il rapporto infermieri-numero di abitanti, secondo l'OCSE, è tra i più bassi d'Europa: 5,5-5,6 infermieri ogni mille abitanti. Sempre secondo l'OCSE, il rapporto infermieri-medici, che dovrebbe essere secondo standard internazionali 1:3 è compreso tra 1:1,5. A parere del CENSIS, se si facesse un confronto con il Regno Unito, la carenza italiana sarebbe di 300mila unità infermieristiche. Per il RAPPORTO CREA SANITA' dell'Università di Tor Vergata, la carenza in base ai parametri europei sarebbe di almeno 162.972 infermieri se rapportati al complesso della popolazione e 272.811 se rapportati alla popolazione ultra 75enne.

Condividiamo le proposte della FNOPI per tentare di contrastare e risolvere questo problema centrale della sanità italiana. Riguardano: il superamento del vincolo di esclusività che oggi lega l'infermiere nel rapporto di lavoro con il servizio sanitario pubblico e la possibilità di esercizio libero professionale a supporto delle strutture sociosanitarie territoriali; il varo di progetti finalizzati a garantire il supporto in termini di prestazioni di assistenza infermieristica da parte delle Aziende Sanitarie alle strutture residenziali territoriali, con attività svolta al di fuori dell'orario di servizio e remunerata a parte; i percorsi di incentivazione per "distacchi" o "comandi" dall'azienda sanitaria ospedaliera verso le strutture sociosanitarie territoriali, per favorire il riavvicinamento territoriale del dipendente considerata la residenza; garantire l'accreditamento delle strutture sociosanitarie quali sedi di tirocinio dei corsi di laurea in infermieristica per potenziare le possibilità di svolgimento di tirocini curriculari da parte degli studenti del triennio quale strumento per lo sviluppo culturale in tale setting; la ridefinizione delle regole di accreditamento delle strutture in relazione all'evoluzione dei bisogni dei cittadini; la valorizzazione della professione infermieristica nelle strutture socio sanitarie territoriali; la previsione di uno sviluppo in chiave clinica per attualizzare la necessaria maggiore pertinenza alla complessità e tipologia assistenziale di carriera e sotto il profilo gestionale; l'adeguamento dei contingenti formativi e la valorizzazione delle competenze economiche, della responsabilità e dell'autonomia.

Sarebbe anche urgente, come sostiene la FNOPI, favorire il rientro degli infermieri italiani emigrati all'estero – si calcola che siano almeno 20mila - con incentivi in termini contrattuali ed economici.

Kokum Bone



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.

DISABILITA'

PARTE DEL MONDO, NON MONDO A PARTE

di Flavia Scicchitano

Veneta di Valdagno, cinquant'anni di età, laureata in legge, senatrice leghista dal 2013, già ministro per gli Affari regionali e le Autonomie dal 1° giugno 2018 al 5 settembre 2019, Erika Stefani è dallo scorso 13 febbraio titolare del dicastero delle Disabilità.

Ministro Stefani, che cosa si intende oggi per disabilità e come deve essere affrontata questa tematica, relativa a una condizione che coinvolge milioni di italiani?

Innanzitutto vorrei ricordare che la disabilità non è e non deve essere considerata 'un mondo a parte', ma 'parte del mondo'. Per troppo tempo, infatti, questo tema è stato relegato ai margini, a partire dalla definizione e dalla progettazione degli spazi e passando per aspetti molto meno pratici, ma ugualmente importanti, come quelli relativi alla socialità e al diritto alla partecipazione alla vita pubblica. Non solo, le istituzioni, in primis, sono colpevoli di aver trattato la disabilità per tanto tempo esclusivamente dal punto di vista 'clinico', e non attraverso un approccio multidimensionale. Oggi, ad esempio, consideriamo moderna una valutazione della condizione di disabilità che includa diversi aspetti, non soltanto clinici, ma anche socio-culturali e che prendano in considerazione tutti i fattori relativi alla vita quotidiana e al vissuto di una persona. A tal fine stiamo lavorando, come ministero, a una Legge quadro che punti a riformare l'intera materia normativa e ad adeguarla a questa visione.

Quali sono i principali limiti del sistema sanitario nazionale relativamente alle disabilità?

Le criticità più importanti sono emerse proprio durante le fasi iniziali della pandemia. Le persone con disabilità sono state quelle che più hanno scontato gli effetti di un sistema di welfare frammentato e fortemente limitato dall'emergenza sanitaria. Anche alla luce della crisi Covid



Erika Stefani

quindi, l'investimento più importante che andrà fatto dovrà essere messo in campo per costruire un nuovo welfare attorno alla persona e alle sue necessità puntuali. Si veda, ad esempio, il tema del Progetto individuale, che è uno dei punti chiave di questo cambio di paradigma. Un welfare che tenga conto dei bisogni e delle esigenze dei singoli è sicuramente più moderno e inclusivo. Questo è, senza dubbio, il nostro punto di arrivo per l'Italia di domani.

In questo senso quale contributo potrà arrivare dal Piano nazionale di ripresa e resilienza?

Gli importanti investimenti previsti dal Pnrr, e in particolare dall'asse strategico 'Inclusione e coesione sociale', ci permettono di lavorare innanzitutto ad una Legge quadro che possa predisporre e rendere effettivo il progetto di



vita individuale. Per questo sono già stati stanziati 800 milioni nel bilancio dello Stato. Senza dimenticare gli investimenti per la mobilità e l'accessibilità e, non meno importanti, le misure per riqualificare i centri per l'impiego e per potenziare quindi l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Nel complesso, sono oltre sei i miliardi indirizzati a progetti inclusivi anche in modo indiretto. Mi sono fatta promotrice di un atto d'indirizzo, che passerà a brevissimo in cabina di regia, che ci consentirà di dare ai progetti sistematicità e organicità, in un contesto di massima condivisione con le associazioni. **In passato lei ha ricordato la necessità di puntare su una maggiore collaborazione pubblico-privato.**

La cooperazione tra la parte privata e la parte sanitaria e socio-assistenziale è uno dei grandi temi a livello nazionale e forse anche una delle grandi criticità del mondo delle disabilità. Siamo coscienti che la partnership pubblico-privato sia la strada più efficace per rispondere alle varieghe esigenze espresse dalle fragilità. La sfida è

Approccio multidimensionale al grave problema nei programmi del ministro Erika Stefani

il coordinamento e la co-progettazione. Anche su questo punto stiamo orientando la Legge delega sulle disabilità, inclusa all'interno delle riforme del Pnrr. L'obiettivo, lo ripeto, è quello di creare un sistema per rendere effettivo il progetto individuale di vita, che si concretizzerà attraverso un nucleo di valutazione multidimensionale e multidisciplinare. Nucleo al quale lavoreranno tutti i protagonisti e chi è direttamente coinvolto, perché il mondo delle disabilità richiede ascolto e attuazione delle esigenze dei singoli. E' un intreccio articolato di professionalità e di mondi che devono dialogare: ci sono le competenze regionali, le competenze comunali, la parte sanitaria, la parte socio assistenziale, il terzo settore.

Quali sono i temi prioritari da affrontare come Governo relativamente alle disabilità?

Purtroppo bisogna ammettere che allo stato attuale non c'è un incontro tra domanda e offerta di lavoro per



le persone con disabilità. Abbiamo quindi chiesto al ministero del Lavoro un approfondimento specifico su questo punto e soprattutto sulle ragioni della mancata piena attuazione della legge 68 del 1999. Molte imprese stanno attuando delle progettualità interne per offrire posti di lavoro alle persone con disabilità. Dobbiamo rendere le buone iniziative dei singoli operazioni di sistema, su scala nazionale. Quanto al tema delle barriere architettoniche, abbiamo costituito un tavolo con il ministero delle Infrastrutture per studiare, anche a livello normativo, misure per superare le criticità esistenti.

E sull'autismo, quali saranno i prossimi passi?

Il tema dell'autismo merita una riflessione, molto attenta, perché servono nuove risposte. L'Italia è chiamata a correre per corrispondere alle necessità di persone e famiglie. E questo può essere fatto solo con un'azione di squadra: al ministro della Salute, Roberto Speranza, ho chiesto un tavolo di confronto per coordinare la parte sanitaria con la parte socio assistenziale e la possibilità di poter partecipare alla cabina di regia del loro osservatorio. Il viaggio continuo sui territori che ho intrapreso fin dall'inizio del mio mandato ha la funzione

principale di conoscere le realtà locali. Prendendo esempio dalle buone prassi vogliamo dare un'impronta per tutta l'Italia. I progetti attuati che funzionano e che esprimono iniziative efficaci e rispondenti alle esigenze di chi vive l'autismo devono essere la matrice di iniziative a carattere nazionale.

Quali sono, invece, gli interventi già posti in essere dal Ministero?

Il mio primo atto da ministro è stato quello di chiedere l'inserimento delle persone con disabilità grave e i loro caregiver fra le categorie prioritarie per la vaccinazione anti Covid-19 e l'aver riconosciuto agli assistenti e agli accompagnatori dei pazienti con disabilità la possibilità di prestare loro sostegno in pronto soccorso e nei reparti delle strutture ospedaliere. Questo ha permesso di mettere subito in sicurezza una parte fragile della popolazione. E' stato finalmente avviato il processo di realizzazione della piattaforma nazionale unica per le targhe associate al contrassegno delle persone con disabilità (Cude). Questo consentirà alle persone con disabilità munite del contrassegno di accedere alle Zone a traffico limitato di tutti i Comuni senza dover comunicare, di volta in volta, l'ingresso nelle singole aree soggette a restrizioni al transito, e quindi di evitare l'incombenza burocratica e il rischio di multe da sanare ex post, come invece avveniva in passato. Un vero passo in avanti verso l'effettivo diritto alla mobilità e accessibilità delle persone con disabilità a cui si è aggiunto il provvedimento, proprio di qualche giorno fa, che stanZIA

**VA FACILITATO L'INCONTRO
TRA DOMANDA E OFFERTA
DI LAVORO NELLA REALTÀ
DELLE PERSONE DISABILI**



un contributo ai Comuni per incentivare l'accesso gratuito alle aree di sosta a pagamento per tutti i titolari di Cude. E' stato poi incrementato di 40 milioni il Fondo per la non autosufficienza e sono stati stanziati 100 milioni destinati esclusivamente all'inclusione delle persone con disabilità, di cui 30 milioni dedicati al turismo accessibile. Inoltre, non posso che esprimere soddisfazione per l'approvazione dell'emendamento che poche settimane fa ha di fatto finalmente riconosciuto anche nel nostro Paese la Lingua dei Segni Italiana e la Lingua dei Segni Italiana Tattile, allineandoci con il resto di Europa. Sono state inoltre previste più tutele per i lavoratori fragili, una misura che ha richiesto un investimento di circa 17milioni di euro e che risponde alle numerose sollecitazioni delle persone con disabilità di poter lavorare in modalità agile e in sicurezza. E il superbonus al 110% anche per gli interventi finalizzati alla eliminazione delle barriere architettoniche che vengono realizzati congiuntamente a quelli antisismici, estendendo così, anche a questo

Il 3 dicembre si terrà una conferenza con la partecipazione dei principali stakeholders

tipo di interventi, le agevolazioni già previste in materia di efficientamento energetico. Un intervento questo che rappresenta una grande opportunità anche sul versante economico.

Provvedimenti in arrivo?

Per quanto riguarda i provvedimenti in arrivo, oltre al tema della Legge quadro, nei prossimi mesi giungerà a compimento la Disability Card, che sostituirà tutti i documenti cartacei relativi alla disabilità e all'invalidità e permetterà di accedere a tariffe agevolate per diversi servizi pubblici e privati. In previsione della giornata internazionale delle persone con disabilità, il prossimo 3 dicembre, stiamo organizzando una conferenza che vedrà coinvolti, nei tavoli tematici i maggiori stakeholders del mondo che ruota intorno alle disabilità, e stiamo ultimando le varie istanze da inserire nella prossima Legge di Bilancio.

INFERMIERI, UN RUOLO CENTRALE

di *Flavia Scicchitano*

BARBARA MANGIACAVALLI



Afferma Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche: negli ultimi anni gli infermieri hanno assunto un ruolo sempre più centrale nella sanità, sicuramente dall'inizio della pandemia è stato riconosciuto universalmente questo valore.

La pandemia ha messo in evidenza la centralità della loro funzione. Rispetto agli altri paesi dell'Ocse in Italia c'è una carenza di organico: al Pnrr il compito di colmare questo divario

Gli infermieri si sono presi sempre cura delle persone senza distinzione di genere, razza, appartenenza politica e sociale. Da marzo 2020, l'Italia si è trovata ad affrontare un'emergenza unica nel suo genere. Gli infermieri da subito, come sempre, hanno dimostrato un senso di servizio, attitudine, umanità verso il prossimo, una professionalità svolta con spirito di sacrificio e abnegazione. Il ruolo dell'infermiere però non è cambiato durante la pandemia rispetto a prima: è stato solo reso più evidente e tutti si sono accorti di ciò che fanno gli infermieri. Senza l'apporto della nostra professione l'emergenza avrebbe assunto altri contorni e le persone che ne sono state purtroppo coinvolte sarebbero rimaste, non solo senza un'assistenza adeguata dal punto di vista clinico, ma anche sole.

Quali sono le principali problematiche relative alla professione degli infermieri?

Essere infermieri in questo momento non è facile, c'è bisogno di abnegazione totale. L'infermiere si occupa di prevenzione, cura, assistenza. E ancora, di educazione, formazione, organizzazione e ricerca. Il progressivo invecchiamento della popolazione fa sì che nel nostro Paese gran parte dei pazienti sia affetto da patologie croniche, che richiedono di essere costantemente seguite da personale sanitario competente e preparato. Questa situazione rende gli infermieri sempre più indispensabili, non solo negli ospedali e nelle strutture sanitarie private, ma anche sul territorio, presso strutture residenziali e diurne, a domicilio, nei luoghi di lavoro e di vacanza, sia come dipendenti che come liberi professionisti. Ma di infermieri ce ne sono pochi, non bastano mai. Dovrebbe essere previsto un modello di rete territoriale che oggi non c'è, basato su competenze multidisciplinari che abbiano ognuna proprie responsabilità e autonomia di gestione della persona assistita.

Fnopi ha di recente lanciato l'allarme sulla carenza di organico

Mentre nei Paesi dell'Ocse gli infermieri sono aumentati, con una media di 8,2 per 1000 abitanti, in Italia sono sempre 5,7 per 1000 abitanti, con gli Stati del Nord Europa al di sopra di 10 e solo alcuni dell'Est europeo al di sotto. In particolare, in Italia mancano circa 63mila infermieri (quasi 27mila a Nord, circa 13mila al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole) e senza una soluzione alla carenza

di organico chi rischia di più è l'assistenza, ma anche l'applicazione del Pnrr che punta tutto sull'assistenza territoriale. Gli infermieri poi, sono molto più numerosi dei medici nella maggior parte dei paesi dell'Ue, dove nel 2018 c'erano in media più di 2 infermieri per medico, con un rapporto infermiere-medico di circa 4 o più in Finlandia, Lussemburgo, Irlanda, Svizzera, Islanda e Norvegia e di 1 a 3 in Germania, Francia, Belgio, Paesi Bassi e Slovenia. In Italia questa proporzione, sempre secondo i nuovi dati Ocse, è invece scesa dall'1,5 dello scorso rapporto a 1,4, meglio solo di Portogallo, Cipro, Lettonia e Bulgaria. L'Ocse sottolinea che la domanda di infermieri dovrebbe continuare a crescere negli anni per l'invecchiamento della popolazione mentre molti infermieri, al contrario, si stanno avvicinando all'età della pensione. Questo preoccupa molti Paesi che stanno investendo nella loro formazione e assumendo infermieri dall'estero. Nel nostro Paese finora abbiamo assistito solo a provvedimenti emergenziali.

Che rischi corre l'assistenza sanitaria?

Un infermiere deve essere pronto a intervenire sul luogo di un'emergenza, a seguire tutte le fasi di un ricovero in ospedale, a lavorare presso l'abitazione di un paziente. La vita e la salute delle persone dipendono spesso dalla capacità degli infermieri di compiere scelte rapide e corrette in ogni situazione. L'infermiere diventa punto di riferimento anche per i familiari. E se questa professione non può essere svolta nel pieno delle sue funzioni, per carenza o assenza di compiti specialistici precisi, chi





ne soffre non è solo il sistema, ma lo stesso assistito. Uno studio internazionale pubblicato su *The Lancet*, ha quantificato gli effetti della carenza di infermieri: ipotizzando che si riuscisse ad avere un rapporto di 1 infermiere per 6 pazienti e nello staff fosse presente almeno il 60% di infermieri laureati, potrebbero essere evitate 3.500 morti all'anno. A ogni aumento del 10% di personale infermieristico laureato corrisponde una diminuzione del 7% di mortalità. Il vincolo reale con cui il sistema deve fare i conti sono le risorse a disposizione per assumere il personale nel suo insieme.

E i rischi per l'applicazione del Pnrr?

Gli infermieri sono in pole position per il ruolo di team leader nel disegno del Pnrr. Spero che la forza del Piano sia quella di rivedere e innovare modelli ma, fondamentalmente, per evitare un vero flop delle previsioni è necessario che nei nuovi contenitori siano presenti veri contenuti. E questi possono essere solo il personale necessario a farli funzionare, preparato e formato.

Si dice che quella infermieristica sia la professione del futuro in ambito sanitario

E' evidente: nel 2020 è stata l'unica laurea tra le sanitarie che ha visto aumentare le domande di quasi l'8% contro una diminuzione delle altre e, secondo i dati, a un anno dalla laurea in tempi pre-Covid già l'80% era in servizio. Le iscrizioni ai corsi universitari sono sempre in aumento purtroppo, però, gli Atenei non sono in grado strutturalmente di far fronte alla domanda. Anche qui speriamo nel Pnrr. Inoltre in Spagna, Francia, Regno Unito gli infermieri sono anche prescrittori di farmaci non specialistici e di presidi sanitari.

Papa Francesco in un'intervista dopo l'operazione al colon a cui è stato sottoposto lo scorso luglio ha ringraziato un infermiere per avergli "salvato la vita". Una dichiarazione che, immagino, abbia suscitato orgoglio.

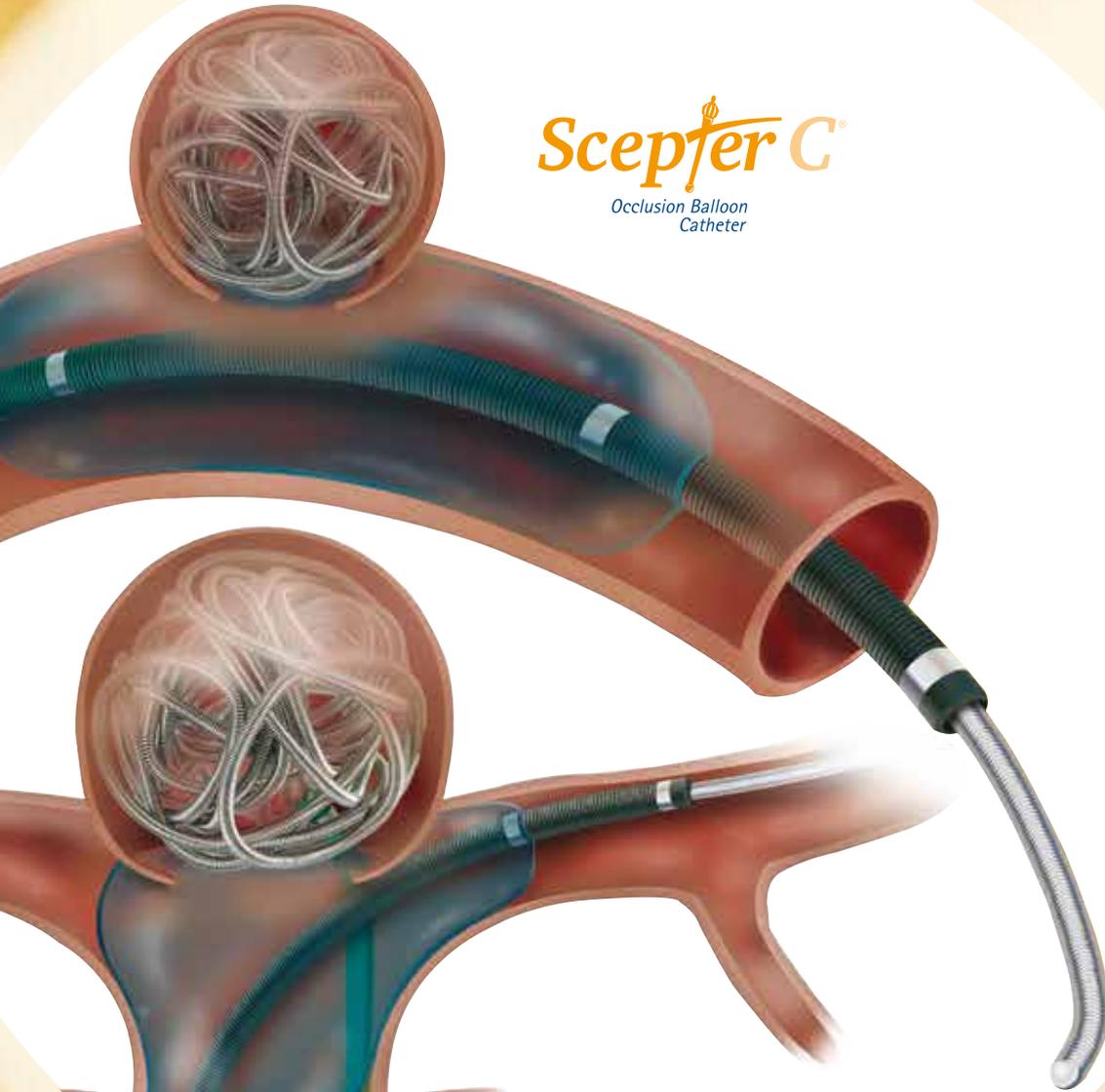
Ovviamente sì, chi non sarebbe orgoglioso di un'affermazione del genere? Ma dobbiamo essere chiari

nella sua interpretazione: il Papa non ha voluto con questo dire che il suo intervento è riuscito per merito di un infermiere. Il Papa ha voluto dire che non si sarebbe mai sottoposto all'intervento, indispensabile per la sua salute, se non fosse stato perché era un infermiere accanto a lui e con quel rapporto di vicinanza e prossimità lo avesse convinto a farlo.

Cosa chiedete al Governo?

La prima azione dovrebbe essere far fronte alle carenze che mettono a rischio non solo l'assistenza e i servizi, ma soprattutto la salute delle persone e degli stessi professionisti, con interventi a breve, medio e lungo termine. In particolare, andrebbe superato il vincolo di esclusività che lega l'infermiere al servizio sanitario pubblico, andrebbe previsto uno sviluppo in chiave clinica della professione, andrebbe favorito il rientro degli infermieri italiani emigrati all'estero con incentivi in termini contrattuali ed economici (attualmente circa 20.000). Poi, per fare in modo che il Pnrr non rischi un default e per affermare il nuovo modello di assistenza territoriale, è necessario consolidare il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (finora le previsioni di assunzioni del decreto Rilancio di 9.600 professionisti sono state applicate solo al 12-13%): uno ogni 2.000-2.500 abitanti (quindi circa 21-23mila). Il Governo dovrebbe anche riequilibrare i fabbisogni universitari, dando spazio alla formazione di un numero sufficiente di infermieri e di un maggior numero di docenti infermieri.

Scepter C®
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC®
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

L'11 settembre della sanità

di Danilo Quinto

FRANCESCO VAIA



DOPO LA PANDEMIA
NULLA SARA' PIU'
COME PRIMA:
E' EVIDENTE
CHE LE STRUTTURE
OSPEDALIERE
DOVRANNO ADEGUARSI
IN TEMPI RAPIDI
ALLE MUTATE ESIGENZE
EPIDEMIOLOGICHE

Francesco Vaia ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi "Federico II" di Napoli. Ha perfezionato gli studi con la specializzazione in Statistica Sanitaria ottenuta presso l'Università "La Sapienza" a Roma e il Master in Gestione Aziendale Sanitaria, in Igiene e Sanità Pubblica. Nel corso della sua carriera, è stato Direttore, sia generale che sanitario, di prestigiosi IRCCS e Policlinici Universitari, oltre che di Aziende sanitarie. È autore e co-autore di articoli e pubblicazioni scientifiche

su riviste a rilevanza nazionale e internazionale.

È attualmente Direttore dell'Istituto Nazionale di Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani IRCCS in Roma, Italia. Il dottor Vaia è docente in Economia Sanitaria e Organizzazione Aziendale. Referente regionale per la Pandemia Covid19, consulente scientifico di ISPI, EURISPES, FIGC, CONI.

Molti parlano di terza dose vaccinale. Lei è favorevole?

È condivisibile la decisione di somministrare una dose addizionale, come atto di prudenza, alle persone più fragili. Tra queste sarebbe però opportuno individuare quelle che non hanno sviluppato un'adeguata risposta



immunitaria con il primo ciclo vaccinale e per le quali esiste la possibilità che non sviluppino un'adeguata risposta neppure con la terza dose. In questi casi, i cosiddetti "non-responders", potrebbe essere più utile fornire direttamente anticorpi neutralizzanti. Allo Spallanzani stiamo lavorando proprio in questa direzione: un'ulteriore opportunità per non lasciare indietro nessuno.

Esistono, allo stato attuale, meno evidenze scientifiche a supporto di un utilizzo della terza dose nella popolazione generale. Il rationale di una simile iniziativa dovrebbe risiedere in una diminuzione dell'efficacia vaccinale nel tempo e/o nella presenza di nuove varianti per le quali i vaccini non forniscano adeguata protezione. Fino ad ora, tuttavia, simili condizioni non esistono: i dati attualmente in nostro possesso confermano la persistenza di efficacia nei confronti della malattia grave, anche a sei/nove mesi dal completamento dell'attuale ciclo vaccinale.

Lei si è detto contrario a somministrare il vaccino agli under 12. Per quale ragione?

Non sono contrario, ma *cauto*. È importante attendere il pronunciamento delle agenzie regolatorie del farmaco

Aver applicato il concetto di Hospital Evolution ha permesso allo Spallanzani di gestire con efficacia l'emergenza sanitaria: un modello valido per tutta l'Italia

e valutare che il rapporto rischi/benefici sia a favore di questi ultimi, dal momento che non abbiamo ancora evidenze sufficienti a riguardo. Deve essere chiaro a tutti che la comunità scientifica non esegue sperimentazione sulla popolazione: ogni decisione medica deve essere presa sulla base di solide prove di sicurezza ed efficacia e adattata alla persona. Non è escluso che in futuro avremo queste prove anche per i ragazzi under 12. Ora però dobbiamo aspettare.

A che punto è la ricerca dello Spallanzani sugli anticorpi monoclonali?

È iniziata la fase 2 di sperimentazione di anticorpi monoclonali di seconda generazione, da utilizzare, eventualmente, anche in via profilattica e dietro autorizzazione delle autorità competenti. I nuovi anticorpi saranno somministrabili intramuscolo, garantendo quindi la possibilità di riceverli direttamente a casa, anche da parte del personale infermieristico. Un notevole passo avanti nell'assistenza, nell'ottica di favorire la territorialità e la medicina di prossimità, come indicato anche dal PNRR. Lo ricordiamo: gli anticorpi non sono un'alternativa alla vaccinazione, ma un'arma ulteriore nella lotta al Covid-19, soprattutto per i più fragili.

Siamo dunque ad una fase avanzata della ricerca, che ci permetterà di introdurre in tempi utili questa nuova terapia, ma abbiamo bisogno di superare antistorici burocratismi. Abbiamo bisogno di fare presto, per uscire definitivamente da questa pandemia.

Peraltro, a produrre gli anticorpi sarà un'azienda dell'Agro Pontino, a testimonianza del fatto che l'Italia può e sa produrre eccellenza e innovazione.



Che cosa ha insegnato la pandemia al sistema sanitario?

La pandemia è stata *l'11 settembre della Sanità*: nulla sarà più come prima.

È evidente che le strutture ospedaliere dovranno essere in grado di far fronte alle mutate esigenze epidemiologiche e di farlo in tempi rapidi. L'aver ideato e applicato il concetto di *Hospital Evolution* ha permesso allo Spallanzani di gestire efficacemente l'emergenza sanitaria e questa flessibilità dovrebbe diventare un *modus operandi* diffuso nelle strutture sanitarie del Paese.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato inoltre che è fondamentale poter contare sulle tecnologie più avanzate e conseguentemente su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, senza le quali sarà impossibile immaginare e realizzare nuovi modelli di gestione clinica, come ha ben evidenziato il PNRR.

Sarà indispensabile però, in questo processo, garantire l'integrazione tra ricerca, innovazione tecnologica e cura della persona, mettendo quest'ultima al centro di ogni decisione di politica sanitaria.

Proprio in questo senso va letto l'impegno di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale: anche in questo caso lo Spallanzani ha saputo essere antesignano di questa transizione, lavorando attivamente in questa direzione già durante la lotta al Covid-19.

La cura della persona dev'essere al centro delle politiche sanitarie



In particolare, abbiamo fornito supporto a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, che hanno avuto la possibilità, attraverso il teleconsulto, di collaborare con i nostri medici nella gestione dei pazienti. L'attività svolta sul territorio da parte dell'Istituto si è esplicitata anche attraverso l'attività delle USCAR, nei confronti delle quali lo Spallanzani è stato investito di un ruolo cruciale, dall'aggressione dei focolai direttamente sul territorio alle attività di controllo e monitoraggio nei punti nodali di accesso alla regione Lazio, come porti e aeroporti. Qui, in particolare, abbiamo lavorato, in collaborazione con Aeroporti di Roma, anche alla profilassi vaccinale, nell'ambito del progetto "VAX & GO", estendendo di fatto ben oltre i confini regionali l'azione di lotta al virus.

E siamo pronti a continuare su questa strada, per una vera "Exit Strategy": è il momento di guardare oltre e tornare alla normalità.

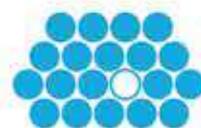
**I BAMBINI
SORDOCIECHI,
IL TUO AIUTO
LO TOCCHERANNO
CON MANO.**



Sono ancora tanti i **bambini sordociechi** che sognano un futuro migliore. Per ridurre le lunghe liste d'attesa e garantire una maggiore qualità dei servizi la **Lega del Filo d'Oro** sta costruendo il nuovo **Centro Nazionale**. Un posto che chi non vede e non sente potrà conoscere con le proprie mani. **Costruiamo il futuro dei bambini sordociechi**, insieme possiamo realizzare cose straordinarie.

#UNASTORIADIMANI

DONA ORA AL
45514
DAL 1 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE



lega del filo d'oro
www.unastoriadimani.it

2 € con SMS da cellulare



5 o 10 € con chiamata da rete fissa



5 € con chiamata da rete fissa





Culle vuote, problema dei problemi

LA LOTTA ALLA DENATALITA'
VA AFFRONTATA CON TUTTE LE FORZE,
PRIMA CHE SIA TROPPO TARDI

di *Gioietta Ciuffa*

Un'ulteriore battaglia, quella di Donatella Possemato, a complemento delle innumerevoli attività già perseguite in qualità di direttrice della romana casa di cura Santa Famiglia. Dallo scorso febbraio infatti è a capo di Impresa per la Vita, da lei fondata: un'associazione di categoria a tutela della donna, del percorso nascita, della famiglia e di tutto ciò che ruota intorno all'evento parto, i cui numeri sono sempre più in calo in Italia.

Il recente rapporto annuale CeDAP del ministero della Salute per il 2019 conta infatti 421.913 nuovi nati in Italia (nel 2018 erano 442.676), con un'età media della madre di 33 anni per le italiane e di 30,7 anni per le straniere. E

questa cronica discesa delinea un futuro preoccupante in cui arriveremo a una popolazione di 30 milioni dai 59 attuali, come recentemente dichiarato dal presidente Istat Gian Carlo Blangiardo, anche se per il professore di Demografia Alessandro Rosina già è stato oltrepassato il punto di non ritorno.

Della lotta alla denatalità si parlerà a Roma il 27 ottobre in occasione del Salone della Giustizia presso il Centro studi televisivi del Tecnopolo, in via Giacomo Peroni 130. Sul tema "Il diritto di venire al mondo. Denatalità: strategie per il futuro" si confronteranno il ministro della Salute Roberto Speranza, il presidente della Pontificia Accademia per

la Vita monsignor Vincenzo Paglia, il direttore scientifico della Fondazione Policlinico Università Gemelli IRCCS Giovanni Scambia, il direttore della Terapia intensiva neonatale del Fatebenefratelli Luigi Orfeo, l'amministratore unico del catanese CRA-Centro riproduzione assistita e responsabile del punto nascita del Vidimura Giuseppe Giuffrida e l'ordinario di Ginecologia e Ostetricia a Roma Tor Vergata Domenico Arduini. Se il trend in picchiata delle nascite non si arresta, oltre a rischiare un Servizio sanitario nazionale a pagamento, una delle conseguenze sarà la chiusura di molti punti nascita e la lenta scomparsa di una professione, quella dei neonatologi. Fa notare la dottoressa Possemato: "Portare avanti un'Ostetricia è un impegno gravoso con alti rischi clinici, a causa dei quali stanno inoltre scomparendo gli specialisti che devono affrontare premi assicurativi altissimi. Essere imprenditori in questo settore è sì un onore, perché aiutiamo una vita a nascere, ma è anche difficile. L'associazione intende promuovere politiche pro natalità e diventare un riferimento per tutti i punti nascita in Italia, con il fine di perorare le cause che tutelano i centri nascita e i professionisti al loro interno, garantire eguali parametri di assistenza, sanitaria e non solo, a tutte le donne e alle famiglie con figli sul territorio nazionale. Un dato che non può che lasciare sconcertati è il fatto che i DRG non siano uguali a livello nazionale, creando una discriminazione su base regionale, una <naturale selezione privilegiata> sin dalla nascita. Più alto è il numero di parti, maggiori sono i livelli clinici assistenziali, e questa è una delle ragioni per cui molti centri nascita stanno chiudendo o trovano altre specialistiche. Purtroppo è una branca della medicina che rischia di estinguersi".

Le culle vuote si portano dietro, quindi, il cambiamento di tutta la gestione dell'evento nascita, e per questo Impresa per la Vita tutela non solo la salute psico-fisica delle donne ma anche le professionalità che gravitano intorno alla medicina di genere, affinché donne e mamme possano avvalersi sempre di professionisti qualificati.

L'associazione intende alimentare un dibattito per una politica attiva, sedersi ai tavoli istituzionali e affrontare tematiche sanitarie importanti cui si riserva poca attenzione. "A chi mi chiede perché Impresa per Vita rispondo: perché la vita è un'impresa", spiega Donatella Possemato dall'osservatorio privilegiato che ormai, dopo decenni di attività, è la casa di cura Santa Famiglia, unica

**Il 27 ottobre a Roma
la presentazione della proposta
di Donatella Possemato
sul diritto di venire al mondo**



**Donatella Possemato,
fondatrice di Impresa per la Vita**

monospecialistica in Italia con un percorso dedicato unicamente alla donna. Grazie a ciò, Impresa per la Vita può ben definirsi incubatore di medicina di genere, attenta all'innovazione per la variegata casistica raccolta: "Sono davvero innumerevoli le situazioni che si vengono a creare quando si parla di salute femminile, non solo fisica e clinica ma anche psicologica. Operare da anni in questi ambiti ci consente di occuparcene a tutto tondo, a partire dalla salute della giovane e della donna matura e le relative fasi di fragilità, senza tralasciare le professionalità del settore. Tutela quindi anche per le imprese che ruotano intorno alla vita: la politica deve considerare la famiglia come un'impresa, e le famiglie vanno disciplinate così come si disciplinano le imprese, con supporti e agevolazioni. Come lo Stato ha bisogno delle imprese, così ne ha delle famiglie".

Un ulteriore elemento di riflessione ci viene osservando quanto accade in Cina: dopo l'abolizione della legge del figlio unico, la potenza asiatica incentiverà le coppie ad avere fino a tre figli e ridurrà il numero di aborti eseguiti per <scopi non medici>: "La Cina si pone il problema della forza lavoro e della previdenza: la potenza cinese, dopo aver regolato le nascite sin dagli anni settanta del novecento, ora si trova a fare i conti con un tasso di natalità tra i più bassi".



È un grido d'allarme quello che Impresa per la Vita lancia, mettendo a disposizione le proprie competenze, acquisite dall'interno, a favore di politiche a sostegno delle donne e delle famiglie come la defiscalizzazione e gli incentivi al welfare aziendale, per tutto il percorso di medicina di genere, facendo inoltre emergere la discrepanza tra genere e medicina.

Va inoltre ricordato l'altro grande tema del quale risente la fertilità e che ha bisogno di specialisti: i disturbi alimentari, che colpiscono una giovanissima fascia d'età. Donatella Possemato li conosce bene, in Santa Famiglia è presente un team multidisciplinare specifico: "Se non si agisce per proteggere queste specializzazioni, ci saranno sempre più famiglie abbandonate, senza aiuto né informazioni su

“Dicono poi che viviamo in casa una vita senza pericoli, mentre essi combattono in guerra. Ma ragionano male: io vorrei imbracciare tre volte lo scudo piuttosto che partorire”. Dalla “Medea” di Euripide



come curare questi disturbi, senza punti di ascolto con professioniste formate e calibrate”.

Infine, in una società che sembra far di tutto per dissuadere dall'aver figli, Possemato ritiene fondamentale anche un'educazione al sentimento, per riscoprire l'esperienza di diventare genitori senza lasciarsi intimorire dai tanti, troppi ostacoli che potrebbero far desistere le coppie. Strategie per il futuro per andare oltre il Family Act, importantissimo ma non sufficiente. Lo stesso monsignor Paglia, nel convegno di presentazione della onlus, ha rivolto un appello al presidente del Consiglio, Mario Draghi, affinché il Governo pieghi mercato ed economia allo sviluppo del Paese partendo dai più giovani. Gli anziani hanno bisogno di loro, ancor prima dell'aiuto economico, per essere nonni e non solo anziani.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



Incontinenza urinaria, se provocata da sforzo AMS 800 è la soluzione

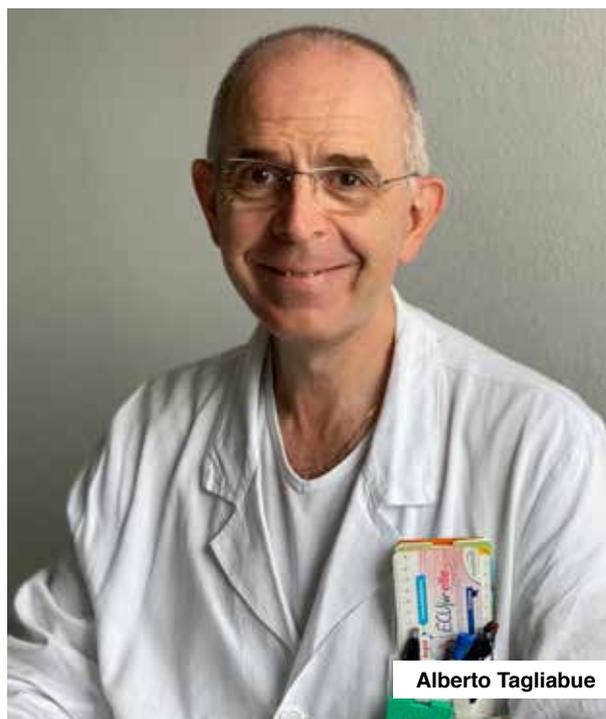
*PRODOTTO DA BOSTON SCIENTIFIC,
QUESTO DISPOSITIVO E' UNA PROTESI IDRAULICA*

di Caterina Del Principe

L'*International Continence Society* (ICS) definisce l'incontinenza urinaria come "qualsiasi perdita involontaria di urina"¹ Si tratta di una patologia che riconosce varie cause, che essenzialmente determinano una perdita di controllo della minzione volontaria oppure un deficit del meccanismo di chiusura della vescica (sfintere uretrale). Questo rende ragione delle diverse manifestazioni cliniche. In tutti i casi è una situazione fortemente invalidante per l'individuo che ne soffre, generando spesso forte perdita di autostima e compromettendo la vita quotidiana, con pesanti impatti sui rapporti di coppia, lavoro, mobilità e relazioni sociali.

In Italia, l'incontinenza urinaria colpisce almeno 5,1 milioni di persone sopra i 18 anni (3,7 milioni di donne e 1,4 milioni di uomini)². Per gli uomini, l'incontinenza urinaria - cosiddetta da sforzo, perché si manifesta in concomitanza di incrementi della pressione all'interno dell'addome, come si verifica durante uno sforzo fisico anche leggero (camminare, sollevare pesi, salire le scale) - si manifesta nella maggior parte dei casi come conseguenza di interventi chirurgici sulla prostata, prevalentemente per tumori maligni di questa ghiandola. L'incontinenza urinaria è frequentemente presente subito dopo interventi di asportazione radicale della prostata, tendendo poi a scomparire dopo qualche settimana dall'intervento. In una percentuale variabile tra il 5 e il 10% tende tuttavia a persistere anche a distanza di mesi o anni dall'intervento².

Le linee guida EAU (European Association of Urology)³ indicano l'impianto di sfintere urinario artificiale come *gold standard* per il trattamento dell'incontinenza urinaria (moderata-severa) da incompetenza sfinterica dopo prostatectomia radicale. Lo sfintere urinario artificiale si pone quindi come soluzione efficace e risolutiva



Alberto Tagliabue

per il paziente. Tuttavia, nonostante le indicazioni ed i numerosi vantaggi di questa tecnologia, i dati dimostrano un suo sottoutilizzo: secondo le analisi SDO 2016, in Italia vengono effettuati non più di 240 impianti l'anno a fronte di un fabbisogno stimato di circa 1000 pazienti². I motivi della mancata adozione di questa soluzione chirurgica sono molteplici. I principali sono l'assenza di una corretta informazione per i pazienti e la mancanza di un adeguato rimborso della procedura da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Questi argomenti sono stati discussi insieme con il Dottor Alberto Tagliabue, Direttore f.f. dell'U.O.C. di Urologia e Responsabile della Struttura semplice di Neurourologia dell'Ospedale di Magenta (MI), che ha spiegato come l'impianto della protesi urinaria artificiale AMS 800™ possa considerevolmente migliorare la qualità di vita dei pazienti che soffrono di incontinenza urinaria, e come mai sia, di fatto, una soluzione per pochi.

Per quali pazienti è indicata la protesi urinaria artificiale AMS 800™?

Lo sfintere urinario artificiale, noto come AMS 800™ prodotto da Boston Scientific, è un dispositivo indicato per risolvere i problemi di incontinenza urinaria da sforzo, causata, in circa il 95 % dei casi, da interventi sulla prostata per tumore maligno e nei rimanenti casi da interventi endoscopici per iperplasia prostatica benigna, oltre che per correggere l'incontinenza urinaria da sforzo che riconosca cause neurologiche sia congenite (mielomeningocele per esempio) che acquisite (traumi midollari lombari).

Come funziona il dispositivo?

AMS 800™ è una protesi idraulica costituita da tre componenti. Il primo è una pompa che viene allocata sottopelle all'interno dello scroto; non è quindi visibile, ma è, palpabile, in quanto dovrà essere utilizzata dal paziente per gestire la minzione.

Il secondo componente è una cuffia, che viene posizionata attorno all'uretra bulbare per i maschi e attorno al collo della vescica per le donne. Il suo scopo è quello di permettere l'apertura e la chiusura dell'uretra, sostituendo la funzione del muscolo sfintere striato dell'uretra che è stato lesionato durante l'intervento alla prostata.

Il terzo componente è un *reservoir*, un piccolo pallone che viene posizionato a livello addominale, in regione parainguinale, in genere a destra.

All'interno della protesi, che viene per così dire assemblata all'interno del corpo del paziente collegando

**A livello europeo
l'impianto di sfintere
urinario artificiale
è "gold standard"**

L'incontinenza urinaria colpisce oltre 5 milioni di italiani maggiorenni, sette su dieci donne

le tre componenti, scorre una soluzione costituita da mezzo di contrasto iodato e soluzione bidistillata. In condizioni di normale riempimento vescicale la cuffia protesica è riempita di liquido e stringe l'uretra impedendo le perdite urinarie. Quando il paziente desidera urinare non deve fare altro che azionare la pompa che ha nello scroto, in modo da permettere il rilascio del liquido che dalla cuffia migra nel *reservoir*. In questo modo, la cuffia allenta la stretta sull'uretra ed il paziente può urinare. Automaticamente, dopo qualche minuto, si ricostituisce l'equilibrio, per cui la cuffia viene nuovamente riempita di liquido tornando così a restringere l'uretra e rendendo il paziente di nuovo continente.

Può descrivere brevemente in cosa consiste la procedura chirurgica?

L'intervento è un intervento raffinato che consiste nel montare i tre componenti della protesi all'interno del corpo del paziente, collegandoli tra loro. Si pratica in genere in anestesia spinale e può durare al massimo fino alle 2 ore. Il paziente si trova sul lettino in posizione ginecologica; successivamente si procede incidendo la cute tra lo scroto e l'ano in modo da isolare l'uretra e misurare la sua circonferenza per scegliere la dimensione della cuffia più adatta per il paziente. In un secondo momento si passa all'incisione inguinale per posizionare il *reservoir* nell'addome e la pompa a livello dello scroto. Una volta posizionati tutti gli elementi è possibile collegarli tra loro e riempirli con il liquido composto da mezzo di contrasto e soluzione bidistillata. Dopo l'operazione è prevista una degenza di circa 2-3 giorni, al termine della quale il paziente viene dimesso con la protesi disattivata.

Dopo quanto tempo dall'intervento è effettivamente possibile utilizzare la protesi?

La protesi viene attivata dopo circa 6 settimane dall'impianto per permettere la guarigione chirurgica delle ferite. Al paziente viene mostrato come utilizzare il dispositivo e gli viene fornito del materiale illustrativo affinché possa essere autonomo nella gestione della protesi. Al paziente viene fornito anche un talloncino che segnala l'esistenza del dispositivo, in quanto la presenza della protesi sfinterica controindica qualsiasi tipo di chirurgia uretrale.

Dopo quanto è possibile riprendere attività fisica e sessuale? Una volta attivata la protesi, immediatamente.

In base alla letteratura scientifica, qual è la percentuale di successo dell'impianto?

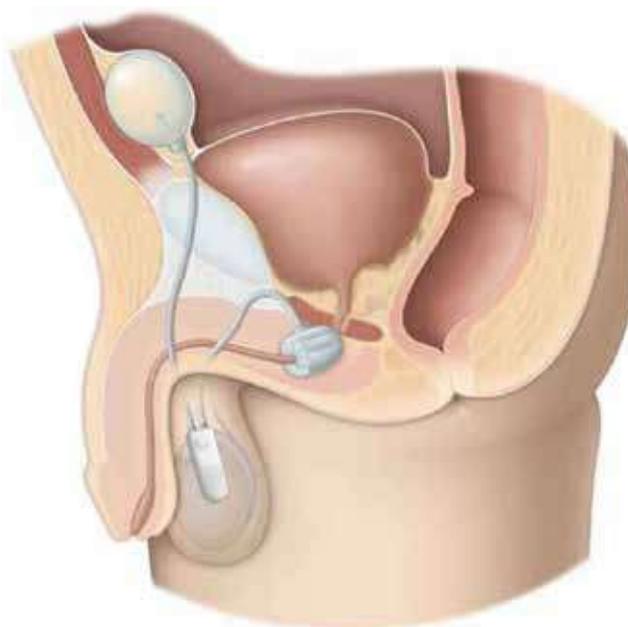
A lungo termine le percentuali si aggirano attorno al 75-

80%, dimostrando che la protesi può essere considerata una cura efficace e molto spesso risolutiva per i pazienti. Quali sono i vantaggi di AMS 800™ rispetto ad altre opzioni chirurgiche e non?

Il principale vantaggio della protesi AMS 800™ è il suo comportamento para-fisiologico. La protesi ha infatti un'azione dinamica che mima il processo della minzione: quando il paziente desidera urinare, può dare inizio alla minzione semplicemente attivando la pompa a livello scrotale. Questo la differenzia da altri dispositivi presenti in commercio che non hanno questa ciclicità di funzionamento, ma si limitano ad avere un effetto ostruente, impedendo la fuoriuscita di urina. Tuttavia, anche questo tipo di dispositivi ha una sua indicazione e una sua efficacia, soprattutto però per il trattamento di incontinenza urinaria di minore entità. Grazie al suo comportamento para-fisiologico, la protesi AMS 800™ riesce inoltre a restituire al paziente una qualità di vita dignitosa, permettendogli di riconquistare la sua routine ed i rapporti sociali. Quest'ultimo aspetto non è reso possibile dai trattamenti non chirurgici di tipo conservativo, come per esempio materiale di assorbenza, che dovrebbero essere utilizzati solo per casi di incontinenza minima.

Quali sono gli ostacoli organizzativi che fanno sì che solo una parte di ridotta di pazienti possa ricevere questa soluzione?

Il problema è squisitamente economico. L'azienda ospedaliera sostiene il costo della protesi, ma la Regione non rimborsa l'intera spesa dovuta alla protesi in sé, all'intervento e alla degenza. A grandi linee, viene rimborsato all'ospedale che la esegue circa un terzo del costo totale della procedura. Questo fa sì che solo pochi centri effettuino tale tipologia di intervento. Considerati anche i risultati dello studio condotto dal prof. Mennini²,



il quale ha mostrato che, sommando il costo dei materiali di assorbenza e delle complicanze dell'incontinenza, gli impianti di sfintere artificiale risultano *cost-effettive* rispetto al solo utilizzo dei presidi per assorbenza, il ricorso alla procedura dovrebbe essere sostenuto dal SSN nei pazienti eleggibili, ad esempio attraverso l'implementazione di extra rimborsi *ad hoc* per la procedura. Questo senza valutare il guadagno in termini di qualità di vita, che difficilmente può essere quantificato in termini economici.

Fonti:

1. P. Abrams, K.E. Andersson, L. Brunaker, L. Cardozo, A. Cottenden, L. Denis, J. Donovan, D. Fonda, C. Fry, D. Griffiths, P. Hanno, S. Herschorn, Y. Homma, T. Hu, S. Hunskar, P. van Kerrebroeck, S. Khoury, R. Madoff, J. Morrison, J. Mostwin, D. Newman, R. Nijman, C. Norton, C. Payne, F. Richard, A. Smith, D. Staskin, J. Thuroff, A. Tubaro, D.B. Vodusek, L. Wall, A. Wein, D. Wilson, JJ. Wyndaele and the Members of the Committees – *Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolaps and Faecal Incontinence*, 3rd International Consultation on Incontinence, 2005.
2. Prof. Francesco Saverio Mennini (Coordinatore Scientifico), Dr Daniele Rossi, Dr Francesco D'Ambrosi, Dr Andrea Marcellusi - *HTA OF ARTIFICIAL URINARY SHINCTER (AUS) FOR THE TREATMENT OF SEVERE MALE POST-PROSTATECTOMY INCONTINENCE IN ITALY*, Advanced Research in Health Economics Analyses, Studi e Ricerche in Sanità.
3. EAU Guidelines: Urinary Incontinence | Uroweb



Sfintere urinario artificiale AMS 800™

Image provided courtesy of Boston Scientific.

© 2020 Boston Scientific Corporation or its affiliates.

All rights reserved.



**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**

OSTEOPOROSI

E' ALLARME SOCIALE

IN ITALIA GIA' CINQUE MILIONI DI MALATI.
CONTINUANDO A SOTTOVALUTARE LA PATOLOGIA
IL RISCHIO E' CHE SI MOLTIPLICHERANNO

di *Daniel Della Seta*

Il calo dei contagi che emerge dai dati del Covid sta permettendo a diversi malati cronici di riprendere visite, controlli, monitoraggi. Se però il ritardo nell'attuazione di programmi e protocolli per la prevenzione si sta colmando in alcune patologie, ve ne sono altre che rischiano di finire in secondo piano, nonostante i numeri elevati e le conseguenze sociali ed economiche che possono provocare. È il caso di osteoporosi e osteoartrosi, aspetti molto rilevanti delle malattie metaboliche dell'osso, tanto che dal 1993 l'Organizzazione mondiale della sanità ha classificato l'osteoporosi come malattia sociale. Ma il timore del contagio ha provocato un drastico calo dei controlli e un rallentamento della formazione e della promozione della salute, come emerge dai dati resi noti nella Giornata mondiale dell'osteoporosi.

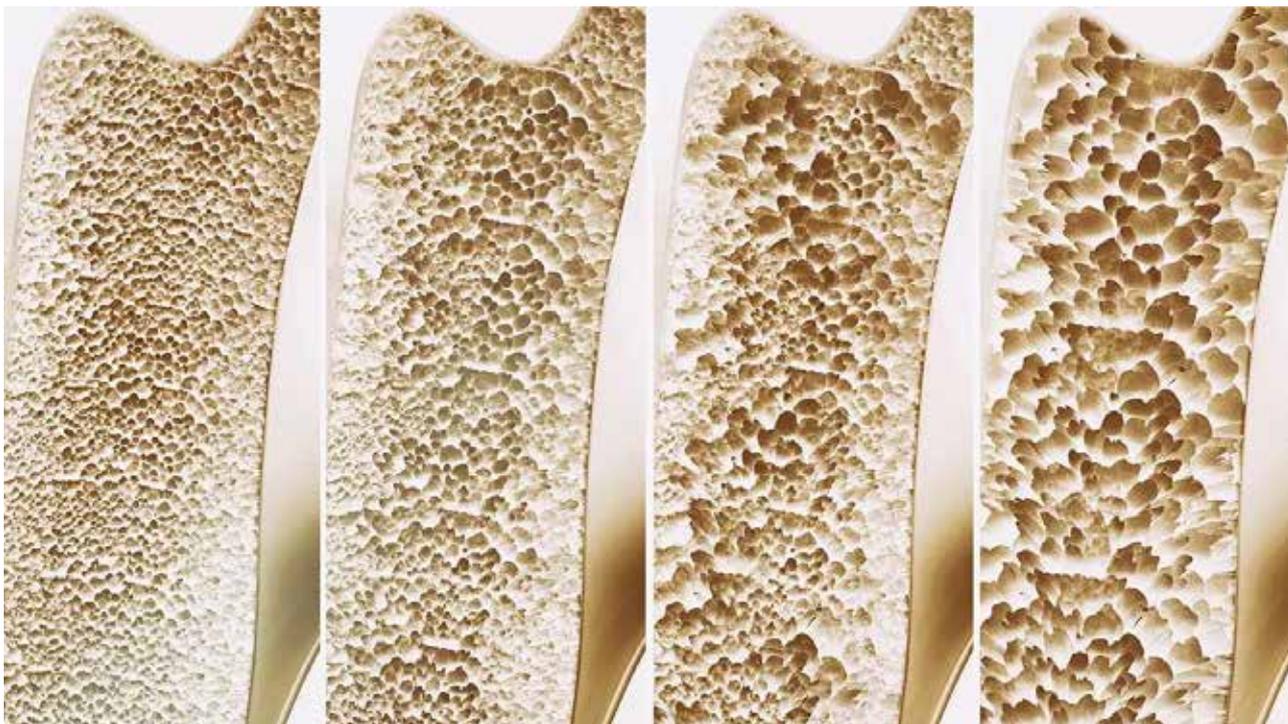
L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato

scheletrico, caratterizzata da una bassa densità minerale e dal deterioramento della micro-architettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità ossea, legato prevalentemente all'invecchiamento. Questa situazione porta, conseguentemente, ad un aumentato rischio di frattura (in particolare di vertebre, femore, polso, omero, caviglia) per traumi anche minimi. Nel corso della vita, circa il 40% della popolazione incorre in una frattura di femore, vertebra o polso, in maggioranza dopo i 65 anni. Fratture che possono diventare addirittura mortali. La compromissione e la rarefazione della struttura ossea è data dall'esame di due parametri: densità e qualità dell'osso, entrambi crescono di pari passo, nella cosiddetta "banca minerale del singolo", che si costruisce da sé nei primi 30 anni di vita grazie a fattori ormonali e ambientali.

**"L'ARMA VINCENTE
È LA PREVENZIONE.
DA ATTUARE
CON UN APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE"**



Stefano Lello



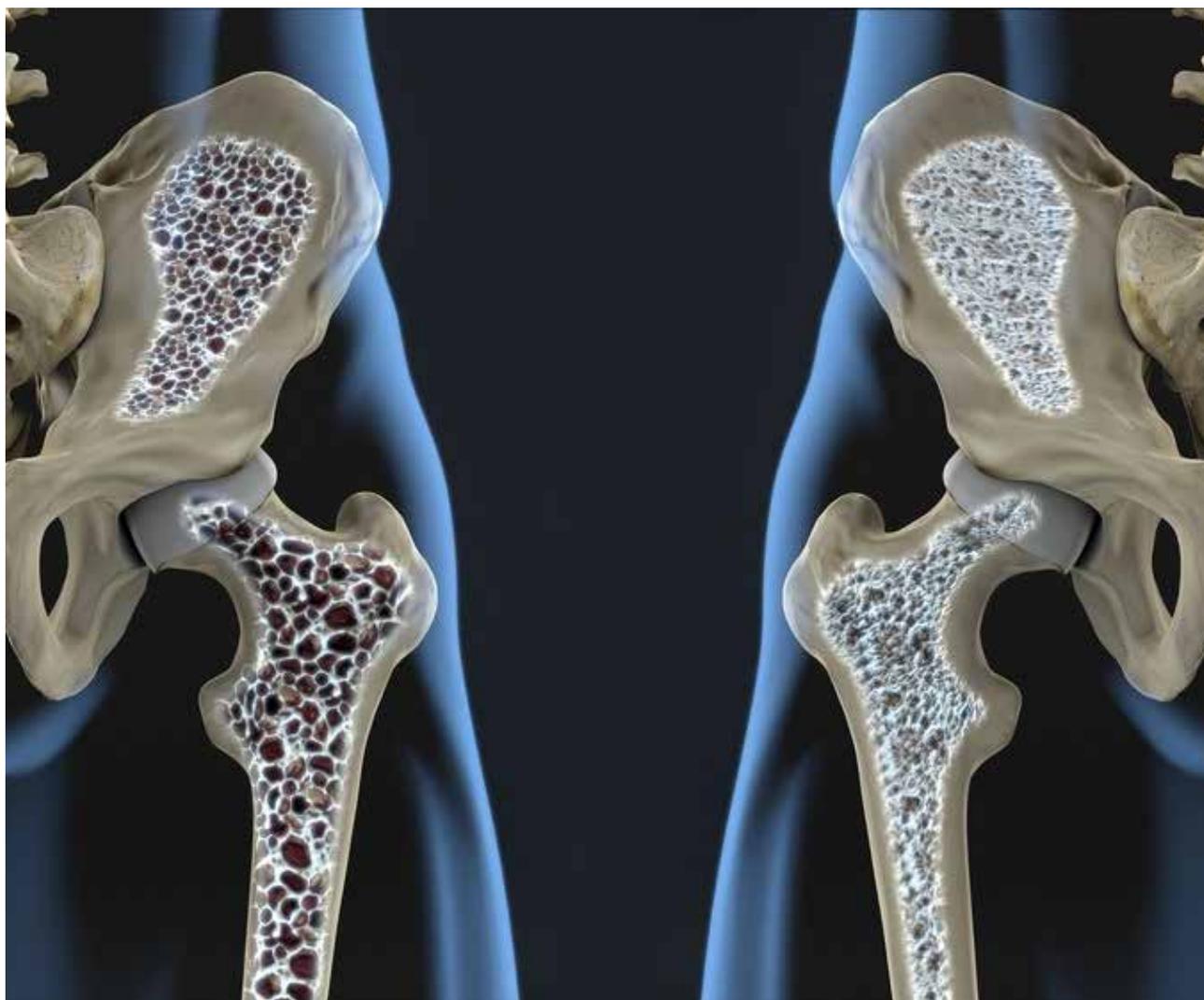
Il tema è stato messo in luce in recenti manifestazioni con la partecipazione di diversi specialisti. Il loro appello è volto alla necessità di formazione e di sensibilizzazione per raggiungere un precoce riconoscimento dell'osteoporosi e una significativa prevenzione delle fratture. Purtroppo, nella valutazione clinica, quando si debbono prendere decisioni in merito a scelte terapeutiche, l'osteoporosi viene talora penalizzata e resta in coda rispetto alle altre malattie croniche di larga diffusione, quelle dell'apparato cardiovascolare o il diabete, a esempio. Non viene considerato a sufficienza il rischio della frattura imminente e l'importanza della tecnologia nella prevenzione, le avanzate metodiche per la densitometria a ultrasuoni a due sonde (preferibile rispetto alla tradizionale ecografia) nonché il ruolo della telemedicina.

“L'osteoporosi rappresenta una patologia di grande interesse e di notevole impatto da un punto di vista clinico e sociale – sottolinea il professor Stefano Lello, consulente scientifico dipartimento Salute Donna e Bambino Fondazione Policlinico Gemelli – La prevenzione è l'arma vincente: deve essere attuata attraverso un approccio multidisciplinare che coinvolga diverse figure specialistiche, fra cui ortopedici, endocrinologi, ginecologi, geriatri, fisioterapisti riabilitativi, internisti. I

Il 23% delle donne ultra 40enni e il 14% degli uomini sopra i 60 anni si espongono alla morte o alla disabilità

medici di famiglia, poi, rivestono un ruolo strategico nel riconoscimento e nella diagnosi precoce della patologia. Le fratture più comuni sono quelle femorali, e assieme, gli schiacciamenti vertebrali. La frattura del femore è gravata da un rischio di morte del 20% a un anno dall'evento occorso. Specialisti e società scientifiche sono dunque molto impegnati a individuare nuove strategie terapeutiche”.

Per comprendere la gravità dell'osteoporosi ed il suo impatto sociale - che ha ricadute mediche, cliniche ed economiche, oltre che sociali, con il coinvolgimento delle famiglie nella cura del paziente compromesso, sia dal punto di vista della mobilità che della cognitività - è sufficiente citare i numeri, che nel nostro Paese sono potenzialmente destinati a crescere, visto l'invecchiamento della popolazione e le generali tendenze demografiche. Gli specialisti hanno avanzato l'allarmante previsione che nel 2050 degli uomini over 60 con fratture del femore o dell'anca aumenterà di dieci volte. Attualmente, in Italia, come emerge dai dati del ministero della Salute, circa cinque milioni di persone sono affette da osteoporosi (ma forse il dato è sottostimato), di cui l'80% sono donne in post menopausa. Ne sono colpite il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni. La malattia si manifesta in forma più grave negli uomini rispetto alle donne. In Europa, rispetto a Paesi “virtuosi” come la Lituania, ve ne sono altri (è il caso dell'Irlanda) dove la situazione è letteralmente spaventosa. Esiste un universo femminile rispetto al genere maschile che impone un costante monitoraggio degli ormoni tiroidei, un'attenta terapia e un'analisi del metabolismo dell'osso



durante la menopausa, nonché dei tassi di calcio e vitamina D.

Le fratture da fragilità per osteoporosi hanno rilevanti conseguenze, sia in termini di mortalità che di disabilità motoria, con elevati costi sanitari e sociali. Si riduce l'aspettativa di vita, se ne compromette la qualità. La mortalità da frattura del femore è del 5% nel periodo immediatamente successivo all'evento e del 15-25% a un anno. Nel 20% dei casi comporta la perdita definitiva della capacità di camminare autonomamente e solo il 30-40% dei soggetti torna alle condizioni precedenti la frattura.

A determinare la patologia concorrono diversi fattori su cui si può intervenire nel tempo per rafforzare la cosiddetta "banca di riserva di minerali" contenuti nelle ossa che, come detto, si costruisce in ogni individuo nei primi 30 anni di vita grazie al concorso di fattori ambientali e ormonali.

"I fattori di rischio per l'osteoporosi sono un'alimentazione povera di calcio, un basso peso corporeo, un problema ormonale in età giovanile: questi elementi possono alterare la massa ossea, cioè la crescita scheletrica e

quindi porre un rischio di osteoporosi e di fratture nelle età successive –conclude il professor Lello – Per combattere l'osteoporosi uno strumento in più si può rivelare la vitamina D, che permette di migliorare l'assorbimento del calcio a livello intestinale e di coadiuvare tutte le terapie specifiche. Le novità della letteratura scientifica, inoltre, rilevano che l'assunzione quotidiana di vitamina D può esercitare effetti non solo a livello scheletrico, ma anche extra, con funzioni immunologica, antiossidante, cardiovascolare. Il tema è strettamente correlato anche all'attualità della pandemia: recenti studi hanno rilevato che un basso livello di vitamina D è correlato a un alto rischio di Covid e di sintomatologia più importante in corso di infezione".

**Numerosi i fattori di rischio.
Perlopiù si creano nei primi
trent'anni di vita.
L'importanza della vitamina D**



GRAZIE ALL'INNOVATIVO CORSETTO AD "ALTA RIGIDITÀ" ARTBRACE, ORTHOMEDICA SI CONFERMA AZIENDA LEADER NEL TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE SCOLIOSI, ANCHE DI QUELLE EVOLUTIVE DELL'ADULTO

di Lidia Tamburrino

ARTbrace (Asimetrico, Rigido, Torsionale) rappresenta il corsetto di più recente introduzione nel ricco panorama del trattamento conservativo delle scoliosi, nato a Lione nel maggio 2013, dal suo inventore, dott. Jean Claude de Mauroy.

Il suo intento iniziale era quello di sostituire il corsetto gessato previsto dal Metodo Lionese, introdotto parecchi anni prima dal dott. Pierre Stagnara.

Le motivazioni che hanno portato allo sviluppo di questo corsetto sono molteplici:

- fattori di natura economico-sanitaria, legati agli alti costi del corsetto gessato;
- scarsa tollerabilità dei pazienti al corsetto gessato, legata anche all'impossibilità di poter svolgere numerose attività della vita quotidiana;
- sviluppo del nuovo software di ultima generazione, associato al nuovo sistema di acquisizione con





Scanner Structure Sensor, che ha permesso di sviluppare i nuovi concetti biomeccanici di derotazione sui tre piani dello spazio, con annessa elongazione assiale, su cui si basa il corsetto.

Il nuovo corsetto **ARTbrace** viene realizzato nei centri Orthomedica, azienda che da sempre studia e propone sistemi all'avanguardia nel trattamento delle scoliosi. Orthomedica è uno dei pochi centri qualificati e certificati nella realizzazione di questo busto, che necessita non solo di competenza e formazione del personale, ma soprattutto di alta tecnologia e innovazione.

Il corsetto ARTbrace migliora la qualità della vita nei

**Maggiore tollerabilità
dei pazienti, costi più
contenuti e risultati migliori
rispetto al gesso tradizionale**

pazienti scoliotici, permettendo a chi lo indossa di svolgere le normali attività quotidiane.

Indicazioni cliniche

Indicato nel trattamento delle scoliosi: idiopatiche e non (maggiori di 20°); severe (maggiori di 40°/45), tradizionalmente trattate con corsetto gessato e già ai limiti di un'indicazione chirurgica.

L'ARTbrace trova indicazione anche nel trattamento delle scoliosi evolutive dell'adulto, con disequilibri dell'asse occipitale e sagittale con la finalità di riequilibrare la colonna, cercando di evitare un possibile intervento chirurgico (fino ad ora unica proposta terapeutica per le grandi deformità nell'adulto). L'unico corsetto utilizzato sull'adulto, che ha evidenziato non solo una stabilizzazione della deformità scoliotica, ma anche una correzione della curva.

Caratteristiche tecniche

Artbrace fa parte della nuova generazione di corsetti



CORSO
SCOLIOSI
 IDIOPATICA
 con il Dott. De Mauroy

UDINE

VEN · SAB
05·06
 NOVEMBRE 2021

CORSO ACCREDITATO ECM

CON IL PATROCINIO DI:

confimiindustria
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana nel Settore Primario SANITÀ

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Soluzioni Omnia Media Srl
 Via Anfiteatro, 10 - 37121 Verona - Tel. +39 045 8034553 - Fax +39 045 2109966
congressi@soluzioniomnia.com



definiti ad “alta rigidità”, realizzato in poliammide sintetico (EUROPLEX’O), di uno spessore leggermente inferiore rispetto al tradizionale. È un corsetto bivalva con chiusura anteriore regolabile e con asta posteriore pre-modellata, al fine di migliorare anche il piano sagittale, spesso modificato nella patologia scoliotica come il dorso piatto. Grazie al suo materiale è un corsetto ben tollerato.

L’ARTbrace, realizzato in poliammide sintetico, sostituisce perfettamente il gesso tradizionale e dimostra risultati migliori. In letteratura viene riportata una correzione radiologica media della scoliosi del 70% (riferimenti bibliografici 30-40%) e 40% più alta dello stesso corsetto gessato.

Meccanismo d’azione

È un busto che grazie all’alta rigidità del suo materiale

lavora in elongazione e detorsione globale, superando il concetto bidimensionale tradizionale di sistema spinte/controspinte dei corsetti classici. L’acronimo A.R.T. sta per:

asimmetria (asimmetria controllata grazie al sistema di acquisizione e costruzione del busto);

rigidità (nuovo materiale impiegato poliammide sintetico ad alta rigidità);

torsione (detorsione globale ed accurata sui segmenti interessati dalla deviazione angolare associata ad un lavoro in elongazione (pull) attraverso la presa ascellare definita (Baby lift).

Questo meccanismo di azione è stato dimostrato nella nuova metodica radiologica EOS, dove mediante la ricostruzione in 3D ha reso difficile questo effetto.

“NUOVA” CRIOABLAZIONE PER TRATTARE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

di *Katrin Bove*

La Fibrillazione Atriale è il disturbo più frequente del ritmo cardiaco (aritmia) e si manifesta quando le camere superiori del cuore (gli atri) non si contraggono più in maniera coordinata: il battito cardiaco risulta, di conseguenza, rapido ed irregolare, al punto che può essere avvertito come anomalo (palpitazioni). Altri sintomi comuni includono affanno, vertigini, stanchezza, dolore al petto.

La rilevanza clinica è tale che la presenza di FA è associata ad un aumento di 1.5-2 volte di morte e riduce in maniera significativa la qualità di vita e la tolleranza all'esercizio a causa dei sintomi limitanti.

Con l'aumento della vita media globale e la maggiore sopravvivenza con malattie croniche, la FA, nel 21-esimo secolo, ha raggiunto le dimensioni di una malattia cardiovascolare epidemica, con delle proiezioni di forte crescita nei prossimi 30 anni, sia in termini di incidenza (nuovi casi per anno) che di prevalenza (numero di casi totali). Sebbene interessi anche le fasce più giovani della popolazione, tale aritmia colpisce in particolare gli anziani, con percentuali di casi sul totale della popolazione che vanno dall'1-2% per pazienti al di sotto dei 65 anni, fino al 9-10% per quelli al di sopra degli 80 anni.

**UN DISTURBO
PERICOLOSO,
CHE AUMENTA
I RISCHI
DI MORTALITA'
E PEGGIORA
LA QUALITA'
DELLA VITA**



Gemma Pelargonio

A livello mondiale la prevalenza stimata nel 2016 si attestava su circa 46 milioni di individui (Global Burden of Disease project), con 8 milioni di casi totali in Europa, dei quali più di un milione in Italia.

I pazienti generalmente non muoiono per l'aritmia, ma per le comorbidità e le complicanze associate, come ad esempio l'insufficienza cardiaca, la cardiopatia ischemica, la malattia renale cronica, la tromboembolia venosa, l'ictus, la demenza ed il cancro.

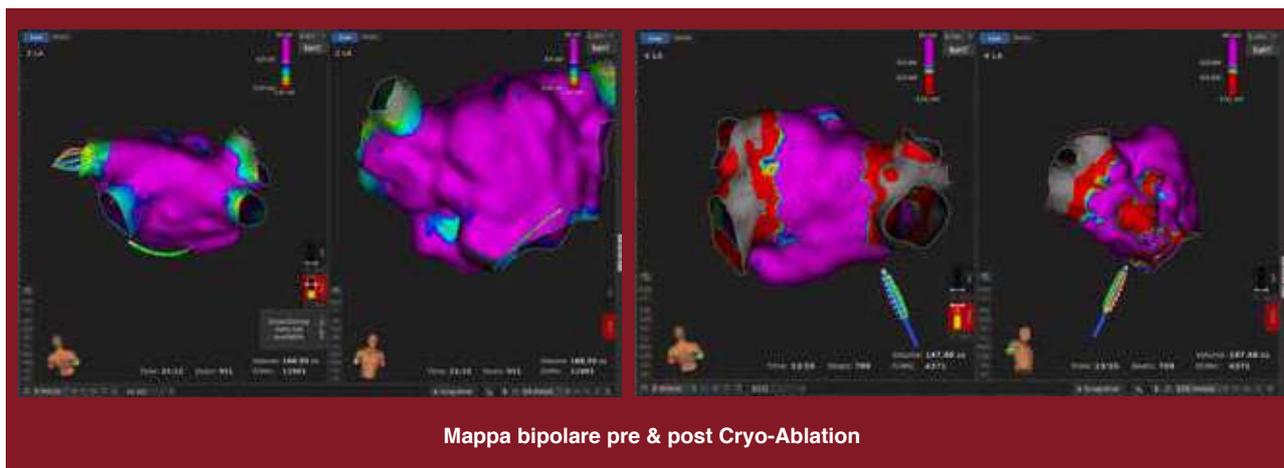


Negli ultimi 10 anni, il riconoscimento delle conseguenze potenzialmente gravi associate alla FA, ha stimolato la comunità scientifica ad una crescente attività di ricerca mirata alla comprensione dei fattori di rischio ed allo sviluppo di nuovi strumenti di trattamento.

Il trattamento della FA varia in funzione di diversi fattori (tipologia della FA, entità dei sintomi, storia clinica). Per la sua cura, possono trovare impiego i farmaci (per il ripristino e il mantenimento del normale battito cardiaco e medicinali per la prevenzione dei trombi), la cardioversione elettrica (una procedura medica, realizzata con un defibrillatore, che permette di resettare il ritmo del battito cardiaco e, successivamente, riportarlo alla normalità) oppure l'ablazione cardiaca transcateretere, una tecnica chirurgica mininvasiva finalizzata ad eliminare il gruppo di cellule da cui origina il battito anomalo e lo diffonde, alimentando così l'aritmia.

Dalle prime descrizioni ufficiali a fine degli anni 90, l'ablazione transcateretere si è ormai affermata come un'opzione terapeutica efficace per moltissimi pazienti. Le attuali linee guida internazionali sostengono il suo utilizzo in particolar modo quando la patologia è nella sua fase iniziale e non si è ancora cronicizzata (FA parossistica). Studi recenti hanno, inoltre, dimostrato che si tratta di una terapia costo-efficace anche come prima linea di intervento.

Per eseguirla, il medico Elettrofisiologo introduce una speciale sonda (catetere) attraverso il sistema venoso fino al cuore; tale sonda è in grado di individuare l'area cardiaca malata e al tempo stesso di eliminarla. Tipicamente la sede di origine dell'aritmia è rappresentata dalle vene polmonari che si trovano nell'atrio sinistro e che richiedono di essere distrutte (isolate elettricamente) affinché la FA possa risolversi. La prima tecnologia utilizzata per l'ablazione transcateretere delle vene polmonari punto a punto è stata quella "a caldo" basata sulle onde a radiofrequenza.



La continua valutazione degli esiti sulle terapie ha permesso di introdurre un'innovazione tecnologica che sfrutta una diversa fonte di energia: la crioablazione, che consente di localizzare e congelare il tessuto cardiaco responsabile del battito irregolare, in tempi più veloci, con un processo più uniforme e standardizzato, attraverso un catetere a pallone gonfiabile (cryo balloon).

La tecnica consiste nell'introdurre una guida nella vena polmonare su cui viene fatto scorrere il cryo balloon. Lo stesso viene dapprima gonfiato e spinto fino a "tappare" la vena e successivamente viene raffreddato a temperature di circa -50° per 3-4 minuti, con l'obiettivo di creare una lesione circonferenziale uniforme che la isola con una sola erogazione di crioenergia (one-shot). Il procedimento viene poi ripetuto per tutte le quattro vene polmonari.

Rispetto alla tecnica con radiofrequenza, la crioablazione ha il vantaggio di essere una metodica più semplice (con tempi di intervento in sala operatoria dimezzati) e riproducibile, con minori complicanze e minore incidenza di recidive (e quindi di re-interventi a distanza di un anno). La facilità di utilizzo della tecnologia ha mostrato che la riduzione dei tempi procedurali può portare ad un aumento della capacità ospedaliera e al risparmio dei costi gestionali generali, mantenendo alta la qualità della cura.

Da un punto di vista dell'efficacia, questa terapia risulta essere non inferiore alla radiofrequenza per il trattamento di pazienti con fibrillazione atriale parossistica refrattaria ai farmaci.

L'ablazione transcateretere della FA, se eseguita in centri esperti da parte di team adeguatamente formati, è più efficace della terapia farmacologica nel mantenimento del ritmo regolare del cuore con un simile tasso di complicanze.

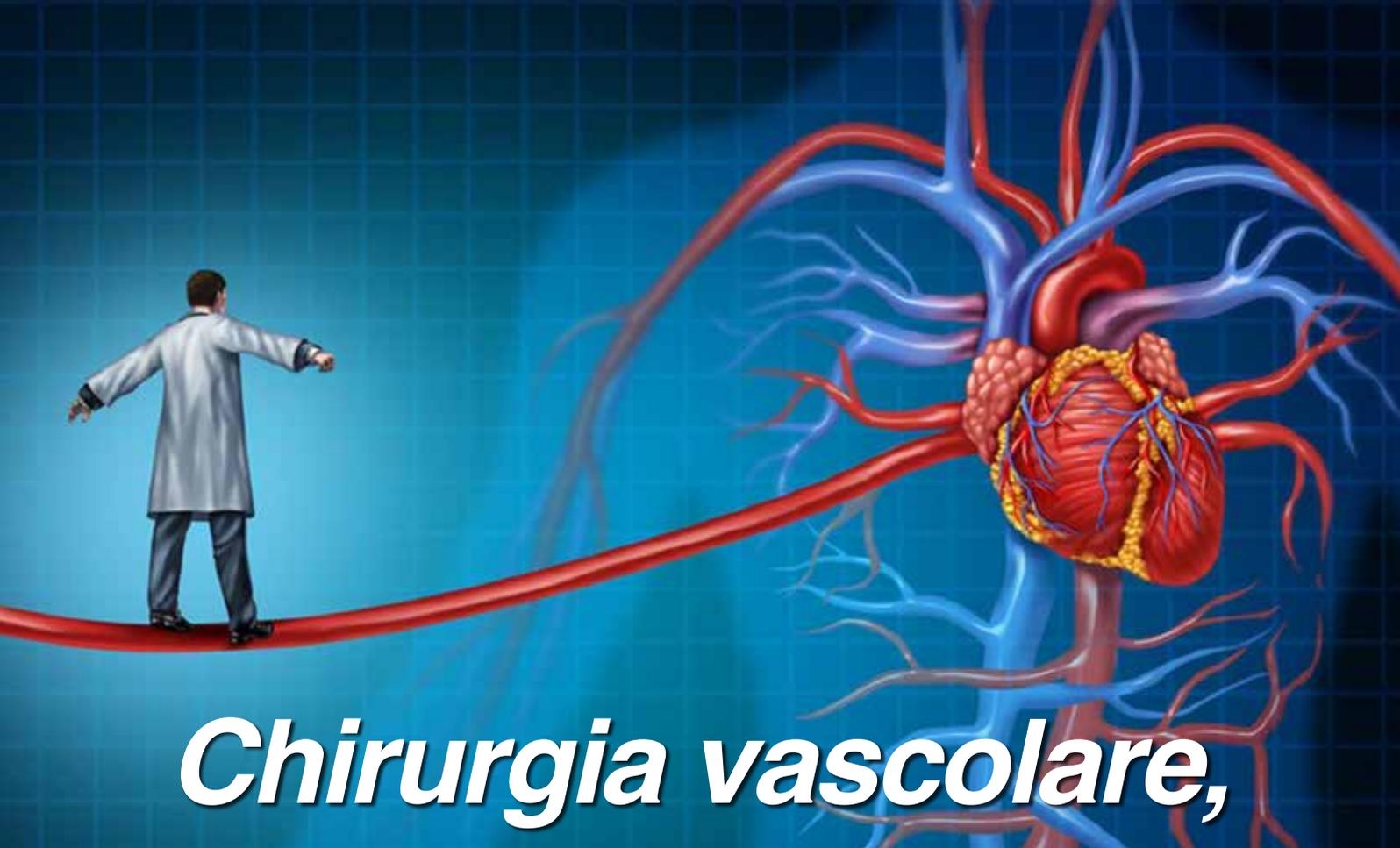
In questo panorama si inserisce l'equipe della UOS di Aritmologia della Fondazione Policlinico Universitario

Agostino Gemelli IRCCS, diretta dalla dottoressa Gemma Pelargonio. La struttura romana, recentemente accreditata dalla Joint Commission International per qualità e sicurezza (luglio 2021), esegue oltre 1100 procedure all'anno sia di elettrostimolazione (impianti di pacemaker e defibrillatori), che di elettrofisiologia (studi elettrofisiologici, ablazioni). Relativamente a queste ultime, essa si avvale di innovazioni terapeutiche recentemente introdotte in Italia come il sistema POLARx (dalla ricerca Boston Scientific) che rappresenta un significativo step evolutivo nella tecnica one-shot della crioablazione.

La tecnologia del sistema POLARx facilita, infatti, il posizionamento sulla vena polmonare del cryo balloon con un semplice approccio anatomico e garantisce un elevato livello di automatismo al punto che un singolo operatore può governarlo dalla SmartFreeze cryo-console, tenendo costantemente monitorati tutti i parametri della procedura: questo permette di ridurre in modo significativo la durata della stessa, mantenendo inalterata l'efficacia e la sicurezza per i pazienti.

In particolare, la console del sistema POLARx informa l'operatore di possibili criticità e complicanze legate all'ablazione della FA (lesioni/fistole esofagee da bruciatura e a lesioni/paralisi del nervo frenico): integrando e mostrando in tempo reale l'andamento della temperatura esofagea durante la crioablazione, unitamente alla vitalità e al funzionamento del nervo frenico, si introducono così due meccanismi di sicurezza molto importanti che possono essere controllati e gestiti durante l'intervento.

"Alla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS - conclude la dottoressa Pelargonio - utilizziamo il sistema di crioablazione POLARx già da un anno ed è rapidamente divenuto uno dei cardini della nostra attività perché si riesce a semplificare la procedura grazie ad un work flow ottimizzato ed un elevato livello di automazione"



Chirurgia vascolare,

tra prevenzione e innovazione tecnologica

*UNA VALIDA ORGANIZZAZIONE DEI PROFESSIONISTI DI MEDICINA GENERALE
PUÒ RAPPRESENTARE IL PRIMO STEP NELLA PREVENZIONE
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI*

di *Riccardo Romani*

Il prof. Gabriele Pagliariccio, di recente nominato direttore della UOC Chirurgia Vascolare dell'ASL di Teramo, specializzato in Chirurgia Vascolare presso l'Università di Ancona, ha all'attivo l'esecuzione di circa 6.000 interventi di chirurgia vascolare maggiore e circa 600 di chirurgia vascolare minore.

Quale impatto ha avuto l'emergenza sanitaria sulla cura e sul trattamento ospedaliero dei pazienti con malattie cardiovascolari?

Le malattie cardiovascolari hanno una diffusione amplissima nella popolazione e rappresentano la prima causa di morte (oltre il 30% secondo *OECD Health Statistics 2020*). Dati ancora più drammatici se li interpretiamo alla luce del periodo in cui viviamo, che ci ha costretto a ridurre – e per un certo periodo a bloccare – tutte le prestazioni da erogare, sia nell'ambito diagnostico che terapeutico. Ma tutto quello che è stato soppresso per molti mesi contribuisce ad un danno sanitario enorme, che verrà pagato nei prossimi anni in

termini di eventi vascolari: non aver individuato e trattato una stenosi carotidea significa che potremmo aspettarci che quel paziente arrivi prossimamente alla nostra attenzione con un evento ischemico cerebrale (TIA od ictus). Dal versante terapeutico, i trattamenti chirurgici ed endovascolari sono stati ovunque fortemente ridotti – quando non addirittura cancellati – durante il lockdown. Ma le malattie vascolari non aspettano e progrediscono spesso in modo drammatico: un aneurisma dell'aorta addominale non trattato può portare a rottura dell'aorta ed alla morte del paziente in percentuali sino al 50% dei casi secondo le linee guida 2019 della Società Europea di Chirurgia Vascolare (ESVS). Oltre a questo, la drammaticità del periodo in cui stiamo vivendo è che il carico di morbilità e mortalità delle patologie non trattate in questo frangente storico rischia di lasciare sul campo più danni e vittime della stessa pandemia. Le conseguenze del primo *lockdown* le stanno pagando sulla loro pelle i pazienti con arteriopatia periferica (circa

200 milioni nel mondo, secondo le linee guida della Società Europea di Medicina Vascolare del 2019). Questi pazienti, non recatisi in ospedale durante il *lockdown*, stanno affollando i reparti della nostra disciplina con arti in gangrena da amputare, unicamente perché non trattati in precedenza con una semplice angioplastica od un bypass.

Che apporto può dare l'innovazione tecnologica nel suo campo di attività?

L'innovazione tecnologica ha comportato un formidabile cambiamento nella prognosi a breve e medio termine del trattamento delle patologie vascolari, sia arteriose che venose. In particolare, le metodiche endovascolari hanno comportato un netto miglioramento della prognosi a breve-medio termine dei pazienti sottoposti a trattamento di patologie aneurismatiche dell'aorta toraco-addominale e del segmento iliaco con percentuali di mortalità inferiori all'1% rispetto ad una mortalità ben più alta della chirurgia tradizionale secondo le recenti linee guida della ESVS.

Il reparto che dirige di quali innovazioni tecnologiche è dotato?



Gabriele Pagliariccio

L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare della ASL di Teramo è dotata delle migliori tecnologie, sia per quello che riguarda la diagnostica che per il trattamento delle patologie arteriose o venose. In particolare, nell'ambito della diagnostica sono a disposizione macchine per la diagnostica ultrasonografica di ultima generazione in grado di identificare tutte le più importanti patologie arteriose e venose degli arti superiori ed inferiori e del distretto toraco-addominale. Dal versante terapeutico è dotato – mediante arco a C situato nella sala operatoria dedicata - di tutta la più moderna tecnologia necessaria per il trattamento endovascolare della patologia aneurismatica dell'aorta toraco-addominale e per il trattamento della patologia ostruttiva degli arti inferiori e dei vasi epiaortici.

Che importanza ha la prevenzione rispetto alle malattie cardiovascolari?

La prevenzione rappresenta il cardine del trattamento delle malattie cardiovascolari.

E' fortemente auspicabile, in quest'ambito, un coinvolgimento dei medici di medicina generale per una indispensabile correzione dei fattori di rischio cardiovascolare. In particolare, il miglioramento degli stili di vita - che possono comprendere un appropriato livello di attività fisica, un adeguato controllo ponderale, l'abolizione del fumo, l'abbattimento delle fonti di stress ed una corretta alimentazione - rappresentano i cardini della prevenzione cardiovascolare. Il secondo livello della prevenzione è a carico dei medici specialisti in medicina vascolare ed angiologia, che devono identificare le persone a rischio promuovendo un adeguato controllo, anche farmacologico, delle patologie cardiovascolari. In particolare, l'azione deve essere rivolta ad ottenere un controllo molto attento della pressione arteriosa sistemica, bassi valori di colesterolo LDL (inferiori a 55 mg/dl nei soggetti a rischio) ed uno stretto controllo della glicemia. Il raggiungimento degli obiettivi target appena menzionati (mediante norme igienico-comportamentali oppure in maniera farmacologica) permette di ridurre in modo significativo il rischio di sviluppo di patologie cardiovascolari e soprattutto di controllarne in modo efficace l'evoluitività.

Che importanza possono avere i presidi sanitari territoriali e la telemedicina?

Sappiamo che nella moderna strutturazione sanitaria – e la recente pandemia lo ha ulteriormente dimostrato – l'organizzazione territoriale ha assunto un ruolo centrale nel garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione (la cosiddetta *primary health care*) all'interno dell'articolazione del Sistema Sanitario Nazionale. Una valida organizzazione dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali può rappresentare il primo cardine nella prevenzione delle malattie

cardiovascolari, andando ad identificarne i segni anamnestici e clinici per procedere ad azioni di prevenzione nell'ambito sociale e ad un tempestivo ed idoneo trattamento. In questo contesto, anche la telemedicina rappresenta un valido ausilio: il suo utilizzo è già stato contestualizzato in molte situazioni cliniche, sia per effettuare una diagnosi a distanza che per progettare i trattamenti più adeguati e viene correntemente utilizzata nell'assistenza sanitaria a supporto dei paesi in via di sviluppo. Già da molti anni io stesso partecipo ad un progetto di telemedicina con la Comunità di Sant'Egidio (Global Health Telemedicine).

Quali sviluppi ci sono sulla conoscenza e sulla ricerca delle malattie cardiovascolari?

La ricerca in ambito cardiovascolare si sta sviluppando oramai da diversi anni in vari settori, tra cui i più significativi sono l'ambito farmacologico e lo sviluppo di biotecnologie. In particolare, nell'ultimo decennio l'introduzione di una nuova generazione di anticoagulanti orali diretti (che agiscono direttamente sul fattore X della cascata coagulativa) ha permesso un più efficace trattamento, in termini di efficacia e sicurezza, della trombosi venosa profonda. Negli ultimi due anni, i trials clinici COMPASS e VOYAGER hanno permesso di estendere l'utilizzo di uno di questi farmaci – il rivaroxaban - anche ai pazienti con arteriopatia cronica obliterante degli arti inferiori, solitamente trattati con antiaggreganti, ottenendo in questo modo un percorso di cura più sicuro in termini di prevenzione dei maggiori eventi cardiovascolari. Nell'ambito delle biotecnologie molto si sta facendo nella ricerca di nuovi materiali per la sostituzione di segmenti arteriosi affetti da malattia steno-ostruttiva o dilatativa nel caso di assenza di materiale venoso autologo idoneo.

Che rapporto c'è tra le malattie cardiovascolari e quelle legate alla funzionalità del cervello?

Questo argomento rappresenta un interessante spunto di ricerca ed è stato oggetto di numerose pubblicazioni



scientifiche. Si sta ricercando il nesso fra la presenza di una stenosi carotidea ed un decadimento neurologico, in particolare cognitivo. Il nostro gruppo chirurgico, insieme ai neurologi del prof. Mauro Silvestrini, ha approfondito questo argomento con molteplici studi e pubblicazioni sulle più importanti riviste mondiali. In particolare, nel 2018, in uno studio pubblicato su *Neurology - Neurocognitive functioning and cerebrovascular reactivity after carotid endarterectomy* - abbiamo messo in correlazione, in una coorte di pazienti con stenosi carotidea sintomatica sottoposti a disostruzione chirurgica, il miglioramento della perfusione cerebrale, della reattività cerebro-vascolare e di conseguenza delle funzioni neurocognitive. Siamo quindi riusciti a correlare la perfusione cerebrale con le funzioni neurocognitive evidenziando il loro stretto rapporto. Ulteriori sviluppi si potranno presentare in quest'ambito quando si riuscirà a dimostrare la relazione fra un ipoflusso cerebrale conseguente ad una stenosi carotidea asintomatica ed il decadimento cognitivo con la certezza, quindi, che una risoluzione (chirurgica od endovascolare) della stenosi stessa possa portare ad un miglioramento del quadro cognitivo dei nostri pazienti.

Le patologie vascolari non trattate in questo frangente storico rischiano di lasciare sul campo più danni e vittime della stessa pandemia

CARDIOLOGIA, TRA IPERSPECIALISTICA E NUOVE TECNOLOGIE

di Riccardo Romani

Alessandro Bortone, professore aggregato/ricercatore confermato classe VIII^a della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, è responsabile dell'Unità Operativa di Emodinamica Interventistica della Cardiocirurgia, Coordinatore dei Laboratori di Emodinamica Interventistica afferenti al Dipartimento Cardiotoracico e Direttore dell'Unità di Progetto Interdipartimentale di Emodinamica Interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Dal 1998 ad oggi ha eseguito personalmente oltre 50.000 procedure diagnostiche; 10.000 angioplastiche coronariche; 2.000 angioplastiche periferiche; 400 correzioni di cardiopatie congenite; 500 biopsie endomiocardiche; 100 embolizzazioni di fistole artero-venose; 50 chiusure percutanee dell'auricola sinistra; 300 cateterismi del ventricolo destro; 600 impianti di protesi endovascolari; 120 impianti di valvole aortiche percutanee.

Ha partecipato alla progettazione e successiva brevettazione dei seguenti manufatti tutti attualmente e correntemente utilizzati nei laboratori di emodinamica interventistica di tutto il mondo: *Vibro-Jet della Azienda Invatech*: device utilizzato per il cross delle occlusioni croniche delle arterie periferiche secondo una tecnica intermedia tra quella dell'angioplastica rotazionale secondo Kaltenbach e la dissezione sub-intimale secondo Bolian; *Horus S e sue successive evoluzioni della Azienda IBS*: stent

Come passare dalla medicina di tipo analogico 3.0 alla medicina di tipo digitale 4.0, da una terapia generale a una sartoriale su misura. Con l'innovativa applicazione House Hospital un semplice smartphone consente al paziente di essere monitorato e curato a casa propria

coronario del tipo Bare Metal Stent (BMS), che segue il concetto del less mismatch stent (LMS) ovvero del minimo impatto meccanico sulla parete vasale per cercare di minimizzare la componente meccanica della restenosi coronaria; *Valiant della Azienda Medtronic*: endoprotesi vascolare aortica di seconda generazione e suo sistema di rilascio (Axcelerant) che consente di utilizzare stent-graft di diametro sino a 46 mm e di lunghezza sino a 200 mm; *Relay e sue successive evoluzioni della Azienda Bolton*: endoprotesi vascolare aortica di terza generazione e suo sistema di rilascio (Transport) che minimizza il mismatch tra aorta e device seguendo l'orientamento e la distribuzione tridimensionale delle forze torsionali; *Conic Balloon*



Alessandro Bortone



e *B-Tip della Azienda Conic Vascular*: pallone da PTCA di ultima generazione che segue perfettamente la parte rigida della guida coronaria ed evita l'effetto "ad osso di cane" del pallone tradizionale; *FastSeal della Azienda Vascular Closures Systems*: sistema di chiusura degli accessi vascolari percutanei perfettamente biocompatibile ed interamente riassorbibile in quattro settimane senza alcun fenomeno infiammatorio; *New Media Layer (NML)*: sistema multistrato di endoprotesi vascolare composta da tre fili di nitinol senza alcun graft.

Professore, che cos'è l'innovazione tecnologica?

L'innovazione tecnologica è tale se è un vero vantaggio per l'individuo ovvero se offre qualità dei servizi con risparmio di spesa e assicura un outcome che sia costo/efficacia.

Quali sono i benefici e i rischi?

Il progresso delle conoscenze e delle tecnologie ed il delinearci di ambiti di competenza iper-specialistica hanno certamente contribuito a modificare la struttura unitaria della Cardiologia. La tecnologia ha contribuito all'abbattimento dei tassi di mortalità in setting acuti, come l'infarto miocardico, lo scompenso cardiaco, le aritmie ventricolari maligne, alimentando, però, l'iperspecialità. La tecnologia può indurre il rischio di settorializzazione e frammentazione nell'approccio e nella gestione dei pazienti e dei percorsi di cura. Poiché vari sono i livelli di complessità degli ospedali, e vario ed articolato è il percorso di cura dei malati, è evidente che solo un'organizzazione flessibile, modulata, adatta ai vari livelli di intensità di cure e che abbia presente la tempodipendenza degli interventi in emergenza sarà all'altezza ed al passo con i tempi. La mutazione demografica inevitabilmente ha ripercussioni sui modelli assistenziali, sulla organizzazione sanitaria e sugli standards assistenziali. Di ciò occorre prendere coscienza nel ripensare l'offerta di servizi sanitari. Una cardiologia moderna deve fortemente perseguire l'innovazione al passo con il progresso tecnologico. Tali obiettivi e

tali attitudini vanno perseguiti con continuità e vanno adattati e finalizzati al miglior risultato possibile in termini di efficienza, sostenibilità ed equità distributiva delle risorse. L'innovazione va coniugata con l'appropriatezza e con la sostenibilità. Nell'introdurre nuove tecnologie terapeutiche ad alto costo, nell'interesse dei malati, si dovrà porre sempre maggiore rispetto ai requisiti minimi ed agli standard di sicurezza necessari.

Qual è il passaggio decisivo dalla medicina 3.0 alla medicina 4.0?

Medicina 3.0 è una medicina di tipo analogico con terapie generali per tutti, mentre medicina 4.0 è una medicina digitale, customizzata e sartoriale, dedicata al singolo individuo attraverso l'analisi dei dati patologici morfofunzionali e quelli genetici, comportamentali e ambientali. Gli ultimi due definiti epigenetica, ovvero il vestitino su misura del gene, che può pertanto condizionarne l'espressione in senso negativo o positivo.

Quanto inciderà l'invecchiamento della popolazione sulle problematiche che lei affronta quotidianamente in sala operatoria?

Le malattie cerebrovascolari sono la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale (1-Feigin VL 2017) oltre a essere responsabili di circa un decimo degli anni persi per morte prematura o disabilità (disability-adjusted life years, DALY). Sono anche responsabili di un considerevole carico sociale (burden) per il paziente e per i familiari che lo assistono. Con l'invecchiamento della popolazione è possibile prevedere nel tempo un incremento sia dell'incidenza totale dell'ictus, che rappresenta la manifestazione clinica di gran lunga più frequente, sia del carico sociale conseguente alla disabilità post-ictus. I cambiamenti demografici e la disponibilità di nuove strategie terapeutiche stanno anche modificando la distribuzione delle diverse eziologie dell'ictus ischemico ed emorragico. Dati recenti indicano che nelle ultime due decadi si è verificato nella popolazione caucasica e nei Paesi ad alto reddito un incremento della quota di ictus ischemici a patogenesi cardioembolica e una riduzione della quota dovuta ad aterosclerosi dei grossi vasi e a malattia dei piccoli vasi o lacunare (2-Ornello R 2018). È stata anche segnalata una diminuzione delle emorragie in sede tipica e un aumento di quelle in sede atipica (soprattutto di quelle legate ad angiopatia amiloide). La riduzione del numero di casi di ictus ischemico causato da aterosclerosi dei grossi vasi sembra sia da attribuire alla maggior diffusione dei trattamenti preventivi con farmaci anti-ipertensivi e con statine oltre che alla riduzione del fumo di sigaretta. Il progressivo invecchiamento della popolazione, insieme con l'ancora limitato impiego degli anticoagulanti orali negli anziani, ha invece contribuito all'aumento degli ictus ischemici a patogenesi cardioembolica in gran parte



dovuti alla fibrillazione atriale che è il più importante fattore di rischio cardioembolico età correlato. È facile prevedere che in parallelo con l'incremento dell'aspettativa di vita vi sarà, negli anni a venire, un incremento della numerosità dei soggetti con fibrillazione atriale. Per contrastare le conseguenze cardioemboliche di questa aritmia dovranno essere implementate le strategie terapeutiche correnti basate sull'impiego di farmaci anticoagulanti antagonisti della vitamina K (vedi Antagonisti o Inibitori della vitamina k) e di farmaci anticoagulanti diretti o di nuova generazione (vedi Anticoagulanti diretti), mentre per il controllo della funzione cardiaca saranno fondamentali i farmaci antiaritmici e gli interventi sullo stile di vita e sui fattori di rischio correlati.

Perché lei parla di settore cerebro-cardiovascolare?

Parlo di settore cerebro-nefro-cardiovascolare perché i tre organi cuore/cervello/rene lavorano insieme per l'omeostasi del nostro organismo, senza tralasciare il killer più pericoloso, che è il diabete di tipo 2, ovvero quello insulino dipendente.

Che cos'è per lei la centralità del paziente?

La centralità del paziente si ottiene mediante la trasformazione del paziente da stakeholder passivo in stakeholder attivo: un soggetto che non subisce la terapia passivamente, ma che partecipa in maniera attiva alla cura della sua patologia perché curarsi meglio assicura una migliore qualità di vita ed è un risparmio di spesa.

Può descrivere l'innovazione introdotta nel suo ospedale: l'applicazione House Hospital?

In house hospital significa seguire il paziente a casa

evitando chiamate inutili al 118, file inutili al pronto soccorso, file inutili per prenotare visite o esami di laboratorio e quant'altro; il tutto avverrà attraverso un app dedicata, che avrà in sé tutte queste potenzialità trasformando un semplice smartphone in un vero mezzo di monitoraggio e cura. Sono consulente scientifico, a titolo gratuito, di Albodos srl, che sta implementando un app che non lascerà mai solo il paziente, che potrà comunicare in ogni momento con il proprio medico, farmacista, laboratorio di analisi. Un aspetto importante sarà il teleconsulto, che avverrà su smartphone, tablet e non solo da pc.

Quali sono i suoi più recenti interventi che si sono avvalsi delle innovazioni tecnologiche e che hanno fatto scuola?

Il trattamento endovascolare della patologia aortica, l'impianto percutaneo di valvola aortica, la correzione percutanea dell'insufficienza valvolare mitralica e tricuspideale, la correzione percutanea del forame ovale pervio a rischio di recurrenza di stroke, la chiusura percutanea dell'auricola sinistra in soggetti a rischio di stroke e che non possono assumere anticoagulanti orali.

Lei è anche professore universitario. Come giudica il livello di formazione dei suoi studenti e ricercatori?

Il livello dei nostri studenti e ricercatori è molto elevato e apprezzato in tutto il mondo. Lo prova il fatto che i nostri migliori cervelli lavorano tutti all'estero. Il nostro è un Paese che favorisce questo terribile fenomeno: noi li formiamo e gli altri Paesi ne traggono giovamento.

Come si concilia la sua attività ospedaliera con i limiti imposti dalla burocrazia?

Tento di portare la burocrazia a me mostrando la bontà di quanto facciamo tutti i giorni e coinvolgendola nelle responsabilità; mi piace usare un aforisma: metto le cose in maniera tale che è meglio dire di sì, perché il no me lo devono giustificare.

Qual è il progetto a cui tiene di più?

Sanitarapp (e health e medicina 4.0), la nuova endoprotesi aortica multistrato, la sala multifunzionale per interventistica coronarica, vascolare, strutturale e di neuroradiologia interamente robotizzata e con procedura controllata a distanza.

E l'evento a cui lavorerà nei prossimi mesi?

Un evento a cui tengo molto, che si terrà l'8 aprile 2021: il Congresso ICT3 e-health multicare program. E' un appuntamento annuale che riunisce i cardiologi, cardiocirurghi, chirurghi vascolari, medici dello Sport, internisti d'urgenza, endocrinologi, nefrologi, infermieri e MMG delle regioni Abruzzo, Calabria, Campania Molise, Puglia e Basilicata. Articolato in due giornate, in questo congresso verranno discusse le linee guida europee e americane e i PDTA delle malattie cardiovascolari. Verranno individuati e chiariti i passaggi più importanti dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria e della ricerca cardiovascolare.



ANMCO, il congresso della cardiologia digitale

IMPONENTE PARTECIPAZIONE DI PUBBLICO IN PRESENZA E WEB, PUNTANDO SOPRATTUTTO SUI GIOVANI, E NUOVE E PRESTIGIOSE PARTNERSHIP DI RESPIRO INTERNAZIONALE. CON OTTIMISMO RESPONSABILE SI È TENUTO IL 52° CONGRESSO ANMCO SULLA CARDIOLOGIA DIGITALE

di Danilo Quinto

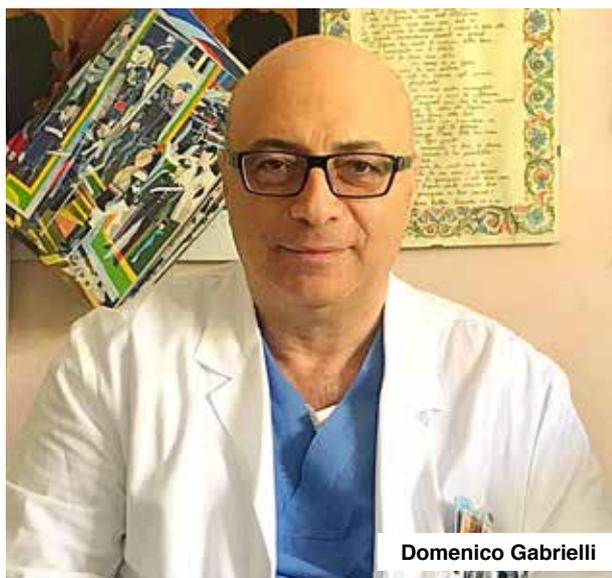
A fine agosto 2021 si è tenuto, presso il Palacongressi di Rimini, il 52° Congresso di ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi). Ne parliamo con il prof. Domenico Gabrielli, Direttore UOC Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, Past-Presidente ANMCO e delegato per la ricerca della Fondazione "Per il Tuo Cuore-HCF Onlus".

"E' stato un congresso particolare", afferma il prof. Gabrielli. "Siamo infatti passati dal *coraggio responsabile* del Congresso 2020 all'*ottimismo responsabile* del 2021, corroborato da una imponente partecipazione di pubblico, circa 5000 iscritti fra parte in presenza e parte web e da una organizzazione peculiare che ha visto la compresenza nella organizzazione del Presidente ANMCO in carica Furio Colivicchi, mia e dei CD ANMCO 2018-2021 e 2021-2023. La finestra temporale di questo congresso è stata analoga a quella del 2020 e ha di nuovo richiesto una deroga da parte di Farindustria e Assobiomedica per i noti limiti imposti dalle Autorità in ragione della situazione pandemica che ha travolto il nostro Paese. Abbiamo puntato sulla formula congressuale di tipo ibrido, che prevede sia la parte residenziale, nel pieno rispetto della normativa relativa, sia la partecipazione online, impreziosita da una piattaforma web di assoluto rilievo ulteriormente evoluta rispetto allo scorso anno, grazie all'impegno del nostro partner tecnologico. Anche quest'anno è stata riproposta la formula già testata: l'intero programma scientifico è

stato e sarà totalmente fruibile ancora per qualche mese attraverso la piattaforma dedicata digital.anmco.it, in cui sono stati anche individuati percorsi di formazione a distanza FAD sincrona e asincrona".

Perché un Congresso anche in presenza?

"Per poter promuovere lo scambio e l'interazione scientifica, anche in materia di COVID-19, con percorsi che pongono particolare attenzione ad argomenti organizzativi e alle evidenze emerse dalla nostra quotidianità. Il motivo informatore del Congresso è stata la Cardiologia Digitale, in perfetta sintonia con la evoluzione clinica e organizzativa legata anche alle necessarie riflessioni regolatorie obbligate dalla pandemia e una naturale evoluzione del percorso scientifico che ANMCO ha seguito in questi anni e con quello che è stato lanciato in questi mesi: Next generation ANMCO. Ci siamo impegnati per proporre un evento in grado di richiamare tutta la comunità medico-scientifica, arricchito da una complessa partnership, anche di natura istituzionale, mai come quest'anno numerosa e di respiro internazionale, con l'adesione dei diversi organismi attivi nell'ambito cardiologico e non. Nel corso del Congresso si sono svolte sessioni congiunte, approfittando delle possibilità tecniche offerte dalla piattaforma web, con ESC, ACC e AHA; molte sono state le letture di prestigiosi ospiti stranieri, fra le altre quella della Prof. Barbara Casadei italiana e past-presidente ESC, che ha portato il saluto della nostra società madre. Sono stati proposti circa 400



Domenico Gabrielli

abstract per comunicazioni/poster, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera; gli atti del congresso sono stati pubblicati in forma cartacea su un Supplemento dello EHJ e in forma digitale”.

Avete puntato sulla partecipazione dei giovani?

“Certamente. Abbiamo previsto un elevato numero di loro nella Faculty, offrendo l’iscrizione gratuita al congresso, in forma residenziale, nei limiti di numero che ci siamo autoimposti in ossequio alla massima sicurezza dei partecipanti, o digitale, a tutti gli specializzandi in Cardiologia e Cardiocirurgia e di branche internistiche che ne abbiano manifestato interesse. Abbiamo realizzato, oltre che il solito importante e innovativo progetto scientifico-formativo, anche una manifestazione che ha premiato l’impegno e la passione degli Associati ANMCO: dall’assegnazione della borsa di studio intitolata a Vincenzo Masini, alla premiazione del migliore caso clinico con il premio Pizzuti-Chiatio, alla premiazione dei 3 vincitori del partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, fino alla proclamazione dei nuovi Fellow. Il conferimento del massimo riconoscimento associativo, la targa d’oro, ha visto quest’anno premiare il Generale Figliuolo; abbiamo voluto inoltre riconoscere il valore associativo di Andrea Di Lenarda e di Giovanni Gregorio, quest’ultimo non presente per un aggravamento improvviso delle condizioni di salute, figure di cardiologi e associati ANMCO di assoluto valore professionale e umano”.

Uno dei contenuti dibattuti durante è stato quello delle applicazioni del digitale alla cardiologia. Può dire qualcosa in merito?

Uno dei motivi principali del Congresso è stato proprio questo ed ampie parti dell’evento hanno tratto questi argomenti. Abbiamo in particolare discusso la possibilità di applicazione dell’intelligenza artificiale al sistema di

emergenza-urgenza e alla stratificazione prognostica dei pazienti cardiopatici o con elevato rischio cardiovascolare. Sono state portate delle esperienze di utilizzo della telemedicina sia nell’emergenza-urgenza sia nel settore cronico.

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia. Che cosa si può ulteriormente fare in termini di prevenzione?

Migliorare la consapevolezza del problema nella popolazione. So che è allo studio un disegno di legge che prevede una valutazione del rischio cardiovascolare per gli over 50 e questa è una cosa molto positiva, che si aggiunge alla Medicina dello Sport ed alle altre opportunità già in essere. Così come sono molto importanti i presidi sanitari territoriali e la telemedicina, per la *seconda opinione* o per seguire i pazienti a più alto rischio.

Quale impatto ha avuto, a suo avviso, il Covid-19 sul trattamento ospedaliero dei pazienti?

Nella prima fase, l’impatto è stato drammatico. I dati sono ormai noti: abbiamo visto una riduzione di oltre il 40-50% di ricoveri ospedalieri, con un aumento della mortalità conseguente dell’ordine di qualche decina di punti. Di quello che è avvenuto vedremo anche in futuro le sequele. Le persone che si sono ricoverate in ritardo o che hanno subito un impatto più grave dal mancato ricovero, più facilmente andranno incontro ad un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute ed a scompenso cardiaco. Stiamo parlando almeno di 100.000 persone.

Rispetto a questo dato drammatico, esiste a livello nazionale e regionale un piano di recupero, di visite cardiologiche che accertino le attuali condizioni dei pazienti?

Un piano di *recupero* sta solo sulla carta. Bisogna considerare che mancano i cardiologi, che sono stati sottoposti negli ultimi 2 anni ad una necessità di impiego ben superiore a quelle che sono le forze medie. In mancanza di risorse umane – medici, specialisti e personale infermieristico - che si aggiunge alla mancanza di risorse economiche, ritengo sia molto difficile che si riesca a recuperare. Sono vuote parole quelle di dire recupereremo. Come si fa? O si riducono altre prestazioni o diventa molto problematico.

Che cosa si dovrebbe fare, allora?

Dovrebbe funzionare molto meglio la medicina territoriale. Così si potrebbero scremare le persone a più alto rischio, che hanno più necessità di visite specialistiche e ricoveri ospedalieri. In questo caso, la medicina specialistica interverrebbe su una quota più abbordabile di pazienti. E’ chiaro che se tutto viene demandato alla medicina specialistica, si perde in partenza, perché non ci sono le possibilità. E’ un problema complesso, che va risolto con la creazione di un tavolo di concertazione, per dare una risposta adeguata alla popolazione, scegliendo progetti realmente sostenibili.

E' IL MOMENTO DELLA TERAPIA MULTIUSO

L'INFUSIONE DI OSSIGENO E OZONO, UN UTILE ALLEATO
PER MANTENERE LA BELLEZZA E PREVENIRE INFIAMMAZIONI

di *Flavia Scicchitano*

Daniele Spirito, specialista in Chirurgia plastica a Roma e Como e docente presso la Scuola di specializzazione in Chirurgia plastica dell'Università di Milano, l'auto emo ossigeno-ozono terapia entra negli studi di medicina estetica in tempo di Covid. Un trattamento ancora poco conosciuto che, grazie ai suoi molteplici effetti, può essere un utile alleato per mantenere intatte bellezza e giovinezza ma anche per prevenire infiammazioni. Di cosa si tratta nello specifico?

"L'infusione di ossigeno e ozono è una

procedura ancora poco conosciuta ma piuttosto utilizzata, in particolare negli ultimi due anni, per difendersi dal Covid. L'ozono è un gas, componente naturale dell'atmosfera, noto per l'azione protettiva che svolge nell'attenuare le radiazioni ultraviolette assorbendone la gran parte prima che giungano sulla Terra. E numerose sono le indicazioni terapeutiche ad esso connesse: da un lato, attraverso l'ossigenazione del sangue, stimola la produzione di anticorpi e rafforza le difese immunitarie, svolge un'azione battericida, fungicida e virustatica



Daniele Spirito

ma anche analgesico-antinfiammatoria; dall'altro svolge un'azione rivitalizzante, migliorando il funzionamento degli organi e prevenendo l'invecchiamento, un'azione rigenerante, antiossidante e disintossicante. In sintesi, rivitalizza e rigenera il corpo contro l'invecchiamento ma allo stesso tempo ripulisce l'organismo da virus e batteri rafforzando le difese immunitarie. Per questo sono in molti, in età avanzata, a scegliere questa strada per rallentare gli effetti del decorso del tempo".

Come viene eseguito il trattamento?

"Al paziente viene prelevata una certa quantità di sangue venoso (circa 150-200 ml) con procedura classica, mescolata con una uguale quantità di miscela di ossigeno-ozono ad una precisa concentrazione e reinfusa nello stesso paziente. Ovvero: viene iniettato al paziente, per via endovenosa, il sangue prelevato precedentemente, dopo averlo ossigenato e ozonizzato. Non vi è alcun contatto con il sangue, tutta la procedura ha un decorso sterile con materiali monouso, viene eseguita in completa sicurezza e ha una durata complessiva di circa 30 minuti. Questa tecnica consente di ossigenare il sangue, migliorare l'elasticità della parete del globulo rosso e aumentare

la sua capacità di legare l'ossigeno e di distribuirlo ai tessuti. Ciò comporta un miglioramento della circolazione sanguigna e della ossigenazione di tutti i tessuti, con conseguente ottimizzazione della loro funzionalità. Sono sufficienti una decina di sedute. In sostanza si verifica un'azione rigenerante, con miglioramento del tono dell'umore, della resistenza fisica e riduzione della fatica. Inoltre la miscela di ossigeno-ozono induce la liberazione nel sangue di interleuchine e citochine, che esercitano un potente stimolo sul sistema immunitario, regolarizzandolo e migliorando le difese del nostro organismo".

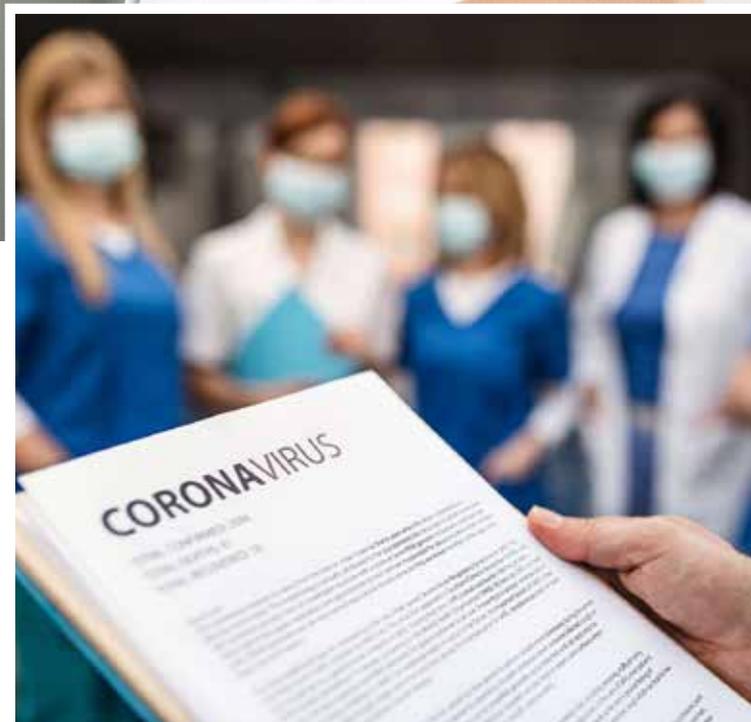
Ma, nel dettaglio, quali sono gli effetti biologici connessi al trattamento di ossigeno-ozono infusione?

"L'ozono aumenta la produzione di energia incrementando il catabolismo degli acidi grassi; regolarizza il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa; accelera la glicolisi; aumenta la deformabilità dei globuli rossi e quindi facilita il loro passaggio all'interno dei piccoli capillari; riduce la viscosità del sangue; attiva la circolazione; riduce i radicali liberi; potenzia il sistema antiossidante mitocondriale; riduce gli immunocomplessi circolanti nelle patologie autoimmunitarie; svolge un'azione battericida, fungicida e virustatica,

un'azione immunomodulante sui linfociti e monociti e un'azione analgesico-antinfiammatoria. E ancora, l'ozono svolge un'azione rivitalizzante, comportando un miglioramento funzionale degli organi e un miglioramento delle quote di energia spendibile. Inoltre produce un'ossigenazione cellulare con riequilibrio ormonale e prevenzione dell'invecchiamento, svolge un'azione rigenerante (si manifesta attraverso l'inversione della tendenza al catabolismo, nell'anziano, in anabolismo cellulare) e disintossicante, migliorando la funzionalità degli organi emuntori (fegato, reni, ecc.) e favorendo l'eliminazione di sostanze tossiche".

Per tutti questi motivi l'ossigeno-ozono terapia viene utilizzata come cura anti-age ma anche prima, durante e dopo il Covid. Soffermandoci prima sulle proprietà anti-invecchiamento, quali sono le categorie di persone che fanno maggior ricorso a questo trattamento?

"Come detto, le persone che hanno superato una certa età, dopo i 50 anni, con i primi segni evidenti di invecchiamento nel viso e nel corpo. Donne, ma anche uomini, che mostrano una doppia esigenza: purificare il proprio organismo e, di conseguenza, aumentare le energie.



E' una tecnica che funziona anche come antiossidante, per questo è in grado di decelerare il processo di invecchiamento. Le persone che si sottopongono ad ozonoterapia riscontrano un miglioramento del proprio benessere psico-fisico”.

Passando, invece, al Covid-19 quali benefici può comportare nella prevenzione o per la cura della malattia?

“Molti studi scientifici attestano l'efficacia dell'ossigeno-ozono terapia in caso di Covid-19. Come strumento di prevenzione, per alzare le difese immunitarie, ma anche una volta contratta la malattia perché ha proprietà antivirali e antibatteriche e impedisce l'attacco alle cellule bersaglio. Infine, può costituire un prezioso alleato anche nel post-Covid, per combattere la sindrome da affaticamento che è frequente in chi ha avuto la malattia. In conclusione l'ozono si è dimostrato efficace nella protezione cellulare dell'organismo e nella regolazione delle risposte immunitarie”.

Esistono controindicazioni?

“Sì, come per ogni altra terapia, o quasi. Il trattamento deve essere evitato nel caso in cui il paziente sia in stato di gravidanza o sia affetto da ipotiroidismo e favismo”.

Un ricordo del prof. Giuseppe De Donno e del suo autorevole e prestigioso contributo nella lotta alla pandemia

di Danilo Quinto



Il 28 luglio 2021, all'età di 54 anni, è scomparso il prof. Giuseppe De Donno. E' stato trovato impiccato nella sua casa di Eremo, frazione di Curtatone. Sposato, cattolico, due figli. Primario di pneumologia dell'ospedale "Carlo Poma" di Pavia, si era dimesso nel mese di giugno per iniziare la nuova professione di medico di base a Porto Mantovano. Sulla sua morte è ancora aperta un'inchiesta della magistratura.

Giuseppe De Donno diventò primario facente funzione delle Pneumologia del Carlo Poma nel settembre del 2018 e poi nel dicembre dello stesso anno vinse il concorso da primario effettivo. Dopo il diploma al liceo classico, conseguì la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Modena con 110 e lode. Completò la sua formazione attraverso diversi corsi di perfezionamento in fisiopatologia e allergologia respiratoria, specializzandosi

nel 1996. Dal 2010 al 2013 fu responsabile della struttura semplice "Programma di assistenza domiciliare respiratoria ad alta intensità per pazienti dipendenti della ventilazione meccanica domiciliare" e nel 2013 diventò dirigente medico della struttura complessa di Pneumologia e Utir (unità intensiva respiratoria) dell'Asst Carlo Poma.

Questa rivista ha intervistato due volte il prof. De Donno, sia durante la prima ondata del Covid, sia nei mesi successivi. Fummo tra i primi a sentirlo perché descrivesse gli esiti della terapia che sperimentò nella primavera del 2020 insieme ai medici di Pavia sui malati di Covid in condizioni gravi e che venivano salvati facendo ricorso al plasma immune, proveniente da persone malate e poi guarite. De Donno parlò con entusiasmo di questa metodologia e si dimostrò felice di aver concorso a salvare tante persone. Ci disse: "I primi giorni abbiamo visto morire molte persone e i ricordi di queste persone rimarranno indelebili nelle nostre menti. Non ci ricorderemo probabilmente i nomi, ma i volti ce li ricorderemo per sempre. E' stata un'esperienza traumatica, perché noi, essendo intensivisti, siamo abituati a vedere la sofferenza, a gestire la morte, ma una concentrazione così importante, è stata veramente difficile da sopportare. E' stata un'esperienza che, come dico sempre, ci ha cambiato totalmente la vita".

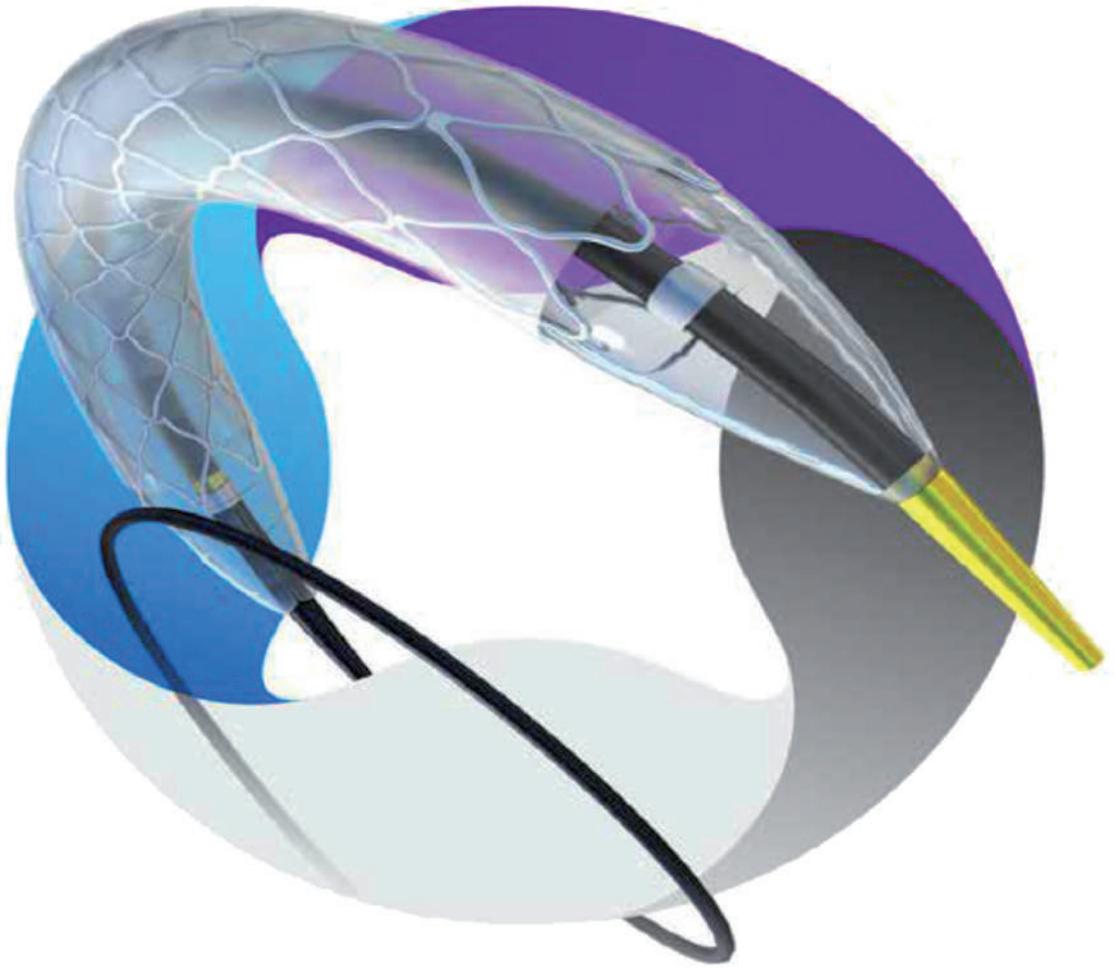
Il suo comunicare era sereno, pacato. Non c'era in lui nessuna insofferenza nei confronti di coloro che avversarono sin da subito quella sperimentazione, nonostante i successi ottenuti in termini di salvezza di vite umane. Né ci fu enfasi, alcuni mesi dopo, quando lo intervistammo in merito agli studi provenienti dagli Stati Uniti, che dimostrarono che l'uso del plasma riduceva la mortalità del 35% dei pazienti colpiti in forma grave. "Questo è l'indice", ci disse De Donno, "usato dalla Food and Drugs Administration per dare l'autorizzazione ad usare il plasma al di fuori dei protocolli controllati e randomizzati". Pensava che questa decisione, insieme a quella del Presidente degli Stati Uniti di invitare tutti i guariti dal Covid-19 a donare il plasma per contribuire ad usarlo nelle cure, avrebbe



suscitato interesse da parte dell'Europa e dell'Italia. Lo sperava. Così non è stato. Sul Covid-19, De Donno diceva quello che tutti sanno, ma che pochi dicono: "Noi questo virus lo conosciamo poco e conosciamo poco il suo atteggiamento. Posso dire che il virus dell'HIV circola da 30 anni nella nostra popolazione. Per cui, il Coronavirus, per quello che osserviamo, potrebbe essere possibile che conviva con noi per degli anni". Nel 2020, il prof. De Donno ricevette un premio molto prestigioso, il Premio Moscati. Così ci commentò questa notizia: "Il Premio Moscati è un premio che onora sempre la professionalità medica e in questo caso la motivazione è stata quella di aver cercato di dare speranza ai nostri concittadini. Questo è proprio quello che ho cercato di fare dall'inizio della pandemia, utilizzando un'arma' impropria, quella dei social, ho sempre cercato di tranquillizzare i nostri concittadini, mandando dei messaggi di serenità e fornendo la sensazione che le



cure per trattare il Coronavirus c'erano. E questo è stato apprezzato dalla giuria ed ovviamente per me è stata una gioia immensa". Questa rivista vuole ricordare il prof. Giuseppe De Donno con grande rispetto e ammirazione. Era una persona solare. Abbiamo avuto il privilegio di conoscere e far conoscere la pacatezza e la misura delle argomentazioni, oltre che la sua mitezza. Grazie, professore!



Extending Life and Improving Health™

Silene™
Stent Ricoperto Periferico

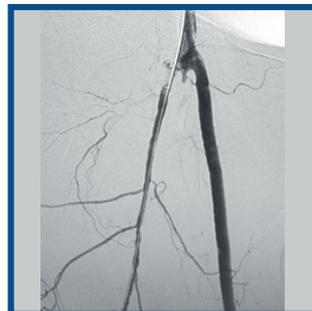
Indigo System

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

CAT
8



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



Aspiration of Thrombus from Occluded Fem-Pop Graft

Dr. Corey Teigen, Sanford Health, ND, USA

CAT
6



Arterial clot in larger arteries including SFA, popliteal and viscerals



Aspiration of Thrombus from Popliteal Artery

Dr. Frank Arko, Atrium Health, NC, USA

CAT
5
& 3



Smaller, distal reach for upper and lower arterial extremities cases



Aspiration of Thrombus from Anterior Tibial

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