

# ORE12 Sanità ITALIA

**Oncologia,  
le nuove frontiere**

**Tiroide,  
bisturi addio**

**Prostata,  
radiologia interventistica**

**Il caso Roma,  
giustizia è fatta**



**INNOVAZIONE**  
**UNA RIVOLUZIONE CONTINUA**

**TECNOLOGIE  
E SERVIZI BIOMEDICALI**



**VIOLATECH**

**BIOMEDICAL SOLUTIONS**

**VIOLATECH S.R.L.**

Via Durban, 4 • 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • [www.violatech.it](http://www.violatech.it)

Hic et nunc

# Medici sempre più preziosi, ma per loro si fa sempre meno

di *Pietro Romano*

I paesani all'inizio non sono felici della sostituzione, ma si devono abituare: un altro medico disposto a trasferirsi in campagna non lo si trova e di dottori disponibili nei paraggi non ce ne sono. I medici in Francia scarseggiano e Nathalie ha voluto lasciare la città per una situazione particolare, altrimenti...

Il film, al quale arrise un grande e giustificato successo, ha un finale agrodolce, ma mette il dito sulla piaga di un grave problema francese. Che in questi due anni si è ulteriormente aggravato. Quando uscì nelle sale italiane, però, allo spettatore medio sembrava descrivere una situazione lontana mille miglia dalla nostra. Ma chi era informato sapeva già che l'Italia stava imitando la Francia. Purtroppo.

Il caso di Cascina de' Gatti è anticipatorio. Una indagine della Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale) sostiene che, senza correttivi, entro cinque anni 14 milioni di italiani si troveranno senza medici di base e, per di più, con molti vuoti nelle corsie degli ospedali. Nel prossimo lustro, infatti, oltre 45mila medici (30mila ospedalieri e 15mila medici di base) andranno in pensione. E per ora non si sa come sostituirli. Un'altra grana per il governo che sarà formato (si spera) all'indomani del voto del 4 marzo prossimo.

Si può cercare di correre ai ripari? Le principali associazioni dei medici italiani hanno messo sul tappeto numerose ricette. Eliminare il numero chiuso nell'accesso alle università e soprattutto alle specializzazioni. Assumere i medici neo-laureati con contratto di formazione a tempo determinato, permettendo così il loro inserimento immediato nella rete del servizio sanitario. Affiancare giovani medici (o addirittura laureandi) ai medici di base avviati alla pensione. Introdurre dei contratti part time post-pensione ai medici andati in quiescenza. E così via.

Esiste, però, un problema nel problema. Tra il 2005 e il 2015 dall'Italia sono espatriati oltre 10mila medici. Vale a dire più di un medico su due espatriato da un Paese membro della Unione europea nello stesso lasso di tempo. Una perdita umana e anche economica, considerato che a spanne il ministero della Salute ha calcolato in circa mezzo milione di euro il costo per formare un medico. C'è bisogno, evidentemente, di far tornare appetibile, socialmente ed economicamente, la professione medica in Italia. Magari cercando di garantire la sicurezza nelle guardie mediche e nelle strutture di Pronto Soccorso sempre più in balia di criminali e di fuori-di-testa. E' molto difficile, comunque, attrarre giovani eccellenti quando i più recenti dati disponibili registrano che nella sanità pubblica operano circa 35mila precari qualificati tra cui oltre 10mila medici.

Al margine orientale di Sesto San Giovanni, i circa 17mila residenti di Cascina de' Gatti non hanno cominciato bene il 2018. Hanno saputo che i loro tre medici di base stavano per andare in pensione e che non sarebbero stati sostituiti. Subito dopo hanno constatato che, nei quartieri limitrofi o in centro, nella cittadina lombarda non è facile trovare medici non massimalisti. Con buona pace del diritto alla cura. A non molti chilometri dal centro di Milano, insomma, si sta registrando una situazione da "Medecin de campagne". Distribuito in Italia con il titolo "Il medico di campagna", questo poetico e tremendamente attuale film francese del 2016, scritto e diretto da Thomas Lilti, narra le vicissitudini umane del dottor Jean-Pierre e dei suoi pazienti, che abitano in un paesino dell'estremo nord transalpino dove lui è disponibile praticamente sempre. Quando, però, Jean-Pierre si ammalava a sua volta, l'ospedale gli affianca la neofita Nathalie.



## ECCELLENZE ITALIANE, FORZA E (QUALCHE) DEBOLEZZA

di Pietro Romano



## LABORATORIO VENETO

di Giampiero Moncada

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA



## EMA, UNA SEDE DA RIDISCUTERE

di Renato Pedullà



## INNOVAZIONE SERVE UN APPROCCIO A 360°

di Angelica Adami

31

LUSSAZIONE SPALLA

36

FONDAZIONE JUST ITALIA

# SOM



**GIUSTIZIA & SANITÀ**

di Katrin Bove



**PATOLOGIA TIROIDEA**

di Katrin Bove



**ONCOLOGIA**

di Giampaolo Tortora



**RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

di Caterina Del Principe

**29**

**PHOENIX ALZATI E CAMMINA**

**38**

**ORTODONZIA**

**40**

**SOCIAL NETWORK**

**43**

**IO LA PENSO COSÌ**

**44**

**ODIO IN RETE**

**47**

**È PRIMAVERA, DEPURIAMO L'ORGANISMO**

**SEGUICI SU:**  
WWW.OREI2ITALIA.EU

**TWITTER**  
OREI2GROUP\_EU

**FACEBOOK**  
OREI2GROUP

**LINKEDIN.COM**  
COMPANY/OREI2GROUP

**LA NOSTRA APP**

**SCARICA L'APP ZAPPÀ GRATIS DAL TUO STORE E ZAPPÀ IL CODICE**

Download on the App Store Google play

**INDICARIO**

**Mensile d'Informazione Economico Sanitaria**

**WWW.ORE12ITALIA.EU**

**Direttore Responsabile**

Pietro Romano  
direttore@ore12italia.it

**Direttore Editoriale**

Katrin Bove  
katrin.bove@ore12italia.it

**Associate Publisher**

Nicola Carrassi

**Redazione**

redazione@ore12italia.it

**Dipartimento Grafico**

**Progetto grafico:** Jordi De La Renta

**Graphic designer & Photo Editor:** Fabrizio Orazi

**Divisione WEB:**

RYANCREATION COVE, Fluid creativity

**Web Editor in charge:**

Naoko Watanabe  
www.ore12italia.eu

Registrazione Tribunale di Roma n.99 del 24/05/2016



**WWW.RICOMUNICARE.COM**

Ore 12 Italia è pubblicato in Italia da RICOmunicare Srl  
Via Appia Nuova, 153 - 00183 Roma

Registrazione Tribunale di Roma

n. 229 del 07/12/2016

Iscrizione ROC n. 26995

**Stampa**

Tipografia Brandi Snc  
Via Orti della Farnesina, 9/a  
00135 Roma

**Hanno collaborato a questo numero:**

Angelica Adami, Katrin Bove, Nicola Carrassi,  
Renato Pedullà, Caterina Del Principe, Martina De Vivo,  
Gaetano Lanza, Marco Maiotti, Giampiero Moncada,  
Riccardo Romani, Cristina Settanni, Lidia Tamburrino,  
Giampaolo Tortora, Marco Toti.

## LE FIRME



**Dott. Giampaolo Tortora**

Professore Ordinario di Oncologia Medica  
Direttore U.O.C. di Oncologia Medica  
Direttore Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica  
Università di Verona e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona.



**Dott. Marco Maiotti**

Direttore U.O.C. di Medicina e Traumatologia dello Sport  
Specialista in Ortopedia e Medicina dello Sport.  
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.



**Prof. Gaetano Lanza**

Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare  
Ospedale Multimedica, Santa Maria di Castellanza, Varese



**Prof. Raoul D'Alessio**

Specialista in Odontoiatria e Protesi dentaria  
Scuola di Specializzazione Ortognatodonzia,  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



**Dott. Renato Pedullà**

Dottore Commercialista in Roma

# 1 • NUMERO •



Cari lettori,

siamo entrati nel 2018 con l'energia che caratterizza ogni inizio anno e con propositi e speranze rinnovate. Partendo da un punto fermo: l'obiettivo prioritario dell'azione sociale del nostro tempo deve essere la tutela della salute come patrimonio dell'umanità. Bene comune.

L'idea di salute come bene primario e struttura dell'esistenza, sia in senso soggettivo e sia in senso collettivo, è già nella coscienza del tardo Rinascimento, quando Francesco Bacone assegna alla medicina tre compiti, il primo la preservazione della salute, il secondo la cura delle malattie, il terzo il prolungamento della vita.

Bacone esalta quest'ultima fase della medicina, affermando: *"per quanto nuova e imperfetta è la più nobile di tutte"*.

Orbene, al centro dell'idea baconiana c'è una scienza cooperativa e pubblica, una scienza frutto del contributo di molti e finalizzata al dominio della natura e al progresso della civiltà. Oggi il Servizio Sanitario Nazionale è il nostro bene comune, che va compreso nella sua importanza per la vita quotidiana delle persone.

La qualità e l'accessibilità dell'assistenza sanitaria che uno Stato è in grado di offrire ai propri cittadini sono indicatori del livello di civiltà di un Paese, ma sono anche un motore di sviluppo economico e sociale.

Difendere e preservare questo patrimonio deve essere un obiettivo primario.

Come ogni bene comune, esso va però sottoposto ad una costante "manutenzione", con aggiornamenti e innovazioni al passo coi tempi.

La ricerca e l'innovazione ne sono appunto i cardini e devono rappresentare l'avvio di un circolo virtuoso, il volano dell'economia nazionale.

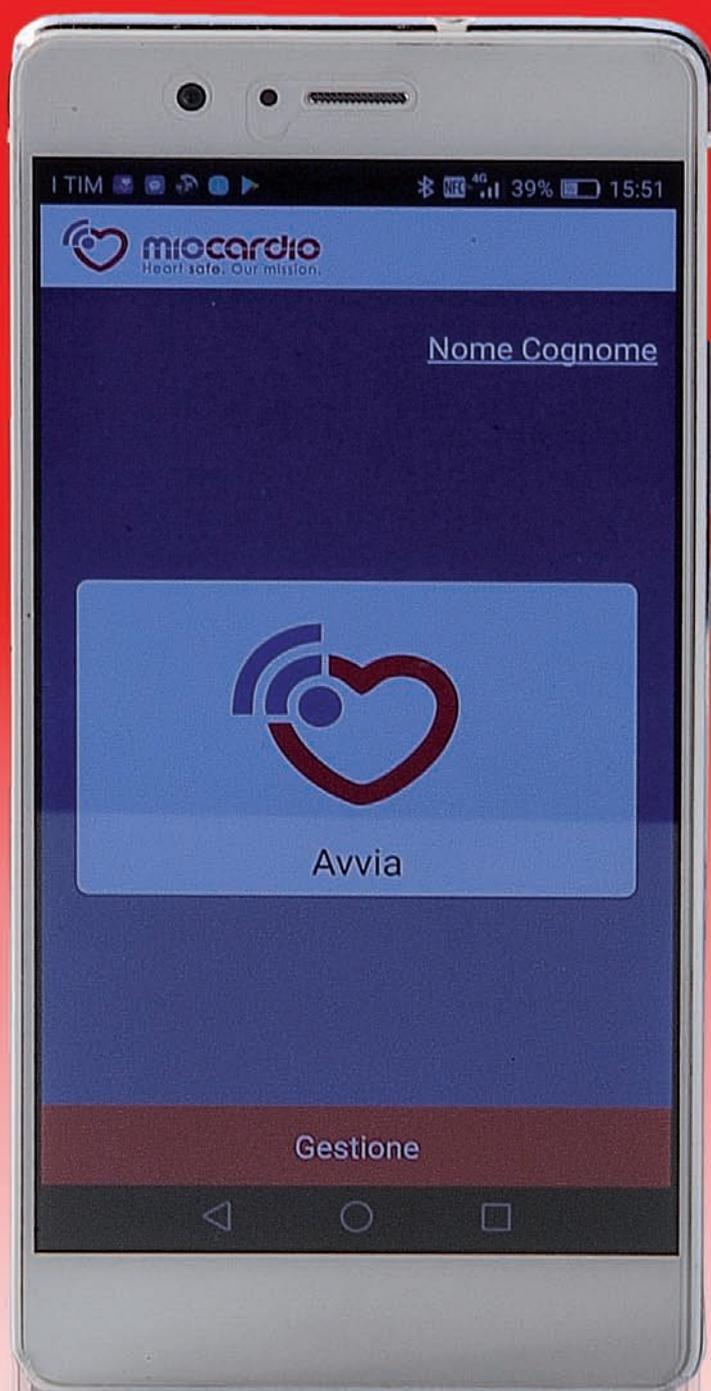
L'innovazione è una rivoluzione continua, capace di migliorare la qualità della vita di ognuno di noi, statisticamente destinata ad allungarsi sempre più.

Bisognerebbe pertanto promuovere la sanità elettronica, che preveda ancor di più lo sviluppo di piattaforme tecnologiche e digitali, investire nell'edilizia ospedaliera, continuando un'approfondita ristrutturazione della stessa, e cercando, quindi, di agevolare il settore con giuste politiche e tutele.

MVS  
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



# NON C'E' SVILUPPO SENZA RICERCA

di *Pietro Romano*

L'Italia non è un Paese innovativo. Ce lo sentiamo dire tante volte che quasi ci crediamo. Ma, per fortuna, non è così.

Certamente l'Italia investe nella ricerca & sviluppo meno dei concorrenti europei e internazionali di pari taglia economica. Si tratta, però, di un dato complessivo. E che da solo non spiega tutto.

A monte di questi scarsi investimenti è un combinato disposto di classe politica poco lungimirante, cittadini che continuano a cullarsi nel loro "particolare" (per natura sempre di corto respiro), obblighi internazionali soffocanti. La scarsa spesa, però, potrebbe essere ottimizzata. Nessuno chiede di azzerare la ricerca non finalizzata al sistema imprenditoriale, insomma, ma la situazione dei conti statali e la competizione globale sempre più feroce non permettono un sistema di ricerca pubblica del tutto dissociato. Proprio quello nettamente preminente nel nostro Paese. Complice anche una certa ritrosia degli imprenditori italiani (che, nel bene e nel male, sempre italiani sono) a far entrare la mano pubblica sotto qual-

siasi forma nelle proprie faccende, l'innovazione nelle aziende tricolori, di conseguenza, è dovuta perlopiù a progetti interni alle imprese e, a seguire, alla collaborazione tra le imprese. Rara o del tutto assente quella tra strutture pubbliche (centri di ricerca, università) e imprese.

In passato non era così. L'Italia possedeva strutture di ricerca pubblica in grado di innescare fenomeni economici virtuosi. In parte erano ereditati dalla politica mista. In parte erano permessi dalla presenza di grandi gruppi pubblici. Questo circuito è stato smantellato per una serie di motivazioni (a parere di chi scrive spesso aberranti) che in questa sede non interessano. E, nello smantellamento, nessuno ha pensato di cercare di ricreare il precedente circuito virtuoso sia pure con altri soggetti imprenditoriali.

Quanto agli investimenti privati, la situazione è molto migliorata in questi ultimi anni ma non tanto da permettere il recupero del gap con i concorrenti internazionali scavato dagli investimenti pubblici. Anche su questo

**FARMACEUTICA  
E BIOMEDICALE,  
L'ECCELLENZA E'  
MADE IN ITALY**





fronte, però, il modello imprenditoriale italiano non aiuta. La stragrande presenza di micro, piccole e medie imprese (il 99,4 per cento della platea complessiva) avrebbe bisogno della creazione di reti che invece latitano, anche per l'individualismo imprenditoriale oltre che per le carenze pubbliche e delle stesse organizzazioni d'impresa ad assumersi un ruolo attivo. Esistono, però, dei riscontri internazionali che spiegano il ruolo dell'Italia nella manifattura (seconda in Europa alle spalle della Germania) e particolarmente in settori strategici quali farmaceutica, aerospazio, difesa, robotica, utensileria, trasformazione alimentare. Come evidenzia l'Innovation Scoreboard dell'Unione europea le imprese italiane primeggiano nell'innovazione informale. E qui i perché si sprecano: le imprese non si fidano dell'iter del riconoscimento attraverso brevetti, preferiscono non pubblicizzare le proprie eccellenze per motivi fiscali, soprattutto adattano talmente bene il loro sistema alle richieste della committenza che la rapidità non può rispettare i tempi burocratici dei riconoscimenti dell'innovazione, di prodotto, di servizio, di processo che sia.

Un Paese complesso, insomma, anche per quanto riguarda l'innovazione. Ma un Paese che, autflagellazioni a parte, proprio dell'innovazione e della flessibilità ha fatto i propri cavalli vincenti, una volta che l'euro ha annullato i vantaggi competitivi monetari garantiti dalla lira. In tema sanitario lo dimostrano due dati recenti. A dicembre scorso l'aumento tendenziale delle esportazioni ha riguardato nella misura più rilevante le vendite all'estero di articoli farmaceutici e chimico-medicinali, con un'impennata del 60 per cento rispetto a dodici mesi prima. Ma la forte crescita ha contrassegnato tutto il

2017, marcando un rilevante +16 per cento, oltre il doppio dell'incremento dell'export tricolore (+7,4 per cento). Nel 2017 in Italia le quasi 4mila imprese del biomedicale hanno messo assieme un giro d'affari complessivo superiore ai 16 miliardi (di cui circa 5 miliardi garantiti dalle esportazioni) con 76mila addetti diretti, senza contare l'indotto, quindi. Va aggiunto che l'innovazione sanitaria, oltre a essere un fattore di sviluppo, permette di allungare la vita e di migliorarne la qualità. Insomma, è un driver sociale incomparabile. Tanto per rispondere a chi accusa l'innovazione sanitaria di contribuire a creare buchi nelle casse pubbliche perché inciderebbe troppo sulla spesa sanitaria. Per chiarire la questione è bene approfondire il caso del biomedicale.

In gennaio a Verona si è tenuta una fiera del settore che ha ottenuto un grande successo. Un modo per attirare clienti e investitori potenziali ma soprattutto per avviare un confronto tra tutti gli attori della filiera, diretti e indiretti, mirato a sviluppare ulteriormente questa industria, grazie anche a servizi tagliati su misura. Nei numerosi incontri raggruppati sotto l'ombrello dell'iniziativa è venuto fuori che il settore biomedicale si regge principalmente sulle forniture pubbliche: assorbono quasi il 70% del mercato interno, con una spesa pro capite, però, inferiore di oltre un quinto alla media europea. L'impatto economico del settore sul territorio nazionale, inoltre, vale di gran lunga l'investimento generatore (e moltiplicatore), prima di tutto a livello sociale, assicurando a tanti italiani una vita migliore e magari più lunga. A che cosa si deve questo successo? Prima di tutto ai cospicui investimenti in ricerca e sviluppo: mediamente il 7 per cento del fatturato. Ma la ricerca nel nostro Paese



soffre i problemi già denunciati. Potrà proseguire lungo la strada del successo un comparto che per competere globalmente ha bisogno di investimenti sempre più elevati? Inoltre, la scarsità di regole a difesa dell'impresa italiana, che purtroppo non è prerogativa del biomedicale, contribuisce all'ingresso, talvolta rapace, delle società e/o del capitale straniero in questo settore strategico. Esiste il rischio che l'emigrazione di gioielli del biomedicale Made in Italy si irrobustisca ulteriormente fino a danneggiare dalle fondamenta questo successo tricolore. Quando un settore, un'impresa, fonda il suo successo sull'innovazione è più facile che finisca nel mirino degli interessi internazionali: non c'è nulla di più facile che accaparrarsi tecnologie, abbandonando a se stessi uomini e strumenti.

Due problemi che stanno emergendo nel biomedicale sono, peraltro, comuni a tutto il sistema imprenditoriale in generale e manifatturiero in particolare. Non esiste un mercato finanziario modernamente sviluppato: il sistema



è banco-centrico ma le banche provano sempre maggiore difficoltà a fare il loro mestiere di prestasoldi e le alternative reali sono scarse. Non sono previsti sostegni alla crescita e/o alla aggregazione di imprese che in un Paese dove la micro e piccola impresa sono dominanti ma il "piccolo è bello" ha fatto il suo tempo.

La politica e la macchina burocratica non solo non sostengono il biomedicale ma lo ostacolano. Con le gare per forniture pubbliche attente oramai solo al prezzo e non alla qualità e al servizio prestato. Con i pagamenti costantemente in ritardo: le Asl liquidano le forniture mediamente a 121 giorni (il limite nella Ue è di 60 giorni) con picchi di 1266 giorni. Argomenti scottanti, il cui interesse travalica ampiamente la platea degli addetti ai lavori per le dimensioni sociali, economiche, occupazionali del settore. Eppure, alzi la mano chi ha sentito un candidato che sia uno, in questo scorcio di campagna elettorale, sollevare il problema dei lacci e laccioli che possono imbrigliare questo gioiello del Made in Italy.

**Per irrobustire la crescita di settori a così alto tasso di tecnologia servono nuove politiche creditizie e vigilanza pubblica**

# ROSA<sup>®</sup> Brain

L'INNOVAZIONE  
ROBOTICA NELLA  
NEUROCHIRURGIA

**KASTER**  
*Medical Technology*

# Laboratorio Veneto

di Giampiero Moncada

MASSIMO PULIN



LA COLLABORAZIONE TRA IMPRESE, UN TESSUTO SOCIALE STIMOLANTE E RICETTIVO, IL RUOLO DELLA REGIONE SONO ALLA BASE DELLA RIPRESA. DALL'INTERVISTA ALL'IMPRENDITORE E PRESIDENTE DI CONFAPI SANITÀ VENETO UNA RICETTA DI SUCCESSO PER TUTTA L'ITALIA

La realtà dalla quale nasce *Confapi Sanità Veneto* è fatta di numeri importanti: sono 2.050 le aziende che operano nell'ambito della sanità in tutta la regione, comprendendo i cosiddetti "servizi alla persona". Un quarto di queste (512) sono concentrate nella provincia di Padova che, appena dieci anni fa ne contava solo 291. Massimo Pulin è stato

il promotore della neonata associazione e oggi ne è il presidente.

La sua è una formazione di tecnico ortopedico, ma oggi è soprattutto imprenditore. Nel 2000 fonda la *Orthomedica srl*, di Padova, che dopo qualche anno acquisisce un'azienda storica di Treviso, la *Variolo srl*, arrivando a circa cinque milioni di fatturato con un organico di quasi 50 addetti. A metà del 2016 si fa promotore di un'associazione di categoria all'interno di *Confapi*, la *Confederazione delle piccole e medie imprese*, per dar voce alle aziende che operano nel settore della sanità: *Confapi Sanità Veneto*.



L'associazione è diventata l'interlocutore d'obbligo per *Innova Biomed*, la cui prima edizione si è tenuta il 23 e il 24 di gennaio alla Fiera di Verona. *Ore 12* ha intervistato Pulin per comprendere il perché di questo fenomeno e, soprattutto, quali sono le prospettive a breve e medio termine del settore.

- Sembra che il Veneto stia scoprendo una sorta di vocazione per un settore produttivo che, comunque, cresce in tutto il mondo. Ma quali sono le peculiarità culturali e territoriali che spiegano lo sviluppo in quest'ambito economico?
- Il fenomeno si inserisce in un contesto, quello del Nord-Est d'Italia, che dimostra ormai da tempo una spiccata vocazione imprenditoriale. E le imprese si adeguano ai tempi che cambiano. Molte aziende che oggi si occupano di presidi sanitari, di strumentazioni e così via, si sono sempre occupate di tecnologia. Hanno solo cambiato ambito di applicazione. Dall'elettronica industriale di uso comune sono passate all'industria biomedicale, sviluppando prodotti con uno spiccato valore aggiunto. Ma all'interno di *Confapi* abbiamo anche categorie molto diverse a rappresentare il welfare: centri clinici,

laboratori di analisi, centri di riabilitazione... Una vera e propria filiera che rappresentiamo per intero.

- Lei parla di tecnologia e di valore aggiunto. Ma questo richiede investimenti significativi in ricerca e sviluppo. Investimenti che difficilmente un'impresa di piccola dimensione può affrontare, specie se deve competere con delle multinazionali: ci sono imprese che possono finanziare quattro o cinque ricerche in contemporanea per poi, magari, vedere solo una di queste trasformarsi in un prodotto. Per una piccola impresa, un progetto di ricerca che non dà i frutti sperati può costare molto caro.
- È verissimo, soprattutto se pensiamo alle tecnologie molto sofisticate che oggi vengono utilizzate per fare assistenza sanitaria. Le nostre imprese difficilmente potrebbero competere se non ci fossero degli strumenti che le aiutano a innovare. In Veneto ci sono i bandi Por, programma operativo regionale, che grazie ai fondi strutturali europei, forniscono gli strumenti finanziari per fare ricerca e, poi, industrializzare progetti molto innovativi. I progetti, peraltro, vengono realizzati da più imprese, che ricevono un sostegno pari al 50% di quanto spendono.
- Quanto tempo passa dall'inizio di una ricerca al momento in cui si inizia a vendere il prodotto o il servizio che ne viene ricavato? Il cosiddetto



“time to market” si è ridotto di molto negli ultimi anni.

- Posso fare l'esempio di una novità che la mia azienda sta per lanciare: un dispositivo per il quale avevamo presentato il progetto a giugno scorso. Si tratta di una ricerca condotta insieme ad altre aziende e all'Università di Padova che ha comportato un investimento importante. Ci hanno approvato il progetto a dicembre, sei mesi dopol'abbiamo presentato, e adesso abbiamo altri sei mesi per la fase di ricerca e di sperimentazione. Entro l'anno partiremo con l'industrializzazione.
- Insomma, meno di due anni.
- Sì, ma dobbiamo anche riconoscere che gli uffici regionali sono molto rapidi.
- Certo, ma la ricerca ha i suoi tempi.
- Sicuramente, le persone fanno la differenza. E la capacità degli imprenditori sta anche nella scelta dei collaboratori.
- In questo caso, che progetto state per realizzare?
- Non posso entrare nei dettagli, anche perché utilizziamo una nostra tecnologia che dobbiamo ancora brevettare. Comunque, si tratta di sensori molto particolari che hanno applicazione nell'ambito ortopedico. Ma siamo tre aziende e ci occupiamo di un aspetto: l'elettronica, la meccanica, lo studio applicativo... Anche per questo il progetto è stato approvato dalla Regione.
- Ma come si fa a superare l'individualismo tipico dell'imprenditore italiano?
- In questo settore non si può correre da soli. Nel biomedicale è indispensabile fare squadra per potere competere con le multinazionali. Anche per questo abbiamo subito sposato il progetto di *Innova Biomed*, che non è stata tanto una fiera, ma un contenitore di incontri e di rilancio di idee. Noi abbiamo avuto uno specifico workshop di Confapi nel quale si è parlato delle imprese di piccole dimensioni, ma molto avanzate. Si è parlato di sale operatorie mobili, di sistemi di elettroterapie innovativi, di costruzioni ortopediche con stampa 3D, dei defibrillatori con tecnologie elettroniche che sono progettate da appena due aziende in tutto il mondo.
- L'Italia, nel suo complesso, ha un ruolo significativo in questo settore nel panorama mondiale?
- Posso dire che le aziende di *Confapi* lavorano esclusivamente in Italia per il 60%. Soprattutto quando parliamo di welfare aziendale o di servizi alla persona. Le altre hanno una vocazione internazionale ed esportano in tutti i Paesi del mondo.



## REGIONE VENETO

- Un contributo a questi risultati è sicuramente frutto del welfare italiano, che è tra i più forti al mondo. Ma sappiamo che anche qui il welfare è in crisi. Che prospettive hanno queste imprese?
- Per tale motivo stiamo sostenendo il welfare aziendale. Perché in questi 50 anni abbiamo anche visto degli sprechi che hanno portato alla necessità di ripensare il welfare e ridurre la spesa dello Stato. Ma questa è anche un'opportunità per le imprese.
- Però, l'aria che tira è anche di aziende che tendono a ridurre il costo del lavoro. Quindi, anche il welfare aziendale non sembra avere vita facile.
- Credo che un'azienda, soprattutto se piccola o media, consideri i lavoratori il suo vero patrimonio. Ha tutto l'interesse a trattenerlo e, quindi, a trattarlo nel modo migliore Possibile. Con dei manager capaci, riesce anche a organizzare meglio il lavoro e, quindi, a sostenere i costi del welfare aziendale. Anche con una maggiore flessibilità del lavoro.
- Quali sono i maggiori concorrenti dell'Italia in questo settore?
- Sicuramente i tedeschi e poi anche i francesi. Per la capacità di fare sistema e di presentarsi all'estero con una politica coordinata. Noi abbiamo tante eccellenze, e certamente non solo in Veneto: abbiamo degli associati in Calabria e in Sicilia che sono aziende di prim'ordine, ma diffuse un po' a macchia di leopardo. E soprattutto, non abbiamo un coordinamento quando andiamo sui mercati internazionali.

# INNOVAZIONE

## SERVE UN APPROCCIO A 360°

ALLUNGA LA VITA E MIGLIORA LA SALUTE  
MA DEV'ESSERE VALUTATO CON ATTENZIONE  
L'IMPATTO SUI CONTI PUBBLICI

di Angelica Adami

“L'innovazione in campo biomedico contribuisce ad aumentare la longevità in buona salute e ha un impatto positivo sull'economia ma, nello stesso tempo, tende ad aumentare la spesa sanitaria”. Vincenzo Rebba, professore ordinario di Scienza delle finanze presso il Dipartimento di Scienze economiche e aziendali dell'Università di Padova, è tra gli esperti nazionali in tema di economia e politiche sanitarie.

- Professore, come si può rendere sostenibile la spesa per l'innovazione rendendo ottimale il rapporto costi/benefici?

- Considerando l'impatto sui costi dei sistemi sanitari, il processo di innovazione tecnologica nel settore biomedico è generalmente ritenuto il più importante fattore di crescita della spesa. La maggior parte delle nuove tecnologie

ha infatti ampliato le possibilità di intervento della medicina, consentendo il trattamento di patologie che precedentemente erano difficilmente curabili, attraverso l'introduzione di modalità di diagnosi e di terapia più efficaci, ma anche più costose delle precedenti: ad esempio, la diffusione della risonanza magnetica nucleare in sostituzione delle tradizionali radiografie. Sono state invece meno frequenti le innovazioni che aumentano insieme all'efficacia anche l'efficienza della spesa, come il day hospital in luogo di alcune tipologie di ricovero ordinario. Gli studi sviluppati al riguardo stimano un impatto del progresso tecnologico a partire dalla metà del '900 variabile tra il 20 e il 70% della crescita della spesa sperimentata dai Paesi industrializzati membri dell'OCSE. Le grandi differenze nelle stime dell'impatto

**IL PROFESSOR  
VINCENZO REBBA:  
“DISINCENTIVARE  
LE TECNOLOGIE  
INAPPROPRIATE  
E A BASSA  
PRODUTTIVITA'  
DI SALUTE”**



Vincenzo Rebba



sulla spesa dipendono dalle diverse metodiche utilizzate negli studi, come documentano Chernew e Newhouse nel loro contributo all' *Handbook of Health Economics*.

- Non sempre una spesa elevata determina elevati livelli di salute nella popolazione e le nuove tecnologie applicate alla sanità spesso vengono valutate limitandosi solo a considerarne i costi e l'impatto sul bilancio pubblico. In che modo possono rappresentare invece un investimento in salute a livello individuale e di popolazione?

- Le innovazioni biomediche possono rappresentare un vero e proprio investimento, con un aumento di benessere sociale, nella misura in cui siano sicure ed efficaci, cioè produttive di salute in base alle evidenze scientifiche. Sotto questo profilo, diversi studi, citati nel Report 2017 dell'Ocse *New health technologies: managing access, value and sustainability*, hanno stilato delle vere e proprie classifiche delle nuove tecnologie a seconda del loro "valore", cioè del rapporto tra benefici, in termini di salute e di qualità di vita, per i pazienti e costi della loro adozione. Uno studio di Lakdawalla e colleghi, pubblicato nel 2017 sul *Journal of Public Economics* evidenzia, tuttavia, che gli studi tradizionali potrebbero sottostimare il valore di alcune innovazioni biomediche poiché non ne

considerano il "valore assicurativo" legato alla riduzione del rischio fisico per le persone attualmente sane. Non va poi dimenticato che numerose analisi empiriche hanno dimostrato l'esistenza a livello macro di un nesso di causalità positiva tra lo stato di salute della popolazione e la crescita economica. In altri termini, le innovazioni biomediche di "valore" determinano opportunità di crescita per il sistema economico nel suo complesso, contribuendo ad alimentare il Prodotto interno lordo e l'occupazione.

- Lichtenberg nel 2014 ha stimato che l'adozione e la diffusione di nuove tecnologie hanno determinato effetti positivi sulla longevità e sulla qualità della vita, anche se la sua ricerca si è limitata quasi esclusivamente al settore farmaceutico. Gli studi pubblicati offrono però evidenze contrastanti sul valore generato dalle tecnologie biomediche degli ultimi 50 anni. Che cosa ne pensa?

- La misurazione degli effetti positivi delle nuove tecnologie sanitarie sulla salute della popolazione con strumenti analitici rigorosi è un campo d'indagine che ha iniziato a svilupparsi non da molti anni. Gli studi di Lichtenberg hanno offerto un contributo piuttosto innovativo su questo versante anche se si sono concentrati

quasi esclusivamente sulle innovazioni in campo farmaceutico. Ad esempio, in un lavoro del 2014 uscito su *Health Policy and Technology*, egli stima che il 73% dell'incremento dell'aspettativa di vita tra il 2000 e il 2009 in venti Paesi Ocse e dieci emergenti, + 1,74 anni, sia dovuto al contributo dei farmaci innovativi lanciati dopo il 1990, che hanno permesso una significativa riduzione della mortalità per patologie importanti quali le malattie dell'apparato circolatorio e respiratorio e i tumori. In un altro studio del 2014, insieme con Petterson, uscito sulla



rivista *Economics of Innovation and New Technology*, Lichtenberg stima che l'incremento di 1,88 anni nella speranza di vita sperimentato in Svezia tra il 1997 e il 2010 sia attribuibile per il 32% alle innovazioni farmaceutiche. Le analisi sulla longevità in buona salute delle innovazioni non farmaceutiche, come i dispositivi medici innovativi e le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche, sono invece molto rare. Si può citare al riguardo un altro studio, sviluppato sempre da Lichtenberg nel 2013 e uscito su *Social Science & Medicine*, in cui l'adozione di nuove procedure diagnostico-terapeutiche sembrerebbe avere determinato un aumento della speranza di vita di circa tre mesi per i pazienti ricoverati negli ospedali dell'Australia Occidentale tra il 2000 e il 2007. A mio avviso, gli studi indipendenti sull'impatto sulla salute delle innovazioni in campo biomedico, svincolati quindi dal finanziamento delle imprese produttrici, vanno ulteriormente sviluppati e perfezionati non limitandosi a considerare gli effetti dell'adozione di nuovi farmaci.

- E' evidente comunque che l'innovazione in campo biomedico vada governata...

- Certamente. Va governata allo scopo di aggiornare la gamma dei beni e servizi compresi nei Lea, i livelli essenziali di assistenza, in modo tale da ottenere il migliore risultato possibile per la collettività. A questo scopo l'Hta, Health-technology assessment, rappresenta un importante strumento di governo attivo dell'innovazione che

si sta progressivamente diffondendo nei sistemi sanitari pubblici con l'obiettivo di fornire ai responsabili delle politiche sanitarie e delle scelte assistenziali informazioni trasparenti, affidabili e scientificamente rigorose sugli effetti delle tecnologie mediche. Questa funzione, fondata sulla metodologia della Evidence based medicine, viene sviluppata tramite un'attività multidisciplinare in cui una nuova tecnologia sanitaria viene valutata sotto diversi profili: caratteristiche tecniche, sicurezza, fattibilità, efficacia clinica, costo-efficacia, implicazioni e ricadute organizzative, sociali, legali ed etiche. Sotto il profilo operativo, a partire dalle misure di costo-efficacia derivanti dall'Hta, è possibile non solo aggiornare opportunamente i Lea, escludendo gli interventi costosi e inefficaci, ma anche incentivare l'uso delle tecnologie mediche più appropriate e costo-efficaci, disincentivando quelle inappropriate e a bassa produttività di salute».

**Oltre il 70% dell'incremento dell'aspettativa di vita è merito dei farmaci introdotti dopo il 1990**



# GIUSTIZIA E SANITÀ

di *Katrin Bove*

**I**l Direttore Generale di un'Azienda Ospedaliera Universitaria può legittimamente allontanare dal servizio un medico che ha commesso gravi violazioni del rapporto di lavoro. Spetterà poi all'Università, da cui il professionista è contrattualmente dipendente, sanzionare disciplinarmente il medico ospedaliero, se lo ritenesse opportuno, ma i due procedimenti restano separati, senza possibilità di interferenza.

Infatti, i rapporti di lavoro del medico universitario strutturato sono due: uno con l'Università, su cui la giurisdizione spetta ai giudici amministrativi, in quanto questo rapporto non è privatizzato (art. 3, c. 2, D.lgs. 165/2001), l'altro con l'Azienda Policlinico, su cui la giurisdizione spetta al Giudice ordinario del lavoro (Cass. SU. Nn. 3370/2007, 9847/2011, 7503/2012).

UN DIRETTORE GENERALE  
DI AOU PUO' ALLONTANARE  
UN MEDICO INADEMPIENTE.  
A DECIDERE LA SANZIONE  
SARA' L'UNIVERSITA' DA CUI DIPENDE.  
UNA RIVOLUZIONARIA SENTENZA  
DELLA CASSAZIONE

L'Università - e, nel caso di specie, l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma - sono due Enti pubblici diversi, che curano interessi diversi: l'Università è preposta all'insegnamento e alla ricerca, mentre l'Azienda Policlinico è preposta all'assistenza finanziata dalla Regione. Per i medici universitari il potere disciplinare spetta solo all'Università, mentre l'Azienda

**//** \_\_\_\_\_  
**FISSATI I PALETTI  
TRA AZIENDA  
OSPEDALIERA  
E ATENE0**  
\_\_\_\_\_ **//**



Domenico Alessio



Policlinico Umberto I di Roma

da Policlinico è titolare, per i medici universitari strutturati in Azienda, del potere di allontanamento, ai sensi dell'art. 5 comma 14 D.lgs. 517/1999. Quindi, il potere disciplinare spettante all'Università protegge gli interessi dell'Università, mentre quello di allontanamento spettante all'Azienda protegge gli interessi dell'Azienda. Il potere di allontanamento dell'Azienda non è cautelare o strumentale al potere disciplinare dell'Università, in quanto è un potere autonomo concesso dalla legge all'Azienda per tutelare i suoi interessi e non certamente quelli dell'Università. Il potere di allontanamento è stato creato di proposito per proteggere gli interessi dell'Azienda, che non possono essere tutelati dal potere disciplinare spettante solo all'Università. La norma dell'art. 5 comma 14 D.lgs. n. 517/1999 dev'essere interpretata tenendo conto dei due diversi rapporti con due enti pubblici distinti. Sicché, la delibera di allontanamento dell'Azienda non è a termine e non è strumentale al potere disciplinare dell'Università ed è limitata solo dal parere favorevole del Comitato dei garanti. Ovviamente, il medico universitario allontanato dall'Azienda può impugnare il provvedimento dinanzi al Giudice del lavoro negando i suoi illeciti.

È stata, per l'appunto, la Sezione Lavoro della Cassazione, con la sentenza n. 25670/2017, depositata lo scorso 27 ottobre, "in accoglimento delle suesposte argomentazioni sostenute per l'Azienda Policlinico Umberto I nel ricorso presentato alla Suprema Corte dal Prof. Avv. Antonio Vallobona del Foro di Roma su procura del Direttore Generale

Alessio", a rilevare che il potere di allontanamento spettante al Direttore generale è un potere autonomo diverso da quello disciplinare spettante solo all'Università.

Spiega Domenico Alessio, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I di Roma dal 2012 fino al 30 agosto 2017, data di scadenza del contratto quinquennale e da pochi giorni nominato, con Decreto del Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, Commissario Straordinario dell'IPAB, «Istituto Romano di San Michele»: «Si tratta di una sentenza fondamentale, di immediata applicazione e che non consente margini di discrezionalità, pena danno erariale. Sono stati fissati con chiarezza i paletti dei rapporti corretti di lavoro tra un'Azienda Ospedaliera e un'Università».

Alessio, *manager* prestato alla sanità - è stato prima dirigente di aziende industriali del Gruppo Iri e poi Direttore Generale, oltre che dell'Umberto I e di altre importanti realtà sanitarie romane, anche dei due più grandi nosocomi della capitale, il San Camillo e il San Filippo Neri - aveva sollevato la questione di fronte alla Magistratura con l'obiettivo di stabilire che, a fronte di una responsabilità gestionale molto ampia, i Direttori Generali di Aziende sanitarie complesse collegate con le Università, devono anche poter avere ampi poteri nei confronti di chi lavora all'interno delle strutture, senza alcuna ipotesi di qualsivoglia sudditanza nei confronti dell'Università.

L'attuale Commissario Straordinario dell'IPAB - che ha guidato, per oltre 5 anni, un record assoluto, il noso-



Corte suprema di Cassazione a Roma

comio pubblico più grande d'Europa, non solo per dimensioni, 300.000 mq. coperti, ma anche per volume di attività, organici e posti letto, al Policlinico Umberto I lavorano circa 5500 dipendenti, 1400 dei quali medici - ha fatto della legalità il suo cavallo di battaglia. Sulla sua attività gestionale e organizzativa, la Procura Generale della Corte dei Conti del Lazio esprime queste parole in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario nel 2014: "in virtù della nuova dirigenza posta alla guida del Policlinico Universitario, il complesso ospedaliero più prestigioso della capitale va assumendo un volto nuovo, più adeguato alle sfide dei tempi. Sono stati predisposti in tempi assai ristretti straordinari provvedimenti per la messa in sicurezza delle gallerie ipogee, per fermare il degrado dei padiglioni destinati alle cliniche universitarie e per offrire un aspetto più decoroso e dignitoso al servizio di Pronto Soccorso". La sezione di Controllo della medesima Corte dei Conti ha valutato così il suo operato: "Si coglie l'occasione per esprimere, sulla base della documentazione acquisita, valutazione positiva in ordine alle specifiche misure assunte per contrastare la diffusa situazione di inadempienza alla normativa comunitaria nel campo dell'acquisizione di beni/servizi. Situazione questa che può anche essere strumentalizzata per fini non chiariti di mantenimento dello status quo quando i processi decisionali incidono direttamente - indirettamente su posizioni di interesse tutelate dal sistema de facto".

Nel 2005, l'allora Direttore Generale del San Camillo/Forlanini, Alessio, assistito dai Proff. Avv.ti Francesco Castiello ed Angelo Tuzza, ha impugnato il provvedimento del Governatore pro-tempore della Regione Lazio, Piero Marrazzo, che dichiarava decaduti automaticamente, per effetto della normativa sull'illegittimo istituto dello *spoils system*, tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, in seguito all'insediamento del neo-eletto Consiglio Regionale. "Il Consiglio di Stato ritenne fondata la questione di *legittimità costituzionale* della norma regionale e rinviò la decisione alla Corte Costituzionale", racconta Alessio, che aggiunge: "La Consulta, con la sentenza n.104 del 2007, dichiarò incostituzionale la norma regionale sullo *spoils system*, affermando che lo Statuto regionale violava i principi costituzionali che reggono l'organizzazione della P.A., interrompendo i rapporti di lavoro senza che venisse fatta prima una qualsivoglia attività di valutazione della qualità degli stessi". "Insomma", continua Alessio, "la Consulta ha sancito il principio che la fiducia tra gli organi politici e i dirigenti amministrativi deve essere tecnica e non politica e che il Direttore Generale non può essere fatto decadere senza la verifica dei risultati della gestione e senza le garanzie del contraddittorio e della motivazione". Garanzia del cosiddetto "giusto procedimento". "Sono due sentenze", conclude Alessio, "che hanno rivoluzionato i rapporti tra la Dirigenza e la Pubblica Amministrazione e tra gli Atenei e le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento".

# LA SEDE DELL'EMA ESTRATTA A SORTE

di Renato Pedullà

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA), ha il compito di proteggere e promuovere la salute dei cittadini e degli animali valutando e monitorando i medicinali all'interno dell'Unione europea e dello Spazio Economico Europeo (SEE). Le imprese del settore si rivolgono all'EMA per richiedere un'autorizzazione all'immissione in commercio unica, che viene rilasciata dalla Comunità europea. Una volta concessa, essa consente l'immissione in commercio del medicinale interessato nell'intero territorio dell'UE e del SEE. L'Istituto, quindi, assolve i suoi compiti, facilitando lo sviluppo e l'accesso ai medicinali, valutando le domande di autorizzazione all'immissione in commercio, monitorando la sicurezza dei medicinali durante il loro intero arco di vita e fornendo un'attività informativa agli operatori sanitari ed ai pazienti.

L'EMA, che fin dal lontano 1985, anno della sua istituzione, ha avuto sede a Londra, dovrà traslocare nella nuova sede di Amsterdam, a causa dell'ormai nota Bre-

xit, che porterà la capitale londinese a liberarsi anche di altre agenzie di carattere economico-finanziario.

Perché quest'Agenzia europea faceva gola a tanti stati europei, in primis all'Italia, alla quale è stata sottratta al round finale? Per comprenderlo, basta scorrere qualche numero. Sotto l'attuale forma, l'EMA impiega circa 900 persone, a cui si aggiunge il coinvolgimento di 4.000 esperti, cosa che già di per sé la rende una delle Agenzie europee più grandi. Ha a disposizione un budget annuale di circa 300 milioni di euro ed organizza numerosi incontri, conferenze e riunioni, in media 500 meeting internazionali all'anno per un totale di 65.000 partecipanti. E' il punto di riferimento di un mercato continentale che genera cifre da capogiro: 800.000 posti di lavoro e un giro d'affari da 200 miliardi di euro l'anno. La città che la ospiterà – Amsterdam – usufruirà di un indotto immenso, considerata la quantità di persone che, raggiungendo l'EMA, dovranno trascorrere alcuni giorni in albergo, pranzeranno nei ristoranti, utilizze-

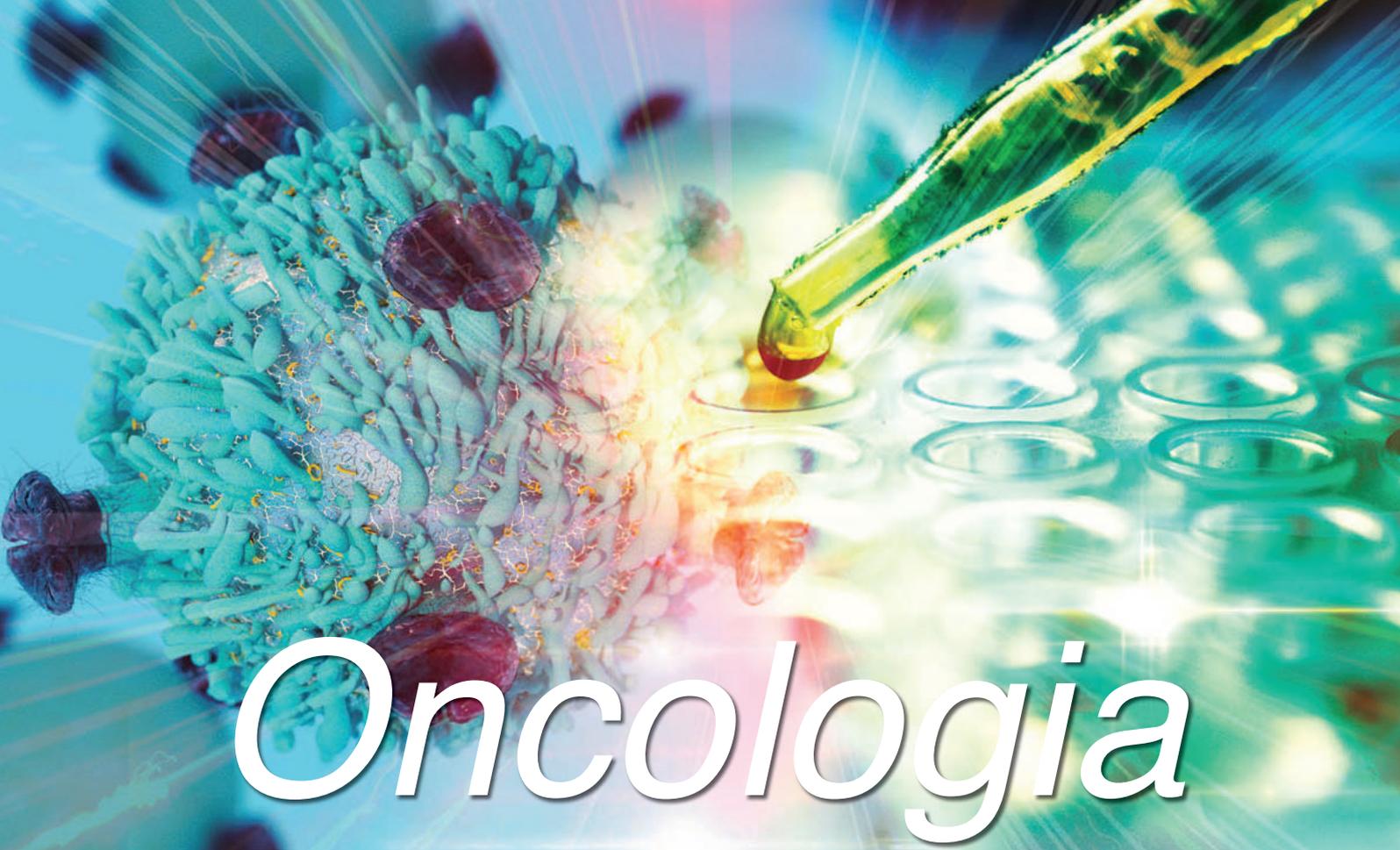
**UN'ASSEGNAZIONE  
ASSURDA,  
FORSE SOSPETTA**





ranno mezzi pubblici e via discorrendo. Ma soprattutto l'EMA è uno snodo cruciale per la vita dell'industria e dei cittadini europei. Milano ha perso una grande occasione perché da un'analisi dei dati forniti da Confindustria, il settore italiano, con la Lombardia quale centro propulsore, ha fra personale diretto e indiretto circa 130.000 addetti, 30 miliardi di euro di produzione (21 di export) e 2,7 miliardi di investimenti (1,5 sul versante della R&S e 1,2 sul lato produttivo) e più di 200 aziende. Pochi sanno, perché la cosa non fa notizia, che l'industria italiana del farmaco, per crescita cumulata dell'export (dal 2010 al 2016, + 52%), è ad un soffio da quella tedesca per ordine di grandezza. Lo scorso anno, le imprese del farmaco hanno investito oltre 1,5 miliardi di euro in ricerca e sviluppo, il 7% del totale nel paese. E' divenuta una consuetudine, ormai, parlare male del nostro Sistema Paese, ma si deve ricordare che almeno in tema di sanità e benessere, l'Italia costituisce un esempio. Secondo il rapporto Ocse 2017, l'Italia è al quarto posto tra i paesi sviluppati nel 2016 e l'Agenzia del Farmaco (AFI) è tra quelle che riesce a strappare i prezzi più bassi in Europa per i farmaci. La storia comunque è ormai nota, Milano ha perso e ha vinto Amsterdam, con una beffa al terzo scrutinio

ed un sorteggio avvenuto con due buste. Una cosa assurda: una decisione così importante affidata alla sorte! Così, Milano - avendo peraltro pronta una prestigiosa sede, attrezzata e funzionale, come il "Pirellone", già sede della Regione Lombardia - ha perso quest'opportunità nei confronti di una città che ancora deve costruire la sede ospitante dell'Agenzia. Questo precedente dovrà far molto riflettere i nostri burocrati in Commissione europea, per le prossime designazioni di altre Agenzie di fondamentale importanza. Intanto, sono stati presentati due ricorsi per l'impugnazione della decisione. Il primo è stato inviato dal Governo alla Corte di Giustizia della UE; il secondo, del Comune di Milano, è stato presentato al Tribunale dell'Unione europea. Entrambi i ricorsi chiedono l'annullamento della decisione del Consiglio. Il Governo Italiano, quindi, si è mosso all'unisono con il Comune di Milano per vedere come si possa aprire uno spiraglio in questa controversa vicenda. Le percentuali di vittoria di questi contenziosi sono minime, ma era giusto tentare. La delusione è grande, ma quanto meno rimane la consapevolezza che si è fatto tutto quello che si poteva fare e che il dossier di candidatura del capoluogo lombardo era vincente e molto competitivo.



# Oncologia

## Le nuove frontiere

LA RIVOLUZIONE DELL'IMMUNOTERAPIA FA PRESAGIRE CHE LA SVOLTA NEL CONTROLLO DEI TUMORI SIA VICINA. NUOVI FARMACI BASATI SULLE CONOSCENZE DEL SISTEMA IMMUNITARIO

di Giampaolo Tortora

Le malattie neoplastiche, che genericamente riuniamo sotto la definizione di cancro, diventeranno dal 2020 la prima causa di morte nel mondo occidentale e nei paesi industrializzati.

Ancora oggi il maggiore problema è il fatto che la diagnosi della malattia avviene spesso in una fase avanzata, con poche eccezioni, tra cui il tumore della mammella e quello della cervice uterina, che per la maggiore sensibilità e attenzione alla salute delle donne e per i programmi di screening hanno favorito diagnosi più precoci. Nonostante questo svantaggio, siamo oggi in grado di guarire oltre il 50% dei tumori e curare, con buone prospettive di sopravvivenza, un altro 20%.

E' evidente quindi quanto nella battaglia contro il cancro siano fondamentali sia gli stili di vita corretti sia la diagnosi precoce.

### **Progressi della terapia**

Negli ultimi anni sono stati compiuti enormi progressi sulla conoscenza dei meccanismi molecolari che governano la crescita e la disseminazione metastatica tumorale e sul

ruolo del cosiddetto "microambiente tumorale": quello che circonda le cellule tumorali, esercita un ruolo di protezione nei confronti della malattia favorendone lo sviluppo e proteggendolo dal sistema immunitario. Queste scoperte si sono già tradotte, almeno in parte, nella pratica clinica, sia con lo sviluppo di nuovi farmaci a bersaglio molecolare, sia con tecnologie che consentono di fare analisi diagnostiche sofisticate. Tuttavia le sfide che abbiamo di fronte sono ancora numerose.

Oggi sappiamo che le cellule tumorali accumulano mutazioni nel loro DNA, alcune delle quali imprimono nuova spinta alla loro crescita e determinano nuove caratteristiche in ciascuna cellula. Le cellule che popolano una massa tumorale sono quindi diverse da quelle originarie, sia all'interno del tumore primitivo sia tra tumore primitivo e metastasi. Questa caratteristica è nota come eterogeneità tumorale. Purtroppo, la presenza di più mutazioni e le differenze tra le cellule, possono determinare una possibile resistenza alla terapia che viene intrapresa.

La chemioterapia era ed è ancora oggi un baluardo fondamentale della terapia antitumorale. A questa, negli ultimi 15 anni, si è affiancata la terapia con i farmaci a bersaglio molecolare. Infatti le conoscenze sui meccanismi molecolari della crescita e quelli della diagnostica ci hanno consentito di individuare alcune delle mutazioni e delle caratteristiche peculiari nelle cellule di alcuni tipi di tumore e di disegnare quindi farmaci in grado di colpire tali alterazioni specifiche. Negli ultimi 3-4 anni, dopo tanti anni di attesa e di frustrazioni, è arrivata la rivoluzione della immunoterapia. I risultati che si stanno conseguendo con l'immunoterapia oggi fanno presagire che la "svolta" nel controllo dei tumori è vicina. Al momento stiamo sfruttando solo una piccola parte di tutto il potenziale che avremo a disposizione. Già nuovi farmaci basati sulle nuove conoscenze del sistema immunitario e sui freni che il tumore ha imposto stanno per ampliare lo scenario terapeutico. Una grande sfida che stiamo portando avanti è quella di integrare questi nuovi agenti immunoterapici con la chemioterapia, la radioterapia e i farmaci a bersaglio molecolare.

#### **Progressi nella diagnosi molecolare della malattia : la biopsia liquida**

Prima di programmare un piano di trattamento antitumorale è importante che ogni paziente con una massa sospetta per cancro venga sottoposto a una **biopsia** per fare una diagnosi corretta, ma anche per fare un identikit preciso del tipo di tumore e su questa base decidere la terapia più appropriata.

Ovviamente una biopsia prevede che il tumore sia sufficientemente grande o che abbia metastasi per poterne prendere un frammento sufficiente per condurre tali esami diagnostici. Le prospettive cambierebbero notevolmente se potessimo vedere in anticipo le cellule tumorali e capirne le alterazioni geniche, magari con un metodo meno invasivo. E' questo lo scenario nuovo che si apre con la cosiddetta "biopsia liquida".

La biopsia liquida è uno dei più importanti progressi della ricerca sulla diagnosi del cancro. Sappiamo che le cellule tumorali rilasciano in circolo il loro DNA. Il DNA tumorale circolante può essere isolato dal sangue o da altri fluidi corporei (urina, saliva ecc.) - da cui il nome di biopsia liquida - e può essere così analizzato e fornirci informazioni genetiche e molecolari preziose sul tumore. La biopsia liquida consentirà di individuare la recidiva di una malattia già curata, per iniziare una terapia tempestiva; nel caso si rinvenissero mutazioni genetiche diverse rispetto al bersaglio della terapia in corso, si comprenderebbe che il paziente sta sviluppando resistenza e di cambiare terapia, adattandola alla diversa mutazione osservata; permetterà di monitorare le cellule tumorali eventualmente presenti quando la malattia è stata apparentemente rimossa con la chirurgia o con altri trattamenti e non è visibile con le



prof. Giampaolo Tortora

metodiche di diagnostica per immagini che abbiamo a disposizione (TAC, RM ecc.). In un prossimo futuro, infine, consentirà di anticipare la diagnosi di un tumore prima che si manifestino i sintomi.

La biopsia liquida è già una realtà. Infatti l'ente regolatorio americano per i nuovi farmaci, l'FDA, ha approvato di recente l'impiego della biopsia liquida sul sangue, e anche sulla saliva e sulle urine, per la ricerca di mutazioni tipiche dei tumori del polmone, con l'obiettivo di scoprire l'insorgenza di mutazioni di resistenza ai farmaci molecolari che il paziente sta utilizzando e l'insorgenza di mutazioni da colpire con altri farmaci che abbiamo già a disposizione.

#### **Cosa c'è di nuovo sui tumori del pancreas**

I tumori del pancreas sono ancora oggi i tumori con la prognosi peggiore tra tutte le neoplasie solide e si prevede che, pur essendo percentualmente meno frequenti rispetto ad altri tipi come mammella, colon, polmone e prostata, rappresenteranno la prima causa di morte per tumore nel 2030. Ciò è dovuto al fatto che vengono diagnosticati quasi sempre in una fase avanzata e non più operabile. Inoltre, la ricerca sta scoprendo purtroppo che il tumore del pancreas è governato da meccanismi abbastanza peculiari rispetto agli altri tumori e ciò giustifica il fatto che molti farmaci innovativi efficaci in altri tumori, inclusa l'immunoterapia, hanno prodotto risultati modesti in questa malattia. Negli ultimi 3 anni, insieme a colleghi di grandi istituzioni di ricerca internazionali, il nostro gruppo di Verona ha contribuito a identificare diversi sottotipi di cancro del pancreas, che hanno caratteristiche genetiche e molecolari diverse tali da renderli sensibili a nuove terapie più efficaci e mirate.

Stiamo anche studiando con finanziamenti dell'AIRC alcuni biomarcatori presenti nel sangue e in grado di iden-



Equipe dell'unità operativa complessa oncologia medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

tificare i tumori del pancreas in una fase molto precoce, certamente la più importante strategia per combattere questa malattia.

#### **Il futuro della terapia è nella selezione dei pazienti**

Selezionare è oggi la parola chiave. Molti dei farmaci che abbiamo a disposizione sono attivi contro alterazioni presenti solo in piccole percentuali di tumori, 4-5%, ma in quei pazienti possono produrre risultati molto significativi. Per ridurre la possibilità che il tumore usi vie alternative per crescere possiamo usare anche due farmaci in combinazione, per bloccare bersagli diversi e complementari e impedire vie di fuga che consentono di sfuggire al blocco farmacologico. Anche per l'immunoterapia, che riarma il sistema immunitario attraverso la rimozione del freno che il tumore innesta per non essere eliminato, e distrugge il tumore utilizzando le armi di cui il nostro organismo dispone naturalmente, è necessario selezionare i pazienti sulla base di biomarcatori che stanno emergendo dalla ricerca. Il futuro sarà quindi l'identificazione e la selezione di pazienti con specifiche caratteristiche tumorali e l'impiego delle diverse armi a disposizione, chemioterapia, farmaci a bersaglio molecolare e immunoterapia, in maniera combinata e integrata.

Una vera personalizzazione del trattamento che oggi va sotto il nome di Medicina personalizzata o, meglio, medicina di Precisione.

#### **Si aprono quindi scenari nuovi e entusiasmanti**

L'avvento delle tecnologie di analisi genetiche e mole-

colari ha favorito una migliore diagnosi, lo sviluppo di nuovi farmaci a bersaglio molecolare e la rivoluzione in corso dell'immunoterapia. Restano tuttavia ampie aree di ricerca e applicazione fino ad oggi poco perseguite. L'imponente potenziale delle nanotecnologie, della loro applicazione a scopo diagnostico e terapeutico per identificare le cellule tumorali e per colpirle in modo efficiente e selettivo, l'applicazione dell' ultra-miniaturizzazione ecc., si sono solo appena affacciati al mondo dell'oncologia. Il ritardo nell'impiego di queste tecnologie e della nanomedicina è in parte anche dovuto alla trascurata opportunità di dialogo tra scienziati di diverse branche della medicina e della bioingegneria. Basti pensare al potenziale di nano strutture in grado di veicolare farmaci potenti solo sulle cellule tumorali, risparmiando i tessuti sani. Oppure alla possibilità di rappresentare in maniera perfettamente realistica dall'esterno gli organi e i tessuti e la presenza di cellule tumorali nel loro interno, cosa ancora impossibile per le moderne tecnologie di diagnostica per immagine come TAC, RMN, PET ecc, non richiedendo così la necessità di operare per verificare la situazione reale.

Innovabiomed, Il convegno che abbiamo ideato e organizzato a Verona con il mondo dell'industria biomedicale, è il primo tentativo di mettere a confronto questi "mondi" che devono necessariamente parlarsi e collaborare per far fare il balzo necessario alla diagnosi e alla terapia dei tumori.

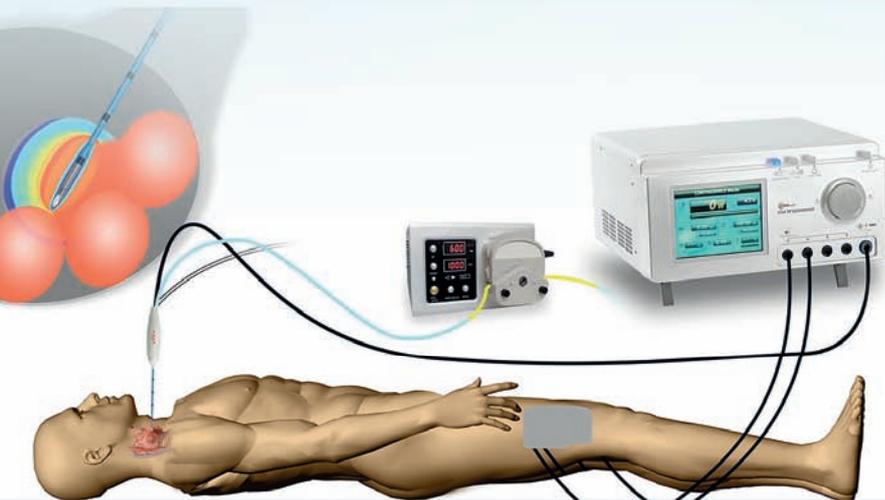
# STARmed

## Ablazione a Radiofrequenza dei noduli tiroidei

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



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



**GIVIG**

IDEAS FOR MEDICAL SOLUTIONS

info@gmgmed.com

www.gmgmed.com

**HD HealthDefence S.p.A.**

**DISTRIBUTORE LAZIO - ABRUZZO - MOLISE**

Via Portuense, 959

00148 Roma

tel 06 65002930

fax 06 65003101

commerciale@healthdefence.it

# Radiologia Interventistica

di Caterina Del Principe

ANTONIO RAMPOLDI



UN NUOVO TRATTAMENTO PER PAZIENTI AFFETTI DA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA. L'EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA PROSTATICA, UN'ALTERNATIVA MINIVASIVA ALLA CHIRURGIA TRADIZIONALE

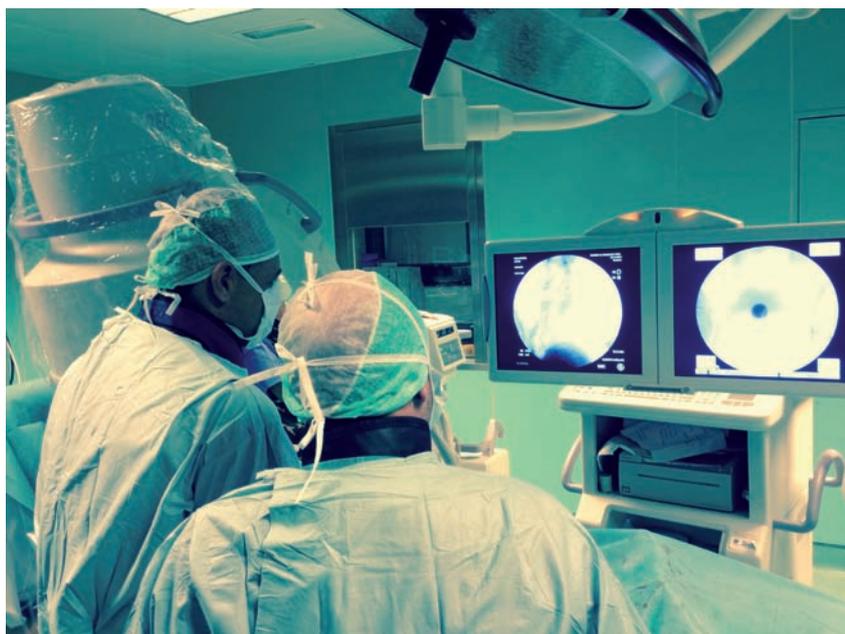
embolizzazione arteriosa prostatica superselettiva per il controllo del sanguinamento post biotico o dopo prostatectomia è già presente con successo nella pratica clinica da diversi anni. Il primo trattamento

dell'ipertrofia prostatica benigna (BPH) con embolizzazione delle arterie prostatiche (PAE) in due pazienti con ritenzione acuta di urina (RAU) è stato descritto nel 2010. Da allora numerosi autori hanno pubblicato studi che hanno evidenziato il successo della PAE nel trattamento della BPH.

## In quali casi può essere indicata l'embolizzazione delle arterie prostatiche (PAE)?

La PAE è un trattamento alternativo minimamente invasivo che trova indicazione nell'iperplasia prostatica benigna per il trattamento dei sintomi del basso tratto urinario (LUTS) o con l'obiettivo di rimuovere il catetere vescicale nei pazienti che lo tengono a dimora (CVP).

La PAE è indicata nei pazienti ad alto rischio chirurgico, oppure che non sono disposti ad accettare i rischi di quest'ultimo. Inoltre può essere proposta ai pazienti che non hanno risposto adeguatamente alla terapia medica o in quelli che presentano effetti collaterali dovuti ai farmaci.



**L'embolizzazione preclude un successivo trattamento chirurgico?**

L'esecuzione della PAE non preclude un successivo intervento di dissezione chirurgica.

**In che cosa consiste l'embolizzazione delle arterie prostatiche?**

È una procedura effettuata in anestesia locale con un approccio percutaneo attraverso l'arteria femorale comune di destra o in alternativa dall'arteria radiale sinistra. L'embolizzazione prostatica superselettiva è effettuata usando un microcatetere idrofilico di piccolo diametro (2.0 Fr (0.67 mm) e un polimero sintetico non biodegradabile di particelle calibrate, gelatina di trisacril da 300-500 micron o 100-300 micron– (Embosphere® 300-500, Embosphere® 100-300). La terapia antibiotica viene somministrata a tutti i pazienti.

**Quali sono i fattori che contribuiscono al successo della tecnica?**

Uno dei fattori che contribuisce al successo di questa tecnica è l'esperienza del radiologo interventista. L'anatomia pelvica è complessa e frequentemente presenta una grande variabilità anatomica. I pazienti il più delle volte sono anziani con patologia aterosclerotica, che rende la procedura più lunga, laboriosa e complessa. La conoscenza dell'anatomia, l'uso di materiali dedicati e il rispetto dei principi delle tecniche nell'embolizzazioni superselettiva, sono cruciali per il successo della tecnica.

**Come viene valutato il paziente candidato a PAE?**

Un team multidisciplinare, comprendente un urologo ed un radiologo interventista, valuta l'indicazione alla PAE. Tutti i pazienti sono sottoposti ad una visita urologica, valutazione del PSA, IPSS score e studio RM. La procedura

può essere eseguita in regime di day hospital o con ricovero di una notte a scopo prudenziale in caso di età avanzata o in presenza di un gran numero di comorbidità dei pazienti (specie in quelli con alto rischio anestesiológico).

**Quali sono i risultati sperati con la tecnica?**

A circa 6 mesi dalla PAE si osserva una riduzione di circa 30% del volume prostatico, più marcata nella porzione centrale (zona di transizione). Per i pazienti con CVP, il primo tentativo di rimozione viene eseguito 15 giorni dopo la procedura. Nel nostro centro, si rimuove il CVP in circa il 75% dei pazienti. Per i pazienti senza CVP e con sintomatologia del basso tratto urinario, si osserva una

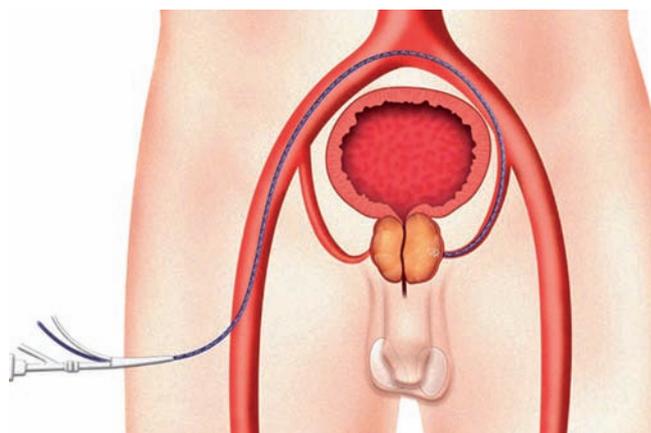
riduzione significativa dei sintomi, con un miglioramento del IPSS score in circa l'85% dei pazienti.

**Quali sono le contro-indicazioni alla tecnica?**

Sono contro-indicazioni alla tecnica una grave insufficienza renale, allergia al mezzo di contrasto, pregressa radioterapia pelvica, grossolani diverticoli vescicali e una prostata di piccole dimensioni (inferiore a 30-40g).

**La PAE potrà essere considerata in futuro una terapia di scelta, da sola o in associazione?**

In accordo con la letteratura e la nostra esperienza, la PAE ha dimostrato essere fattibile, sicura ed efficace. Questa procedura può rappresentare un sicuro trattamento alternativo nei pazienti affetti da BPH portatori di catetere vescicale, refrattari alla terapia medica, con alto rischio operatorio e può essere proposta a quei pazienti che rifiutano un qualsiasi trattamento chirurgico. Un follow up a lungo termine dei pazienti appare comunque indispensabile.



# PHOENIX

## alzati e cammina

di Lidia Tamburrino



Si chiama **PHOENIX** il fiore all'occhiello di Orthomedica Variolo srl, tra le società leader in Italia dell'ortopedia su misura e dal 2016 unico rivenditore autorizzato per il Nord-Est (ha punti vendita a Padova, dove ci sono anche lo stabilimento e la sede legale, Treviso, Vicenza, Verona, Santorso, Trento e Gorizia) del rivoluzionario esoscheletro che permette a soggetti con lesione midollare di poter tornare a camminare. Nata nel 1927, grazie alla Famiglia Pulin, questa società esprime il meglio della tradizione e dell'innovazione per la produzione di busti per scoliosi, plantari, tutori, protesi e vendita di articoli sanitari. Tutti prodotti di altissima qualità, realizzati da tecnici ortopedici specializzati. Lo scorso anno, l'azienda, per rendersi ulteriormente competitiva sul mercato e per offrire ai suoi clienti il massimo dell'efficienza, ha rinnovato tutti i sistemi di acquisizione di impronte plantari, che permettono una rilevazione precisa delle misure e la realizzazione di plantari ortopedici per le patologie del piede, ma anche per lo sportivo.

Da due anni, la Orthomedica Variolo srl è diventata punto di riferimento di coloro che sono sopravvissuti ai traumi della colonna vertebrale, riportando una lesione midollare. Queste persone possono avere una speranza di migliorare la qualità della loro vita grazie ai progressi della meccatronica, la disciplina che studia il modo di far interagire tre sotto-discipline - la meccanica, l'elettronica e l'informatica - per studiare e sviluppare macchine capaci di simulare il comportamento di organismi viventi e/o di loro parti. Su queste basi è nato il progetto della M.E.S. S.p.A., una società romana che ricerca e sviluppa soluzioni tecnologiche innovative, per consentire a persone con difficoltà motorie di "normalizzare" - per quanto possibile - la propria vita, attraverso un supporto a basso impatto fisico e visivo. Supportata da partners provenienti dal settore Ortopedico, come Orthomedica e da collaboratori di grande livello, come il Prof. Homayoon Kazeroony - dell'Università di Berkeley, esperto di robotica con oltre vent'anni di lavoro e progettazione diretta di esoscheletri di vario tipo - M.E.S. si sta orientando sul settore bio-medicale.

## L'ESOSCHELETRO MADE IN ITALY PRESENTATO ALL'EVENTO INNOVABIOMED DI VERONAFIERE



Così, è nato “Phoenix”, dal nome della Fenice che risorge dalle ceneri. Le sue caratteristiche: è leggero e facile da indossare; con i suoi 12,5 kg circa, distribuiti nei moduli che lo compongono, consente un’agevole vestibilità; ha una grande autonomia di utilizzo (4,5/6 ore) ed è munito di un computer che gestisce il movimento coordinato delle articolazioni; l’utilizzatore può controllare autonomamente le sue funzioni, tramite comandi manuali posti nelle stampelle, collegate al sistema tramite “wireless”, con possibilità di regolare ed impostare diverse velocità e la lunghezza del passo; è ergonomico e le ortesi KAFO di arto inferiore, sono facilmente indossabili in autonomia. “Phoenix” consente di passare dalla posizione seduta alla posizione eretta e viceversa, di camminare e di porsi alla guida di veicoli. E’ composto da moduli funzionali utilizzabili separatamente. Il “modulo anca” è autonomo ed autosufficiente. Può essere regolato in base alle esigenze individuali. Fornisce assistenza sia in flessione che in estensione, senza ostacolare i movimenti e permettendo di sincronizzare i parametri del passo durante il cammino. Il “modulo ginocchio” compensa la debolezza o paralisi del quadricipite. L’impedimento è controllabile in risposta alla flessione durante l’appoggio. Non impedisce l’estensione in ogni momento, così come non impedisce la flessione e l’estensione durante l’oscil-

lazione. Esistono due versioni: quella riabilitativa e su misura in carbonio: la prima è completamente regolabile all’altezza del tronco e degli arti inferiori, quella su misura viene costruita direttamente sulle misure anatomiche del paziente in modo da consentire leggerezza, sicurezza nella deambulazione perché gli arti sono allineati in base all’anatomia del paziente e maggiore velocità nella vestizione in quanto già adattato.

“La novità del nostro esoscheletro” precisano l’Ing. Carlo Piscitelli, Amministratore Delegato della M.E.S., e Massimo Pulin, Presidente di Orthomedica, “è data dalla leggerezza del prodotto, dalla modularità e dalla vestibilità dello stesso. Poiché crediamo fortemente nel valore di inclusione sociale di questo dispositivo, oltre che nella capacità di miglioramento delle condizioni di vita delle persone con difficoltà motorie, l’obiettivo finale è quello di riuscire a garantire un prodotto dal costo contenuto”. Grandi i benefici per la salute dei pazienti associati all’incremento della mobilità: aumento della forza, miglioramento del sistema circolatorio, cardiovascolare, della capacità respiratoria, delle funzioni vescicali ed intestinali, riduzione della spasticità, guarigione delle ulcere da decubito e un possibile miglioramento dello stato psicologico e sociale. Un passo che fa la differenza, questa la missione di questa avveniristica protesi bionica.



### STORIA DI ORTHOMEDICA

Orthomedica Variolo srl nasce nel 1927, in 90 anni di attività la Famiglia Pulin ha saputo esprimere, grazie alla passione e all’amore verso quest’arte, il meglio della tradizione ed innovazione nel settore dell’ortopedia su misura.

L’azienda, leader nel Triveneto per la produzione di busti per scoliosi, plantari, tutori, protesi e vendita di articoli sanitari, nasce nella città di Padova dove tutt’ora sono situati lo stabilimento produttivo e la sede legale.

Distribuita nel Triveneto con 7 punti vendita e laboratori nelle città di: Padova, Treviso, Vicenza, Verona, Santorso, Trento e Gorizia, offre ai clienti, prodotti di alta qualità realizzati da tecnici ortopedici specializzati.

Nel 2016, prima fra molte ortopedie italiane, acquista macchinari di ultima generazione come una fresa CNC, una stampante 3D ed uno scanner 3D per realizzare ortesi su misura.

Da gennaio 2016, è l’unico rivenditore autorizzato per il Nord-Est Italia, di **PHOENIX**, l’esoscheletro made in Italy che permette a soggetti paraplegici o con lesione midollare di poter tornare a camminare.

Nel 2017 rinnova tutti i sistemi di acquisizione di impronte plantari che permettono una rilevazione precisa delle misure con conseguente realizzazione di plantari ortopedici per patologie del piede ma anche per lo sportivo.

# LUSSAZIONE SPALLA ORA SI CURA CON ASA

UTILE NEL 60% DELLE INSTABILITA' ANTERIORI, NON LASCIA  
CICATRICI E SI ESEGUE IN ANESTESIA LOCO REGIONALE

di *Marco Maiotti*

La lussazione della spalla consiste nella fuoriuscita della testa dell'omero (l'osso del braccio) dalla cavità glenoidea della scapola. Quando la testa omerale esce dalla sua sede naturale, quasi sempre lacera delle strutture legamentose e capsulari che avvolgono i capi articolari e in alcuni casi, si verificano anche delle lesioni ai segmenti ossei. Il tutore non è curativo e per riparare queste rotture legamentose è necessario un intervento chirurgico.

Tali lesioni hanno una maggiore incidenza tra i giovani, soprattutto sportivi. Se non vengono riparate, è molto probabile che portino a delle lussazioni ripetute, cosiddette recidivanti, causate non più solo da una caduta o da un evento traumatico acuto, ma anche dai semplici movimenti quotidiani, da attività sportive o addirittura durante il sonno.

Per fare una diagnosi corretta è necessario eseguire una Risonanza Magnetica con il contrasto e una TC per valutare i difetti ossei glenoidei.

Oggi si può intervenire con la tecnica ASA (Arthroscopic Subscapularis Augmentation), una tecnica indicata anche nei pazienti molto giovani (dai 15 anni in su), soprattutto quando il tradizionale intervento di riparazione artroscopica (intervento di Bankart) espone ad un'elevata percentuale di recidive.

Più precisamente, l'intervento è indicato nei pazienti affetti da iperlassità – articolare di spalla – oppure quando il tessuto capsulo-legamentoso da riparare è scadente. L'unica alternativa in questi casi era l'intervento di Latarjet, che seppur efficace è a cielo aperto, con l'inserimento di viti e placche di metallo e prevede anestesia totale.

La tecnica ASA consiste nel rinforzo della riparazione

capsulare con tenodesi di una parte del sottoscapolare, tendine che si trova nella parte anteriore della spalla. L'intervento viene eseguito in artroscopia, cioè senza aprire l'articolazione, ma eseguendo solo delle piccole incisioni cutanee, in anestesia locale eco-guidata. Dopo aver eseguito la riparazione del tessuto capsulo-legamentoso mediante l'utilizzo di un'ancoretta non metallica, questa viene rinforzata con una parte del tendine del sottoscapolare utilizzando un'altra ancoretta. Con indicazioni corrette la percentuale di recidiva è paragonabile a quella dopo intervento di Latarjet. L'intervento di ASA non è indicato in caso di difetto osseo glenoideo importante. In questi casi si deve ricorrere a interventi di stabilizzazione artroscopica con innesto osseo o Latarjet.



prof. Marco Maiotti



# INFUMIX

L'INNOVAZIONE È MADE IN ITALY

**INFUMIX:**  
SISTEMA SEMI AUTOMATICO  
ATTO ALLA PREPARAZIONE,  
DILUIZIONE DEI FARMACI  
CHEMIOTERAPICI IN LABORATORIO.

RIVENDITORE LAZIO E UMBRIA:



Medical Devices

commerciale@spmed.it - info@spmed.it

**PIERC SAS**

GABRIELE GIOVANELLI (CEO): +39 3487063526

SAVERIO IAQUINTA (INTERNATIONAL BUSINESS MANAGER): +39 3474585354

# PATOLOGIA TIROIDEA, RIMEDIO SENZA BISTURI

NUOVE POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE SONO I TRATTAMENTI MINI INVASIVI TERMO ABLATIVI: ECO GUIDATI, SFRUTTANO IL CALORE GENERATO DA RADIOFREQUENZE PER Distruggere IL TESSUTO NODULARE

di *Katrin Bove*

La patologia nodulare tiroidea è molto diffusa nel nostro paese; molte regioni sono state infatti (o sono tuttora) aree di endemia gozzigena.

Purtroppo, in casi di nodi di una certa dimensione e responsabili di disturbi compressivi cervicali le armi terapeutiche appaiono piuttosto limitate: la terapia farmacologica con L-tiroxina è inefficace, ed il trattamento tradizionale in questi casi è quello chirurgico, peraltro gravato dalla insorgenza di ipotiroidismo e dal rischio, ancorché basso, di complicanze invalidanti.

Da circa 10-15 anni, si è aggiunta una nuova possibilità terapeutica, rappresentata dai trattamenti termo-ablativi mini-invasivi ecoguidati, in cui si sfrutta il calore generato da una apposita sorgente (per lo più radiofrequenze o laser) per distruggere il tessuto nodulare. Presso l'Ospedale Mauriziano di Torino, dal 2004-2005 è stata introdotta la termoablazione con radiofrequenze, che viene praticata presso la S.C. Endocrinologia, diretta dal Dr. Paolo Limone, da un team costituito dal Dr. Maurilio Deandrea e dal Dr. Alberto Mormile, che in questi anni hanno acquisito una vasta

esperienza (a tutt'oggi più di 500 pazienti trattati), che pone il gruppo torinese fra i più accreditati non solo a livello nazionale, ma anche europeo: numerosi operatori sia italiani sia stranieri vengono ogni anno al Centro Tiroide dell'Ospedale Mauriziano per vedere ed apprendere la tecnica termoablattiva, e gli stessi operatori torinesi si recano talora all'estero per seguire il training di colleghi che iniziano a praticare trattamenti termoablattivi tiroidei.

La tecnica si avvale di un generatore collegato ad un elettrodo che viene introdotto nel nodo da trattare per via transcutanea, previa anestesia locale. Le radiofrequenze emesse generano calore agitando gli elettroni delle cellule tiroidee, ed il calore determina a sua volta necrosi coagulativa del tessuto nodulare.

Inizialmente venivano utilizzati aghi di diametro relativamente grosso (14G), dotati di uncini (9 o 4 a seconda del modello) espandibili all'interno del nodo per ottenere una più completa diffusione del calore. Il dispositivo utilizzato ormai da alcuni anni è invece un elettrodo di piccolo diametro (18-19 G), con una punta attiva di 7-10 mm. Il trattamento avviene secondo la tecnica moving-shot, introdotta dal coreano Baek; in pratica, dopo l'introduzione, l'elettrodo viene mosso all'interno del nodo e spostato

lungo piani paralleli, allo scopo di trattare sequenzialmente tante piccole unità di tessuto, fino ad ottenere l'ablazione di quasi tutto il tessuto nodulare. Il trattamento effettivo dura all'incirca 15 minuti, ed al termine l'area di ablazione viene valutata ecograficamente, presentandosi come una zona avascolare.

La riduzione volumetrica, spesso già evidente ad un mese dal trattamento, diviene massima tra sei e dodici mesi, potendo poi ancora progredire fino al secondo anno, dopo di che tende a stabilizzarsi.

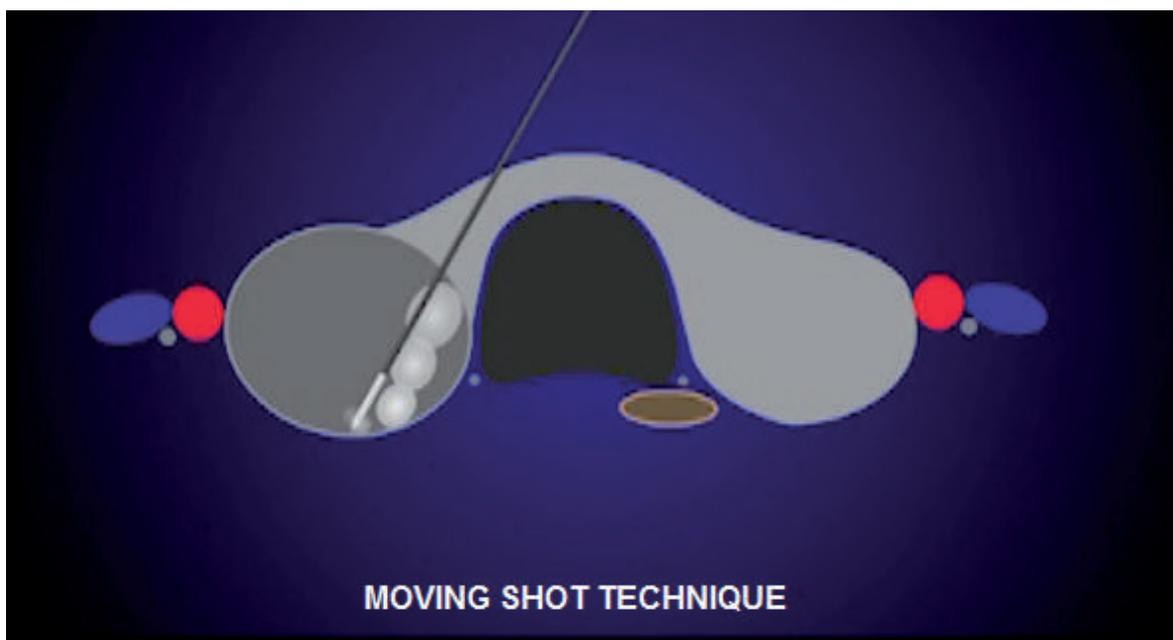
In uno studio condotto in collaborazione con il centro universitario di Seoul diretto dal Prof. Baek, in cui sono stati arruolati pazienti portatori di nodi di volume compreso tra 15 e 20 ml (in pratica nodi con diametro maggiore intorno ai 3.5-4 cm), a sei mesi dal trattamento la riduzione media è risultata superiore al 65%. Più recentemente, in uno studio multicentrico italiano coordinato dal gruppo dell'Ospedale Mauriziano, è stata osservata una riduzione del 70% ad un anno.

Nella casistica torinese la riduzione volumetrica persiste anche nel follow-up esteso fino al terzo-quarto anno dopo il trattamento.

Una piccola percentuale di nodi (3-5%), mostra una ten-



dr. Maurilio Deandrea, dr. Paolo Limone e dr. Alberto Mormile



denza alla ricrescita nel tempo, che viene imputata alla crescita di aree di tessuto, per lo più a localizzazione periferica, che sono sfuggite all'ablazione in occasione del primo trattamento.

Gli effetti collaterali si possono suddividere in maggiori (paralisi ricorrentiale, infezioni e rottura del nodo) e minori (dolore, edema ed ematoma sottocutaneo); nella casistica dell'Ospedale Mauriziano si sono presentati con frequenza molto bassa. In particolare, non è mai stata osservata una paralisi ricorrentiale, mentre due casi di infezione si sono risolti con terapia antibiotica. Occasionali reazioni vagali si sono verificate in corso di trattamento, senza pregiudicarne il completamento. Nessun paziente ha comunque riportato danni permanenti.

Un quesito che ricorre frequentemente è se vi siano dei criteri predittivi di risposta al trattamento; a questo si è cercato di dare risposta con lo studio multicentrico italiano già citato; è stato così dimostrato che l'aspetto spongiforme (o microcistico) è predittivo di buona riduzione volumetrica, mentre i nodi solidi rispondono in misura minore; una ricca vascolarizzazione intranodale è un altro fattore predittivo di buona riduzione; i nodi di maggiori dimensioni hanno risposte meno brillanti.

In sintesi, i vantaggi dei trattamenti termoablativi sono rappresentati da:

- relativa semplicità (operatori con esperienza di ago-biopsie tiroidee e di trattamenti mininvasivi tipo alcolizzazione dei nodi riescono ad acquisire una buona capacità con adeguato training che preveda una trentina di trattamenti),
- effettuabilità in regime ambulatoriale/DH/DS,
- utilizzo di sola anestesia locale,
- scarsità di effetti collaterali,

- capacità di indurre riduzioni volumetriche superiori al 50%,
- assenza di ipotiroidismo,
- costo inferiore rispetto alla chirurgia.

Lo svantaggio è che il nodo non viene definitivamente rimosso e potrebbe nel tempo ricrescere.

Occorre peraltro segnalare che è possibile sottoporre ad un secondo trattamento nodi che non abbiano mostrato una soddisfacente riduzione volumetrica a sei-dodici mesi dal trattamento, o che presentino una riespansione a maggior distanza di tempo. È importante ricordare che un precedente trattamento termoablativo non preclude una successiva soluzione chirurgica in caso di inadeguata risposta volumetrica, in quanto la termoablazione non crea alterazioni ai tessuti circostanti, tipo reazioni flogistiche o aderenze.

Alla luce dell'esperienza accumulata nel corso degli anni (sostenuta da un documento di consenso stilato da un ampio gruppo di lavoro nel 2015), le attuali indicazioni al trattamento con radiofrequenze si possono così sintetizzare.

Nodi di natura benigna accertata con due esami citologici con sintomatologia compressiva in pazienti con controindicazioni a chirurgia o rifiuto della stessa.

Nodi che creano disturbo estetico.

Volume > 10 ml, ma trattamento giustificato anche per volumi assai inferiori (purchè tali da consentire un trattamento in sicurezza) in presenza di sintomi, e/o tendenza all'accrescimento, per evitare necessità di successivo intervento chirurgico;

Nodi singoli oppure nodi dominanti in contesto di GMN con altri nodi piccoli, clinicamente non rilevanti e non sospetti (se necessario effettuare FNAB anche sugli altri nodi).

Metastasi linfonodali di tumori tiroidei non suscettibili di exeresi chirurgica o trattamento radiometabolico.

# FONDAZIONE JUST ITALIA HUMUS VERONESE

di *Riccardo Romani*

“*Ci prendiamo cura delle persone, insieme*”. E' questa la missione di Fondazione Just Italia, creata nel 2008 dall'omonima azienda di Grezzana (Verona), che distribuisce in Italia i cosmetici svizzeri Just esclusivamente tramite “Party” a domicilio.

Fondazione Just Italia sostiene le iniziative delle Organizzazioni Non Profit sviluppando, ogni anno, due filoni di attività: il supporto a un grande progetto di Ricerca medico-scientifica o di assistenza sociosanitaria - di portata nazionale e destinato ai bambini, e il sostegno a iniziative

locali, destinate al territorio veronese.

Fondazione Just Italia ha finanziato, in quasi 10 anni, progetti di Responsabilità Sociale per un importo di oltre 3,5 milioni di Euro: ricerche medico-scientifiche sull'autismo, la leucemia linfoblastica acuta, la Sindrome di Rett, la terapia cellulare, le cardiopatie infantili, l'assistenza domiciliare gratuita ai piccoli pazienti oncologici, sono alcuni degli ambiti sui quali si è sviluppata l'attività della Fondazione contribuendo a restituire speranze e qualità di vita a tante persone.

Ogni anno, in ottobre - novembre, la Fondazione emette il bando riservato alle Organizzazioni Non Profit per candidare un Progetto scientifico o di assistenza sociosanitaria



di portata nazionale.

Le proposte ricevute, selezionate per ammissibilità e parametri predefiniti, vengono sottoposte all'ulteriore "valutazione" di AIRIcerca (Associazione dei Ricercatori Italiani nel mondo) per arrivare, attraverso il Comitato di Gestione della Fondazione, a una rosa di tre progetti. I finalisti vengono, infine, sottoposti alla votazione degli incaricati alle vendite di Just Italia (oltre 25.000 in tutta Italia), che decretano il principale Progetto di solidarietà dell'anno.

Per coinvolgere i propri incaricati e clienti, Fondazione Just Italia promuove ogni anno una raccolta fondi con un'operazione di "Cause Related Marketing", tramite la vendita di un Miniset benefico, contenente una selezione di prodotti Just. Una parte del ricavato, indicativamente € 300mila, viene destinata al Progetto ricordando che - a prescindere dall'esito della raccolta - Fondazione Just Italia si impegna, sempre e comunque, a versare alla Onlus prescelta l'intero importo.

Per quanto concerne, invece, il sostegno alle iniziative locali,

sviluppate nel territorio veronese, nel periodo gennaio – giugno di ogni anno viene diffuso il bando che consente alle Associazioni interessate di presentare le proprie candidature.

Alla fine di giugno, il Consiglio di Amministrazione, affiancato dal Comitato di Gestione della Fondazione, valuta i Progetti che devono rispondere ai requisiti indicati nel bando: orientamento al territorio di Verona e Provincia; appartenenza all'ambito sociale o socio-assistenziale, capacità di migliorare la qualità di vita nel territorio; credibilità, affidabilità ed esperienza dell'organizzazione richiedente; risposta efficace a bisogni documentabili e rilevabili; misurabilità dei risultati.

Per Fondazione Just Italia, come ricordano il Presidente Marco Salvatori e la Vicepresidente Daniela Pernigo, il bando a sostegno dei progetti locali, riconfermato ogni anno, è una testimonianza concreta del rapporto solido e amichevole con il proprio territorio e sottolinea una visione dell'impresa che coniuga business, etica e responsabilità sociale. Alle iniziative locali viene destinato, in media, un supporto annuale di circa 100 mila Euro.



 FONDAZIONE  
JUST ITALIA



# Ortodonzia

## *Il kit fai-da-te combina solo guai*

di *Martina De Vivo*

L'Ortodonzia fai da te è rischiosa. Una terapia senza diagnosi nasconde grandi insidie per i pazienti e un pericolo per la professione. Sul tema, di grande attualità, si sono confrontati, sabato 27 gennaio, all'Università Cattolica di Roma, alcuni nomi eccellenti dell'Ortodonzia italiana. Una tavola rotonda su salute e sicurezza, incentrata proprio sul fenomeno crescente dell'autodeterminazione del paziente ortodontico. Questa pratica è stata alimentata grazie a robuste offensive commerciali sviluppate attraverso Internet - in particolare negli Stati Uniti - che hanno indotto il cittadino al "fai da te", con la totale esclusione dello specialista. In che modo? Grazie alla fornitura di un kit. A parere degli specialisti questo fatto costituisce un "salto nel buio ortodontico", che in un Paese di grande tradizione accademica come l'Italia, suscita sconcerto e riflessione.

Al convegno, introdotto da Massimo Cordaro, Direttore di Istituto e Struttura Complessa del Policlinico Gemelli, si sono confrontati Ersilia Barbato, Coordinato-

re nazionale delle Scuole di Specialità di Orodonzia, Raoul D'Alessio, presidente SUSO Roma e ideatore dell'evento, Giuseppe Renzo, presidente nazionale Cao-Fnomceo ed Antonella Polimeni, Direttore della Scuola di Odontoiatria Pediatrica alla Sapienza e presidente SIOCMF. Tra gli interventi programmati, da segnalare quelli di Paola Cozza, Università Tor Vergata e past-President SIDO, Pietro Di Michele, presidente nazionale SUSO, Giuseppe Fiorentino, presidente nazionale SIDO, Cristina Grippaudo, Università Cattolica Roma, Alberto Laino, Università Federico II di Napoli e past-presidente SIOF e Cesare Luzi, presidente Nazionale Asio.

"L'obiettivo di una specialità e di un sindacato medico attenti - ha spiegato il dottor Cordaro nella sua introduzione - sta nell' intercettare i bisogni della popolazione, ma anche suggerire giuste filosofie di pensiero, cercando di captare cosa chiede il paziente consapevole e di accontentarlo in scienza e coscienza. Dinanzi ad una

trasformazione radicale della professione ortodontica, occorre prestare attenzione alle sue mutazioni, alla tutela della disciplina e ai bisogni della gente". Sull'evolversi della professione, Cordaro ritiene assolutamente necessaria una riflessione profonda: "Non si possono far passare come normali, frasi pubblicitarie" – ha aggiunto – "che riportano terapie ortodontiche miracolose, invisibili, veloci e al costo di pochi euro".

Come agire, quindi? La parola chiave, a parere di Cordaro, è informazione. L'ha spiegato con queste parole: "Deve essere un compito prioritario di chi ha titolo per farlo. Solo così si può rendere il paziente consapevole e tutelato. La medicina, prima ancora che sulla terapia, è basata sulla diagnosi, che richiede tutto un insieme di capacità di analisi e di sintesi. Attività che non possono prescindere dall'opera di un professionista. E' necessario abituare i nostri pazienti alla qualità professionale attraverso la buona formazione e la deontologia".

Nasce da queste considerazioni la necessità di un confronto con la società civile per spiegare i rischi cui si va

incontro con l'auto-terapia e con le scelte inconsapevoli. "È arrivato il tempo di un cambio di passo. Parliamo direttamente alla gente – ha concluso Cordaro - perché il tempo del "pericolo ortodonzia" è ormai arrivato. Occorre individuare la strada da percorrere, decidendo cosa fare per la salute orale e l'integrità dei pazienti ed incidendo sulla società dei consumi. Solo così e solo uniti, si potrà evitare che la professione scompaia lentamente lasciando il posto ad una desolata autodeterminazione dell'essere". A dimostrazione della grande tradizione ortodontica italiana, nel corso del Convegno è stato richiamato un passo della voce "Ortodonzia", curata da Raoul D'Alessio, estrapolando dall'Enciclopedia Treccani 2015: "La difficoltà principale è la pianificazione terapeutica, che a sua volta nasce da un attento studio dell'antropologia del paziente, delle sue funzioni e aspetto esteriore. Lo studio antropometrico del volto, e con esso la diagnosi di malocclusione, prevedono un complesso processo intellettuale. Per questo, con buona ragione, si considera l'odontoatria la branca odontoiatrica più medica".



dott. Raoul D'Alessio

# SOCIAL NETWORK

## COMUNICAZIONE, ISOLAMENTO E ALIENAZIONE

di Marco Toti

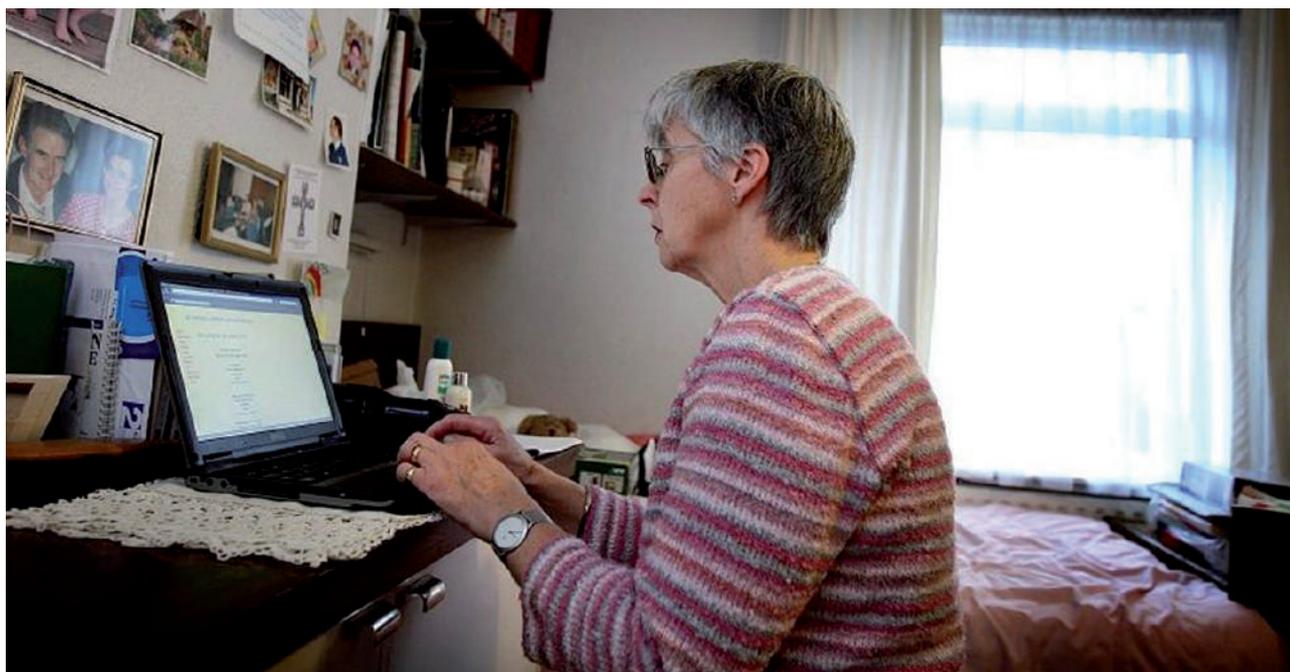
La nostra è la civiltà dell'artificio, dell'isolamento atomistico, della velocità e quindi del caos controllato, dei sentimenti, delle opinioni e delle procedure. Di tutto ciò, i "social network" costituiscono un paradigma particolarmente significativo: anche essi, in modo talora draconiano, applicano le loro procedure (con tanto di "banning" in caso di comportamenti ritenuti scorretti!) e sono inclini ad un certo "sentimentalismo". L'uso smodato che se ne fa, sia da parte di adolescenti che di persone ben più in là con l'età, tradisce la loro ubiquità (oltre che la loro necessità!): un sottile penetrare nell'anima delle persone, che si appoggia anche sul "giovanilismo" e, quindi, sulla imitazione di modelli adolescenziali che non sono altro che l'orrore per la vecchiaia e la morte: ossia, per la natura delle cose. Questo è un carattere decisivo nel contesto della postmodernità occidentale (ormai pressoché planetizzata).

Dietro la "comodità" è l'utilità dei "social", come capita spesso, si nascondono insidie non di poco conto. La comunicazione per immagini (si pensi a "Instagram"), i commenti e i "likes" di "Facebook", i cinguettii di "Twitter" (usati anche da Renzi e da

Papa Francesco), alla velocità della luce lanciati e scorsi, implicano in realtà un paradossale ripiegamento su di sé stessi: nell'epoca dei molteplici strumenti di comunicazione, siamo sempre più soli. Lo "slogan" o la frase a effetto sembrerebbe costituire un mezzo per dimostrare agli altri (ovvero a noi stessi) che "ci siamo". Lo schermo, tutto sommato, ci difende, almeno sul breve termine, almeno in apparenza. Questa solitudine non è però la naturale necessità, temporanea e sempre presente nella storia

dei singoli, di trovare degli spazi propri per un più autentico "dialogo interno"; essa è invece l'isolamento autoindotto di chi non riesce a reggere l'urto di una società sempre più onnipervasiva nella sua violenza "morale" e nella sua confusione "teoretica" e materiale. Si può pensare, come caso estremo, ma non poco significativo, agli "hikikomori" giapponesi, che, per rifiuto della società nipponica e dei suoi modi spietatamente ipercompetitivi, si isolano nelle loro stanze per anni: ma almeno, si potrebbe dire, in questo





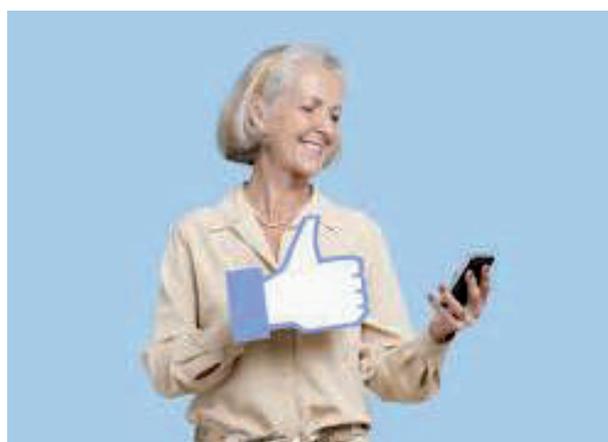
caso c'è una rivolta radicale – anche se improduttiva, ed anzi deleteria sul piano individuale e familiare -- contro modelli deumanizzati. Ma forse essa può avere valore di testimonianza (una sorta di “martirio laico”!).

Alla radice di tutto ciò, riteniamo, vi è l'*alienazione*, da intendersi in senso etimologico: una riduzione ad altro, ad “alieno”, appunto, dell'uomo e della sua personalità, che paradossalmente si cerca di evitare tramite degli usi che, per contro, la moltiplicano esponenzialmente (dopo aver dato l'illusione della piacevolezza e del *divertissement*). Come nel caso del consumo, qui immateriale, *l'angoscia produce e riproduce angoscia*, e talora si volge in disperazione: l'isolamento è davvero l'anticamera della morte. Il caso dei “call centers” potrebbe costituire una interessante analogia, sul tema. I costi, in termini sociali, medici, psicologici e finanche psichiatrici, sono elevati e in costante evoluzione: chi ha cinquemila “amici” (!) su “Facebook” spesso cade in depressione. La consapevolezza del non senso che ci illude e ci avvince colpisce sempre più, in particolare i più sensibili: che non sono pochi, in una civiltà piena di creature deboli ed indifese anche per assenza, penuria o inefficienza delle essenziali reti di “ammortizzazione sociale”.

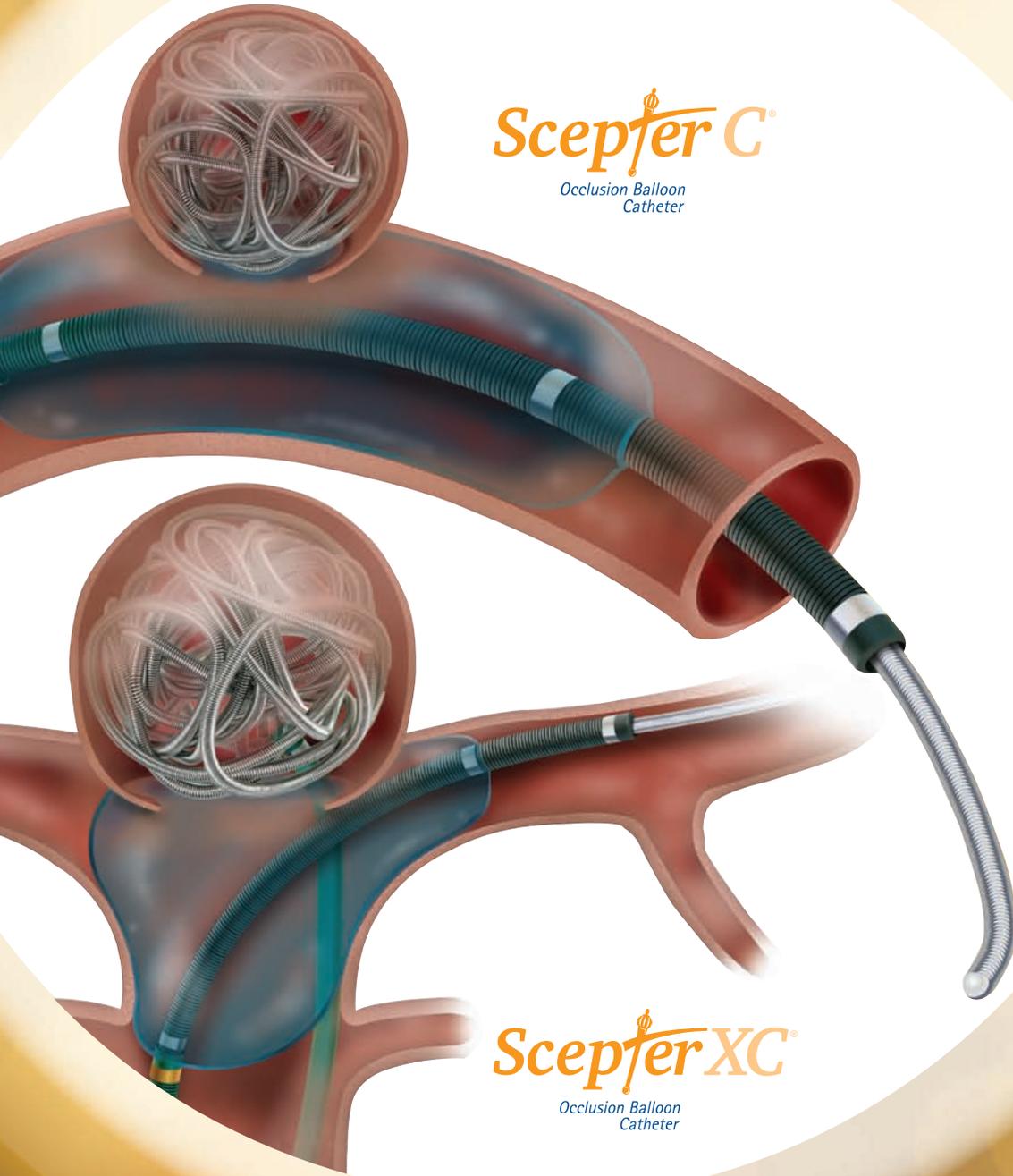
Sono questi atomi autocentrati, queste monadi tutte conchiuse in sé stesse, l'epifania apocalittica dell'“ultimo uomo”, la realizzazione nichilistica per eccellenza di un'umanità omogenizzata ed asservita alla logica del consumo compulsivo di beni anche immateriali (per non parlare del tema del controllo sociale e concreto dei singoli)? Consumando compulsivamente, ci si consuma nel profondo: è bene tenerlo presente.

Chiudiamo con una banalità, che è necessario però, for-

se, ricordare in tempi così confusi: *per comunicare realmente, gli uomini devono guardarsi in faccia*; altrimenti, nella migliore delle ipotesi, si tratterà di una comunicazione monca. Si dice che quando la TV arrivò in Tibet, i tibetani ne furono immediatamente irretiti, tanto da fiondarsi ad usufruirne, come stregati dalla pirotecnica, immaginifica novità. Il mezzo è il messaggio, e la natura umana, probabilmente, è la medesima in ogni luogo e tempo (anche se la cultura è una “seconda natura”). Uno schermo e un “pc” distorcono la relazione umana (e la vita!) in modo talora eccessivamente deformante, illudendo i “partners” e rendendo il rapporto tra persone e la vita un aggregato fantasmatico di non senso autoreferenziale, artificioso e vacuo come i tempi che viviamo. E, tuttavia, la banalizzazione virtuale delle esistenze non è un destino: la vita, per ciascuno di noi, è sempre accessibile, qui ed ora; ed ognuno di noi può, se non altro per qualche ora nella giornata, “sconnettersi”, e viverla autenticamente.



*Scepter C*®  
Occlusion Balloon  
Catheter



*Scepter XC*®  
Occlusion Balloon  
Catheter

**ENDOASCULAR  
SERVICE**  
ENDOASCULAR SERVICE

lo la penso così

# I misteri del cervello creativo

di Gaetano Lanza



Volete sapere se siete creativi? Basta fare una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) funzionale del vostro encefalo e vedere se tre aree ben individuate sono linkate quando svolgete un test.

E' la scoperta dei ricercatori dell'Università di Cambridge, diretti dal Prof. R. Beaty, che in uno studio pubblicato di recente hanno sottoposto a RMN funzionale 163 soggetti esaminati per la loro spiccata creatività in vari ambiti artistici o scientifici, proprio mentre svolgevano un compito che richiedeva l'uso di abilità creative, e in particolare l'uso del cosiddetto pensiero divergente, il tipo di pensiero che utilizziamo quando cerchiamo di trovare e inventare soluzioni nuove mediante l'utilizzo di oggetti comuni che servono per altri scopi. Chi non usa il pensiero divergente, per intenderci, non è capace (come me) di trovare soluzioni nuove e utilizzare ciò che ha appreso e conservato nella propria memoria. E' capace di applicare solo soluzioni stereotipate.

Le famose tre aree cerebrali. Si tratta del Default Mode

Network, dell'Executive Control Network, e del Saliency Network, ognuno dei quali svolge una particolare funzione nel processo creativo. Il primo è situato nella corteccia cingolata posteriore, produce nuove idee e proposte, pescando nelle aree deputate alla memoria e facendo simulazioni mentali. Il secondo si trova nella corteccia prefrontale dorso laterale destra, sceglie le idee più appropriate e le trasmette al terzo network, che si trova nell'insula anteriore sinistra e valuta ed elabora il prodotto finale. Per quanto riguarda Leonardo si chiama "Codice Atlantico", nel caso di Einstein "Teoria della Relatività", in quello di Parodi "Endoprotesi Aortica". Potremmo andare avanti o indietro, fino alla scoperta del fuoco.

In letteratura e in Internet si possono trovare centinaia e migliaia di proposte e metodi alcuni dei quali poggiano anche su ricerche scientifiche psico-cognitive, per sviluppare la capacità creativa.

Oggi sappiamo per certo, grazie alle ricerche del Prof. Beaty e dei suoi collaboratori, che quelle tre aree cerebrali svolgono un ruolo importante e fondamentale per la cosiddetta mente creativa umana. Ci sono già alcuni che pensano, in un prossimo futuro, di poter stimolare queste tre aree per aumentare la creatività e produrre magari più geni creativi. Per ora ci spiace deluderli - ma solo per ora - perché in realtà il cervello umano, si sa, lavora non per compartimenti stagni, ma è il marchingegno più complesso e integrato dell'universo conosciuto.

Chi vivrà vedrà. Può darsi che in futuro saremo davvero capaci di stimolare alcune aree cerebrali per implementare delle funzioni cognitive intellettive. Per ora questo già succede per tentare di recuperare aree danneggiate da tumori, ischemie, processi degenerativi. Michio Kaku affronta il tema con rigore scientifico nel suo meraviglioso libro "The future of the mind", che consiglio. Attenzione, però. Il cervello umano (almeno per ora) non è assimilabile a un super-super-computer che si possa smontare e rimontare. Forse riparare? Ma non ci fa un po' paura la manipolazione di qualcosa in cui è riposta la personalità di un essere umano con tutto ciò che di sacro vi è conservato?

*"Il compito non è vedere quanto nessuno ha visto ancora, ma pensare quello che ancora nessuno ha pensato su ciò che tutti vedono."*

Arthur Schopenhauer



# HATERS, ODIATORI DEL WEB.

di Nicola Carrasi

Che siano virtuali o reali, le parole, hanno sempre avuto un impatto sulle nostre vite. A seconda della società nella quale si vive, oltre all'uso della parola per comunicare, si affinano o semplicemente si pronunciano d'istinto agglomerati di parole, discorsi, affermazioni, insinuazioni, che inevitabilmente sono usati come randelli, per dar spesso spazio alla propria frustrazione. A questo, il web, una meravigliosa occasione, ha dato i mezzi per espandere ed amplificare un fenomeno che ormai non riguarda più i personaggi pubblici, ma i semplici utenti, spesso in guerra l'uno contro l'altro o gli altri. Vere e proprie 'pattuglie' dell'odio che seguono i focolari disseminati da quelli che in gergo si chiamano 'flammer'. Incendiari della comunicazione verbale e non. E' l'era dell'**hate speech**, come lo chiamano gli americani -per loro è una categoria giurisdizionale- l'istigazione all'odio che sta ora coinvolgendo tutta Europa. **I dati emergono da una recentissima ricerca realizzata da SWG per conto di Parole Ostili (progetto di sensibilizzazione contro l'ostilità delle parole in Rete e nei media).** Tutto questo ci dà l'immagine di come e quanto i social siano usati, più che per creare maggiori contatti e senso di aggregazione, come mezzo per prevaricare, con violenza, sugli altri. Ci sono adulti ma soprattutto minorenni che, vittime dei vari fenomeni di violenza verbale, **cyberbullismo** e **cyberstal-**

**king**, escono distrutte da esperienze che spesso portano, i più sensibili e disorientati, a soluzioni estreme come il suicidio. E in casi, per fortuna, percepiti in maniera meno profonda, le conseguenze ricadono sulla sanità, richiedendo l'intervento di psichiatri e psicologi.

Le prese di posizione volgari, offensive, violente, intolleranti e insultanti, sono divenute una pratica diffusa (e impunita), con cui si è trovato a fare i conti regolarmente oltre un terzo dei web surfisti italiani (36%). Un altro 47% ha incrociato, anche se in modo saltuario, contenuti e prodotti mediali che si scatenano contro qualcuno, che insultano e denigrano persone o categorie sociali. Le percentuali rischiano di tradire la portata del fenomeno. In numeri assoluti parliamo del 40% del Paese: su 30,7 milioni di persone che navigano in rete, 11 milioni si sono imbattute in modo frequente in forme e contenuti che incitano all'odio.

La disseminazione di forme di hate speech non è il solo tratto barbarico che incontriamo nel web. Negli ultimi anni abbiamo assistito al fiorire di nuove forme di persecuzione personale: dal cyberbullismo al cyberstalking (con il loro portato persecutorio, di alterazione della vita quotidiana e della serenità delle vittime) e così via.

Lo hate speech non lascia indifferenti le persone. A fronte di una quota neanche troppo minoritaria che sorride o

parole  
stili

## Il Manifesto della comunicazione non ostile

- 1. Virtuale è reale**  
Dico o scrivo in rete solo cose che ho il coraggio di dire di persona.
- 2. Si è ciò che si comunica**  
Le parole che scelgo raccontano la persona che sono: mi rappresentano.
- 3. Le parole danno forma al pensiero**  
Mi prendo tutto il tempo necessario a esprimere al meglio quel che penso.
- 4. Prima di parlare bisogna ascoltare**  
Nessuno ha sempre ragione, neanche io. Ascolto con onestà e apertura.
- 5. Le parole sono un ponte**  
Scelgo le parole per comprendere, farmi capire, avvicinarmi agli altri.
- 6. Le parole hanno conseguenze**  
So che ogni mia parola può avere conseguenze, piccole o grandi.
- 7. Condividere è una responsabilità**  
Condivido testi e immagini solo dopo averli letti, valutati, compresi.
- 8. Le idee si possono discutere. Le persone si devono rispettare**  
Non trasformo chi sostiene opinioni che non condivido in un nemico da annientare.
- 9. Gli insulti non sono argomenti**  
Non accetto insulti e aggressività, nemmeno a favore della mia tesi.
- 10. Anche il silenzio comunica**  
Quando la scelta migliore è tacere, taccio.

sogghigna su determinate manifestazioni d'intolleranza, altri avvertono disagio e fastidio. A metà del Paese (51%) gli insulti e le denigrazioni generano una sofferente sensazione di fastidio (la quota sale al 56% tra i Millennials); al 36% innescano moti di rabbia (42% tra le donne) e al 32% inducono una dimensione di tristezza. Delusione, imbarazzo e, non da ultimo, paura, completano il quadro delle reazioni alle forme di hate speech. Il senso di avversione e il voltastomaco restano fenomeni perlopiù silenti. Non sempre le voci di protesta si levano contro i dispensatori di odio. I fattori che rendono difficile il levarsi delle proteste contro queste forme di aggressione e contro i vari repertori barbarici, sono molteplici.

C'è, sicuramente, la paura di esporsi, di diventare vittime di questi profanatori della convivenza civile. Pesa la sensazione di essere isolati, di non avere il sostegno di provider e gestori dei social network, ma anche dei propri follower.

Conta la tendenziale assuefazione all'odio -continua la relazione della SVGW- all'uso della denigrazione dell'altro, come forma di affermazione di sé. A rendere complessa la reazione, tuttavia, è che non ci troviamo di fronte solo

a fantomatici personaggi che vivono e operano nell'antro del loro scantinato esistenziale, rannicchiati dietro lo schermo del loro computer, nascosti dall'anonimato della rete. Ora si odia anche apertamente, senza vergogna. Come cominciare a risanare la situazione? La soluzione è dare valore e importanza alla necessità di combattere, arginare, isolare i disseminatori di odio. Un compito che non riguarda solo il legislatore e le forze dell'ordine, ma coinvolge e interroga la coscienza di tutti e in primo luogo richiama all'impegno chi gestisce social network, blog o spazi web. La rete è ormai parte del nostro essere civiltà e non può diventare una giungla.



**Una continua, costante fonte di stress che porta a comportamenti gravi e pericolosi**



GIUSTO IL MAGAZINE CHE TI MANCAVA.  
COMUNQUE TU LEGGA. ORE 12 E' CON TE.

*Abbonati ora alla versione cartacea o digitale*

[WWW.ORE12GROUP.IT](http://WWW.ORE12GROUP.IT)

# È PRIMAVERA depuriamo l'organismo

di *Cristina Settanni*



**Cristina Settanni** naturopata, floriterapeuta e giornalista pubblicista, da più di quindici anni si dedica al benessere della persona e alla ricerca di rimedi naturali che aiutino a ristabilire e mantenere l'equilibrio di mente, corpo e emozioni in chiave olistico-energetica.

In qualità di relattrice conduce corsi di formazione e conferenze in ambito nazionale sulla Floriterapia australiana, Australian Bush Flowers e sul riequilibrio alimentare secondo i principi energetici della Medicina Tradizionale Cinese.

E' consulente nutrizionale Solgar Italia Multinutrient e consulente floriterapica Green Remedies.

E' Docente del corso di formazione "Flower Essences Consultant" presso il College of Naturopathic Medicine- CNM-Italia.

Collabora con quotidiani e magazine di Cultura, Ricerca e Benessere e con la rivista Starbene e Starbene.it.

CRISTINA SETTANNI

“San Valentino Primavera sta vicino” recita un detto popolare. Ed è infatti proprio nel mese di Febbraio che si celebra la fine dell’Inverno, basta osservare le piante per rendersi conto che il processo di rinnovamento della natura è già in fermento. Ad ogni Primavera inizia un nuovo ciclo di vita e il cambiamento si manifesta con la variazione di numerosi fattori microambientali: dalla variazione dell’umidità e della temperatura dell’aria alla variazione delle onde elettromagnetiche, della radioattività, fattori che hanno precise influenze sul nostro corpo e che incidono sia sulla sfera psicologica che biologica. Tutto il nostro organismo risponde inconsapevolmente a tali variazioni: pelle, gola, occhi, naso, sistema nervoso possono essere considerati sensibilissimi strumenti rilevatori. I fattori climatici “in particolare” hanno un’incidenza generale sul nostro stato di salute, la temperatura del corpo si adatta a quella esterna grazie al sistema di termoregolazione dell’organismo che risiede nell’ipotalamo, dove vengono controllate anche altre funzioni vegetative essenziali come fame, sete, sessualità, aggressività. Se si arriva a questa fase di passaggio con una condizione fisica non ottimale, il corpo può avere difficoltà nell’adattarsi a queste variazioni, con conseguente stress e disturbi che vanno dalle allergie alla spossatezza fisica e mentale. Occorre dunque prepararsi alla primavera aiutando il nostro “orologio biologico” interno a sincronizzarsi con i cambiamenti dell’ambiente esterno soprattutto disintossicando il nostro organismo. Le cure depurative effettuate sin d’ora sono le più efficaci, in quanto si inseriscono nel naturale “risveglio” di tutti i processi organici, innescando una profonda sinergia di funzioni. Lo scopo è quello di attivare un meccanismo di drenaggio che possa favorire l’attività degli organi emuntori, favorendo l’eliminazione delle tossine che si depositano ovunque intossicando l’organismo. In particolare il

## RADICALI LIBERI NEUTRALIZZATI CON PREPARATI A BASE DI ESTRATTI ERBALI



Fegato è l'organo direttamente più interessato in questa stagione. Non a caso la Medicina Tradizionale Cinese fa coincidere Febbraio con l'inizio della Primavera ed associa all'elemento Legno-Albero l'organo Fegato-Cistifellea. L'albero è un simbolo di crescita e di espansione e l'energia Fegato rispecchia proprio questo tipo di energia. Al suo cattivo funzionamento sono legate molte disfunzioni, dalle difficoltà digestive a numerose problematiche della cute, ai problemi di vista. Aiutiamolo con menù che includano cereali come il riso basmati, il riso integrale, il kamut, il farro o il miglio, ottimo per la salute della pelle e

dei capelli. Consumiamo poi ogni giorno una porzione di verdura a foglie verdi, ricca di clorofilla, una delle "sostanze madri" della natura che permettono la vita sul pianeta e utilizziamo un gusto leggermente acido, usando spesso il limone come condimento o alimenti fermentati naturalmente come i crauti.

Come integrazione per tutto il mese di febbraio potrebbe essere utile purificare il fegato ed aiutarlo nella sua azione neutralizzante gli agenti tossici e i radicali liberi assumendo un preparato a base di estratti erballi come il Cardo Mariano, il Tarassaco, la Curcuma, la Schisandra.

# IT TAKES IMAGINATION TO MAKE SCIENCE MORE GROUNDBREAKING.

**That's the difference between making devices and making progress.**

An uncompromising pursuit of excellence. An unwavering focus on solutions that will make the most difference for patients. Intently listening and collaborating side-by-side with clinicians to understand their most complex problems. These are the principles for every product, solution and relationship we build. It's what we do every day to advance science for patients, for life.

To learn more about what it takes to advance science for life, visit [www.bostonscientific.com](http://www.bostonscientific.com).

## IL VALORE DI ESSERE PARTNER

APPARECCHIATURE  
MEDICALI



DISPOSITIVI  
MEDICI



SERVIZI &  
CONSULENZA



PROGETTAZIONE  
& COSTRUZIONE

### Da sempre al servizio del settore sanitario

**Realtà dinamica** orientata al cambiamento e all'innovazione, dal 1989 NGC Medical rappresenta un'eccellenza nazionale nella **gestione in service** delle sale operatorie e laboratori di emodinamica.

Progetta e realizza **strutture sanitarie** pubbliche e private all'avanguardia, dotandole delle più avanzate **apparecchiature elettromedicali** e di **dispositivi medici** di qualità necessari per lo svolgimento di ogni specifica attività clinica, con un patrimonio costituito da **professionalità tecniche** in grado di offrire servizi all'avanguardia, personalizzati, sicuri e di qualità.