

Rassegna Stampa 2018

NUMERO 3



Un grande cambiamento nel rapporto medico-paziente

La telemedicina: l'innovazione
che consente di aver cura
e controllo costanti,
veloci e di qualità.

Sofisticata piattaforma robotica
consentono oggi prelievi e trapianti
di rene con procedure mininvasive.

I vantaggi di questa tecnologia
spiegati dal chirurgo

da **Corriere della Sera** (p.222)

STORIE

UN ROBOT AL FIANCO DEI MEDICI

“Al Policlinico arriva “Da Vinci ” Un robot al fianco dei medici
Verrà utilizzato al Policlinico per interventi di chirurgia mininvasiva
da **Quotidiano di Sicilia** (p.69)

GRUPPO

AB MEDICA COMPRA WINMEDICAL

Ab Medica compra WinMedical, l'ex spin off
dei dispositivi indossabili...

da **Levante** (p.18)

COPERTINA

#abstories Raccontiamo storie di infinita eccellenza

In copertina l'immagine della comunicazione
corporate per l'anno 2018

Il gruppo ab medica



il gruppo

ab medica



Fondata nel 1984 da Aldo Cerruti, tutt'ora Presidente della società, **ab medica** è oggi l'azienda italiana **leader** nella **produzione** e nella **distribuzione** di tecnologie medicali, nonché punto di riferimento per la robotica chirurgica.

Attualmente **ab medica** è a capo di un gruppo di aziende che, nel comune orientamento all'**innovazione**, apportano competenze e know-how nei settori della **telemedicina**, delle **telecomunicazioni**, passando per la **genomica** e la **protesica**, fino alla **produzione, assemblaggio e collaudo di device**, senza trascurare la commercializzazione e distribuzione di soluzioni medicali in **Italia** come all'**estero**.



Diario di bordo dell'anno che fu

Ed il viaggio continua sulla rotta dell'innovazione
Ufficio Comunicazione ab medica

Quella che stringete tra le mani quest'anno non è una rassegna: non ha volutamente un carattere conclusivo né definitivo... Siamo dinnanzi ad un "mare di notizie". La vista non si sofferma su un punto, lo sguardo scorre tra le righe, sorvola le pagine ma punta più in là, verso un orizzonte infinito di eventi, quelli che ancora devono venire.

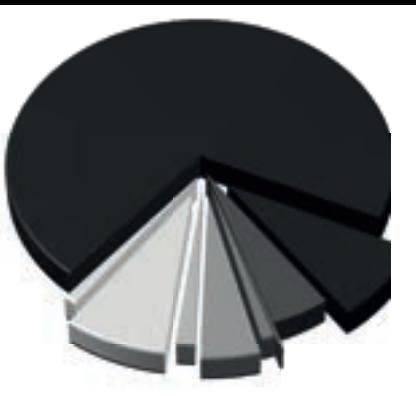
Qui lo sforzo è di riportare, in una cronaca di viaggio dettagliata e variegata, le tappe collezionate in 365 giorni di navigazione. Un resoconto scandito da articoli e pubbliedizionali che spaziano tra ultime acquisizioni, centesimi traguardi, interventi record, milestones conseguiti.

Insomma, state sfogliando più di una rassegna; si tratta di una miscelanea dal sapore diverso dal solito, ci traghetta infatti verso l'ennesima e importante meta, i 35 anni di ab medica. Un compleanno importante, dove al bilancio dell'anno che si è appena concluso, si aggiungono quelli dei 34 appena trascorsi.

E in questo lungo lasso di tempo molto è cambiato. Ad ogni tappa di questa navigazione abbiamo conosciuto persone nuove e, come per ogni avventura degna di questo nome, non si torna mai identici a come si era in partenza. Ogni porto equivale all'ennesima esperienza che a sua volta implica una trasformazione. È proprio così che ora non ci accontentiamo più di quello che "dicono di noi".

Abbiamo imparato a farci conoscere direttamente, visitando l'Italia in lungo e in largo, misurandoci su terreni per noi inesplorati, interloquendo con il grande pubblico, assumendoci la responsabilità ma anche il piacere di raccontarci. Abbiamo aperto la nostra azienda a chi ancora non ci conosceva, affidando ai nostri ambasciatori tecnologici il fondamentale compito di descrivere i prodotti in cui crediamo e che distribuiamo, consci di poter contribuire e incidere sulla qualità di vita e di cura della persona. Per arrivare sin qui il lavoro di squadra è stato indispensabile: una sinergia di gruppo dove ciascuno conosce il proprio ruolo ma agisce in previsione di un obiettivo comune... La nostra rotta non punta verso Nord, non segue alcuna Stella Polare ma mira all'innovazione. Ancora.

Sommario NUMERO 3 2018



AB MEDICA SI RACCONTA

Alto Milanese, culla della rivoluzione in sala operatoria

ab medica prepara nuove tecnologie, cresce e assume. (p. 116)



TELEMEDICINA

Un robot per le diagnosi a distanza

Consente di intervenire senza dover trasferire il malato

Visite mediche a distanza tra gli ospedali di Pinerive, Popoli e Pescara. E' già possibile grazie a tre sistemi di teleconsulto che consentono ai medici di fare diagnosi su pazienti che arrivano ai vari pronto... (p.153)



XENEX

Roboto debella i batteri-killer

Una tecnologia che combatte le malattie ospedaliere

Si chiama Light strike, non abbatte i brilli ma batteri responsabili delle infezioni delle organizzazioni sanitarie (IOS), che in Europa uccidono più degli incidenti stradali: 29mila a 26mila, di cui circa 2600 vittime solo in Italia. Il robot... (p.154)



A TLC

Innovare nel solco della tradizione

Un punto di riferimento per le soluzioni IoT

Agli albori dell'era digitale, negli Anni '70, nasceva A TLC, società che, con il marchio Aethra, ha contribuito in maniera determinante a modernizzare il nostro Paese progettando, producendo e... (p.164)

STATISTICHE

| | |
|------------------------------|-----|
| da Vinci | 493 |
| Mako e Ortopedia | 58 |
| CyberKnife e Radiochirurgia | 32 |
| Endovascolare | 2 |
| Chirurgia-microlap | 7 |
| Telemedicina | 32 |
| Officine Ortopediche Rizzoli | 10 |
| ab medica | 56 |
| Neuroradiologia | 7 |



Guardiamo indietro per spingerci ancora una volta avanti: l'innovazione è un impegno che non concede pause, ne' tregua. Il nostro viaggio verso l'innovazione, come raccontiamo attraverso questa raccolta di articoli, è la più grande avventura che, da 35 anni, ci porta a contatto con tutti coloro i quali, insieme a noi, immaginano una sanità nuova, all'avanguardia e che metta sempre al centro la persona.

Francesca Cerruti
Marketing & Communication Director

#abconsiglia



CYBERKNIFE

Nervo trigemino

Una nuova tecnica toglie il dolore senza incisioni

Uno studio del CDI mostra che la radiochirurgia con il bisturi "cibernetico" Cyberknife elimina, in maniera assolutamente non invasiva, il dolore in 8 pazienti su 10 con nevralgia del trigemino, una patologia che... (p.74)



MAKO

Protesi. Verona leader in Italia

Cinque interventi al ginocchio con procedura robotica

Lo scorso mese di novembre va a giusta ragione considerato come uno dei momenti più importanti per la storia dell'Ortopedia e della Traumatologia in Italia. Per la prima volta nel nostro Paese, infatti, sono stati... (p.76)



OFFICINE ORTOPEDICHE RIZZOLI

Erika torna a combattere

Gara di solidarietà. Donata all'atleta una nuova protesi.

Erika Novarria è abituata a prenderli. Ma anche a darli. I cazzotti. E' infatti una boxer. Insomma, un pugile donna. L'ex presidentessa Boldrini o la ministra Fedeli direbbero "pugilessa". Ma la cosa non farebbe... (p.90)

2018

storie di infinita eccellenza

NEUROLOGIA

Sistema di **telemedicina** per la gestione del paziente con ictus ischemico acuto

G. Benedetti - ingegnere clinico, ASST Ovest Milanese

P. Perrone - direttore UO Neurologia, ASST Ovest Milanese

G. Razionale - responsabile DEA Magenta, ASST Ovest Milanese

C. Radice - risk manager, ASST Ovest Milanese

M. Calloni - responsabile Stroke Unit, ASST Ovest Milanese

G. De Filippis - direttore sanitario, ASST Ovest Milanese

S. Schieppati - responsabile Valutazione Tecnologie Sanitarie, ASST Ovest Milanese

F. Muscia - medico neurologo, ASST Ovest Milanese

M. Lombardo - direttore generale, ASST Ovest Milanese

A. Bodina - medico Direzione Sanitaria, ASST Ovest Milanese

M. Dello Russo - 8 Responsabile DEA Legnano, ASST Ovest Milanese

KEYWORDS

teleconsulto, ictus, trombolisi, telemonitoraggio
tele-consultation, stroke, thrombolysis, tele-monitoring

L'ASST Ovest Milanese ha adottato un sistema di **telemedicina** per la gestione dei pazienti affetti da ictus. Grazie alle funzioni di teleconsulto e telemonitoraggio permette di non ricorrere al trasferimento del paziente per effettuare diagnosi e di avviare la terapia nel rispetto dei tempi previsti, seguendone il trattamento a distanza. Il sistema, un dispositivo medico certificato, è costituito da una stazione mobile dotata di telecamera e da una stazione di controllo remoto.

The ASST West Milanese has adopted a telemedicine system for the management of patients affected by stroke: thanks to tele-consultation and tele-monitoring functions, it allows avoiding the patient's transfer to make a diagnosis and it permits the therapy start in compliance with the established terms, taking care of the treatment remotely. The system - certified medical device - consists of a mobile station equipped with camera and of a remote control station.

Il disegno di sviluppo dell'intera Azienda Socio Sanitaria Territoriale - ASST Ovest Milanese è volto a creare i collegamenti strutturali, funzionali e tecnologici che consentiranno a ogni struttura ospedaliera e territoriale di consolidare le proprie peculiarità professionali e definire la propria caratterizzazione funzionale nell'ottica di evitare duplicazioni di attività, di valorizzare le caratteristiche specifiche e di fornire come risposta un percorso di presa in carico del paziente identico a parità di condizione clinica a prescindere dal punto di accesso alla rete, arrivando anche alla valorizzazione del patrimonio esistente. Grazie a una ridefinizione dell'intera rete, anche con metodiche di **telemedicina**, tutte le strutture assicurano una corretta presa in carico dei pazienti (acuti e cronici) nell'ottica di una maggiore appropriatezza clinica e gestionale. Allo stesso tempo suddette strutture assicurano una piena integrazione con la rete dell'emergenza-urgenza territoriale. Ciò è assicurato attraverso una regia unitaria che sovrintende alla gestione dell'integrazione dei servizi che, supportata da un'infrastruttura informatica a servizio della presa in carico del paziente, garantisce la possibilità di attivare tutti i nodi della rete in relazione ai bisogni rilevati dai soggetti preposti alla valutazione multidimensionale. L'articolazione dell'ASST Ovest Milanese, strutturata su quattro ospedali afferenti ed altrettanti distretti territoriali, ha reso ne-

cessaria l'implementazione di un sistema di **telemedicina** per la gestione dei pazienti affetti da ischemia cerebrale acuta (stroke) anche presso le strutture in cui non è presente il neurologo 24/24 ore. In tal senso sono state definite le modalità atte a fornire uniformità e integrazione di comportamenti negli operatori coinvolti con lo scopo di ottimizzare i tempi di intervento per una diagnosi precoce e per l'attivazione dell'approccio terapeutico più appropriato al caso (best therapy).

L'ASST è dotata di una struttura di Neurologia a valenza aziendale, organizzata con un reparto di degenza ordinaria e di Stroke Unit (8 letti monitorati) presso l'Ospedale di Legnano (presenza medico neurologo h24), e con servizi ambulatoriali presso l'Ospedale di Magenta (presenza diurna medico neurologo). Sono presenti un DEA di II livello presso l'Ospedale di Legnano, un DEA di I livello presso l'Ospedale di Magenta e due Pronto Soccorso diurni presso gli Ospedali di Abbiategrasso e Cuggiono (medico neurologo presente solo in orario di ambulatorio specialistico). Le modalità organizzative descritte si applicano ai pazienti con insorgenza acuta di deficit neurologico focale persistente che accedono al DEA/Pronto Soccorso con mezzi di soccorso o in autonomia, o che risultano già ricoverati presso altre Unità Operative (per esempio, cardiologia, medicina ecc.) degli ospedali dell'ASST stessa. L'articolazione dell'azienda e le differenti realtà cliniche hanno portato all'esigenza di implementare un percorso di presa in carico dei pazienti affetti dalla patologia in oggetto in tutte le strutture aziendali, anche laddove la presenza dello specialista neurologo non fosse fisicamente garantita, con l'obiettivo di evitare ritardi nella terapia di intervento dovuti al trasferimento del paziente per l'inquadramento e la diagnosi della patologia (trattasi di terapia tempo-dipendente).

In tal senso si è adottato un sistema di **telemedicina**, con funzioni di teleconsulto e telemonitoraggio, che garantisce un collegamento in tempo reale fra il punto di accesso del paziente (comunque assistito da una équipe medica e infermieristica) e lo specialista neurologo.

Requisito necessario per l'implementazione del sistema è stata la sua certificazione ai sensi della direttiva sui dispositivi medici 93/42/CEE e s.m.i., in quanto destinato alla diagnosi e trattamento di una patologia clinica.

Descrizione della tecnologia

Il sistema è costituito da un dispositivo mobile, fisicamente trasportabile al letto del paziente, e da una sta-

zione di controllo/ricezione da remoto.

Il sistema garantisce funzioni sia audio sia video. La stazione mobile (figura 1) è dotata di una telecamera (inclinabile e con possibilità di zoom, ad alta definizione), facilmente utilizzabile al letto del paziente. Il sistema permette sia la comunicazione privata (fra i due medici, uno al letto e uno alla stazione di controllo, tramite cornetta telefonica) sia ad audio aperto, ovvero coinvolgendo anche il paziente o eventuali altri operatori presenti. Il sistema è dotato di stetoscopio per l'auscultazione contemporanea del paziente da parte del medico vicino al paziente e del medico in remoto. Il sistema è dotato di interfacce (porte S-Video/C-Video) che consentono il collegamento dello stesso con sistemi di imaging (per esempio, ecotomografo, otoscopia, oftalmoscopia ecc.). È possibile l'integrazione dello stesso con il sistema Pacs ospedaliero per consentire la visualizzazione delle immagini sulla stazione di controllo da remoto. La stazione di controllo, opportunamente connessa al sistema posizionato al letto del paziente, permette la ricezione da remoto di audio e video in tempo reale. Il medico presente alla stazione di controllo remota può muovere autonomamente la telecamera sul dispositivo mobile al letto del paziente, al fine di permettere la valutazione neurologica a distanza.

L'interfaccia della stazione di controllo permette la gestione della comunicazione audiovisiva, dei dati clinici del paziente e immagini medicali. Le conversazioni possono essere registrate, per esempio a supporto della raccolta del consenso informato del paziente, così come video o immagini ritenute significative. Tali dati possono essere salvati sul computer del consulente che si trova alla stazione di controllo.

Il dispositivo implementato risulta essere certificato ai sensi della direttiva 93/42/CEE s.m.i., classificato in classe IIa.

Applicazione clinica del sistema

Allo stato attuale sono state installate 2 stazioni mobili presso il DEA dell'Ospedale di Magenta e presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Abbiategrasso, e 3 stazioni di controllo, rispettivamente presso la Neurologia/Stroke Unit dell'Ospedale di Legnano, presso il DEA dell'Ospedale di Legnano e presso il DEA dell'Ospedale di Magenta.

La presa in carico del paziente con sospetto ictus è gestita in maniera differente a seconda dell'esito della valutazione dell'intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e l'arrivo in DEA/Pronto Soccorso o tra l'insorgenza e la rilevazione dell'alterazione dello stato clinico da parte del personale della UO



Figura 1. Stazione mobile presso DEA Magenta e Pronto Soccorso dell'Ospedale di Abbiategrasso

NEUROLOGIA - Telemedicina per gestire il paziente con ictus ischemico acuto

per i pazienti ricoverati.

In tal senso vengono individuate tre casistiche:

- Caso A: tempo < 4 ore e 30 minuti: emergenza (possibile effettuazione trombolisi venosa)
- Caso B: tempo compreso fra 4 ore e 30 minuti - 6 ore: urgenza (possibile effettuazione trombolisi intra arteriosa o meccanica)
- Caso C: tempo > 6 ore: urgenza minore (paziente oltre la finestra terapeutica per la trombolisi).

Sarà altresì diversa la possibilità di trattamento a seconda del punto di accesso del paziente; laddove non presente lo specialista neurologo, si dovrà ricorrere all'attivazione del teleconsulto e telemonitoraggio.

Si riporta di seguito il protocollo aziendale adottato presso le diverse strutture.

Ospedale di Legnano (DEA II livello, neurologo in guardia attiva):

- attivazione immediata, all'arrivo in DEA del paziente, della consulenza specialistica neurologica che valuterà le condizioni cliniche e prenderà la decisione finale sull'indicazione alla trombolisi;
- se caso A o B viene avviata la trombolisi venosa in DEA in sala rossa e successivamente il paziente verrà trasferito in Stroke Unit.

Ospedale di Magenta (DEA di I livello, presenza diurna neurologo):

- caso A: attivazione immediata, all'arrivo in DEA del paziente, della consulenza specialistica neurologica che valuterà le condizioni cliniche e prenderà la decisione finale sull'indicazione alla trombolisi; se lo specialista neurologo non è presente, viene attivato il sistema di teleconsulto con il medico neurologo dall'Ospedale di Legnano;
- caso B: richiesta urgente di consulenza dello specialista neurologo se in sede, diversamente viene attivato il sistema di teleconsulto con il medico neurologo dall'Ospedale di Legnano. In base alla valutazione neurologica può essere predisposto il trasferimento presso strutture abilitate all'effettuazione della trombolisi intra arteriosa o meccanica.

Ospedale di Cuggiono (PS 8-20):

- caso A: richiesta urgente di consulenza dello specialista neurologo che decide in merito al trasferimento del paziente presso l'Ospedale di Legnano;
- caso B: richiesta urgente di consulenza dello specialista neurologo. In base alla valutazione neurologica può essere predisposto il trasferimento presso strutture abilitate all'effettuazio-

ne della trombolisi intra arteriosa o meccanica. Ospedale di Abbiategrasso (PS 8-20):

⇒ caso A:

- se la sintomatologia è insorta da più di due ore viene attivato il sistema di teleconsulto;
- se la sintomatologia è insorta da meno di due ore, viene allertato il medico neurologo di Magenta o, se non in sede, il medico neurologo di Legnano, procedendo con il trasferimento del paziente presso l'Ospedale di Magenta, dove verrà comunque attivato il sistema di teleconsulto.

⇒ caso B: attivazione del sistema di teleconsulto.

In base alla valutazione neurologica può essere predisposto il trasferimento presso strutture abilitate all'effettuazione della trombolisi intra arteriosa o meccanica.

Nel caso C, su tutte le strutture, trattandosi di pazienti oltre la finestra terapeutica per la trombolisi, si procede con il ricovero secondo le indicazioni del medico del DEA o del neurologo.

Conclusioni e futuri utilizzi

Il sistema è stato installato e messo in funzione a gennaio 2017, dopo aver formato l'equipe medica delle Strutture di Neurologia e Neurochirurgia, e l'equipe medica e infermieristica del DEA di Magenta e del Pronto Soccorso di Abbiategrasso. A sei mesi dall'avvio del sistema verrà fatta una valutazione di tutti i casi clinici trattati con la nuova metodologia.

Il prossimo passo previsto è dotare anche il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cuggiono di un sistema mobile, in modo da completare l'ultimo tassello nella presa in carico della patologia in oggetto. L'applicazione clinica del sistema si configurerebbe alla pari del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Abbiategrasso.

Successivamente si prevede l'acquisizione di un quarto sistema mobile da installare presso l'Ospedale di Legnano, in maniera tale da poter garantire consulenze specialistiche a distanza fra i quattro ospedali senza dover trasferire il paziente, visto che i quattro ospedali della ASST Ovest Milanese presidiano il territorio ognuno con eccellenze e una propria vocazione, garantendo così i ruoli chiave di hub e spoke (per esempio, Struttura Piede Diabetico presso l'Ospedale di Abbiategrasso, Strutture di Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Cardiocirurgia presso l'Ospedale di Legnano, Riabilitazione Cardio-Respiratoria presso l'Ospedale di Cuggiono).

Bibliografia

- 1) Linee Guida Italiane. 2016. Stroke Prevention and Educational awareness diffusion
- 2) Regione Lombardia. maggio 2014. Il percorso assistenziale dell'ictus acuto
- 3) <http://www.telbios.com/telemedicina-ospedaleiera/>



Mensile

Data 02-01-2018

Pagina 64/75

Foglio 1/8

ARKETIPO

PROGETTI IN DETTAGLIO

AB MEDICA

CERRO MAGGIORE, MILANO, ITALY

Giuseppe Tortato

WWW.GIUSEPPETORTATO.IT

UN EDIFICIO LANDMARK: LINEE INCONSUETE, SPEZZATE E DINAMICHE, DISEGNANO UN SIMBOLO E RIQUALIFICANO IL PAESAGGIO ALL'INSEGNA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA. IL PROGETTO ASSIMILA LE PIÙ RECENTI TECNICHE COSTRUTTIVE PER GARANTIRE UN ALTO LIVELLO DI COMFORT, DI SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E DI SICUREZZA IN CASO DI INCENDIO; DATI I MATERIALI E LE LAVORAZIONI CHE SI SVOLGONO ALL'INTERNO DELLA SOCIETÀ BIOMEDICA.



Codice abbonamento: 134797

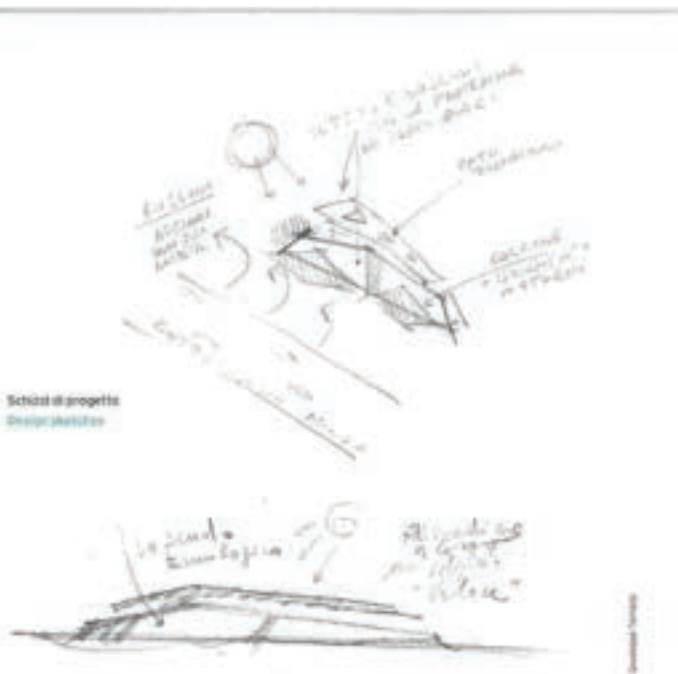
Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Mensile
 Data 02-01-2018
 Pagina 64/75
 Foglio 2/8



architectural design:
 Giuseppe Tortato
 client:
AB Medica
 end of works:
 2015
 area:
 9,000 m²
 cost:
 12 million €



Schizzi di progetto
 Design sketches

TEXT
 CATERINA ALIVERTI
 PHOTOS
 DANIELE
 DOMENICAI
 MAURIZIO
 MONTAGNA

La nuova sede di **AB Medica**, azienda leader in Italia nel settore biomedico, è stata progettata dall'architetto Giuseppe Tortato e si trova a Cerro Maggiore in provincia di Milano, all'interno di un contesto periferico a pochi metri dall'autostrada Milano-Laghi. L'idea alla base del progetto è coniugare in un edificio landmark gli aspetti funzionali e simbolici della società committente, al contempo demarcando e riqualificando l'area in cui è inserito. L'edificio con i suoi 13,5 m di altezza, si distingue dagli anonimi fabbricati circostanti per le linee incombente, spaziate e dinamiche, che ricordano le forme dei motoscafi super veloci, diventando al tempo stesso funzionale e rappresentativo dei valori e della filosofia del gruppo **AB Medica**, specializzato nella produzione di tecnologie mediche avanzate e di sistemi di chirurgia robotica, negli ultimi anni ha esteso la sua attività ai settori della **tele-medicina** e della ricerca genomica.

Il volume è onirico, esprime dinamicità, e le tecnologie utilizzate dimostrano grande attenzione al risparmio energetico e al benessere dei lavoratori. La particolare conformazione del lotto e i vicoli autostradali hanno guidato il disegno di una forma triangolare simile a uno scalo nautico che scivola tra colline artificiali integrando i requisiti imprescindibili di isolamento termico e acustico dell'insieme. Il verde integra così come parte inscindibile dell'oggetto architettonico diventando materia stessa della costruzione, contribuendo alla qualità di vita degli utilizzatori. Grandi vetri inclinati costretti da facciate ventilare continue scolgono il caratteristico volume. Al livello inferiore si trovano gli ambienti d'ingresso, accoglienza e relazione e gli spazi a doppia altezza per lo stoccaggio e la logistica dei prodotti. Parte degli uffici, i laboratori e il complesso sistema impiantistico, che per la

Codice abbonamento: 134797

Ritaglie stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.





Mensile

Data 02-01-2018

Pagina 64/75

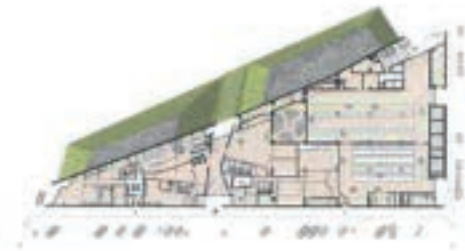
Foglio 3/8

ARQUITETPO

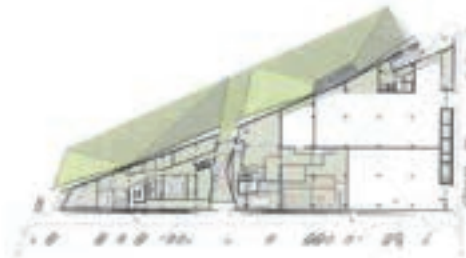
PROGETTI IN DETTAGLIO

Setti di calcestruzzo armato scolpiscono l'ingresso e le aree di accoglienza a doppia altezza.

Reinforced concrete shear walls chisel the entrance and the double height hospital lobby.



Pianta piano terra
Ground floor plan



Pianta piano primo
First floor plan



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Mensile

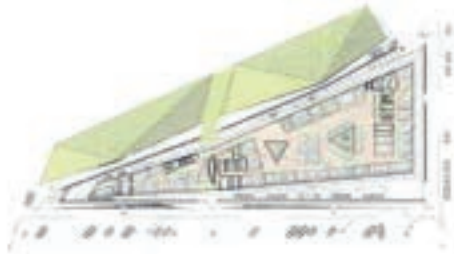
Data 02-01-2018

Pagina 64/75

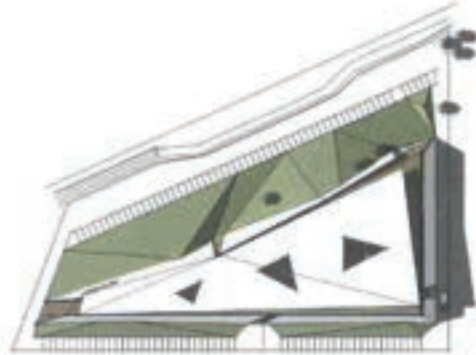
Foglio 4/8



AB MEDICA | MILANO, ITALY | 100.000.000.000



Pianta piano secondo
Second floor plan



Pianta copertura
Roof plan

parte termomeccanica sfrutta l'energia geotermica e aretermica, occupa il livello intermedio. Si libera dagli "scudi della nave" un elemento più aereo e luminoso, definito da una piastra solida della costruzione prefabbricata sottostante ma sciolto strutturalmente da essa: l'ultimo piano, in cui sono distribuiti gli uffici open space.

È coronato da una copertura piana, caratterizzata da un notevole oggetto che garantisce alle pareti perimetrali, quasi totalmente trasparenti, un costante grado di illuminazione naturale durante l'intero arco dell'anno. La penetrazione della luce negli uffici è favorita dalla presenza di tre patii completamente vetrati. Gli spazi interni vengono plasmati prendendo ispirazione dalle sculture armoniose dello scultore Richard Serra. Sono caratterizzati da un'immagine moderna, basata sull'uso di pochi materiali, come il cemento faccia vista, il metallo e il vetro, e sull'attenta integrazione fra componenti architettoniche e tecnologiche che restituiscono ambienti sobri ed eleganti, capaci di esaltare la centralità dell'esperienza sensoriale del lavoratore. Il progetto assimila le più recenti tecnologie costruttive e garantisce un

alto livello di comfort e di sostenibilità ambientale, ottenendo la certificazione in classe energetica A. Le strategie energetiche adottate hanno previsto il ricorso a un elevato isolamento termico delle pareti, la massimizzazione dell'illuminazione naturale, un attento controllo dell'irradiazione solare diretta e l'utilizzo esclusivo di elettricità da fonti rinnovabili.

La centrale termofrigorifera utilizza come fonte energetica la componente termica presente nell'acqua estratta dalla prima falda e nell'aria esterna. Il complesso è perciò dotato di una centrale "ibrida" di pompe di calore: una pompa di calore polivalente acqua-acqua, con sfruttamento dell'acqua di falda, e una pompa di calore polivalente aria-acqua, con sfruttamento della componente termica dell'aria. La valorizzazione dell'acqua di falda per la climatizzazione degli ambienti mediante pompe di calore ad alto rendimento viene ottimizzata grazie alla presenza di una riserva idrica antiscandalo. Data la funzione, i materiali e le lavorazioni che si svolgono all'interno del complesso, particolare attenzione è stata rivolta alla progettazione dei sistemi di sicurezza e di prevenzione incendi.

DESCRIZIONE

Localizzazione/Località: Corsa Magenta, Milano, Italy
 Progetto architettonico/
 Architectural design: Giuseppe Totale
 Gruppo di progetto/Team
 Mario G. Colla project manager,
 E. Forzani, M. Neri-garavito,
 Angeli
 Direzione/Client: AB Medica
 Progetto esecutivo/Executive
 architect: S. Nicolai, AD Progetto
 Progetto architettonico/
 M. Tosi, AD Progetto
 Direzione artistica/
 Direzione
 Giuseppe Totale, Giulia Gatti
 Progetto d'intervento/
 design: Cristina Spini
 Progetto interno d'ufficio/
 internal design: Diego Villa
 Giuseppe Totale
 Progetto impianti/
 design: Studio Flovigny
 Fee base/Unit of base: 2018
 Spese/Unit: 1.000 €/m²
 (piano 2.000 m²)
 Data/Year: 13/2018

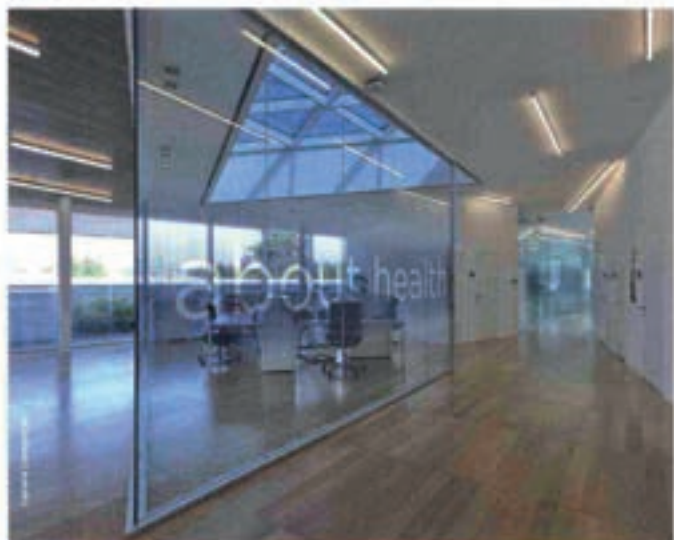
CONTRATTI

Impresa progettuale/
 architect: G2B Design,
 Innovazione/Innovation
 Web management: AD Progetto

IL PRIMO

Schava, R.E. s.p.a.,
 S.p.A. S.p.A. S.p.A.
 Innovazione, Direzione,
 Massimo Group, Massimo Group,
 Massimo Group, Massimo Group

Lo scenario di lavoro
 che ripropone la
 forma dell'edificio
 illuminato, anche
 schiudendosi in piccoli
 patii laterali, gli uffici
 all'ultimo piano
 Triangular rooflights
 which repeat the
 shape of the building
 illuminate even
 the offices at small
 patios with trees, the
 offices at the top floor



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Mensile

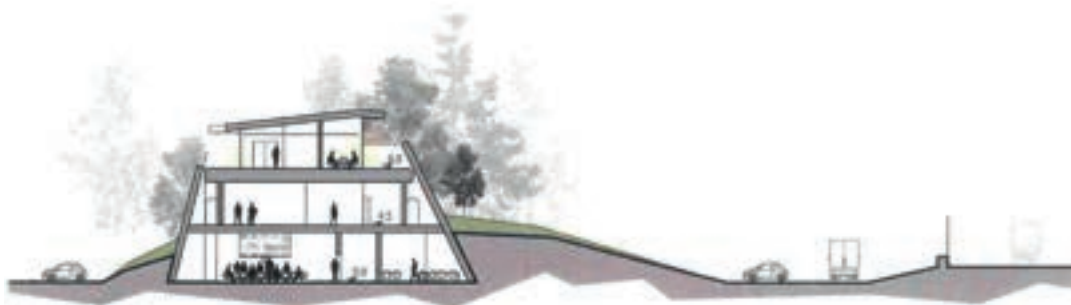
Data 02-01-2018

Pagina 64/75

Foglio 5/8



Sezione longitudinale AA
AA long section



Sezione trasversale BB
BB cross section



Sezione trasversale DD
DD cross section

Il fabbricato è dotato di una rete idrica antincendio con sviluppo ad anello alimentata da una centrale e da una vasca. Il complesso è coperto da idranti interni UNI 45 ed esterni UNI 70. I depositi sono protetti da un impianto sprinkler a umido con protezione dall'alto. Il centro elaborazione dati, CED, è equipaggiato con impianto di spegnimento che utilizza come estinguente l'azoto puro, gas inerte facilmente approvvigionabile, pulito e privo di impatto ambientale mediante tecnica di saturazione totale (total flooding). Lo stoccaggio del gas avviene in gruppi di bombole con pressione di lavoro di 100 bar (a 15 °C). In caso di attivazione del sistema la pressione dell'azoto iniziale di stoccaggio viene ridotta con l'ausilio di centrali calibrati. La sovrappressione che si forma nell'area protetta durante l'eventuale incendio viene attenuata con l'utilizzo di una o più serrande di sovrappressione. Le serrande sono dotate di alette mobili con contrappeso tarato, che si aprono quando la pressione

all'interno del locale protetto diventa troppo elevata per poi richiudersi e garantire la saturazione ambientale per almeno 10 minuti dopo la scarica. All'esterno della centrale antincendio, in posizione accessibile ai mezzi di soccorso sono collocati gli attacchi per l'autopompa. In tutti i locali è prevista l'installazione di segnalatori di allarme incendio del tipo a pulsante manuale e di un impianto fisso di rivelazione e segnalazione automatica degli incendi in grado di rilevare e segnalare a distanza un principio d'incendio. La segnalazione di allarme proveniente da uno qualsiasi dei rivelatori determinerà una segnalazione ottica e acustica nella centrale di controllo e segnalazione, ubicata in ambiente presidato. L'attenzione ai dettagli nei delicati passaggi e innesti di volumi e di flussi, persone e materia prima, articolano un insieme dinamico e sicuro, che si integra nelle colline utilizzando il verde come materiale naturale per l'isolamento termico e acustico e per il benessere dei lavoratori.



Mensile

Data 02-01-2018
 Pagina 64/75
 Foglio 6/8

AB MEDICA | MILANO, ITALY | Giuseppe Tettini

ZOOM 1

SETTI TECNOLOGICI INCLINATI

Il volume dell'edificio viene delimitato alla base da grandi setti inclinati che racchiudono un sistema di facciate ventilata a elevata tecnologia, costituita da più strati che assolvono funzioni statiche, di isolamento e di risparmio energetico.

Questi scudi di colore bianco vengono solcati con tagli netti da superfici metalliche forate che identificano le parti più produttive del sito e da facciate continue vetrate che illuminano internamente gli uffici.

I setti inclinati sono di calcestruzzo armato e hanno funzione portante; la struttura cementizia è protetta da un sistema ventilato costituito da lastre portaintonaco agganciate a una sottostruttura metallica di montanti e traversi che rende l'involucro protettivo flessibile e in grado di compensare qualsiasi irregolarità del supporto. La lastra portaintonaco è costituita da uno

speciale granulate di vetro espanso, molto leggero, con basso coefficiente di dilatazione termica.

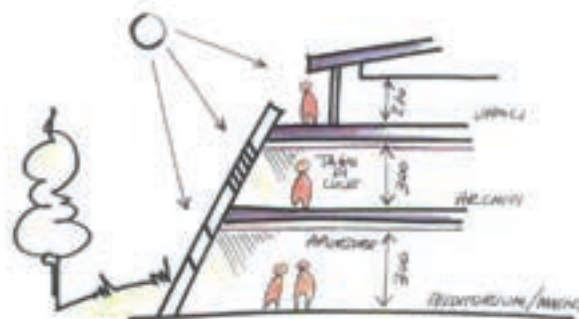
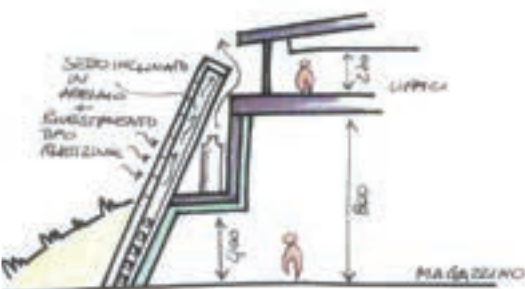
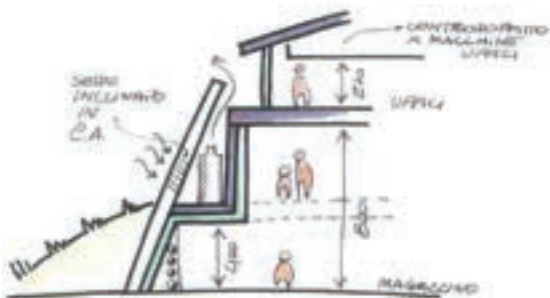
L'intonaco applicato successivamente è protetto da una particolare pellicola capace di rendere la superficie di facciata resistente allo sporco.

La manutenzione della facciata risulta così ridotta e può essere eseguita attraverso un semplice lavaggio con getti d'acqua.

Oltre gli aspetti estetici derivanti dall'effetto di continuità della facciata senza giunti vi è un elevato risparmio energetico grazie alla posa, nell'intercapedine, di uno strato di isolamento di lana di roccia dello spessore di 10 cm.

Questa parete stratificata porta a un miglioramento delle prestazioni acustiche di facciata fino a 10 dB. La camera d'aria del sistema consente, inoltre, di eliminare l'umidità dalla parete con l'aria di risalita.

Schemi progettuali del sistema struttura/intonaco in relazione alle funzioni contenute nei vari piani.
 Design schemes of the structure/plastering system in relation to the functions contained within the different levels.

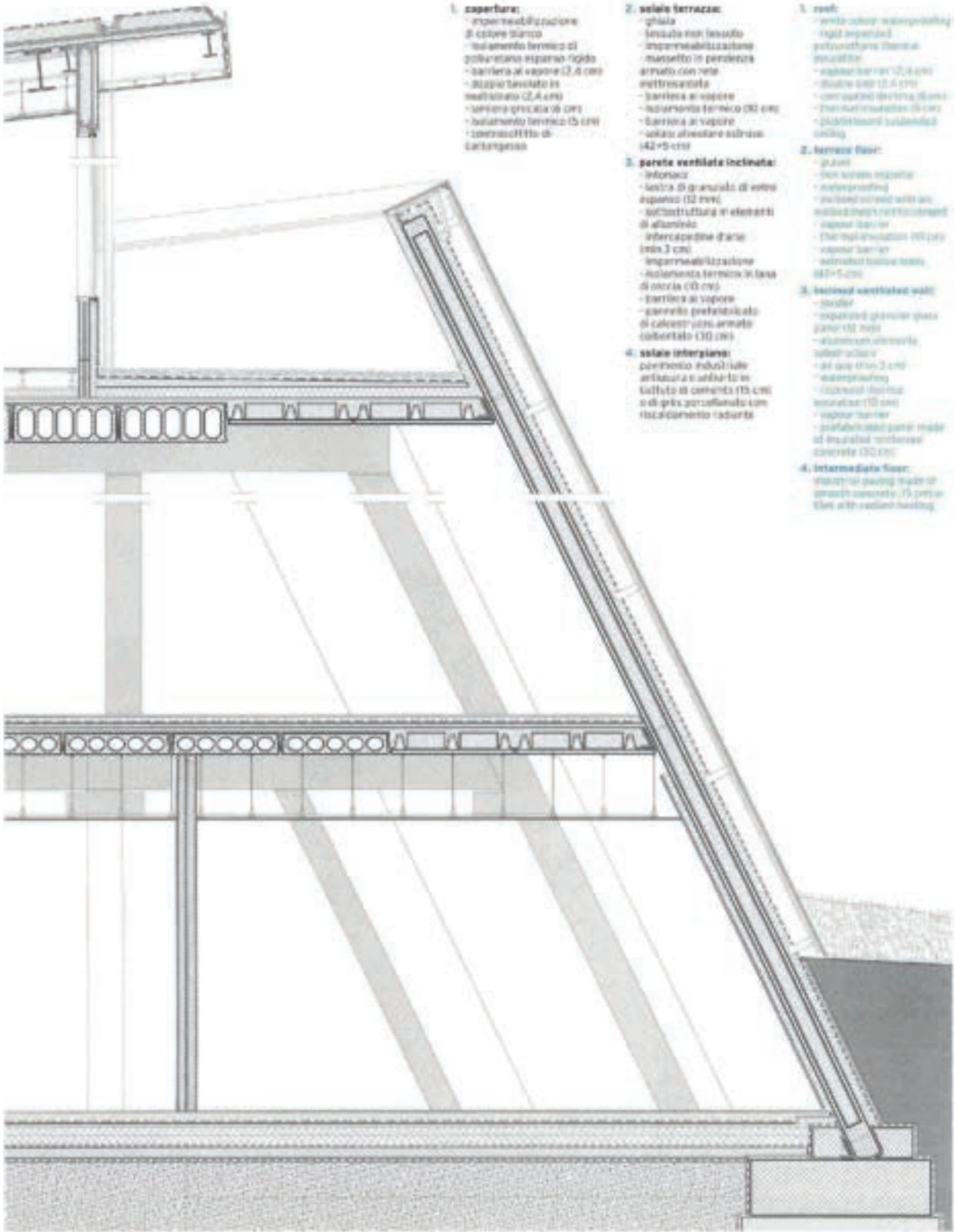




Mensile

Data 02-01-2018
 Pagina 64/75
 Foglio 7/8

abmedica | MILANO, ITALY | www.abmedica.com



1. copertura:
 - impermeabilizzazione
 - colore bianco
 - isolamento termico di polimerico espanso rigido
 - barriera al vapore (2,4 cm)
 - doppio tavolato in maltastrato (2,4 cm)
 - soletta in calcestruzzo (8 cm)
 - isolamento termico (5 cm)
 - controsoffitto di cartongesso

2. soletta terrazzata:
 - ghiaia
 - soletta non levata
 - impermeabilizzazione
 - massetto in pendenza armato con rete antirivoltata
 - barriera al vapore
 - isolamento termico (80 cm)
 - barriera al vapore
 - soletta alveolare estrusa (42*5 cm)

3. soletta:
 - white color waterproofing
 - rigid expanded polystyrene thermal insulation
 - vapor barrier (2,4 cm)
 - double layer (2,4 cm)
 - concrete slab (8 cm)
 - thermal insulation (5 cm)
 - plasterboard suspended ceiling

3. parete ventilata inclinata:
 - isolata
 - letto di granulo di vetro espanso (12 mm)
 - sottostuttura in elementi di alluminio
 - intercapedine d'aria (min 3 cm)
 - impermeabilizzazione
 - isolamento termico in lana di roccia (10 cm)
 - barriera al vapore
 - pannello prefabbricato di calcestruzzo armato coibentato (10 cm)

2. terrace floor:
 - gravel
 - non raised concrete
 - waterproofing
 - sloped mortar with reinforcement
 - vapor barrier
 - thermal insulation (80 cm)
 - vapor barrier
 - extruded polystyrene (42*5 cm)

4. soletta intermedia:
 - pannello industriale prefabbricato in calcestruzzo armato coibentato (10 cm)
 - di ghiaia porcellanata con riscaldamento radiante

3. inclined ventilated wall:
 - insulator
 - expanded granular glass (12 mm)
 - aluminum structure
 - air gap (min 3 cm)
 - waterproofing
 - mineral wool mat insulation (10 cm)
 - vapor barrier
 - prefabricated panel made of insulated reinforced concrete (10 cm)

4. intermediate floor:
 - industrial paving made of smooth concrete (10 cm) tiles with radiant heating



Mensile

Data 02-01-2018

Pagina 64/75

Foglio 8/8



Lattine in granito di vetro espanso sono intonacate e protette da una speciale pellicola che non permette alle spore di aggarrarsi alla superficie.

Sheets of expanded granular glass are plastered and protected by a special film which doesn't allow dirt to hang on to the surface.

1. copertura:

- ignifuga
- tessuto non tessuto
- impermeabilizzazione
- massetto in pendenza armato con rete elettrosaldata
- barriera al vapore
- isolamento termico (60 cm)
- barriera al vapore
- isolante granulare estruso (40-5 cm)
- controsoffitto di cartongesso

2. lacernati serramenti di alluminio e vetrocemento:

- 3. parete inclinata ventilata (su uffici e laboratori):**
- intonaco
 - latta in granito di vetro espanso (12 mm)
 - soffitti fuori di facciata in elementi di alluminio
 - intercapedine d'aria min. 3 cm
 - impermeabilizzazione
 - isolamento termico in lana di roccia (30 cm)
 - barriera al vapore
 - pannello prefabbricato di calcestruzzo armato collettato (30 cm)
 - isolamento termico (5 cm)

- controparete in doppia latta di cartongesso (2x12,5 mm)

4. soletto interglazio:

- pavimento industriale antiscivolo e ancorato in battello di cemento (15 cm)
- riscaldamento e raffrescamento radiante con isolamento (4 cm)
- soletto di gradotto (20+5 cm)
- controsoffitti di cartongesso

5. soletto controterra:

- pavimento industriale antiscivolo e ancorato in battello di cemento (15 cm)
- riscaldamento e raffrescamento radiante con isolamento (4 cm)
- isolamento termico (10 cm)
- impermeabilizzazione
- massetto (20 cm)
- isolamento di perimetrazione
- strato di tessuto non tessuto
- intonaco

6. scaline artificiali verdi:

- esserine verdi
- terreno vegetale (min. 30 cm)
- tessuto geotessile di geogriggiere
- griglia per la pendenza a sud
- terreno di coltivo

1. roof:

- gravel
- non woven material
- water proofing
- thermal insulation with air barrier
- epoxy granular concrete
- vapour barrier
- thermal insulation (10 cm)
- regular ballast
- reinforced concrete slab (10+5 cm)
- plasterboard suspended ceiling

2. roof light:

- aluminium frame with double glazing
- plaster
- expanded granular glass panel (10 cm)
- aluminium elements
- substructure
- air gap (min. 3 cm)
- water proofing
- thermal insulation insulation (10 cm)
- vapour barrier
- prefabricated concrete slabs of reinforced self-cured concrete (30 cm)
- thermal insulation (5 cm)

4. intermediate floor:

- industrial paving made of smooth concrete (10 cm)
- radiant heating and cooling with insulation (4 cm)
- precast slab (20+5 cm)
- self-healing self-compacting concrete

5. basement floor:

- industrial paving made of smooth concrete (10 cm)
- radiant heating and cooling with insulation (4 cm)
- thermal insulation (10 cm)
- waterproofing
- concrete (20 cm)
- polyethylene insulation
- non woven material
- light weight concrete

6. green artificial site:

- green panel
- vegetation with soil (10 cm)
- permeable concrete (10 cm)
- gravel
- grids for vegetation
- cultivation soil

SALUTE

Nuove tecnologie per sfidare il cancro

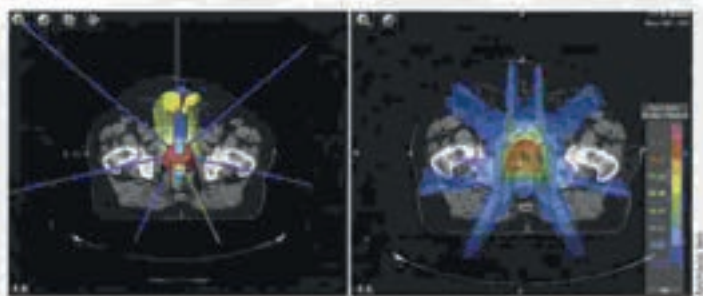
Tecnica di trattamento mediante modulazione di intensità di un tumore localizzato della prostata. La dose si concentra sulla sola ghiandola prostatica, con notevole risparmio dei tessuti sani circostanti.

Treatment technique by means of intensity modulation of localised prostate cancer. The dose is concentrated only on the prostate gland, thus sparing a great deal of healthy tissues in the surrounding area.

ROBERTO ORECCHIA
Direttore scientifico
dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Parlare oggi di cancro al di fuori dell'ambiente medico è molto più facile che in passato. Nel comune sentire, il concetto di "male incurabile" è stato sostituito con quello della "sfida possibile", ed è emersa chiaramente la consapevolezza che di cancro si può guarire. Certamente questa diagnosi fa ancora paura e crea ansie in tutti noi, anche se non sempre tale sentimento si trasforma in un comportamento coerente con le buone regole di vita che aiutano a prevenirlo.

I numeri del cancro sono importanti, e la preoccupazione è quindi legittima. Basti pensare che in Italia, secondo i più recenti dati provenienti dall'"Airtum", l'associazione che raggruppa i "Registri Tumori", sono attesi nel 2017 cir-



ca 370 mila nuovi casi di cancro. Questo significa che ogni giorno 1.000 persone si ammalano di questa malattia, un numero importante che testimonia anche la rilevanza sociale ed economica, oltreché sanitaria, di questa patologia.

L'incidenza è tale da giustificare gli sforzi che devono essere fatti, da una parte per ridurre i fattori di rischio che ne determinano la comparsa, e dall'altra per garantire la massima efficacia delle cure. Infatti, la mortalità per cancro rimane elevata, e seppur diminuita negli ultimi anni, rappresenta ancora la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, con circa il 30% di tutti i decessi registrati in Italia.

Oggi le parole chiave per combattere e vincere questa battaglia sono prevenzione, diagnosi precoce e terapia personalizzata.

In questo, la ricerca gioca un ruolo fondamentale per meglio comprendere i meccanismi molecolari alla base del processo neoplastico, identificare nuovi marcatori diagnostici utili per una diagnosi

sempre più precoce e sviluppare farmaci innovativi, dotati di una azione specifica sui differenti bersagli molecolari della cellula tumorale.

Non meno importante è il progresso tecnologico che, grazie ai grandi e recenti progressi, fornisce un contributo determinante nello sviluppo di terapie sempre più mirate ed efficaci. L'ingresso dell'informatica, della realtà virtuale o amplificata, dei nano-materiali, dei nuovi modelli di calcolo e dell'automatismo hanno consentito alle terapie locali, chirurgia e radioterapia *in primis*, di cambiare il classico paradigma del "massimo trattamento possibile" con quello più moderno del "minimo trattamento efficace", il concetto elaborato e diffuso dal professor Umberto Veronesi, pioniere dei trattamenti oncologici minimamente o nulla invasivi.

Il trattamento locale, chirurgico o radiante, rimane ancora oggi l'approccio fondamentale per la cura del cancro. L'eliminazione della massa tumorale, dove questa è primariamente insorta, fornisce

New technologies to defeat cancer

From an incurable disease to a possible battle. From maximum possible treatment to minimum effective treatment. The method for fighting cancer has changed, with greater trust in the realistic possibilities of healing, also and mainly thanks to the evolution of scientific technology. Laparoscopy and robotics have eliminated "open air" operations with substantial progress made in treatment procedures. Radiotherapy has produced important results in diagnostics and therapy. Computed tomography scans, magnetic resonance and positron emission tomography: all state of the art methods that allow incredibly precise levels to be obtained to optimise treatment geometries. Greater effectiveness in operating has reduced recovery times with substantial advantages on all levels for patients.

infatti un contributo importante al successo terapeutico definitivo, consentendo ai farmaci di meglio agire sulla malattia residua microscopica, se ancora presente, o di contrastare la diffusione in altri organi del tumore primario attraverso la formazione delle metastasi.

E sono proprio la chirurgia e la radioterapia ad avere tratto il maggior beneficio dalla rivoluzione tecnologica in atto. Di questo andremo brevemente a discutere, e in particolare di come le terapie locali siano diventate sempre più mirate, meno invasive, grandemente efficaci e in grado di guarire senza determinare gravi conseguenze sulla qualità di vita dei pazienti.

Nel momento in cui oggi meno persone muoiono di cancro rispetto al passato, si apre anche il problema del reinserimento di tutti coloro che hanno avuto una diagnosi di tumore e, avendo superato la malattia, riprendono la loro vita sociale, familiare, affettiva e lavorativa. Gli anglosassoni definiscono queste persone con un termine che nella nostra lingua non suona felicissimo, i *survivors*. In realtà a questo crescente numero di persone ormai guarite, quasi tre milioni e mezzo nel nostro Paese, va garantita non la sola sopravvivenza, ma che la loro vita riprenda e continui esattamente come prima. E in questo chirurgia e radioterapia stanno giocando il loro ruolo in maniera molto brillante.

Il robot e la "nuova" chirurgia oncologica

L'evoluzione della moderna chirurgia è indirizzata a offrire tecniche sempre meno aggressive e quindi più rispettose dell'integrità fisica e psichica del paziente. L'accesso chirurgico tradizionale, cosiddetto "a cielo aperto", è ora progressivamente sostituito dalle metodiche miniminvasive, in laparoscopia o robotica.

La chirurgia miniminvasiva è praticata in un numero crescente di ospedali, in sale operatorie altamente tecnologiche, dotate di moderne attrezzature che consentono, tra l'altro, una guida della procedura in videoscopia, con l'uso di

| INCIDENZA | | | |
|----------------|-----------------------|------------------|----------------------|
| | Maschi | Femmine | Tutta la popolazione |
| Tutti i tumori | 192.000 | 177.000 | 369.000 |
| | Prostata 18% | Mammella 28% | Colon-retto 14% |
| | Colon-retto 16% | Colon-retto 13% | Mammella 14% |
| | Polmone 15% | Polmone 8% | Polmone 11% |
| | Vescica 11% | Tiroide 6% | Prostata 9% |
| | Rene, vie urinarie 5% | Utero (corpo) 5% | Vescica 7% |

| MORTALITÀ | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| | Maschi | Femmine | Tutta la popolazione |
| Tutti i tumori | 94.933 | 74.164 | 169.097 |
| | Polmone 27% | Mammella 17% | Polmone 20% |
| | Colon-retto 11% | Colon-retto 12% | Colon-retto 11% |
| | Prostata 8% | Polmone 11% | Mammella 8% |
| | Fegato 7% | Pancreas 7% | Stomaco 6% |
| | Stomaco 6% | Stomaco 6% | Pancreas 6% |

Paziente all'acceleratore lineare prima del trattamento; la seduta di radioterapia dura pochi minuti ed è assolutamente indolore.

A patient at the linear particle accelerator (linac) before treatment: the radiotherapy session only lasts a few minutes and is totally painless.



telecamere miniaturizzate che trasmettono in tempo reale all'esterno le immagini dall'interno del corpo del paziente, nel corso dell'intervento. Il chirurgo con l'intero team operatorio può quindi visualizzare su monitor ad alta definizione, e con la possibilità di ingrandire tutti i dettagli, l'intera procedura. Per realizzare questo sono sufficienti una o poche piccole incisioni della parete corporea, attraverso le quali vengono anche introdotti gli strumenti operatori veri e propri, che il chirurgo mano-

va a distanza, seduto di fronte a una console. Quindi un accesso che evita le classiche "aperture" ampie per esporre il campo operatorio e che riduce in maniera sostanziale l'impatto sul paziente.

La chirurgia laparoscopica e quella robotica, anche grazie alle innovative procedure anestesologiche, hanno consentito di ridurre significativamente i tempi della degenza, il sanguinamento durante l'intervento e il dolore nel post-operatorio. Questo determina un accorciamento dei tempi di recupero dopo l'intervento, traducendosi in un più precoce "star bene" del paziente e quindi un ritorno più rapido alla sua vita normale.

Il robot oggi più largamente utilizzato in chirurgia ha un nome molto suggestivo, "da Vinci", che ricorda il geniale Leonardo che già nel 1400 vagheggiava una macchina azionata da fili e carucole. Si tratta di un sistema complesso, altamente computerizzato, che trasforma il movimento delle mani del

chirurgo in impulsi convogliati a bracci robotici alle cui sottilissime estremità sono montati strumenti per tagliare, cauterizzare, suturare. Una microcamera su un endoscopio fornisce all'operatore immagini tridimensionali e ingrandite degli organi interni del paziente, consentendo al chirurgo di trovarsi quasi "immerso" nel corpo del paziente. Quindi uno strumento che non sostituisce certamente il chirurgo, anzi ne mantiene ed esalta tutta la capacità e l'esperienza, ma ne trasforma semplicemente il lavoro, non più svolto attraverso le proprie mani, ma mediante sofisticati strumenti di alta tecnologia.

Il robot "da Vinci" si è rapidamente diffuso nel mondo e oggi sono più di 2.500 gli esemplari operativi. Il suo uso riguarda molte delle patologie oncologiche, a partire da quella urologica e del tumore della prostata in particolare, con una storia più che decennale, iniziata negli Stati Uniti, e successivamente proseguita e diffusa a livello mondiale.

La **chirurgia robotica** riguarda ora molti dei tumori di altri apparati, con un forte incremento in quelli della sfera ginecologica, ma anche dell'addome e del torace. In Italia il "da Vinci" è abbastanza diffuso, in linea con gli altri Paesi europei, e il suo numero sta raggiungendo le cento unità, che hanno consentito di eseguire migliaia di interventi con questa tecnica.

Il limite più importante, soprattutto in tempi di risorse economiche limitate come gli attuali, è il costo dell'apparecchiatura, che si attesta tra i due e i tre milioni di euro, cui si deve aggiungere la spesa di gestione. Un investimento importante che si giustifica soltanto se il numero di procedure eseguite è sufficientemente elevato. Quello che è atteso nel prossimo futuro è un ampliamento dell'offerta di mercato, con maggiore possibilità di competizione a livello commerciale, e soprattutto la disponibilità di nuovi sistemi robotici, sempre universali, ma con caratteristiche specifiche che consentano l'impiego ottimale nei diversi distretti corporei e l'apertura a nuo-

La console chirurgica è il centro di controllo del sistema "da Vinci". Posizionata esternamente al campo sterile, il chirurgo controlla l'endoscopio 3D e gli strumenti per mezzo di due manipolatori (master) e di pedali.

The surgical console is the control centre of the "da Vinci" system. It is placed outside of the sterilised area and the surgeon controls the 3D endoscope and the instruments by means of two masters and pedals.



ve sedi quali quelle dell'ambito otorinolaringoiatrico o neurologico.

Inoltre, per realizzare una perfetta simbiosi tra il chirurgo, che ne ha il completo controllo, e il robot è necessaria una corretta e costante formazione dell'intero staff, oltretutto un utilizzo continuo, stimato attorno ad almeno 50 interventi l'anno per ciascun operatore. Solo in questo modo si possono garantire i migliori risultati e una perfetta alleanza tra intelligenza umana e intelligenza artificiale.

I raggi "intelligenti"

La radioterapia non è certo una nuova scienza, tanto che le prime applicazioni delle radiazioni per curare il cancro risalgono al 1895, pochi mesi dopo la scoperta dei raggi X da parte di William Roentgen, e del radio, nel 1896, da parte di Marie e Pierre Curie, anche se per il suo riconoscimento quale specialità clinica autonoma fu necessario attendere più di 25 anni.

Da allora è trascorso più di un secolo e in questo lungo lasso di tempo si è verificata una enorme quantità di progressi nelle conoscenze degli effetti delle radiazioni. L'introduzione dell'informatica e dell'automazione, in analogia

a quanto occorso in chirurgia, ha determinato poi una vera e propria rivoluzione nella pratica della radioterapia, rendendo questa uno dei presidi essenziali della moderna oncologia. Oggi la radioterapia ha un ruolo universalmente riconosciuto nella cura del paziente affetto da cancro e, complessivamente, essa viene utilizzata in oltre il 55% dei pazienti.

Rimane innegabile che ancora oggi persista, più come residuo delle vicende legate a fatti storici, che nulla hanno a che fare con la medicina, come gli ordigni nucleari o gli incidenti delle centrali, un po' di diffidenza nei confronti delle radiazioni. La prima domanda che molte persone fanno quando viene prescritto un esame diagnostico o una terapia con le radiazioni è infatti: «Ma dottore, tutti quei raggi non mi faranno male?». La risposta deve essere tranquillizzante, perché è vero che le radiazioni possono determinare dei danni, ma è altrettanto vero che oggi è possibile ridurre al minimo indispensabile la dose di esposizione, sia dal punto di vista degli strumenti sia delle metodologie di indagine o di trattamento. Chi utilizza le radiazioni ha piena consapevolezza dei rischi e dei benefici; ed è a questa che l'utente può fare riferimento per essere tranquillo sull'adeguatezza di quanto sarà fatto.

Un ruolo molto importante è svolto dalle immagini che, grazie alle attuali metodiche di tomografia computerizzata (TC), risonanza magnetica (RM) e tomografia a emissione di positroni (PET), forniscono l'esatta visione anatomica e funzionale dei volumi di interesse, il tumore ma anche gli organi sani a esso vicini, in una modalità volumetrica tridimensionale. Tale possibilità rappresenta la base per la corretta pianificazione di un moderno trattamento radioterapico.

La distribuzione ottimale della dose al bersaglio può essere ottenuta con diverse modalità tecniche, possibili con gli attuali acceleratori lineari, quali la combinazione di radiazioni di diversa natura (raggi X o elettroni o, più recentemente, particelle pesanti), l'uso di



campi multipli dall'esterno, con complessità crescente, o con tecniche di movimento, o ancora, mediante brachiterapia, una tecnica speciale che prevede l'inserimento di sorgenti radioattive direttamente nel tumore con dosi calcolate.

Le attuali tecniche consentono elevati livelli di precisione basata sulla definizione tridimensionale del tumore e degli organi critici, possibile mediante la ricostruzione digitale dei volumi di interesse. Su queste immagini è quindi possibile simulare, in una realtà totalmente virtuale, qualsiasi orientamento dei fasci di irradiazione, anche dinamico, ponendosi in una situazione che consente all'operatore di "vedere" il paziente e il bersaglio in modo coincidente con la sorgente di radiazioni dell'unità di terapia e lungo l'asse del fascio che da essa origina. In questo modo si riesce a ottimizzare la geometria del trattamento e adattarne in modo assai preciso la forma su quella del bersaglio. Le tecniche speciali, quali la radioterapia con modulazione di intensità (IMRT), o la radioterapia stereotassica (SRT), consentono, grazie al completo controllo di tutta la procedura mediante il computer, un ulteriore progresso nella conformazione della dose, creando forme sempre più irregolari. A questo proposito grande importanza ha il monitoraggio degli atti respiratori, per la loro influenza sulle variazioni di posizione della lesione bersaglio e degli organi in genere. Esistono vari sistemi adatti allo scopo che calcolano i movimenti degli organi e consentono di coordinare in tempo reale gli spostamenti del bersaglio e la direzione del fascio di radiazioni, garantendo quindi la copertura in ogni fase del suo movimento (tracking).

Queste enormi potenzialità tecniche hanno modificato anche i classici schemi di somministrazione della radioterapia. Una tendenza molto attuale è quella di ridurre notevolmente la durata dei cicli terapeutici, erogando una singola, o comunque poche dosi di radiazioni, ciascuna molto elevata. Il classico schema di frazionamento, che prevedeva di sottoporre il pa-

Intervento robotico in atto con il "da Vinci". Questa tecnologia consente al sistema di manipolare gli strumenti e gli endoscopi all'interno del sito chirurgico minimizzando la forza esercitata sulla parete corporea del paziente. Sotto: nel visore stereo, le punte degli strumenti si allineano con le mani del chirurgo che impugnano i manipolatori.

Robotic operation with the "da Vinci". Thanks to this technology the system is able to manipulate the instruments and the endoscopes within the surgical site minimizing the force exerted on the bodily wall of the patient. Below: in the stereo viewer, the tips of the instruments are aligned using the hands of the surgeon that hold the masters.



ziente a 30-35 sedute quotidiane, oggi è stato spesso sostituito da schemi cosiddetti ipofrazionati, con 5, 10 o, al massimo, 15 sedute di terapia, e quindi con un dimezzamento del numero di settimane necessario per completarlo. L'estremo è rappresentato dalla radioterapia intraoperatoria (IORT) che, grazie ai nuovi acceleratori posizionabili nelle normali sale operatorie, consente di praticare il trattamento radiante durante lo stesso intervento chirurgico e quindi evitando al paziente un successivo impegno.

Tutti questi acronimi (IMRT, SRT, IORT ed altri) stanno entrando nella conoscenza collettiva ed è sempre più frequente che il paziente, al momento della visita,

chieda al medico informazioni sulla macchina che verrà usata, il **Cyberknife** piuttosto che il Gamma-knife, o sulla tecnica "conformazionale, modulata, volumetrica, di tomoterapia, o altro ancora". Questo non può che essere un elemento positivo, per avere un paziente che sempre di più sia consapevole protagonista delle scelte terapeutiche.

Il prossimo nome destinato a diventare sempre più conosciuto è quello dell'adroterapia. Si tratta dell'impiego, in sostituzione delle classiche radiazioni, di particelle del nucleo atomico, quali protoni e ioni. Per le loro caratteristiche, protoni e ioni sono dotati di un'elevatissima precisione, il che li rende particolarmente adatti a trattare lesioni situate in stretta prossimità con organi critici, a rischio di essere danneggiati. I trattamenti con adroni risalgono a molti anni fa, essendo stati praticati sin dagli anni '50 in centri di fisica, a livello sperimentale, ma solo dagli inizi degli anni '90 sono diventati una pratica clinica in alcuni centri specialistici. Lo sviluppo dell'adroterapia è ancora limitato, fondamentalmente per gli elevati costi dovuti ai grandi sincrotroni o ciclotroni necessari per accelerare le particelle adroniche sino a valori di energia necessari per essere impiegati in clinica. Tuttavia molte iniziative sono in fase di realizzazione, tra le quali alcune anche in Italia, e nel prossimo futuro occuperanno uno spazio crescente nella moderna radioterapia.



SALUTE 47

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Questo sito utilizza cookie, anche di terze parti, per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie [clicca qui](#).
Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.

nova

Scienza | Tecnologia | Creatività | Social Innovation | Dossier | Blog

Ab Medica compra WinMedical, l'ex spin off dei dispositivi indossabili

60 minuti fa

Attualità Nòva24 Tech



È stata fondata nel 2009 come spin off della Scuola Sant'Anna di Pisa e ha operato in questi anni dalla sede ospitata presso il Polo Tecnologico di Navacchio. Fra i propri soci di capitale figuravano alcuni esponenti di Italian Angels for Growth, il principale network italiano di business angel specializzato nel seed investing in startup tecnologiche, e Sici - Fondo Toscana Innovazione, che sin dal 2011 hanno contribuito a finanziare la crescita dell'azienda.

Divenuta una delle realtà più attive in Europa nello sviluppo e nella commercializzazione di dispositivi medici indossabili per il monitoraggio continuo dei pazienti da remoto, sia nei reparti ospedalieri sia a domicilio, WinMedical è passata di mano per effetto dell'acquisizione operata da **Ab Medica**, azienda milanese (nata nel 1984) specializzata in tecnologie medicali che da gennaio 2015 è entrata a far parte di un gruppo fra i più importanti del settore biomedicale italiano, al fianco di realtà come A Tlc, **Genomnia**, Medical Labs, Pacinotti, **Telbios** e Officine Ortopediche Rizzoli.

Completata l'exit (il valore dell'operazione non è stato reso noto), l'obiettivo a medio termine per la società è ora quello di diventare entro tre anni il fornitore di riferimento in Europa nel campo dei dispositivi medici a supporto del rischio clinico attraverso la piattaforma proprietaria WinPack.

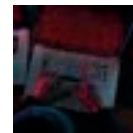
PIÙ POPOLARI



Le proteine della cavalletta
13/05/2015



TECNOLOGIA
C'è un mondo di criptovalute oltre...
04/09/2016



TECNOLOGIA
Ecco le minacce cibernetiche di cui...
4 ore fa



CREATIVITÀ
Bitcoin: ecco quanta energia elettrica consumano
30/12/2017



DALL'IRLANDA L'ormai ex primo ministro Enda Kenny ad **Ab Medica**

IN VISITA

Personalità illustri negli stabilimenti

- CERRO MAGGIORE -

UN'ECCellenza a livello mondiale, tanto da ricevere spesso visite di personalità istituzionali. Nel corso degli ultimi due anni e mezzo, **Ab Medica** si è distinta per diversi progetti, tanto da suscitare l'attenzione internazionale. E così nel luglio del 2015 a varcare la soglia degli stabilimenti di Cerro Maggiore è stato Enda Kenny, nientemeno che l'allora primo ministro irlandese. In Italia per visitare i padiglioni di Expo, l'esponente del Governo irlandese si è intrattenuto con il patron **Aldo Cerruti**. Due anni dopo, nel luglio del 2017 è stata invece la volta di Roberto Maroni. Il presidente della Regione Lombardia è stato protagonista di una visita lampo all'interno dell'azienda di Cerro Maggiore, azienda che peraltro ha vinto il premio Rosa Camuna 2017.

C. M.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CERRO MAGGIORE

LA STORIA

È STATA FONDATA NEL 1984 DA **ALDO CERRUTI**
TUTTORA PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ
NEL 2017 HA VINTO IL PREMIO ROSA CAMUNA

Ab Medica non si ferma mai Acquisita la pisana WinMedical

Nuove prospettive col mondo dei dispositivi medici indossabili

di **CRISTIANA MARIANI**

- CERRO MAGGIORE -

A VEDERE lo stabilimento dall'autostrada sembra di scorgere una vela fra il verde e in effetti **Ab Medica** procede con il vento in poppa. L'azienda italiana leader nella produzione e nella distribuzione di tecnologie medicali, anche in ambito di robotica chirurgica è un'eccellenza mondiale e ora ha deciso di compiere un ulteriore passo verso l'estensione dei propri orizzonti. Come? Con un'acquisizione decisamente importante. **Ab Medica**, infatti, ha siglato un accordo per l'acquisizione di WinMedical, impresa con sede a Navacchio nel Pisano specializzata nello sviluppo di dispositivi medici indossabili, utilizzati sia nei reparti ospedalieri a bassa e media intensità di cura sia a domicilio per il monitoraggio remoto dei pazienti. «Accogliere nel nostro gruppo WinMedical è la risposta al desiderio di ampliare, migliorare e intensificare i servizi di **telemedicina**, per traghettare la sanità verso il futuro di una medicina 2.0» spiega **Aldo Cerruti**, presidente di **Ab Medica**. «Promuoviamo e sosteniamo un nuovo paradigma nella cura medica, un inedito corso che trovi nella tecnologia medicale modulare, wireless e indossabile il fattore chiave per affrontare le sfide future, tra cui



LA SEDE Gli stabilimenti di **Ab Medica** in via Kennedy a Cerro Maggiore hanno la forma di un motoscafo

LA PIATTAFORMA

WinPack consente di monitorare in tempo reale i parametri vitali

il contrasto del rischio clinico, una migliore prevenzione degli eventi avversi e di conseguenza la riduzione dei costi per il Sistema Sanitario. Tutto a vantaggio di una più rapida ripresa e dimissione del paziente» aggiun-

ge **Alessandro Guazzone**, presidente di WinMedical.

L'INTESA FRA i toscani e i lombardi rappresenta quindi un modo per far crescere tanto queste realtà imprenditoriali quanto il mondo delle apparecchiature elettromedicali italiane nel mondo. Soprattutto negli ultimi anni, l'azienda cerrese è stata protagonista di numerosi progetti particolarmente prestigiosi e di ampio respiro



L'AZIENDA

Eccellenza

Non solo Cerro Maggiore: la società, che conta ben oltre cento dipendenti, ha diverse sedi anche in altre zone d'Italia. **Ab Medica** rappresenta un'eccellenza a livello mondiale

che l'hanno anche fatto salire alla ribalta internazionale. Dal gennaio del 2015 **Ab Medica** fa parte di una holding di aziende orientate all'innovazione nella medicina, insieme ad **A Tlc** (telecomunicazioni e sistemi per la **telemedicina**), **Genomnia** (genomica e bioinformatica), **Medical Labs** (produzione di dispositivi medici avanzati), **Pacineti** (commercializzazione di dispositivi medici), **Telbis** (teleassistenza, telecardiologia, telemonitoraggio domiciliare) e **Officine Ortopediche Rizzoli** (protesi, apparecchi ortopedici, ausili e attrezzature ospedaliere). E ora con questa acquisizione, la società con sede a Cerro Maggiore si candida ad avere un ruolo di maggiore prestigio e innovazione.

SANITA'

Entra in funzione «Robot XI» e l'ospedale San Donato si conferma polo tecnologico

L'ECCELLENZA nella robotica del San Donato trova conferma.

Dopo sette anni va in pensione il primo robot che aveva messo piede all'ospedale aretino e lo fa con un «palmares» di tutto rispetto: 412 interventi nello scorso anno, 2844 in totale, e arriva il «sostituto».

Si chiama «Robot XI», strumento, ad alta innovazione, arrivato a fine 2017 e, che dopo alcuni giorni di addestramento del personale, è entrato in funzione e verrà impiegato per l'urologia, l'otorinolaringoiatria, la ginecologia e la chirurgia generale.

Il robot ha un valore che supera i tre milioni di euro e consente prestazioni ottimali grazie alle più nuove tecnologie sanitarie. «Arezzo si conferma polo della chirurgia ad alta tecnologia e complessità e questo è uno stimolo anche per le nuove generazioni di chirurghi - spiega il direttore della chirurgia generale, Marco De Prizio (nella foto, a destra) - Il robot rappresenta il futuro perché sono tanti i vantaggi di un intervento attraverso questo macchinario, se si pensa che la convalescenza del paziente è più breve, c'è minor sanguinamento, minor dolore post operatorio e si garantisce una maggiore precisione. E' vero che ancora i costi della robotica sono alti. Pensiamo che la manutenzione di questa sala operatoria è di circa un milione e 400 mila euro l'anno. Ma con il tempo i costi si abbasseranno e finalmente la robotica potrà

esprimersi al meglio e riguardare un maggior numero di pazienti».

«Come tutte le tecnologie, anche la robotica in sanità vive di evoluzioni e ovviamente sono sempre migliorative in questo settore - spiega Pier Guido Ciabatti, direttore otorinolaringoiatria - L'evoluzione consente una migliore visione durante l'intervento, una maggiore stabilità nei movimenti e nelle manovre e più precisione. Tanti vantaggi che per noi sono fondamentali».

«**L'INTRODUZIONE** del nuovo sistema robotico XI rappresenta un momento estremamente qualificante per la nostra azienda, con elevate ricadute sulla specialistica urologica che si avvale, in maniera superiore alle altre branche, di questa metodica - sottolinea il direttore Michele De Angelis - La tecnologia del nuovo robot parte laddove si fermava quella del modello precedente, con possibilità di visualizzazione intraoperatoria degli organi interessati ed evidenziazione maggiore delle masse neoplastiche, consentendo un'accurata manipolazione e asportazione dei tessuti patologici. Tutto questo e tanti altri dettagli si ripercuoteranno sulla sicurezza del paziente, con una invasività ancora più ridotta. Siamo sicuri, pertanto, che l'XI permetterà di ripetere e superare i già grandi successi ottenuti in urologia col modello precedente».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

È STATO SISTEMATO AL QUARTO PIANO DEL MONOBLOCCO

San Martino, il robot-chirurgo ha operato i primi due pazienti

Verrà usato per gli interventi gravi. Costa 750 mila euro l'anno

IL CASO

GUIDO FILIPPI

LO ASPETTAVANO e se lo contendevano chirurghi, urologi e ginecologi. È arrivato al San Martino con quasi due anni di ritardo, non ha ancora un "nome" il **robot Da Vinci**, prodotto negli Stati Uniti da una delle aziende specializzate, ma ha già iniziato a operare. All'ospedale è stato dato in comodato d'uso da Alisa anche se nei mesi scorsi si era fatto avanti anche il Galliera: costa circa 750 mila euro all'anno (contratto di cinque anni) più circa 4 mila euro per ogni intervento (almeno mille in più rispetto alla tecnica tradizionale), ma è anche una questione di immagine e di concorrenza con altri ospedali, soprattutto privati, di altre regioni, che da anni schierano un parco-macchine, sempre di ultima generazione.

Quello del San Martino ha esordito lunedì mattina e si è ripetuto ieri all'ora di pranzo. Il primo ad usarlo è stato Carlo Terrone e il suo staff di urologi per l'asportazione della prostata a un sessantenne genovese, che era stato informato della novità e ha dato il suo consenso. Ieri, invece, è stato operato, per un tumore all'intestino, un pensionato di 75 anni.

Non ci sono stati intoppi e i due interventi, durati in media quasi tre ore, sono riusciti. Sono stati effettuati in una delle sale operatorie del quarto piano del Monoblocco, dove il robot, un marcantonio di oltre due metri che a prima vista incute timore per la sua stazza e le sue lunghe leve che sostituiscono le mani dei chirurghi. Era arrivato in ospedale una decina di giorni prima di Natale, ma tra prove tecniche, simulazioni e, cosa più importante, col-



Il direttore delle chirurgie Domenico Palombo col robot Da Vinci

laudi, è passato un mese. Ovviamente, come ogni apparecchiatura ambita, uno degli aspetti più delicati è stato mettere d'accordo i chirurghi: volevano utilizzarlo tutti o quasi, ma non è possibile, così la patata bollente è stata affidata al direttore del dipartimento delle chirurgie (oltre che primario di Chirurgia va-

LA SPERIMENTAZIONE

Non è più bravo del chirurgo che lo manovra e non fa risparmiare

DOMENICO PALOMBO
direttore Chirurgia San Martino

scolare) Domenico Palombo e al direttore del dipartimento di Emergenza e delle sale operatorie Angelo Gratarola. Ma come funziona il **robot Da Vinci**, che qualche anno fa è stato sperimentato a Savona? «Il chirurgo - spiega Palombo - è su una consolle, ad alcuni metri di distanza dal tavolo operatorio; decide i movimenti e il robot li riproduce. Negli ultimi anni ha preso campo un po' ovunque ed era giusto che lo utilizzasse anche il San Martino. Negli Stati Uniti siamo già arrivati al punto che, a volte, il medico è in un ospedale mentre il robot e il malato sono in un altro». Docente universitario e chirurgo vascolare con almeno trent'anni di esperienza e un profluvio di prestigiosi riconoscimenti, Palombo - allievo e pupillo del bisturi genovese Ettore Spagliardi - difende le "mani" del chirurgo e il bisturi. «Non c'è evidenza che il robot garantisca risultati migliori, come efficacia ed efficienza, rispetto all'accolaudata tecnica della videolaparoscopia della chirurgia tradizionale». Tanto per essere chiari «Non è più bravo del medico che lo manovra e, almeno per il momento, non fa risparmiare risorse».

Il **robot Da Vinci** non lavorerà tutti i giorni e, come sottolinea Palombo, verrà utilizzato soltanto per gli interventi oncologici gravi. «La **chirurgia robotica** - commenta il direttore generale Giovanni Ucci - è in molti casi un'alternativa affidabile rispetto ad altre tecniche chirurgiche. La sperimentazione, aperta anche a professionisti qualificati di altri aziende liguri consentirà stabilire i risultati clinici e il reale impatto economico». Ora riposerà due giorni, ma venerdì ha già due appuntamenti in sala operatoria, sempre guidato da un chirurgo.

filippi@ilsecolo XIX.it

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

All'ospedale San Donato in funzione da alcuni giorni il nuovo strumento. Il direttore di Chirurgia, Marco De Prizio. 'Noi centro di riferimento in Italia'

“Robot XI, l'alleato che ci fa abbattere le liste di attesa”



“In sette anni con il precedente apparecchio sono stati effettuati 2844 interventi di robotica”. Lo sa utilizzare uno staff di 11 specialisti

Marco De Prizio il direttore della Chirurgia generale dell'ospedale San Donato di Arezzo. L'istituto e lo strumento “Robot XI”

di **Marco Cavini**

► AREZZO - L'ospedale di Arezzo è sempre più tecnologico e all'avanguardia. Nei giorni scorsi sono stati effettuati i primi interventi con il nuovo Robot XI, uno strumento ad alta innovazione che permetterà di muovere importanti passi in avanti nelle operazioni di urologia, otorino-laringoiatria, ginecologia e chirurgia generale: per il San Donato si è trattato di un consistente investimento di circa tre milioni di euro che garantirà un deciso sviluppo della robotica sanitaria. Uno dei primi ad averlo utilizzato è stato il dottor Marco De Prizio, direttore della chirurgia generale, che illustra il grande contributo che questo robot porterà al polo ospedaliero aretino. “Negli ultimi sette anni - spiega - il San Donato è diventato un polo d'eccellenza della robotica, effettuando ben 2.844 interventi grazie alla precedente strumentazione. Con Robot XI abbiamo avviato un importante aggiornamento che do-

ta l'ospedale di una delle più recenti tecnologie in ambito sanitario”.

D Quali sono i vantaggi legati a Robot XI?

R “Innanzitutto la maneggevolezza: il robot acquistato nel 2010 era ingombrante e richiedeva una certa attesa per posizionarlo sul paziente ed avviare l'operazione, mentre questo è più piccolo e di conseguenza velocità i tempi di utilizzo. Inoltre permette di lavorare con maggior precisione e di intervenire su tumori con pochissimi margini di errore, arrivando con più facilità alla zona malata”.

D Questo significa che sarà possibile aumentare anche il numero di operazioni?

R “Certamente. Essendo una macchina più rapida, possiamo ipotizzare di riuscire a ridurre i tempi di attesa per un intervento e, di conseguenza, di poter soddisfare con maggior tempismo le esigenze della popolazione”.

D Per la Asl di Arezzo si è trattato di un investimento particolarmente importante, oltre i 3 milioni di euro.

R “Oltre alla spesa iniziale, dobbiamo poi considerare una manutenzione mensile e una sostituzione di pezzi di altissima tecnologia: all'azienda costa quasi un milione all'anno. L'ospedale di Arezzo è già uno dei poli con più operazioni di robotica e un centro di riferimento per il resto d'Italia, dunque si tratta di un'ulteriore garanzia per rafforzare tale eccellenza e per stare al passo con i tempi”.

D Quali interventi saranno possibili con questo robot?

R “Innanzitutto quelli per la cura dei tumori a prostata e reni che, negli anni scorsi, sono stati i più frequenti. Poi quelli di chirurgia generale legati alle operazioni per tumori al retto, al fegato, al pancreas, allo stomaco e all'intestino. Infine vi sono quelli di ginecologia e otorino-laringoiatria che, per quanto in numero minore, vengono effettuati con risultati eccellenti. Basti pensare che il dottor Ciabatti, con un robot del genere, riesce a rimuovere i tumori della tiroide con efficienza e

con solo un piccolo taglio all'altezza dell'ascella”.

D In quanti medici sapete utilizzare Robot XI?

R “Sono tre di urologia, due di otorino-laringoiatria, due di ginecologia e quattro di chirurgia generale. Nelle ultime settimane abbiamo frequentato dei corsi di aggiornamento per imparare le novità, ma si tratta di un percorso di formazione lungo e complesso: chi non è esperto ha bisogno di molti anni per capire come utilizzarlo con precisione”.

D Lei ha effettuato le prime operazioni: come sono andate?

R “La scorsa settimana ho eseguito i primi interventi con il nuovo robot: sono andati bene e ho trovato grandi soddisfazioni. Da questa settimana inizieranno ad utilizzarlo anche i miei collaboratori per fare in modo che, quando c'è bisogno, tutti siamo pronti ad effettuare queste nuove operazioni di robotica”.

Il robot ha un valore che supera i 3 milioni. Quello precedente è andato ‘in pensione’ dopo 7 anni di lavoro. ◀



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL FUTURO A BAGGIOVARA LO STRUMENTO E' SEMPRE PIU' UTILIZZATO

Robot Da Vinci, 300 interventi nel 2017

«SONO stati oltre 300 gli interventi effettuati all'ospedale Civile di Baggiovara col **Robot da Vinci** nel 2017». A rivelarlo è l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena. Dai dati disponibili, emerge come l'attività negli ultimi tre anni «è in tendenziale aumento seppure per un numero limitato di interventi, e sono allo studio le aree di possibile ulteriore potenziamento».

Da oltre dieci anni presso l'Ospedale Civile di Baggiovara il **Robot Da Vinci** supporta i professionisti del territorio, in differenti aree specialistiche (urologia, chirurgia generale, epato-bilio-pancreatica, otorinolaringoiatria) per le quali «fornisce un importante supporto per la chirurgia mini-invasiva». L'inizio della gestione unica del Policlinico e dell'Ospedale Civile «ha facilitato il confronto tra i professionisti e la condivisione, sulla base delle evidenze scientifica disponibili, di criteri di appropriatezza e di priorità nell'arruolamento dei pazienti candidati a questa tecnica innovativa». In un'ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili l'Azienda ha così ridistribuito le sedute operatorie robotiche tra varie specialità per le quali «il Ro-

bot risulta la tecnologia di prima scelta, anche nella direzione di valutare il rapporto costo-beneficio».

In particolare, nel 2017, invece, sono stati effettuati 94 interventi di Chirurgia Generale, 145 di Urologia, 34 di Chirurgia Epato-bilio-pancreatica (EBP), 6 di Otorinolaringoiatria. A dicembre è iniziata, inoltre, l'attività di robotica anche Ginecologica (2 interventi). A questi numerosi aggiungono 28 interventi svolti dagli Urologi dell'equipe dell'Ospedale di Carpi. La spesa per i dispositivi medici necessari agli interventi nel 2017 «ha sfiorato il milione 600mila euro. Per la chirurgia EBP esiste, tra l'altro, un finanziamento regionale specifico per il trattamento mini-invasivo dell'epatocarcinoma». L'Azienda conferma che la sua intenzione «è utilizzare questa tecnologia nel modo più appropriato per i pazienti, non certo di diminuire l'attività robotica».

L'Emilia Romagna non brilla però per numero di robot: ce ne sono soltanto tre, a differenza di altre regioni come Toscana (13) e Lombardia (22).

R. C.



Il robot **Da Vinci** usato a Baggiovara



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Braccia meccaniche e telecamera assistono il chirurgo in sala operatoria pediatrica

a cura di
Alessia Elem

Sanità d'eccellenza e all'avanguardia grazie all'utilizzo dei robot chirurgici in sala operatoria.

L'evoluzione della tecnologia robotica e l'introduzione di sistemi di nuova generazione hanno permesso, negli anni, un progressivo incremento dell'attività chirurgica robotica anche in campo pediatrico.

L'Ospedale Infantile di Alessandria, presidio dell'ADN SS Antonio e Biagio e Cesare Arigo, è tra i primi centri italiani che recentemente ha eseguito due interventi chirurgici, l'asportazione della milza a un bambino di 10 anni e la rimozione del colon con la ricostituzione del retto a un altro di 2 anni, avvalendosi della sofisticata apparecchiatura.

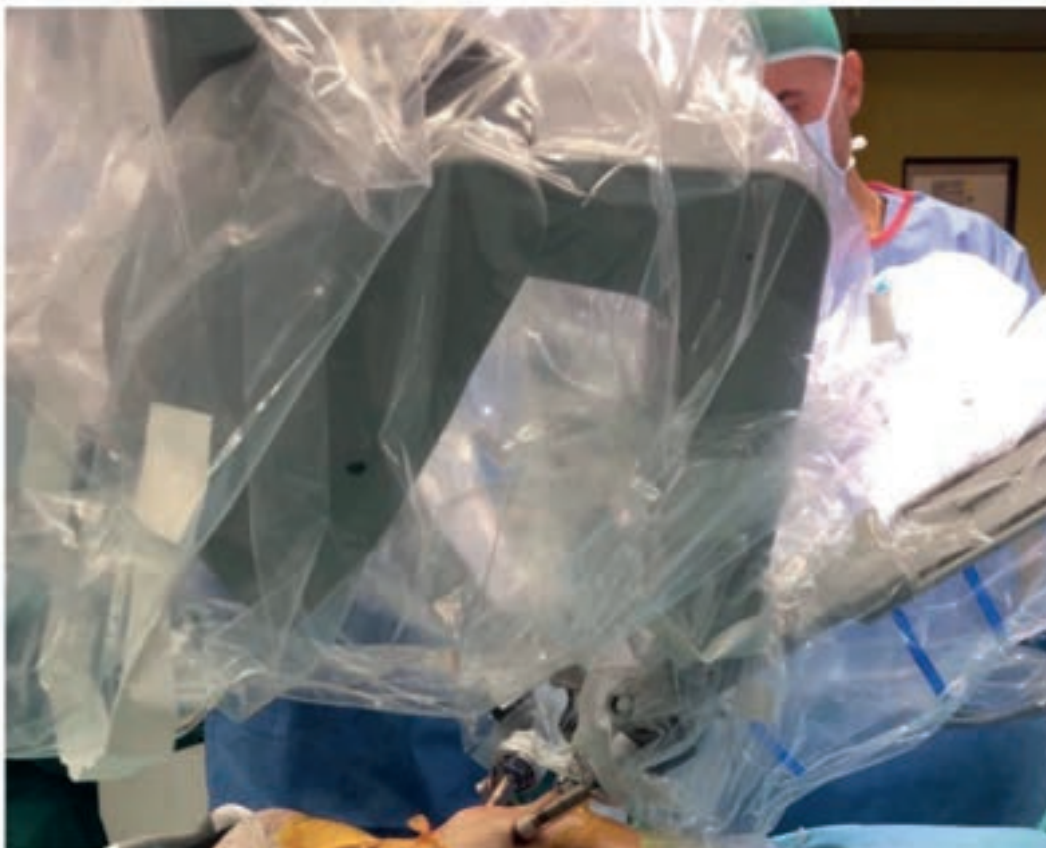
Qual è la differenza tra l'intervento eseguito con il robot e quello tradizionale? Perché l'utilizzo di questa apparecchiatura? Quali sono i vantaggi per il paziente?

Health online l'ha chiesto al dottor **Alessio Pini Prato**.

Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e Cesare Arigo (ALESSANDRIA).

Che cos'è la chirurgia robotica? È una chirurgia mini-invasiva?

"I robot chirurgici si presentano come **computer dotati di braccia meccaniche e telecamera, che assistono il chirurgo in particolare in caso di interventi di chirurgia mini-invasiva (laparoscopia, toroscopia, etc)**. Questi interventi si eseguono normalmente praticando dei piccoli forellini sulla pelle del paziente evitando così il tradizionale taglio. In questi buchi si inseriscono dei tubi sottili, attraverso i quali vengono fatti passare i vari strumenti ed una sottile telecamera, che permette di vedere con ingrandimento ed in 3D cosa si sta facendo, manovrati dal chirurgo assistito da un aiuto che completa l'equipe operatoria".



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Settimanale

Data 01-02-2018

Pagina

Foglio 2/2



Il periodico di informazione sulla sanità integrativa

È oggi lo strumento più avanzato che ha a disposizione il chirurgo per potenziare le sue capacità operative e in grado di rendere l'intervento molto più efficace e preciso?

"Il robot rappresenta attualmente la massima espressione tecnologica in ambito chirurgico. Assillato da tutta una serie di device che possono arricchire le caratteristiche tecnologiche (sistemi di sutura, coagulazione, manipolazione e dissezione), il robot consente al chirurgo di eseguire procedure prima impensabili con estrema precisione e magnificazione del dettaglio".

E quali sono i vantaggi per il paziente?

"I vantaggi per il paziente sono sostanzialmente i medesimi che già erano stati ampiamente dimostrati per la chirurgia mini-invasiva tradizionale (laparoscopia, toracoscopia etc) e quindi ridotto traumatismo, minore stress postoperatorio, miglior gestione del dolore, riduzione del rischio di aderenze e problematiche di parete, miglior risultato estetico. Tuttavia il reale beneficio, a mio avviso, è che il robot consente al chirurgo di spingere le indicazioni della chirurgia mini-invasiva anche a settori, tecniche chirurgiche e regioni corporee prima unicamente "aggredibili" con tecniche convenzionali e con il noto "taglio". Quanto detto elimina di fatto i limiti applicativi che fino ad oggi aveva e continua ad avere la chirurgia mini-invasiva convenzionale, costretti dalla necessità di delicata dissezione, zone corporee di dimensioni estremamente ridotte, bisogno di manipolazioni complesse, etc".

I robot chirurgici hanno fatto il loro ingresso anche in pediatria. Quali sono le patologie pediatriche dove è possibile intervenire con il robot piuttosto che con le metodiche tradizionali? E perché?

"Tutti gli interventi chirurgici eseguiti con l'approccio mini-invasivo possono essere trattati con la robotica. Dati i costi elevati di setting e manutenzione delle apparecchiature robotiche, determinate procedure sono risultate essere più adatte e "convenienti" sia per motivi clinici che per ragioni "economiche". L'utilizzo del robot ha infatti senso nella misura in cui migliora la performance del chirurgo ed assicura migliori risultati clinici mentre rappresenta un costo insostenibile se non assicura tali risultati. Ad oggi la chirurgia esofago-gastrica, delle vie biliari, del retto ultrabasso, della prostata e del rene, ma anche la chirurgia splenica,



soprattutto se ricostruttiva e complessa rappresentano le indicazioni principali per tale nuova frontiera tecnologica".

Di recente sono stati eseguiti presso l'azienda ospedaliera di Alessandria dove lei è Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica, due interventi su pazienti pediatrici. Perché la scelta di utilizzare i robot e quali sono stati i risultati?

"L'AON SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo è stata fra le prime in Italia a dotarsi di tale apparecchiatura grazie all'intuito del dott. Spinoglio, ex primario della Chirurgia Generale dell'Azienda. Ad oggi la robotica era stata unicamente utilizzata in chirurgia generale, urologia, ginecologia e poche altre specialità dell'adulto. L'opportunità di utilizzare il robot in capo pediatrico è stata decisa e concordata al momento della definizione dei piani strategici con la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera ed ha coinvolto tutti i membri dell'equipe dell'Ospedale Infantile di Alessandria, dai chirurghi, alle infermiere di sala operatoria, al personale tutto che ha condiviso il processo di crescita e di acquisizione delle competenze necessarie per affrontare questa nuova tecnologia. La scelta delle procedure da eseguire è stata

basata sui dati di letteratura e sull'esperienza di altri centri opinion leader mondiali. In particolare, la ricostruzione del retto con l'approccio endorettale descritto da Soave nei lontani anni '60, che richiede una manipolazione ed una delicatezza non compatibili con l'approccio laparoscopico tradizionale, risulta particolarmente agevole con l'ausilio del robot. I piccoli pazienti che abbiamo operato hanno potuto godere dei vantaggi della robotica, quali

appunto meno cicatrici e un miglior risultato estetico, se pensiamo che siamo di fronte ad un organismo in crescita, minor perdita di sangue, minore traumatismo e stress, minore ospedalizzazione".

Quali sono i progetti per il futuro?

"Non siamo i primi e non siamo i soli ad utilizzare la robotica in campo pediatrico in Italia e nel mondo, ma vogliamo essere i primi a farlo con un criterio innovativo, mirato all'identificazione dei settori di reale beneficio clinico e di sostenibilità sanitaria, e con progettualità non limitata a brevi esperienze fini a se stesse ma con una proiezione temporale di almeno un decennio". ●

Vogliamo essere i primi ad utilizzare la robotica con un criterio innovativo, mirato all'identificazione dei settori di reale beneficio clinico e di sostenibilità sanitaria, e con progettualità non limitata a brevi esperienze fini a se stesse ma con una proiezione temporale di almeno un decennio

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Codice abbonamento: 134797



Settimanale

Data 02-02-2018

Pagina

Foglio 1/2

Il robot in sala operatoria

Intervista a Franco Melli

(segue da pagina 1)



Foto: M. Melli - L'Espresso

Presenti in teatro e sul set e la prova, Melli per il filo di un lavoro passato dalla Calabria con l'ingresso di studiosi Lariani. Era la provincia che aveva fatto a suo modo, travolgendo con la passione per il cinema e la prosa, nell'intento di uscire dalla condizione provinciale del Sud e recuperare una di indipendenza e libertà. Ma gli si fece avere un sogno, quello di diventare scrittore, dopo averglielo il sistema-Carabinieri e quasi inaccettabile per una regione del sud-ovest, ma non per Franco Melli, giovane laureato della classe del Sud via generale.

Dal processo che lo vede Lariani essere espulso dalla parte e sostituito con i comizi di Mediano e Chirugio a Pisa, Paganò (gruppo, Anziano della Provincia di Corsica, con il suo gruppo). Una prova in Terzo (suo area di lui). A questo lo abbiamo fatto dopo". La laurea e poi la specializzazione in Chirurgia toracica fanno solo l'anno di una strada difficile che hanno percorsi Franco Melli e di questa parte (inaccettabile di riferimento e tutto segue per la Chirurgia robotica, dopo averlo appreso e perfettamente in fatto il mondo nuovo tecnico. Il intervento non lo aveva mai, nel gergo dell'epoca, guidando tipo di operazione, dalla più facile alla più complicata. Questo perché, per ora, la situazione di un centro di chirurgia robotica a Pisa, la più grande struttura pubblica in Europa, che ha messo dopo e dove ha creato una scuola per formare i protagonisti della Chirurgia del futuro. E del processo. Melli processo che dagli inizi (dal 1993) ad oggi sono stati i milioni i pazienti operati grazie all'uso del robot e in Italia gli interventi di questo tipo sono circa 15 mila all'anno, con un incremento esponenziale del 10 per cento, in base con il trend mondiale.

Tra le sale operatorie del centro giorno, a in Pisa (Melli è lo scudo, il cinema, anzi lo ha fatto, portare un nuovo riferimento. Sono robot che vengono dagli Stati Uniti, ma si chiamano "da Vinci", in nome del nostro concittadino, uomo di scienza e di sagacia. Spesso di loro si fa uso in sala operatoria, ma altrettanto spesso non per il robot, l'altro per ogni e filo, la tecnica moderna lo ha fatto e l'ultima ancora una volta per fare luce sul punto scuro dell'operatoria, nell'angolo della sala, lontano dal tavolo operatorio, c'è il mondo dei comandi, uno schermo bidimensionale della procedura e della forma di controllo. E' il più di lavoro, ma con tecniche applicabili dove il chirurgo, robot, deve essere in grado per assumere il robot che agirà direttamente sul paziente, oppure deve essere in grado di analizzare una foto, cinema e realtà virtuale.

Professione Melli, lei è chirurgo o filosofo: quanto è stato difficile?

Quando ho cominciato questa professione, non mi presento il problema, quindi non ho sentito difficoltà, nel fare alcune scelte. Ho una grande passione, ma di una passione che non è pagata in genere alta. Sono sempre volente a tutti i costi di mettere un nuovo e la mia vita privata.

Cosa le piace di più?

Il mio entusiasmo alla giornata. Allora cambiare non letteralmente, ma oggi se ne parla e sono consapevole che non sono una famiglia (siamo il lavoro di fatto che si può lavorare il suo filo, se invece "parlo" dei suoi, non sono una scuola di cultura e a costruire la sua professione. E' stato una cosa senza ritorno, ma tutto questo l'ho naturalmente dopo.

Dalle imprese?

Sì, ma sempre. Involontariamente dettate dalle situazioni. Per due volte, ad esempio, nel 1990 e nel 1991, ho lavorato per il governo, ma ho dovuto fare bene di lavoro. Tutto dire che, nel primo caso, quando ero ancora giovane, l'idea era di una tecnica molto diversa da quella che oggi si usa in sala operatoria e anche l'idea stessa che nessuno sa se accoglierà. Dal secondo caso ho subito un intervento chirurgico piuttosto serio, ma per una malattia di carattere alle reni che ho perso un braccio per un periodo di tempo e ancora in fase di degenza sono tornato in sala operatoria, assicurando il mio servizio della sala operatoria.

Dagli ospedali fanno spesso parlare a essere buoni? Di anche agli ospedali?

Il processo essere fuori casa e spesso il dolore. Certamente non fanno parlare in Italia dove l'idea di più per il momento che è lavoro e qualità della vita anche rispetto a quello che si vorrebbe. Purtroppo qualcosa di simile ha successo anche negli Stati Uniti. Comunque in generale all'estero il mio rapporto è sempre stato più di lavoro e più rispetto per il merito.

Ma le ha fatto la situazione dei comandi?

Una scelta, purtroppo. C'è un momento, difficile da spiegare, è tutto il mondo a non è proprio l'operazione perfetta.

Lei ha fatto un mestiere che è sempre cambiato e solo operando per imparare la tecnica della chirurgia robotica, è una vita all'opera?

La ragione essere totalmente, nessuno della mia stessa posizione. A'iori dire il suo filo è una scelta, di non scendere la barriera. Una scelta essere parte, anche perché in un filo, ma non fanno un è difficile.

Come si divide a essere il più grande numero europeo di chirurgia robotica la sua carriera e quella?

Il mio lavoro è lavorare in questo progetto in un momento particolarmente complicato per il rapporto della ricerca scientifica. Ma poi, una volta superata la difficoltà per ottenere i fondi, è stato difficile anche nella pratica e nell'attuazione. Sono alcuni da fare il tipo che rimane a lungo per la loro qualità, soprattutto sono fatti e ben fatti. Inoltre, una stessa qualità. Particolarmente sono un centro dove poi sono sempre tutti la chirurgia robotica possibile. Tutto questo lo ha fatto, purtroppo. Purtroppo in Europa questo settore è sempre stato sempre rispetto agli Stati Uniti. Un modo che può essere riuscito solo con la robotica dei professionisti.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Codice abbonamento: 134797



Settimanale

Data 02-02-2018

Pagina

Foglio 2/2



Lei dirige questo centro italiano e quello di chirurgia robotica cremonese polivalente, che è la sua specializzazione. In Europa ne ha gli sporti su di questo tipo. Nel mondo è stata la prima a eseguire una lobectomia polmonare con il robot. È un'attività non rivedibile. Parlatene...

Del resto, nell'aspetto economico che è in un ambiente, anche se nella speranza di gestire sistemi robotici. Per le realtà in riferimento alle per un nuovo sistema troppo e alla fine essere rispetto le sue tecniche e tecniche da una parte. Dal prima, però, ha scritto e l'opera per affrontare un intervento di chirurgia robotica sul caso di un intervento di lobectomia polmonare e da lì sono partite le idee. Che consistono nel lavoro della figura perché in Europa sono i suoi sistemi da mettere parte. Alle fine gli Stati Uniti si accendono che anche per un problema di lavoro e lo sono anche della robotica stessa che si dovrebbe il tutto sempre per la chirurgia toracica robotica e che Pisa fosse centro di riferimento. Da allora ha aperto i 12 centri di chirurgia toracica del polmone e tutto in Europa, ma a livello europeo della stessa specializzazione. Con la mancanza a febbraio per spiegare Pisa dei robot. E' stato una strada lunga, ma è come risulta.

Da una parte quando entra in sala operatoria? La vita di una giornata è molto frenetica...

Prima? Sì, perché non? Non sono i due che chirurgi sono abbiamo un'attività e un'attività. Inglese come questo è il giorno lavoro e non tutti i giorni di lavoro robotico, quasi continuo. A che la sala operatoria robotica, non lo sono mai stato di lavorare. Certo, una parte che il suo passaggio chirurgico robotico. Per quanto si riguarda la cosa che mi mette più in difficoltà è quando si verificano problemi tecnici durante i interventi.

Quando un chirurgo è più difficile lavoro?

Il lavoro-chirurgia è un caso che è in grado di cambiare strategia e di affrontare la difficoltà in quel preciso momento. Certo, cioè, sapere lavorare qualcosa che non prevedo. L'esperienza fa parte del nostro mestiere.

Alcune di chirurgia sono ancora molto un'attività?

Ci per sì. Non è tutto lo spettro del punto quello che conta, anche la capacità di lavorare. In questo senso più il chirurgo è bravo, più è utile.

Però il robot sono a superare gli interventi...

Intanto che la chirurgia robotica è un'attività molto complessa che si deve prendere tutto quello che una persona non può, anche per caso di un intervento. Quando hai le mani dentro un lavoro ogni la mattina più semplice, giorno meglio. Inesperienza. In, all'inizio, si mangia un'attività, può diventare automaticamente con le mani. Ma se lavori è lavorare la loro abilità con una strumento e quindi ha bisogno di maggiore attenzione. La chirurgia robotica è uno strumento bellissimo ed efficace, ma deve essere di mani aperte e precise.

Quali sono le sue prospettive di lavoro nel robot in sala operatoria?

La robotizzazione e la sicurezza del movimento. E' difficile il lavoro robotico anche il nostro lavoro. E sono tutti le mani e i piedi di lavoro non piccoli, sono. Inoltre spesso con un ingegnere che non solo lavorare alla macchina. Invece il punto di essere estremamente precisa. Tutto questo come sempre i passaggi per affrontare questi casi complessi. Questo può sembrare. Però, lavorando in una sala operatoria con tutti i problemi e il rischio di perdere il viso. Questo. Per quanto che sia il robot deve essere aperto e avere un modo background chirurgico alla guida.

Una di robotica ingegnere del lavoro?

Presentazione più grande e sempre più evoluta. La stessa generazione di robot che siamo e che siamo e che sono grande interesse al caso potrà risolvere l'intervento-chirurgico del punto dopo. Nel senso che attraverso i dati generati dai casi sono, come noi. Per e tutto il resto, si vedono grazie tutto le voci difficili che si generano lavorare nel caso dell'intervento. Un'attività di lavoro gli interventi.

Alle fine il robot non sono da solo e il contributo della sala operatoria?

Questo non potrà mai accadere. La sua parzialità è totalmente necessaria, lo sono e quella del robot. E quest'ultimo è dagli le informazioni precise. Certamente la tecnologia sempre di più grande e grande con gli interventi robotici. Ma siamo tutti molto direzioni e interventi. Ma il robot non potrà mai fare tutto senza l'uomo. Questo è nostro.

Dagli le informazioni precise. Certamente la tecnologia sempre di più grande e grande con gli interventi robotici. Ma siamo tutti molto direzioni e interventi. Ma il robot non potrà mai fare tutto senza l'uomo. Questo è nostro.



Valeria Coldelli

Si è laureata in Medicina all'Università di Pisa e ha collaborato con il Dipartimento di chirurgia polmonare. Si è specializzata in chirurgia robotica e opera gli altri. Tra e Pisa, ma lavorare perché del resto e Parigi e Londra. Naturalmente una attività.

[Scopri di più](#)



Philosophy

1. La sala operatoria robotica
2. Pisa e il robot e un intervento
3. La sala operatoria robotica
4. Pisa e il robot
5. Un intervento robotico del robot
6. Pisa e il robot e un intervento

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Codice abbonamento: 134797

Al Sant'Orsola il primario Massimo Laus interviene con l'ausilio di Mako. Finora operati 32 pazienti per impiantare protesi di anca e ginocchio. In sala operatoria c'è anche un ingegnere che governa tutto il processo.

In ortopedia l'aiuto è un robot

di Marina Amaduzzi

Il robot è approdato in sala operatoria per aiutare anche gli ortopedici che inseriscono protesi nel ginocchio e nell'anca. Il Sant'Orsola è uno dei pochi ospedali in Italia dove ciò è possibile e dove da qualche tempo opera Mako, un braccio meccanico al servizio dell'ortopedico. «Abbiamo fatto finora 32 interventi e i risultati sono molto buoni con tempi di esecuzione di mezz'ora in più rispetto all'intervento tradizionale», spiega Massimo Laus, direttore del reparto di Ortopedia e traumatologia del policlinico.

La precisione è chiaramente la sua qualità principale, che consente un sanguinamento inferiore nella fase post-operatoria e un accorciamento dei tempi di ricovero e di recupero per il paziente. «Un impianto messo con grande precisione dovrebbe costituire un elemento di garanzia di una durata maggiore», riconosce Laus. Sarà il tempo a far valutare questo aspetto, non secondario. L'anca e il ginocchio sono le articolazioni deputate all'intervento con il robot. «I candidati ideali — prosegue il primario —, sono persone con artrosi grave a queste due articolazioni ma di età non avanzatissima. Fare un intervento di precisione richiede un po' più di tempo e non è quindi

ideale per un ottantenne».

Come funziona il braccio meccanico? È un processo che viene descritto anche ai pazienti prima che si sottopongono all'intervento. In primo luogo viene eseguita una tac, ad esempio all'anca per creare una immagine tridimensionale sulla quale realizzare col computer un modello da riprodurre in sala operatoria con il migliore orientamento dell'impianto protesico, calcolando le migliori dimensioni per ottenere il risultato più funzionale. I dati elettronici della simulazione vengono caricati nel robot. Durante l'intervento si stabiliscono i punti di riferimento che guideranno il braccio robotico attraverso una mappatura dell'osso e l'applicazione di markers metallici, sul bacino con due piccole incisioni, e sul femore, attraverso l'incisione principale di accesso all'anca. Si applica ai markers un sistema di comunicazione ottico fra essi e il robot e fra gli strumenti chirurgici e il robot, in modo che possa conoscere in quale parte dell'anca si trova e dove vanno gli strumenti che esso guida. Il processo è costantemente governato in sala operatoria da un ingegnere alla consolle, e permette costanti aggiustamenti intraoperatori degli strumenti, fino a riprodurre il quadro virtuale realizzato sulla tac.

Per il ginocchio si ricorre a un procedimento del tutto simile a quello per l'anca per preparare il braccio robotico, e realizzare la preparazione corretta dell'osso consentendo il bilanciamento dei legamenti con il minore sacrificio di tessuto osseo. Questo consente di superare quelle difficoltà tecniche che in un intervento a mano libera possono produrre un'alta percentuale di insuccesso e fallimento per scarsa durata dell'impianto.

Anche in questo tipo di interventi Laus è affiancato da Franco Alberto Zappoli, il suo aiuto con cui collabora da 30 anni. «Dopo tanti anni di chirurgia tradizionale c'è un grande entusiasmo per queste innovazioni — commenta Laus —, ora ci vogliono le mani esperte di un chirurgo per muovere il braccio ma un domani quando questi oggetti saranno miniaturizzati la chirurgia sarà solo robotica. E la nostra, quella ortopedica, si presta molto. È una tecnica che aumenta in maniera molto significativa la precisione dell'intervento con vantaggi a breve termine, come detto, ma anche legati alla durata dell'impianto. Ora che ci abbiamo preso un po' la mano tra l'altro siamo riusciti a ridurre l'allungamento dei tempi di esecuzione rispetto a quelli standard che per una protesi sono di un'ora e mezza

circa». Un po' più di tempo in sala operatoria, ma per un recupero molto più rapido.

marina.amaduzzi@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I candidati ideali sono persone con artrosi gravi ma non troppo anziane

L'impianto fatto con precisione dovrebbe essere garanzia di durata

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CORRIERE DI BOLOGNA



Quotidiano

Data 06-02-2018

Pagina 10/11

Foglio 2 / 2



Le cose da sapere

Il robot Mako è una sorta di braccio meccanico che viene manovrato dal chirurgo per interventi di precisione



Al vertice
Massimo Laus è il direttore del reparto di Ortopedia del Sant'Orsola, tra i pochi in Italia ad utilizzare il robot per interventi di protesi all'anca e al ginocchio



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Dal liceo all'ospedale per scoprire i segreti del robot Da Vinci

I ragazzi del Fermi a lezione di chirurgia ipertecnologica
«Esperienza straordinaria, simulato un intervento»

di Gianluca Corsi

► NUORO

Hanno ingegno e curiosità da vendere, si divertono imparando e sanno già lavorare in team. E, cosa non secondaria, la **chirurgia robotica** per loro non ha quasi più segreti. Stiamo parlando degli entusiasti soci del "Equipe4rms", un gruppo di motivatissimi studenti di varie classi quarte del liceo scientifico Enrico Fermi di Nuoro, guidati dalle docenti-referenti Monica Maricosu e Lucia Gali, che - per questa edizione del progetto Asoc (A Scuola di OpenCoesione) - hanno deciso di puntare su un gioiellino, ancora troppo poco conosciuto, della sanità nuorese: il **robot Da Vinci**. «Il titolo del nostro progetto - spiegano con la loro carica di contagioso entusiasmo Roberto Pilotto (4 E), Sandro Montesu (4 G) e Paolo Nieddu (4 E) - è "Analisi dei dati", e - dopo un primo iniziale interesse per la vicenda del Multi-

no Guiso Gallisai - abbiamo deciso di optare per il **robot Da Vinci**. Inutile dire che, per i ragazzi, si è trattato di "amore a prima vista": «Non tanto per la chirurgia in sé - sorridono i tre simpatici studenti del Fermi - quanto per la robotica e l'ingegneria applicata alla chirurgia. Per noi, sapere che l'ospedale di Nuoro ha uno strumento così all'avanguardia, è stata una vera scoperta». Merito di una scuola che vanta una lunga e riconosciuta tradizione nell'organizzazione di eventi e progetti innovativi, capaci di coinvolgere attivamente i ragazzi (non ultimo l'appuntamento annuale delle simulazioni ONU). La stessa alternanza scuola-lavoro, qui nella scuola di via Veneto, ha una qualità decisamente elevata rispetto agli standard comuni. Ma un grosso contributo alla riuscita del lavoro del team "Equipe4rms" lo ha dato anche l'incontro, proprio nelle sale operatorie del San Francesco, con il giovane primario della chirurgia

nuorese: Carlo De Nisco. Uno che alla passione per la **chirurgia robotica** unisce il "pallino", sempre fisso, di poter realizzare proprio a Nuoro una sorta di "scuola" per tutto ciò che riguarda l'innovazione nella chirurgia: il **robot Da Vinci**, ma non solo, considerato che il San Francesco di Nuoro è stato il primo in Sardegna, nel 2016, a introdurre la tecnologia 3D (con tanto di occhiali e colonna laparoscopica) in sala operatoria. E così, dopo un paio di lezioni preparatorie in cui i ragazzi si sono dati ruoli e compiti e hanno iniziato ad analizzare contesto e informazioni varie sul robot, mercoledì scorso, tutti bardati di verde - camici, calzari e mascherine - hanno fatto una lezione sul campo nelle linde e ultramoderne sale del blocco operatorio. «Il dottor De Nisco - raccontano i tre studenti ancora increduli per l'esperienza vissuta - per prima cosa ci ha fatto entrare in sala medici, dove - con l'ausilio di "slide" sue e della **AB Medica** (società che distri-

buisce in Italia il **robot Da Vinci**) - ci ha illustrato vantaggi e svantaggi della chirurgia col robot». Una lezione entusiasmante, a detta degli stessi studenti, cominciata alle 16 e terminata intorno alle 19, ma che sarebbe potuta durare un'intera giornata senza che la stanchezza potesse prendere il sopravvento. Ma il bello è arrivato con la "prova diretta": «De Nisco ci ha dato una tavola di polistirolo, ago e filo, e ci ha fatto simulare un intervento sotto la sua supervisione». Mentre i tre ragazzi fanno a gara per rivivere le emozioni della giornata e dell'intera esperienza, è impossibile non notare l'orgoglio della preside, Mariantonietta Ferrante, che traspare, in tutta la sua poesia, dallo sguardo: «La motivazione di questi ragazzi - spiega - dimostra che la competenza acquisita direttamente sul campo, dando loro la possibilità di mettersi direttamente in gioco, è un'opportunità valida, che può integrare efficacemente l'esperienza dell'alternanza scuola-lavoro».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ANSA



Data 09-02-2018

Pagina

Foglio 1

Questo sito utilizza cookie, anche di terze parti, a scopi pubblicitari e per migliorare servizi ed esperienza dei lettori. Per maggiori informazioni o negare il consenso, leggi l'informativa estesa. Se decidi di continuare la navigazione consideriamo che accetti il loro uso. [OK](#) [Informativa estesa](#)

EDIZIONI ANSA > Mediterraneo Europa NuovaEuropa America Latina Brasil English Mobile

Seguici su:

ANSA Valle d'Aosta

Fai la ricerca

Vai alla Borsa

Vai al Meteo

Corporate Prodotti

Galleria Fotografica Video

Scegli la Regione +

CRONACA • POLITICA • ECONOMIA • SPORT • SPETTACOLO • ANSA VIAGGIART • OBIETTIVO SVILUPPO • CONSIGLIO VALLE • SANITÀ • TERRA E GUSTO • SPECIALI

ANSA.it > Valle d'Aosta > Sanità & Welfare > [Primo intervento tumore utero con robot](#)

Primo intervento tumore utero con robot

Eseguita dall'équipe del direttore di ginecologia Livio Leo

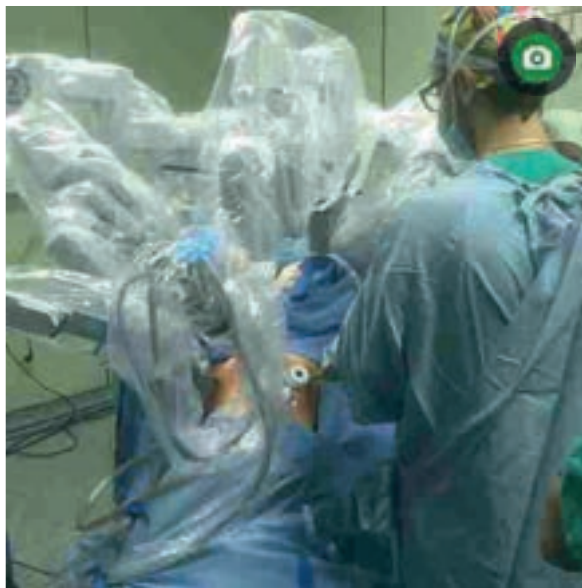
Redazione ANSA

AOSTA

09 febbraio 2018

19:24

NEWS



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE +

Il primo intervento con il **robot Da Vinci** per patologia tumorale dell'utero in Valle d'Aosta è stato eseguito dall'équipe chirurgica specializzata in chirurgia mini-invasiva del reparto di ginecologia dell'Ospedale Beauregard dell'Azienda Usi della Valle d'Aosta. Una donna affetta da patologia sospetta delle ovaie ha dovuto affrontare un intervento di asportazione totale di entrambe.

L'intervento è stato effettuato come in una normale laparoscopia, ma a differenza di questa ultima, tuttavia, la **chirurgia robotica** prevede che le pinze chirurgiche non siano manovrate direttamente dal chirurgo, ma tramite il supporto del robot. La donna è stata dimessa il mattino del giorno successivo.

L'operazione è stata effettuata a conclusione di un percorso formativo seguito dai medici del Beauregard presso la Ginecologia Oncologica della Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, IEO e il centro chirurgico robotico dell'Ospedale di Grosseto. "Aosta è uno dei primi centri italiani ad aver avuto in dotazione il robot. Anche questo è un passo in avanti. L'obiettivo - spiega il direttore di Ginecologia e Ostetricia Livio Leo - è quello di poter offrire a queste pazienti un trattamento specialistico, secondo le più moderne tecniche oggi disponibili, che rappresentano il futuro della medicina chirurgica".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

TELECOLOR.NET

Data 14-02-2018

Pagina

Foglio 1



HOME

LA NOSTRA
TV +

SALUTE

CUCINA

ANIMALI

LIBRI +

METODO
ZANGIROLAMI +DOTT.
PINELLI +DOTT.
GIANNOTTI

BREAKING NEWS

TONINELLI: "IL M5S HA RESTITUITO METÀ STIPENDIO IN FONDO P..."

CONTATTI E

AREA

TUTTE LE

Home > Salute

FREQUENZE

VIDEO

NOTIZIE

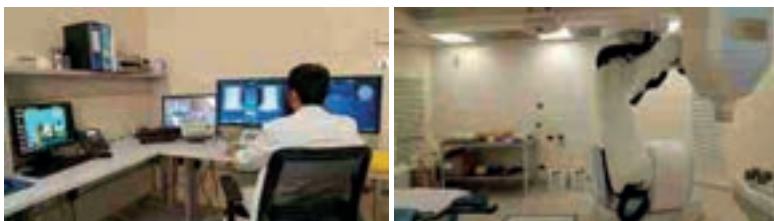


Cyberknife, il bisturi cibernetico che opera senza tagliare

14 febbraio
2018

Salute, Video

Cos'è il Cyberknife? E' la versione cibernetica di un bisturi, che permette di intervenire in maniera non invasiva in molte situazioni, principalmente sui tumori ma anche su nervi e vasi sanguigni. Quali sono i benefici di una terapia con un bisturi cibernetico rispetto alle procedure tradizionali? Minore invasività, riduzione degli effetti collaterali, precisione e salvaguardia dei tessuti sani, riduzione del dolore.



Questi saranno i temi del nuovo speciale di Medicina Amica in onda questa sera, alle ore 21, su Telecolor (canale 18 del digitale terrestre e contemporaneamente in streaming su www.telecolor.net e in diretta Facebook su Telecolor GreenTeam) che svilupperemo insieme al Professor Pantaleo Romanelli, direttore del [centro Diagnostico Italiano](#) di Milano, dove sono operativi due Cyberknife, allievo dell'ideatore del bisturi cibernetico, e i membri della sua equipe, tutti intervistati da Claudia Barigozzi.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 098198



Essere & benessere | In primo piano

ORTOPEDIA

Ora c'è il robot che ripara le articolazioni

Il progresso tecnologico ha permesso alla chirurgia degli arti di essere molto meno invasiva grazie a interventi computerizzati che riducono il trauma. Oggi, tra i 12 e i 15 mila casi, vengono affrontati con l'ausilio di tecnologie avanzate, che assicurano migliori risultati e tempi di recupero più brevi.

di Paola Rimaldi

14 | BenEssere | marzo 2018

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

benessere@stpaola.it

*In futuro
il chirurgo
avrà la possibilità
di operare pazienti
situati in un'altra
città manovrando
un joystick.*

In collaborazione con



professore **Adolfo Panfilì**,
specialista in Ortopedia e
Traumatologia, direttore
del primo Centro italiano di
Chirurgia robotica vertebrale
minimamente



dotore **Piergiuseppe
Ferazzini**, specialista in
Ortopedia e Traumatologia
presso la Clinica San
Francesco di Verona



professore **Giuseppe Sessa**,
presidente della Società
italiana di Ortopedia e
Traumatologia

marzo 2018 | BenEssere | 17

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Essere & benessere | In primo piano



CHIRURGI MECCANICI
Da qualche tempo, in sala operatoria, ad aiutare i chirurghi ortopedici ci sono i robot: tra i 12 e i 15 mila casi, infatti, vengono affrontati con l'aiuto di braccia meccaniche.

Molti interventi riguardano la spalla

La riabilitazione robotica



Si chiama Ibanova ed è un robot capace di aiutare i pazienti nel loro percorso di riabilitazione. In alcuni centri italiani, è attiva da qualche mese la speciale piattaforma realizzata da una startup italiana, la Movendo Technology, nata dall'attività di ricerca dell'Istituto italiano di tecnologia: funziona come un videogioco ed è in grado di far compiere oltre 150 esercizi - sia in piedi che da seduti - per diverse parti del corpo, dal collo alle caviglie, registrandone lo stato di avanzamento. Si tratta di una tecnologia di ultima generazione, che promette benefici importanti in ambito ortopedico, neurologico, geriatrico e sportivo.

Ogni anno, in Italia, vengono eseguiti 175 mila interventi di protesi alle articolazioni, in gran parte per sostituire anca e ginocchio, i restanti per recuperare la funzionalità di spalla, gomito, polso, caviglia. E da qualche tempo, in sala operatoria, ad aiutare i chirurghi ortopedici ci sono i robot: tra i 12 e i 15 mila casi, infatti, vengono affrontati con l'aiuto di braccia meccaniche, che consentono una minore invasività rispetto all'approccio tradizionale, maggiore accuratezza e una riduzione sia dei tempi di recupero sia delle complicazioni post-operatorie.

Ma non si tratta di creature autonome, che sostituiscono il lavoro dei medici, quanto di macchine che ne facilitano l'attività, eliminando i possibili errori manuali, le imprecisioni e tutte quelle limitazioni imposte dalle tecniche convenzionali. Sono tutti uguali? No, perché ogni aiutante meccanico ha le sue peculiarità. «Quando si parla di **chirurgia robotica**, si fa riferimento a tre pre-

sidi fondamentali», tiene a sottolineare il professor Adolfo Panfilì, specialista in Ortopedia e Traumatologia, direttore del primo Centro italiano di **Chirurgia robotica** vertebrale mininvasiva (www.schiava.it). «Se in campo urologico, ginecologico, addominale e toracico trova sempre maggiore applicazione il **robot Da Vinci**, nel settore ortopedico vengono attualmente utilizzati il Mazor Renaissance e il Mako, due sistemi di assoluta eccellenza, ma con usi differenti».

Il primo viene impiegato esclusivamente nella neurochirurgia spinale per risolvere le principali problematiche dei tratti cervicale, dorsale e lombare, come ernie del disco, osteoartriti, sciatica, lombalgia, scoliosi, fratture lombari, dolori cronici. «Si tratta di un sistema nato in Israele, che ho portato per primo in Italia nel 2013 e con cui ho trattato anche personaggi noti, come il tennista serbo Novak Djokovic», ricorda il professor Panfilì. «In soldoni, grazie a una Tac tridimensionale a colori, viene realizza-

Le macchine facilitano l'attività, eliminando i possibili errori manuali, le imprecisioni delle tecniche convenzionali



NUOVE TECNICHE
Una protesi dell'anca che sarà installata grazie all'aiuto di un robot.



to un piano di volo preciso e dettagliato che serve a guidare il robot durante l'intervento, affinché raggiunga i punti dolenti della colonna vertebrale senza danneggiare le strutture circostanti. Ciò comporta una precisione del 99,7 per cento, rispetto all'80-85 per cento di un ottimo chirurgo, scongiurando danni permanenti ai nervi e garantendo una riduzione del dolore».

Molti i vantaggi

Essendo miniminvasiva, questa tecnica consente di rispettare al meglio i tessuti ossei, articolari e muscolari coinvolti nell'intervento, velocizzando i successivi tempi di recupero. «Un'ernia del disco può essere trattata nell'arco di 10-15 minuti, senza tagli e con una pronta dimissione del paziente, che può tornare alle normali attività nell'arco della stessa giornata», spiega Panfilì. «Al momento, l'unico limite da superare è il costo dei macchinari, ancora elevato per le strutture sanitarie, ma che andrebbe considerato nell'ottica di un risparmio sociale. Basti pensare che i costi diretti e indiretti del mal di schiena rappresentano circa l'1,5 per cento del prodotto interno lordo europeo; riducendone l'impatto, diminuiremmo di conseguenza l'ospedalizzazione, il ricorso ai farmaci e l'assenteismo dal lavoro, con un guadagno immediato».

In futuro si potrà intervenire anche a

I costi diretti e indiretti del mal di schiena rappresentano circa l'1,5 per cento del prodotto interno lordo europeo

distanza, cioè il chirurgo avrà la possibilità di operare pazienti situati in un'altra città manovrando un joystick, simile ai comandi dei videogiochi, inviando i comandi al robot tramite la rete di Internet. «Tutto va nella direzione di una sempre maggiore attenzione rivolta alla persona, un'umanizzazione delle cure che per assurdo passa anche attraverso la cibernetica: oggi all'espressione latina *homo homini lupus*, letteralmente "l'uomo è lupo per l'altro uomo", si dovrebbe sostituire *homo homini roboticus*, perché la robotica farà sempre più parte delle nostre vite, ma non potrà mai prescindere dall'esperienza del medico, che deve essere capace di impostare le giuste direttive o magari di intervenire in qualsiasi momento per sopperire a un mal funzionamento delle macchine».

Protesi su misura

Per anca e ginocchio, invece, viene utilizzata la tecnologia Mako, sviluppata alla fine del 2008 negli Stati Uniti e portata in Europa dal dottor Piergiuseppe



Non solo privato

Senza dubbio è più facile sottoporsi alla **chirurgia robotica** nelle strutture private, ma esistono oggi alcune possibilità di trattamento anche in strutture ospedaliere pubbliche, dove gli interventi possono essere eseguiti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

I numeri

**70%**

La crescita degli interventi di protesi articolare dal 2001 a oggi.

**2011**

L'anno in cui i robot chirurgici sono entrati nelle sale operatorie italiane di ortopedia.

**99.500**

Le operazioni che riguardano l'anca, mentre circa 67.300 coinvolgono il ginocchio.

Essere & benessere | In primo piano



OBIETTIVI RAGGIUNTI

I risultati clinici ottenuti sono eccellenti, con una percentuale di complicazioni inferiore rispetto alla tecnica tradizionale.

Da sapere

► Se a distanza di tempo dall'intervento compare dolore, sia a riposo sia in fase di carico, è importante indagarne le cause. Dopo aver escluso le problematiche di natura meccanica, il medico potrebbe prescrivere alcuni test del sangue e sul liquido sinoviale, aspirato dalla capsula articolare per verificare la presenza di infezioni.



MENO DOLORE

Le tecniche mininvasive consentono precisione e un recupero più veloce.

◉ Perazzini, specialista in Ortopedia e Traumatologia, che dal 2011 la utilizza presso la Clinica San Francesco di Verona (www.clinicasanfrancesco.it). «All'inizio, potevamo realizzare unicamente sostituzioni parziali delle articolazioni, dette compartimentali, che andavano a sostituire solo la parte danneggiata, preservando quella sana», spiega il dottor Perazzini. «Lo scorso novembre, però, la mia équipe ha realizzato i primi cinque interventi di sostituzione totale di ginocchio, grazie a un'evoluzione della procedura. Di certo, i futuri sviluppi permetteranno di intervenire anche sulle altre articolazioni del corpo, che numericamente sono comunque meno rilevanti».

A differenziare questa chirurgia dalla tradizionale non sono le protesi, quanto la modalità del loro posizionamento, pianificato con estrema precisione grazie ad appositi programmi informatici che eliminano l'errore manuale.

«Un mese circa prima dell'intervento, viene eseguita sull'articolazione una Tac tridimensionale per creare un modello virtuale di protesi, rispettosa dell'anatomia specifica del singolo paziente, sia in termini di misure che di alloggiamento ideale», riferisce Perazzini. «Una volta pianificati i dettagli al computer, si passa al tavolo operatorio: in sala è presente un ingegnere biomedico, con cui il chirurgo si interfaccia per approvare oppure apportare eventuali modifiche al modello elettronico. A quel punto, sull'osso del paziente, precisamente a monte e a valle dell'articolazione da trattare, vengono fissate alcune viti su cui sono installati dei trasmettitori che "dialogano" in tempo reale con il software del robot attraverso un sistema a raggi infrarossi».

Viene così effettuata una mappatura dei punti da toccare in fase chirurgica: questa fase (detta mapping) serve a sovrapporre le informazioni acquisite dal

corpo del paziente con quelle del modello virtuale. In questo modo, si verifica l'effettiva corrispondenza e vengono trasformate in numeri e grafici tutte quelle sensazioni che normalmente un chirurgo avrebbe solo guardando e toccando l'articolazione, come tensione dei legamenti o inclinazione ossea.

«Ad assicurare una correzione millimetrica del difetto articolare è anche la tipologia di intervento, perché tagli e fresature vengono poi effettuati grazie a un braccio robotico, manovrato dal chirurgo e controllato attraverso un monitor, che riesce a scolpire nell'osso lo

Si può sostituire interamente un ginocchio con il minimo impatto sui tessuti e sull'osso

benessere@stpauls.it



Glossario

ARTROCENTESI

Consiste nell'aspirazione del liquido articolare allo scopo di esaminarlo in laboratorio, valutandone il grado di infiammazione e la presenza di cristalli o agenti patogeni.

NAVIGATORE CHIRURGICO

Come quello satellitare delle auto, disegna una "cartina" (in questo caso delle strutture anatomiche del paziente) per guidare il chirurgo nell'intervento.

RIALLINEAMENTO

È una delle fasi più delicate dell'intervento di protesi, dove viene assicurato un buon movimento della nuova articolazione insieme a una tensione ottimale dei legamenti.



DIVERSI MODELLI
Sono disponibili vari tipi di protesi uguali a quelle degli interventi tradizionali.

In sala è presente un ingegnere biomedico, con cui il chirurgo si può confrontare per apportare modifiche al programma

A sette anni di distanza dai primi interventi, i risultati clinici ottenuti sono eccellenti, con una percentuale di complicazioni inferiore alla tecnica tradizionale, e assolutamente in linea con quelli ottenuti dai colleghi americani.

A chi rivolgersi

Se la leadership mondiale è detenuta dagli Stati Uniti d'America, l'Italia è allineata con gli altri Paesi europei nell'introduzione di queste procedure chirurgiche. Ma come individuare una struttura ortopedica di eccellenza nel settore? «Alcuni dati possono guidare nella scelta, come il numero di procedure eseguite, il tasso di complicanze e la produzione di letteratura scientifica sull'argomento», suggerisce il professor Giuseppe Sessa, presidente della Società italiana di Ortopedia e Traumatologia (www.sior.it). «Tuttavia, per il paziente risulta piuttosto difficile capire se un determinato trattamento chirurgico possa essere più o meno appropriato per la propria patologia, per cui deve sempre essere lo specialista a consigliare il migliore. E ovviamente non è salutare peregrinare da un professionista all'altro per trovare quello disposto a eseguire il tipo di intervento che Internet o riviste pseudoscientifiche enfatizzano: fra medici e pazienti deve esistere un'alleanza terapeutica, il cui frutto sia una decisione che tenga conto del quadro clinico e di eventuali criticità anatomiche o morfologiche dell'individuo».

Infine, serve una riflessione: per conoscere la validità di una terapia, è



Si allo sport dopo l'intervento

● L'impianto di una protesi non rappresenta una controindicazione assoluta alla pratica sportiva: al contrario, l'attività fisica aiuta a preservare le condizioni di salute generale, a mantenere il tono muscolare necessario al buon funzionamento di un'articolazione e a garantire la qualità del tessuto osseo, fondamentale per la stabilità protesica. Deve essere il chirurgo a suggerire oppure sconsigliare uno sport specifico, a seconda della tecnica di impianto, del tipo di protesi e ovviamente del carico articolare richiesto dalla disciplina. In linea generale, sono possibili camminate, trekking leggero, nuoto e bicicletta, ma non sono preclusi altri sport quali lo sci o il golf ad esempio, seppure sia importante valutare il singolo caso.



spazio adatto per accogliere la protesi», tiene a precisare Perazzini. «La robotizzazione della procedura riduce al minimo ogni possibile errore, componente ineliminabile della realtà umana e dovuto a una serie di variabili, come livello di stanchezza o concentrazione del medico, che ovviamente per una macchina non esistono». Anche in questo caso, come per il sistema Mazor Renaissance, si accorciano i tempi di degenza ospedaliera, si ha una ripresa più veloce della mobilitazione grazie alla minore invasività e si ottiene anche un vantaggio estetico, grazie alle incisioni di dimensioni ridotte rispetto alla chirurgia tradizionale. «È una metodica indicata per chi presenta un'usura articolare dovuta a malattie degenerative come l'artrosi o magari conseguente a difetti di forma o rottura di legamenti, ma anche per chi ha subito una frattura a causa di traumi o incidenti», conclude Perazzini.

marzo 2018 | BenEssere | 19

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Essere & benessere | In primo piano

benessere@stampa.it



SENZA ETÀ
Grazie a queste tecniche,
è possibile operare anche
gli anziani oltre i 90 anni.



Non è mai troppo tardi

► Fino ai 50 anni di età, la tendenza nelle patologie del ginocchio è quella di trattare l'usura articolare con tecniche conservative, come il trapianto di cartilagine ad esempio, mentre superata quella soglia - seppure con le dovute variabili soggettive - il medico valuta più facilmente una soluzione sostitutiva. L'importante è non aspettare che la degenerazione diventi eccessiva, perché le protesi necessitano di buoni legamenti per consentire il perfetto bilanciamento offerto dalla **chirurgia robotica**. Dunque, nei casi di gravi lesioni o deformità, come quelle causate dall'artrite reumatoide, è necessario l'implanto di protesi più complesse e invasive, chiamate vincolate o semi-vincolate, che al momento sono affidate solamente agli interventi di tipo tradizionale. Anche i limiti legati all'età vanno rivisti, perché la minore invasività della metodica robotica (in particolare, quella compartimentale di ginocchio) consente di impiantare protesi in pazienti molto anziani, anche over 90, sempre che le condizioni fisiche lo permettano, nei quali un intervento con tecnica tradizionale potrebbe essere troppo invasivo e pertanto sconsigliato.

20 | BenEssere | marzo 2018



◉ necessario osservare i risultati a distanza di tempo. «Quelle robotiche sono tecnologie promettenti, ma ancora giustamente di nicchia, mentre l'intervento convenzionale rappresenta ancora lo standard riconosciuto a livello mondiale per le protesi di anca e ginocchio, associato a ottimi risultati clinici a distanza», conclude il professor Sessa. «Mi piace pensare che in futuro il robot aiuterà nell'esecuzione di interventi più complessi, nei casi non ordinari, come in presenza di gravi deformità degli arti o nelle perdite di sostanza dopo la resezione di un tumore. Con la ricerca, stiamo andando nella direzione giusta». ◉

**Le nuove tecnologie
sono ancora poco diffuse,
mentre l'intervento
convenzionale è molto
più praticato**



Solo per donne

► Tra i numerosi modelli a disposizione del chirurgo, alcune protesi tengono conto delle differenze di conformazione fra uomo e donna. Ad esempio, per il ginocchio, quelle destinate alla popolazione femminile vengono progettate pensando al bacino più largo e alla struttura ossea del femore, che solitamente entra a costituire l'articolazione del ginocchio. Ma il vero salto di qualità è rappresentato dalla personalizzazione: si parte da un'indagine radiologica per ricreare articolazioni meccaniche il più vicino possibile alle originali, con tutti i vantaggi che questo comporta in tutti i sensi.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CASTELLANZA

Tumore alla prostata con la chirurgia robotica alla Mater Domini

L'Urologia di Humanitas Mater Domini si è recentemente dotata di "da Vinci X", il primo sistema di questo modello installato in Lombardia



Negli ultimi anni sono stati compiuti importanti passi avanti nel trattamento del tumore alla prostata: la **chirurgia robotica** e, in particolare, il **robot da Vinci**, rappresentano la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva presente ad oggi sul mercato.

Il tumore della **prostata**, infatti, è tutt'ora uno dei **più comuni tra gli uomini**.

Il rischio di incorre in questa patologia è spesso correlato all'età: le possibilità di ammalarsi sono minime prima **dei** 40 anni, aumentano sensibilmente dopo i 50, mentre quasi due tumori su tre vengono diagnosticati in persone con oltre 65 anni.

L'aiuto del robot non sostituisce la professionalità del chirurgo, ma lo aiuta migliorando la qualità dell'atto chirurgico. Questa chirurgia robotica, mini-invasiva e precisa, offre molti vantaggi: **piccole incisioni** con migliori risultati estetici, **minore necessità di trasfusioni**, **minor dolore post-operatorio**, **riduzione tempi di degenza** che in molti casi vengono addirittura dimezzati e **ripresa più rapida della normale attività**.

L'**Urologia** di Humanitas Mater Domini si è recentemente dotata di "**da Vinci X**", il **primo sistema** di questo modello **installato in Lombardia**, il **secondo in Italia**. Si tratta dell'unico sistema robotico che traduce in modo intuitivo i movimenti del chirurgo, azzerandone il fisiologico tremore. Il sistema permette, inoltre, una reale visione 3D, con una efficace magnificazione dei dettagli anatomici.

La chirurgia urologica robotica, inoltre, consente il trattamento di **tumori al rene**, di **patologie ostruttive o malformative dell'uretere** ed il trattamento, in casi selezionati, di **patologie pelviche** (es. prolasso vescicale).

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Su questo sito utilizziamo cookie tecnici e, previo tuo consenso, cookie di profilazione, nostri e di terze parti, per proporti pubblicità in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o prestare il consenso solo ad alcuni utilizzi [clicca qui](#). Cliccando in un punto qualsiasi dello schermo, effettuando un'azione di scroll o chiudendo questo banner, invece, presti il consenso all'uso di tutti i cookie

NETWORK **L'Espresso** **LE INCHIESTE** 26 febbraio 2018 - Aggiornato alle 12.11 LAVORO ANNUNCI ASTE Accedi

R.it | Torino

Cerca nel sito METEO

Home Cronaca Sport Foto Ristoranti Annunci Locali Cambia Edizione Video

Molinette: per la prima volta asportato con un robot un tumore ai polmoni

L'intervento riduce il dolore e le complicazioni postoperatorie

di SARA STRIPPOLI

Lo legge dopo

26 febbraio 2018

-
-
-
-
-
-



Il robot per asportare un tumore. Sempre più spesso si entra in sala operatoria con il robot per interventi meno invasivi, sicuri, con un rischio di complicanze più basso. Alla chirurgia toracica universitaria dell'ospedale Molinette è stato effettuato il primo intervento chirurgico mininvasivo di asportazione di un tumore polmonare con l'utilizzo del sistema robotico DaVinci Xi. L' intervento, effettuato su una paziente di 49 anni di Torino,

affetta da cancro al polmone sinistro, è stato eseguito dall'équipe, dei professori Alberto Oliaro ed Enrico Ruffini e dai dottori Paris Lyberis e Francesco Guerrera.

“La paziente - dice Lyberis - ,è anche in lista d'attesa per un trapianto renale ec è in dialisi quotidiana e questo ha reso l'intervento più complicato”. “Con quattro piccole incisioni sul torace di circa un centimetro - spiega Lyberis - abbiamo portato a termine l'intervento di lobectomia polmonare, che è tra i più complessi, e che con le tecniche tradizionali avrebbe richiesto un taglio di circa dodici centimetri sul torace e un decorso post operatorio più lungo e doloroso”. Un intervento di questo genere riduce sensibilmente i rischi di emorragie ed altre complicanze chirurgiche, tra cui in particolare il dolore postoperatorio, garantisce una più rapida dimissione e ha anche un impatto estetico minimo.

Il sistema robotico Da Vinci XI consente più precisione, più flessibilità e controllo e più sicurezza, e minore invasività e minor trauma. “Usando la [chirurgia robotica](#) - conclude Lyberis - si riescono ad eseguire procedure delicate e complesse che, invece, potrebbero essere difficili, o addirittura impossibili, con l'applicazione di altri metodi”.

La paziente operata è in buon condizioni e verrà dimessa nei prossimi giorni.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Umberto Tozzi: "Da giovane stavo sotto i portici, oggi salgo sul palco del Regio"

Professore accusato di aver rotto la mano ad un allievo: la Procura apre un fascicolo

La protesta degli edicolanti davanti al Palazzo Civico

Hotel "fantasma" sulle Montagne olimpiche, sanzioni per 18 milioni ...

A Rosta arriva la banda ultralarga: entro l'anno collegate 2600 unità abitative



Sanità, nuovo traguardo del robot: primo intervento su un tumore al polmone

L'asportazione alle Molinette su una donna di 49 anni: la tecnica mini-invasiva riduce i rischi di emorragie ed altre complicanze chirurgiche



La paziente ora sta bene e verrà dimessa nei prossimi giorni.

ALESSANDRO MONDO
TORINO

Publicato il 26/02/2018
Ultima modifica il 26/02/2018 alle ore 11:50

Nuova frontiera della **chirurgia robotica** alle Molinette, dove è stato effettuato il **primo intervento chirurgico mininvasivo di asportazione di un tumore polmonare con l'utilizzo del sistema robotico DaVinci Xi** presso la Chirurgia Toracica universitaria diretta dal professor Alberto Oliaro.

INTERVENTO INEDITO

L'intervento, effettuato su una paziente di 49 anni di Torino colpita da cancro al polmone sinistro, è stato eseguito dall'équipe di Chirurgia Toracica universitaria composta dai professori Alberto Oliaro ed Enrico Ruffini e dai dottori Paris Lyberis e Francesco Guerrero. «La paziente - dichiara il dottor Lyberis, che ha eseguito l'intervento -, oltre ad essere affetta da un tumore del polmone, è in lista d'attesa per un trapianto renale in dialisi quotidiana, il che ha reso l'operazione più complicata dal punto di vista gestionale e logistico.»

LEGGI ANCHE: È morto Cesare Liffredo, medico psichiatra e psicologo clinico

TECNICA MININVASIVA

«Con quattro piccole incisioni sul torace di circa un centimetro - precisa Lyberis - abbiamo portato a termine l'intervento di lobectomia polmonare, tra le operazioni più complesse: con le tecniche tradizionali avrebbe richiesto un taglio di circa dodici centimetri sul torace, seguito da un decorso post operatorio più lungo e doloroso».

MENO RISCHI

L'intervento mini-invasivo riduce sensibilmente i rischi di emorragie ed altre complicanze chirurgiche, in particolare il dolore postoperatorio, garantisce una più rapida dimissione e, non ultimo, ha un impatto estetico minimo. In passato questi interventi erano effettuati con accessi chirurgici tradizionali e quindi gravati da maggior rischio di complicanze, come la sezione parziale o totale dello sterno, con degenze post-operatorie più lunghe e più dolorose. Il sistema robotico «Da Vinci XI» consente più precisione, flessibilità e controllo, maggiore sicurezza, minore invasività e minor trauma anche per interventi molto complessi, come quello dell'asportazione del tumore del polmone. «Usando la chirurgia robotica - conclude Lyberis - si riescono ad eseguire procedure delicate e complesse che, invece, potrebbero essere difficili, o addirittura impossibili, con l'applicazione di altri metodi». La paziente ora sta bene e verrà dimessa nei prossimi giorni.



CON LE NUOVE TECNOLOGIE È POSSIBILE OPERARE SUI TUMORI SENZA UCCIDERE GLI ORGANI CIRCOSTANTI

Armi più innovative contro i tumori "maschili" grazie a sistemi mininvasivi

LA RADIOCHIRURGIA E LA CHIRURGIA ROBOTICA SONO SISTEMI MININVASIVI E ALTAMENTE PRECISI UTILI PER INTERVENIRE ANCHE NEI CASI DI TUMORE ALLA PROSTATA. ECCO COME FUNZIONANO

È uno dei tumori più diffusi negli uomini, tanto più frequente quanto più l'età è avanzata. Secondo i dati di Fondazione AIOM, nel 2017 nei maschi il carcinoma alla prostata costituiva il 18% del totale, seguito da quelli del colon-retto (16%) e del polmone (15%). Oggi la lotta ai tumori dispone di apparecchiature di altissima precisione, che consentono di intervenire, ad esempio, su lesioni tumorali anche piccole senza distruggere i tessuti circostanti sani.

Tra le "armi" più innovative per i tumori alla prostata ci sono due sistemi mininvasivi: la radiochirurgia e la chirurgia robotica. Vediamo di che cosa si tratta. Nata da un'evoluzione della radioterapia, la radiochirurgia consente un trattamento accurato e mirato. Questa tecnologia offre un'alternativa all'intervento chirurgico per asportare tessuti tumorali, quando ci siano le indicazioni per farlo. Il sistema, utilizzato in diversi centri italiani ed esteri, si compone di un braccio robotico che muove l'acceleratore lineare, cioè la macchina che produce fasci di fotoni. Grazie a una guida tramite immagini, è possibile correggere automaticamente in tempo reale la direzione del fascio. In tal modo, quando il paziente si muove anche impercettibilmente, il raggio rimane sempre puntato sull'obiettivo. Un sistema di rilevazione del respiro aiuta poi ad aumentare ancor più la precisione. È possibile trattare lesioni di diversa grandezza. Il piano di trattamento viene sviluppato da un team polispecialistico che include radioterapista, neurochirurgo o chirurgo dedicato al distretto corpo-

reo trattato e fisico medico.

Durante gli interventi di radiochirurgia robotica

Chiarisce la dottoressa Nadia Di Muzio, Direttore del Dipartimento di Radioterapia Oncologica, Ospedale San Raffaele di Milano: "La radiochirurgia è stata resa possibile dalla sorprendente evoluzione tecnologica in ambito radioterapico. La tecnica permette di utilizzare fasci di radiazioni in maniera così precisa da colpire elettivamente le lesioni tumorali senza intaccare gli organi sani circostanti. La peculiarità di questa tecnica è di potere somministrare un trattamento che eradica il tumore in una singola seduta come se fosse un intervento chirurgico, ma eseguito utilizzando in maniera estremamente precisa le radiazioni. In alcuni casi particolari il numero di sedute può essere superiore per esigenze tecniche, ma in genere non si superano mai le cinque sedute.

"Le indicazioni elettive per questi trattamenti riguardano lesioni di dimensioni limitate a livello encefalico, polmonare, mammario, epatico, osseo. Un'altra importante indicazione riguarda i tumori della prostata per i quali esiste già una notevole casistica di pazienti con follow-up sufficientemente lungo (oltre sette anni). Un fatto che dimostra risultati sovrapponibili a quelli ottenuti con la chirurgia.

"Con trattamenti in cinque sedute, hanno avuto un perfetto controllo di malattia documentato da PSA indossabile, circa il 90/97% di pazienti con tumore della prostata



a rischio basso e intermedio. Ma alcune casistiche riportano risultati altrettanto promettenti per i pazienti ad alto rischio e quindi con tumori più aggressivi.

"Una applicazione elettiva di questa modalità di trattamento radiante riguarda le metastasi. In pazienti selezionati con poche lesioni metastatiche questa metodica può sostituire i trattamenti chemioterapici e/o ormonali con eccellente controllo di malattia. Inoltre la radiochirurgia stimola il sistema immunitario: una caratteristica che questa metodica possa essere sfruttata in ambito radioterapico o associata efficacemente ai nuovi trattamenti immunoterapici contro i tumori.

"La radiochirurgia, oltre a essere efficace, ha un costo sociale ridotto rispetto a trattamenti tradizionali. Poiché sono necessarie un minor numero di sedute, il pazien-

te e i suoi caregiver devono affrontare meno viaggi per raggiungere l'ospedale, con riduzione anche delle assenze lavorative. Inoltre vi è un risparmio in termini di spesa sanitaria perché si possono evitare interventi chirurgici con relative degenze, si possono risparmiare trattamenti farmacologici costosi e ridurre le liste di attesa dei reparti di Radioterapia con possibilità di trattare in maniera più efficiente un maggior numero di pazienti".

Nella chirurgia robotica i movimenti del chirurgo sono eseguiti in digitale

L'altra metodica innovativa per intervenire sui tumori alla prostata è un sistema di chirurgia robotica estremamente sofisticato. Grazie a queste strumentazioni, il chirurgo non opera più con le proprie mani ma manovrando un robot a distanza. Il chi-

Perché anche la diagnostica può essere mininvasiva il criterio della mininvasività è uno tra i requisiti e caratteristiche della medicina moderna. Ecco che anche la diagnostica per immagini si evolve in tal senso. Alle tradizionali tecniche di imaging ora si affianca una tecnologia a microultrasuoni che, impiegando elevate frequenze (29MHz) consente una visualizzazione dei dettagli anatomici elevatissima (più del 300% rispetto ad un'ecografia tradizionale). Grazie a questi requisiti l'operatore può effettuare rapidamente biopsie mirate con risultati in tempo reale, tenendo traccia di esami biopsici recenti e passati, a beneficio anche del paziente.

urgo è seduto a una console posta all'interno della sala operatoria, mentre il sistema computerizzato trasforma il movimento delle sue mani in impulsi che vengono convogliati alle braccia robotiche.

Spiega il professor Francesco Montorsi, Direttore dell'Unità Operativa di Urologia all'Ospedale San Raffaele di Milano: "Nella chirurgia laparoscopica gli strumenti per operare sono tenuti in mano dal chirurgo, mentre con la chirurgia robotica i movimenti vengono eseguiti indirettamente. Con le apparecchiature il chirurgo ha una visione tridimensionale del campo operatorio, una caratteristica che gli consente una precisione altissima. Gli strumenti per operare sono miniaturizzati: alla precisione si associa una minima invasione all'interno dell'organismo. Oggi la chirurgia

robotica è il sistema più innovativo per eseguire prostatectomie radicali in seguito a tumore. All'Ospedale San Raffaele il 95% di questo tipo di interventi viene eseguito con la chirurgia robotica.

"Questo sistema richiede chirurghi addestrati ed esperti. È bene quindi che un paziente si rivolga a centri di riferimento altamente specializzati dotati della migliore tecnologia e di personale qualificato. Grazie alla chirurgia robotica il paziente operato alla prostata riesce a recuperare rapidamente la continenza, cioè il controllo delle funzioni urinarie, e la capacità di erezione. È molto efficace la testimonianza dei pazienti già operati con la chirurgia robotica, molti altri ne vengono a conoscenza e centri come l'Ospedale San Raffaele hanno una grande richiesta". ■



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Codice abbonamento: 134797

Tumore al polmone, ora ci pensa il robot “È il futuro, ma non rimpiazza il chirurgo”

Morino, Molinette: “Bisogna valutare i benefici, i costi potrebbero diventare insostenibili”

Per la prima volta è stato impegnato un “robot” per asportare un tumore al polmone. L'intervento è stato eseguito alla Città della Salute dall'équipe di chirurgia toracica universitaria. Sono state sufficienti quattro piccole incisioni di 1 centimetro l'una per rimuovere la massa tumorale. La pazien-

te, 49 anni, è stata operata giovedì scorso e domani potrà già fare ritorno a casa. L'impiego dei robot in sala operatoria è sempre più diffuso e ora, soprattutto per quanto riguarda i tumori alla prostata sono gli stessi pazienti a richiederlo. «E se sentono che non è disponibile – spiega il direttore

della chirurgia generale di Città della Salute Mario Morino – sono disposti ad andare a cercarlo in un'altra regione». La sfida per i chirurghi è ora anche quella di calcolare il rapporto tra i costi, che potrebbero diventare insostenibili, e i reali benefici.

DI BLASI E STRIPPOLI, pagina II

Intervista

Il chirurgo Morino “In sala operatoria il robot è il futuro ma non ci sostituisce”

SARA STRIPPOLI

«Ci sono pazienti che chiedono il robot e se sentono che non è disponibile sono disposti ad andare a cercarlo in un'altra regione», racconta Mario Morino, direttore della chirurgia generale della Città della Salute.

Professor Morino, è cominciata l'era del robot-mania?

«In un certo senso. Tempo fa questa non era una richiesta che arrivava dal paziente. Ora cominciano a farlo. In particolare nel caso dei tumori alla prostata chiedono quasi tutti che l'intervento sia eseguito con il robot. E anche alla Città della Salute per le asportazioni di tumori alla prostata c'è una lista d'attesa. Un tema importante che deve essere affrontato con grande serietà. Questo è uno dei nodi fondamentali della chirurgia e della medicina del presente e del futuro: capire quando usare una tecnologia di questo tipo, su quali pazienti, qual è il rapporto costo-efficacia. In caso contrario le cure rischiano di non essere sostenibili per il nostro sistema sanitario e i privati sono velocissimi a cogliere i segnali».

Il robot Da Vinci in realtà non è un robot. È così?

«Esattamente. Il vero robot è una macchina che fa qualcosa da sola. Non è questo il caso. Il Da Vinci è una macchina che potrebbe essere definita di “tele-chirurgia computerizzata”, il chirurgo è a distanza. La mano tecnologica entra nel corpo del paziente ma con un joystick io faccio il movimento che si riproduce nell'addome del paziente. A differenza degli interventi in laparoscopia tradizionale, gli strumenti robotici hanno una articolazione che permette movimenti all'interno del corpo».

Su quali tumori si usa il Da Vinci?

«Tumori alla prostata, in gran parte. Poi la chirurgia generale. Alle Molinette lo usiamo per asportare tumori del colon retto e dello stomaco. E da un po' di tempo anche per la chirurgia dell'obesità che spesso necessita di strumenti in grado di garantire maggiore precisione. Da poco lo usano i chirurghi toracico-polmonari. Il prossimo mese ci sarà il primo intervento di asportazione di un tumore all'esofago».

Quali sono i vantaggi di un utilizzo del robot?

Il Da Vinci garantisce più precisione, una visione in 3D, per la prostata sono dimostrate le garanzie sulla futura attività sessuale del paziente. Ora però sono arrivati anche altri strumenti in 3D per interventi in laparoscopia. Per questo bisogna valutare con grande attenzione il rapporto fra costi e benefici».

Si potrebbe sostenere che più il chirurgo è bravo e meno ha bisogno del robot?

«In un certo senso è così. In alcuni casi il robot è consigliato, in altri si può intervenire con una normale operazione in laparoscopia».

Dove si trova il robot Da Vinci in Piemonte?

«Per ora ce n'è uno al San Luigi dove viene utilizzato dall'urologia. E ne abbiamo uno alla Città della Salute, dove però abbiamo un utilizzo multidisciplinare per tutti i tumori che le ho elencato prima. Noi siamo stati il secondo ospedale in Italia, dopo Grosseto, ad averlo. Era il 2001. Il robot Da Vinci nasce nel 1998».

Quanto costa?

«Circa un milione e mezzo. Il nostro

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

la Repubblica
Torino

Quotidiano



Data 27-02-2018

Pagina 1+2/3

Foglio 2 / 2

è una donazione della Compagnia di San Paolo. Il prezzo però non è sempre lo stesso, dipende da diversi fattori. L'argomento, come dicevo, è molto delicato. Perché per il momento siamo in regime

monopolistico, abbiamo un solo produttore. Ma altre ditte stanno lavorando per produrlo e la concorrenza farà scendere il prezzo. Ma si deve tener conto che ci sono altissimi costi di manutenzione, dai 100 ai 300mila euro all'anno».

Quali sono i costi per una singola operazione?

«Fra i 3 i 7mila euro per paziente. Si tratta di una media. Perché gli strumenti che inserisco sul robot non sono usa e getta ma hanno non più di dieci vite, possono essere utilizzati soltanto per dieci volte. Poi devono essere eliminati. Ce ne sono alcuni che costano anche 15-20mila euro ciascuno. La cifra che le ho detto è la media per un singolo intervento».

Quante volte la usate alle Molinette?

«In chirurgia generale una volta a settimana, gli urologi tre volte. La percentuale è circa il 60-65 per cento per l'urologia, il 30 per noi, il 5 per i toracici».

L'azienda ha un tetto di utilizzo?

«Nel 2017 avevamo un tetto di 200 interventi all'anno, nel 2018 sono saliti 250».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il chirurgo
il direttore della
chirurgia generale
di Città della
salute Mario
Morino: "Molti
chiedono
l'intervento con
l'uso della

macchina, ma bisogna valutare con grande attenzione il rapporto fra costi e benefici. Sopra, il robot impiegato per la prima volta per rimuovere un tumore al polmone. A destra, Renata Lusciana e il chirurgo Paris Lyberis

“
Tanti ora vogliono
essere operati con
questa tecnica, ma
bisogna valutare
bene il rapporto
tra costi e benefici
”



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il robot "Da Vinci": nuove braccia e nuovi occhi per il medico

A colloquio con il direttore del reparto di Chirurgia dell'ospedale di Cuneo, il dr. Felice Borghi, per scoprire il sistema "Da Vinci": altissima tecnologia al servizio della salute

Nuove tecnologie

di PAOLO ROGGERO

Occhi più acuti, che vedono dove finora nessuno poteva vedere, mani più sottili e più precise, più ferme: utensili che si muovono con una precisione che all'uomo è preclusa. Strumenti che possono fare la differenza tra la vita e la morte, tra una convalescenza più lunga e una più breve, tra un recupero completo delle proprie facoltà e uno parziale. Questo piccolo miracolo della tecnologia si chiama Da Vinci, una macchina oggi nota in tutto il mondo (tant'è che compare persino in un episodio della popolare serie tv "Grey's Anatomy") e dal 2013 in dotazione al reparto di chirurgia del "Santa Croce e Carle" di Cuneo, grazie al contributo della Fondazione Crc. Il dipartimento è diretto dal dottor Felice Borghi, ed è uno dei centri all'avanguardia in Italia nella chirurgia generale, con più di 400 interventi complessi alle spalle.

«Da Vinci non è un robot che agisce da solo: questa è una cosa che spesso i pazienti non comprendono subito e ne sono spaventati - racconta il dottor Borghi -. La macchina viene posizionata sul paziente, poi interveniamo inserendo le cannule con gli strumenti, esattamente come si fa con la tecnica della Laparoscopia, con la differenza che qui gli strumenti sono manovrati dalle braccia robotiche, direttamente pilotate dal chirurgo». La Laparoscopia è un tipo di intervento in cui il paziente non subisce grandi incisioni nella zona interessata, aprendo la parete, ma poche piccole: l'operazione viene effettuata tramite una telecamera, che consente di vedere la zona in cui si lavora, e le cannule con gli strumenti chirurgici, il tutto manovrato a mano. Da Vinci consente di potenziare i sensi del chirurgo, dal punto di vista della capacità visiva e della

precisione nella manovra degli strumenti. «Il chirurgo gestisce tutto tramite una console, ed ha la possibilità di avere una visione tridimensionale, esattamente come se usasse i propri occhi. In Laparoscopia si poteva vedere solo in due dimensioni, con tutte le difficoltà del caso. Le braccia robotiche hanno la stessa capacità di articolazione delle mani e delle braccia umane e sono mosse tramite joystick, in grado di riprodurre esattamente gli stessi gesti che si farebbero a mani nude. Tutte queste cose fanno la differenza negli interventi più complessi e rischiosi: c'è una minore perdita di sangue, una minore invasività dell'intervento, una maggiore precisione».

Quanto si impiega a imparare a usare una macchina come questa?

«Non molto, i meccanismi sono molto intuitivi: per un giovane che parte da zero questa tecnica è più facile da apprendere rispetto alla Laparoscopia. L'unica difficoltà oggettiva è la mancanza del feedback tattile: non avendo la sensazione di quello che si tocca non è facile subito "stimare" con la vista la consistenza dei tessuti, la resistenza degli oggetti e dosare la forza. Ad esempio, capita all'inizio, nelle esercitazioni, di tirare troppo il filo di sutura quando si fa il nodo e di romperlo. Anche questo però si impara abbastanza in fretta. Adesso le aziende stanno investendo molto nella ricerca e presto probabilmente saranno disponibili dispositivi in grado di supplire anche a questa mancanza. Devo dire però che non ne sentiamo così tanto il bisogno, lavorando. Questa macchina ha un unico grande svantaggio: i costi».

Il suo utilizzo comporta dei costi molto alti?

«Lo stesso intervento costa di più in robotica, rispetto che in Laparoscopia. Lo strumento viene usato molto in chirurgia generale e in urologia, in cui migliora significativamente i risultati nel trattamento del tumore della prostata. Costa moltissimo, a noi è stato do-

nato dalla Fondazione Crc, ed ha costi vivi abbastanza importanti di manutenzione. Le sue parti e gli strumenti possono essere usati solo per un certo numero di interventi poi vanno cambiati, e ogni volta c'è un costo che è la decima parte del prezzo totale. Presto questo strumento dovrebbe diffondersi, dovrebbe crearsi un mercato, una concorrenza e sarà più facile abbassare i costi. Per ora è necessario usarlo con parsimonia e razionalità, per gli interventi più complessi in cui può effettivamente fare la differenza. Negli interventi più ordinari, più semplici la differenza con la laparoscopia è praticamente nulla».

Quali sono le complessità e le problematiche della chirurgia nel 2018?

Naturalmente la risposta a questa domanda è molto complessa, ci sono vari aspetti. C'è intanto la questione dei volumi: ormai in Italia, come in altre nazioni, i centri sono valutati in base ai volumi chirurgici: mentre un tempo negli ospedali si faceva ogni intervento che si riteneva di poter eseguire

oggi, invece si tende a dire che i vari tipi di interventi vanno fatti negli ospedali in cui se ne esegue un certo numero. Alcuni ospedali quindi possono fare determinati interventi e non altri, si sono creati dei centri di riferimento nella rete nazionale, con tutti i litigi, i campanilismi e le problematiche che questo può sollevare. Questa è la direzione in cui sta andando il Sistema sanitario nazionale: in questo modo al paziente si garantisce in effetti una certa esperienza nel trattamento della patologia di cui è affetto. Inoltre una maggiore specializzazione comporta maggiori problematiche logistiche per la gestione delle équipe, i turni e la disponibilità di medici specializzati che diano continuità. Un elemento interessante nello scenario della chirurgia degli ultimi anni è il numero sempre maggiore di donne che accedono alla professione: questo ha determinato dei cambiamenti importanti, anche nella percezione dei pazienti. Molti dimostrano ini-

zialmente un po' di diffidenza. Eppure ci sono sempre più donne in medicina e spesso si dimostrano più brave dei maschi. Superano meglio gli esami e accedono alle scuole di specializzazione. Avere un'équipe mista assicura sicuramente dei vantaggi, perché il

gruppo è più equilibrato, in genere più affiatato e le doti individuali si compensano».

Come si gestisce il problema dell'errore, o di una complicità che porta all'esito peggiore di un'operazione?

«Abbiamo tutta una serie di procedure e check list per la prevenzione dello sbaglio e la gestione del rischio dell'intervento, che hanno fatto sì che si sia ridotto di molto il margine di errore. In passato queste cose erano lasciate alla discrezionalità delle équipe e dei singoli medici. Se poi qualcosa va storto occorre valutare caso per caso: l'importante è che chi opera si attenga alle linee guida previste per quell'intervento. Chiaramente un errore per una tecnica eseguita in modo non corretto o per una negligenza è imperdonabile: diverso il discorso se insorge una complicanza, cosa che può sempre accadere. Dipende anche dalla situazione del malato, dalla gravità del suo stato».

Nel pubblico si riscontra una diffidenza maggiore rispetto che in passato?

Qui nel Cuneese direi che siamo in un'isola felice, c'è fiducia tra il paziente e la struttura, specialmente se la struttura ha una sua credi-

bilità. Nel resto d'Italia purtroppo il problema c'è: infatti la medicina difensiva ha aumentato considerevolmente i costi. La medicina difensiva fa sì che si facciano molti più esami del necessario a chiunque per tutelarsi da eventuali cause legali o problemi che potrebbero insorgere. Ovviamente però gli esami costano risorse e tempo, con tutte le conseguenze del caso. Questo problema dovrebbe essere arginato dal recente cambiamento della legge Gelli, sulla responsabilità professionale».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

L'UNIONE MONREGALESE

Settimanale

Data 28-02-2018

Pagina 6

Foglio 2 / 2



le. Io sono consigliere nazionale dell'Associazione Chirurghi Italiani, attualmente siamo impegnati nella redazione delle linee guida a cui i professionisti devono attenersi, per poter dimostrare di aver svolto il proprio lavoro in modo corretto. Per il trattamento dei malati e dei sintomi non sono previsti tutti gli esami, ma solo quelli che effettivamente servono: anzi è sbagliato fare troppo, oltre che costoso non è neppure sano. Serve una giusta mi-

sura anche in quello che si fa a garanzia del paziente».

Qual è la strada per ristabilire la fiducia tra paziente e medico, che in certi casi sembra essere venuta a mancare?

Secondo me, è necessario fare più informazione sulle attività mediche, non solo su ricerche bizzarre o notizie che colpiscono e che spesso quindi trovano posto sulle

riviste, ma comunicare a livello locale e regionale quello che si fa. Le società scientifiche generalmente sono univoche nelle loro dichiarazioni, ma la categoria dei medici è esattamente come le altre: ci sono persone diverse e si trova anche il personaggio alternativo. È importante capire che ci sono tante persone che si sono laureate in medicina ma che poi hanno interessi e credi diversi, sfruttano la loro posizione ma non sono portavoce

della scienza. Quando uno è medico non per questo tutto quello che dice è oro colato. Il pubblico deve essere formato, noi purtroppo siamo carenti: dovremmo formare civilmente le persone, in modo che sappiano riconoscere da sole di chi fidarsi o no e invece ci troviamo sempre a rincorrere per riparare i danni. Noi, nella nostra Associazione, stiamo andando in questa direzione, cercando di coinvolgere la cittadinanza e di renderla partecipe e la risposta è molto buona.



Il sistema "Da Vinci"

Il "Da Vinci" è la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva presente sul mercato. È dotato di quattro braccia robotiche, per il supporto degli strumenti e delle telecamere. L'immagine viene processata dal sistema e mandata al visore a disposizione del chirurgo, che può vedere l'area dell'intervento in altissima definizione e a tre dimensioni, esattamente come vedesse con i suoi occhi. Il medico può manovrare gli strumenti tramite gli speciali joystick "Endowrist" della macchina, che garantiscono libertà di movimento su sette assi. Il chirurgo può eseguire gli stessi movimenti che eseguirebbe con gli strumenti in mano.



Dr. Felice Borghi

Dal 2001 dirige il reparto di Chirurgia generale del "Santa Croce e Carle" di Cuneo. Si è laureato all'Università di Torino in medicina e chirurgia nel 1986, con il massimo del punteggio, lode e dignità di stampa. In seguito ha frequentato corsi di perfezionamento e specializzazione a Oxford, a Cleveland, a Padova, a Bruxelles, a Monaco e a Milano presso l'Università Bicconi.



Il "Da Vinci" in Grey's Anatomy

Nel 23° episodio della 6ª stagione della popolare serie televisiva l'ospedale acquisisce il macchinario per il reparto di chirurgia. La puntata si apre con il chirurgo che mostra il nuovo acquisto all'esuberante dott.ssa Miranda Bailey. La camera indugia sulla macchina e sulle sue componenti, mostrandola agli spettatori.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



UNA GHIANDOLA LINFATICA
Il «timoma» in percentuali dal 30 al 60% dei casi, può provocare grave difficoltà nei movimenti (miastenia) e respiratoria

Un robot in sala operatoria grande aiuto per i chirurghi

A Bari il «Da Vinci Xi» usato con successo anche contro il tumore del timo

NICOLA SIMONETTI

Dieci casi di una rara patologia del timo (timoma) sono stati operati a Bari presso la sezione di chirurgia toracica dell'università di Bari diretta dalla professoressa **Angela De Palma**, utilizzando un robot (il Da Vinci Xi) che, in dotazione, da circa un anno, alla struttura, viene anche utilizzato per la chirurgia di neoplasie polmonari in I e II stadio.

Il timo è una ghiandola appartenente al sistema linfatico e, più in generale, all'immunitario, localizzata dietro lo sterno e davanti ai grossi vasi appena usciti dal cuore.

Esso può essere interessato da una neoplasia il «timoma» che, nel 30-60% dei casi, può provocare grave difficoltà nei movimenti (miastenia) interessando la muscolatura di

occhi (60%), laringo-faringo-palatina (20%), arti superiori (80%), e respiratoria.

Il timoma esordisce in maniera graduale o improvvisa dopo situazioni scatenanti (traumi psico-fisici, malattie febbrili, infezioni alte vie respiratorie, in gravidanza o puerperio) e, spesso si accompagna a patologie autoimmunitarie (malattie di Graves, tiroidite di Hashimoto, artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, anemia perniciososa). Si diagnostica con esami di laboratorio e di elettromiografia che rileva un ritardo nella conduzione dell'impulso neuromuscolare.

Il 10-15% dei soggetti con miastenia sono portatori di timoma, mentre il 60-80% dei miastenici di età inferiore ai 40 anni presenta una iperplasia dei follicoli linfatici del timo. Sia per il timoma che per la iperplasia timica può essere indicata l'asportazione

del timo a scopo terapeutico.

«Con la **tecnica robotica** - dice la prof. De Palma, primario di chirurgia toracica - è possibile garantire una radicalità chirurgica superiore sia alla più invasiva sternotomia convenzionale, sia alla tecnica di chirurgia toracica videoassistita che consente approccio solo bidimensionale. I bracci del robot sono più confortevoli da usare e permettono movimenti più precisi, flessibili e naturali, e la telecamera fornisce immagini 3D ad alta definizione permettendo un training più breve per il chirurgo e rendendo più ampie le resezioni.

Dopo la timestomia il 25-50% dei pazienti va in remissione dalla miastenia (10-20% senza ausilio farmacologico; 15-30% con riduzione dei farmaci); 35-50% miglioramento sintomatologico; 10% resta invariato. È una fortuna intervenire con questo sistema che ad oggi è il

prodotto più sofisticato disponibile sul mercato».

«I vantaggi della timestomia robotica - continua la De Palma - sono di gran lunga superiori alla tecnica per via sternotomica.

Comparando le due tecniche, si registra durata dell'intervento e complicanze intra/operatorie sovrapponibili. A favore del robot, drenaggio pleurico più breve, dolore peri/operatorio e durata terapia analgesica 3 volte inferiore ed a domicilio 6 volte meno, nessuna complicanza e degenza media post/operatoria di 6 giorni (il range è 4/8 giorni), rispetto ai 10 giorni (range 6/22 giorni).

Alla luce di questi dati non posso che essere soddisfatta. Per aver ridotto le sofferenze patite dal paziente che torna a casa pochi giorni dopo l'intervento rispetto al passato guadagnando in qualità della vita, e per aver tagliato i costi a carico del SSN, che in tempi di *spending review* non è poca cosa».



ANGELA DE PALMA



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

ANSA



Data 08-03-2018

Pagina

Foglio 1

Questo sito utilizza cookie, anche di terze parti, a scopi pubblicitari e per migliorare servizi ed esperienza dei lettori. Per maggiori informazioni o negare il consenso, leggi l'informativa estesa. Se decidi di continuare la navigazione consideriamo che accetti il loro uso. [Ok](#) [Informativa estesa](#)

EDIZIONI ANSA

Mediterraneo

Europa

NuovaEuropa

America Latina

Brasil

English

Mobile

Seguici su:

ANSA Abruzzo

Fai la ricerca

Vai alla Borsa

Vai al Meteo

Corporate Prodotti

Galleria Fotografica Video

Scegli la Regione +

CRONACA • POLITICA • ECONOMIA • SPORT • SPETTACOLO • TERRA E GUSTO • ANSA VIAGGIART • CONSIGLIO REG. • ABRUZZO&EUROPA • SPECIALI

ANSA.it • Abruzzo • [Presidi periferici, ecco la telemedicina](#)

Presidi periferici, ecco la telemedicina

Su pazienti Guardiagrele e Casoli teleconsulto specialistico

Redazione ANSA

CHIETI

08 marzo 2018

14:13

NEWS

Suggerisci

Facebook

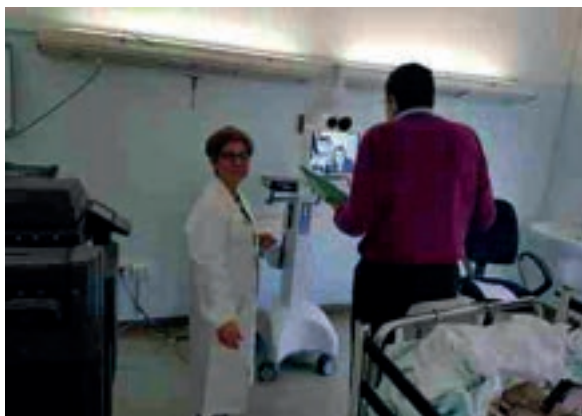
Twitter

Google+

Altri

Stampa

Scrivi alla redazione



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE +

(ANSA) - CHIETI, 8 MAR - Gli ospedali di comunità di Guardiagrele e Casoli (Chieti) vanno in rete grazie al sistema di telemedicina "InTouch Health", una sorta di "robotini" che diventano occhi e orecchie dei medici specialisti degli ospedali di Chieti e Lanciano i quali possono visitare a distanza i pazienti ricoverati nei due presidi periferici e fornire un teleconsulto specialistico. Ciò riduce drasticamente il tempo di intervento (fattore fondamentale in caso di ictus, infarti e grandi traumi), la necessità di trasferimenti in ambulanza ed evita di intasare i Pronto soccorso per situazioni da codice verde gestibili in remoto. E' in corso la fase di sperimentazione e formazione del personale, che coinvolge le unità operative di Vulnologia, Cardiologia, Cardiochirurgia, Neurologia, Pneumologia e Medicina. Il sistema, acquistato dalla Asl Lanciano Vasto Chieti con 636.352 euro di fondi assegnati alla telemedicina dalla Regione Abruzzo, è certificato come dispositivo medico di classe IIA.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA



Condividi



Suggerisci

Industria: Pozza (Unioncamere Veneto), risultati

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Visite a distanza coi robot a Guardiagrele e a Casoli

I pazienti dei due presidi periferici visitati dagli specialisti di Chieti e Lanciano grazie alla **telemedicina**: il medico assiste all'esame e fornisce il teleconsulto

GUARDIAGRELE

Gli ospedali di comunità di Guardiagrele e Casoli vanno in rete grazie al sistema di **telemedicina "InTouch Health"**, una sorta di robottini che diventano occhi e orecchie dei medici specialisti degli ospedali di Chieti e Lanciano, i quali possono così visitare a distanza i pazienti ricoverati nei due presidi periferici e fornire rapidamente un teleconsulto specialistico. Ciò riduce drasticamente il tempo di intervento (fattore fondamentale in caso di ictus, infarti e grandi traumi), la necessità di trasferimenti in ambulanza ed evita di intasare i Pronto soccorso per situazioni da codice verde gestibili in remoto. Chi si trova nei presidi di Guardiagrele e Casoli ha lo specialista a disposizione, come se si trovasse in ospedale a Chieti o Lanciano. Dopo la fase, in corso, di sperimentazione e formazione del personale (previsto il coinvolgimento delle unità operative ospedaliere di vulnologia, cardiologia, cardiocirurgia, neurologia, pneumologia e medicina), la rete po-



Una visita con il robot: è il progetto di **telemedicina**

trà essere ampliata ad altre strutture sanitarie della provincia. Il sistema, acquistato a ottobre scorso dalla Asl Lanciano-Vasto-Chieti con procedura negoziata da Studio Pacinotti srl (parte della holding **AB Medica**) e un investimento di

636.352 euro con fondi assegnati alla **telemedicina** dalla Regione Abruzzo, è certificato come dispositivo medico di classe IIA. È dotato di comunicazione audio-video bidirezionale ad altissima risoluzione e permette al medico o a più me-

dici di essere presenti virtualmente al letto del paziente e interagire con lui e con il personale sanitario che si trova sul posto tramite una *control station*, un normale computer o un tablet. Può essere collegato a ulteriori dispositivi come ecografo, ecocardiografo, dermatoscopio, oftalmoscopio, otoscopio: il medico assiste in remoto all'esame e fornisce il parere. Sulla stazione di controllo è possibile collegare un sistema di telecardiologia che consente al cardiologo di visualizzare l'elettrocardiogramma, parlare con il paziente, auscultarlo, raccogliere l'anamnesi ed emettere il referto. È garantita la connessione stabile e la privacy e può essere connesso alla rete Pacs ospedaliera, il sistema di archiviazione che consente alle unità operative della Asl di condividere le immagini diagnostiche digitali. Ciò permetterà allo specialista di visualizzare in remoto le immagini e i dati clinici dei pazienti. Con la rete di teleconsulto si potranno ottenere consulti specialistici anche da ospedali di altre Asl e regioni.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Robot per le visite a distanza la **telemedicina** negli ospedali

► I pazienti di Guardiagrele e Casoli collegati in rete con Chieti e Lanciano

► «Ridotti notevolmente i tempi di intervento nei casi di ictus, infarti e grandi traumi»

SANITÀ BUONA

Pazienti visitati a distanza con i robot. Gli ospedali di comunità di Guardiagrele e Casoli vanno in rete grazie al sistema di **telemedicina InTouch Health**, una sorta di «robottini» che diventano gli occhi e le orecchie dei medici specialisti degli ospedali di Chieti e Lanciano, i quali possono così occuparsi da lontano dei pazienti ricoverati nei due presidi periferici e fornire rapidamente un teleconsulto specialistico. Ciò riduce drasticamente il tempo di intervento (fattore fondamentale in caso di ictus, infarti e grandi traumi), la necessità di trasferimenti in ambulanza ed evita di intasare il Pronto soccorso per situazioni da codice verde gestibili in remoto.

LA NOVITÀ

In pratica chi sta nei presidi di Guardiagrele e Casoli ha lo specialista a disposizione, come se si trovasse negli ospedali di Chieti e Lanciano. Dopo la fase di sperimentazione e formazione del personale in corso (in cui è previsto il coinvolgimento delle unità operative ospedaliere di Vulnologia, Cardiologia, Cardiocirurgia, Neurologia, Pneumologia e Medicina), la rete potrà essere ampliata ad altre strutture sanitarie della provincia di Chieti. Il sistema, acquistato a ottobre 2017 dalla Asl Lanciano Vasto Chieti da Studio Pacinotti srl (parte della holding **Ab Medica**) e un investimento di 636.352 euro con fondi assegnati alla **telemedicina** dalla Regione, è certificato come dispositivo medico di classe IIA. È dotato di comunicazione audio-video bidirezionale ad altissima risoluzione e permette al medico o a più medici di essere presenti virtualmente al letto del paziente e di interagire con lui e con il personale sanitario che si trova sul posto tramite un normale computer o un tablet. Può essere collegato a ulteriori dispositivi co-



Le immagini dei pazienti visitati con il sistema innovativo acquistato dall'Asl di Chieti



me ecografo, ecocardiografo, dermatoscopio, oftalmoscopio, otoscopio: il medico assiste in remoto all'esame e fornisce il parere. Sulla stazione di controllo è possibile collegare un sistema di telecardiologia che consente al cardiologo di visualizzare l'elettrocardiogramma, parlare con il paziente, auscultarlo, raccogliere l'anamnesi ed emettere il referto. È garantita la con-

nessione stabile e privacy e può essere connesso alla rete Paes ospedaliera, il sistema di archiviazione che consente alle unità operative della Asl di condividere le immagini diagnostiche digitali. Ciò permetterà allo specialista di visualizzare in remoto le immagini e i dati clinici dei pazienti. Con la rete di teleconsulto si potranno ottenere consultazioni specialistiche anche da ospedali di altre Asl e regioni. «Lo sviluppo del progetto - spiega l'azienda sanitaria - è seguito da un "telehealth manager" nell'ambito del servizio Qualità accreditamento e risk management aziendale, con il compito di definire i percorsi, le procedure e gli obiettivi insieme ai professionisti sanitari coinvolti». I presidi territoriali di assistenza di Casoli e Guardiagrele sono diretti, rispettivamente, da Fioravante Di Giovanni e Lucilla Gagliardi. Nel 2016 una prima sperimentazione si era già svolta nei distretti di Casoli e Villa Santa Maria su una quarantina di pazienti, rimasti soddisfatti.

Gianluca Lettieri

IN FOTOCOPIAZIONE



FARMACIE. Chieti. Albertazzi.
CINEMA. Chieti. Movieland. A casa tutti bene (18.10, 20.20, 22.30); Il giustiziere della notte (18.10, 20.20, 22.30); Broncio (18.15); Due gran figli di (18.15); Puoi baciare lo sposo (18.20, 20.20, 22.20); A bras ouverts (18.20, 20.20, 22.20); Lady bird (18.20, 20.20, 22.20); Belle & Sebastienne (18.15, 20.10); Vengo anch'io (18.30, 20.30, 22.30); The lodgers (20.30, 22.30); Il filo nascosto (21); Sconnessi (22.10). Ciackci-

ty Lanciano: Puoi baciare lo sposo (18.40, 20.40, 22.40); Broncio (18); The shape (20); L'ora più buia (22.15); Anche senza di te (18.15, 20.15); Lady Bird (18.30, 20.30, 22.30); Dark night (22.15). Rocca San Giovanni. Ciackcity. Il filo nascosto (20.15); Belle & Sebastienne (18); Benvenuti (18.30, 20.30, 22.30); Il giustiziere della notte (18.20, 20.30, 22.40); Vengo anch'io (18.40, 20.40, 22.40); The lodgers (18.30, 22.40). A casa tutti bene (18.20, 20.30); 2 gran figli di (22.30). Vasto. Movieland. Red sparrow (17.15, 22); Nome di donna (20); Lady bird (18.30, 20.30, 22.30); La forma dell'acqua (20, 22.30); Il filo nascosto (17.15); A casa tutti bene (20.15, 22.30); Il giustiziere della notte (18, 20.15, 22.30); Belle & Sebastienne (18.30).

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

SANITÀ DUE INTERVENTI MULTIEQUIPE A BAGGIOVARA
**Robot in sala operatoria,
un'ecceellenza modenese**

di VALENTINA REGGIANI

INTERVENTI multiequipe anche in casi complessi effettuati con l'utilizzo del robot, che consente una più rapida ripresa del paziente e minor rischi. Ancora una volta il polo ospedaliero universitario di Modena si conferma riferimento nazionale per la **chirurgia robotica** che, grazie all'integrazione tra Policlinico e Baggiovara, è destinata a crescere per casistica e complessità di casi trattati. La conferma arriva, ad esempio, dall'intervento effettuato dall'equipe di chirurgia generale, guidata dalla dottoressa Micaela Piccoli e da quella chirurgica di ginecologia, guidata dal dottor Carlo Alboni. I medici hanno infatti rimosso, nel corso dello stesso intervento, un tumore all'utero ed uno allo stomaco su una paziente di 66 anni, che sta bene ed è in via di dimissione. La settimana scorsa è stata la volta di un'alleanza tra chirurghi generali e urologi - guidati dal prof. Giampaolo Bianchi, per rimuovere un tumore maligno della prostata e correggere un'importante ernia jatale su un uomo di 68 anni che sta bene ed è stato dimesso. I vantaggi offerti dal **Robot "Da Vinci"**, come la mininvasività, l'ingrandimento del

MENO RISCHI

Rimossi due tumori su una paziente di 66 anni nel corso dello stesso intervento

campo operatorio e la precisione dei movimenti assicurano minori complicanze, ed un più favorevole e rapido decorso post-operatorio. Il robot si muove agevolmente attorno al paziente consentendo una chirurgia multi equipe che riesce ad affrontare, grazie anche alla notevole esperienza acqui-



sita da tutto il personale infermieristico, tutti e quattro i quadranti dell'addome. «Nel caso del tumore dello stomaco - afferma Micaela Piccoli (nella foto) - la **chirurgia robotica** ci ha permesso di eseguire un intervento di gastrectomia subtotale, per via mini-invasiva, con grandi benefici nel postoperatorio per la paziente, soprattutto in termini di più rapida ripresa dell'alimentazione e ritorno alla sua normale vita relazionale. Si tratta non solo di un intervento demolitivo, ma anche ricostruttivo, in genere eseguito, nella maggior parte dei centri chirurgici italiani, solo per via aperta. La robotica facilita l'approccio mini-invasivo e l'intervento, associato ad un'altra procedura complessa ginecologica, ha evitato due interventi successivi che sarebbero stati necessariamente ravvicinati». Alboni spiega poi come «La paziente con il tumore dell'endometrio aveva un quadro complesso di gestione di altre co-patologie fra le quali l'aumentato peso corporeo, che in alcuni casi controindica la tecnica mini-invasiva. Il robot ci ha permesso di eseguire l'intervento senza taglio sull'addome riducendo tempi chirurgici, rischio infezioni e producendo sin dalla sala operatoria un enorme vantaggio clinico per la paziente».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



I passi avanti della robotica

Il primo intervento è avvenuto nel 2011: da allora la robotica è entrata a pieno titolo nella chirurgia ortopedica, garantendo migliori risultati e ripresa per i pazienti

Stefania Somare



Nel 2014 sono stati più di 175.000 gli interventi di protesi articolare eseguiti nel nostro Paese, un numero in netto aumento rispetto ai 103.000 del 2001. Questi i dati del report 2016 del Progetto Registro Italiano Artroprotesi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della salute, la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, numerose Regioni, Astrobiomedica e Apmar - Associazione pazienti con malattie reumatiche. Inoltre, il rapporto svela che il 50,8% di questi interventi riguarda l'anca, il 38,4% il ginocchio e il restante 3,8% spalla, gomito, polso e caviglia. Il numero di interventi aumenta, come è facile immaginare, con l'età della popolazione. Ma non solo. Probabilmente gli interventi sono aumentati anche in virtù di tecniche chirurgiche sempre più efficaci, che consentono di intervenire su un maggior numero di pazienti. Tra queste, un posto importante ha senza dubbio la **chirurgia robotica**, utilizzata in almeno 3.000 di questi interventi e presente in 12 strutture sanitarie italiane, tra pubbliche e private. Ne abbiamo parlato con il dottor Piergiuseppe Perazzini, che nel 2011 ha utilizzato per primo la **tecnica robotica** presso la Clinica San Francesco di Verona. Da allora presso questa struttura, sono stati eseguiti 1233 interventi di protesi parziale di ginocchio e 459 di protesi di anca e, più recentemente, 5 interventi di sostituzione totale di ginocchio. Inoltre, grazie alla forte esperienza nel settore, la Clinica ha avviato il Centro CORE - Centro di Ortopedia Robotica Europeo, diventando punto di riferimento per la formazione in questo ambito. Tracciamo quindi la storia della **chirurgia robotica** in ortopedia.

Saper leggere angoli e misure

In ogni ambito abbandonare le vie conosciute per introdurre nuove tecniche richiede una certa apertura mentale e capacità di visione, doti di cui non tutti sono dotati. E spesso, se si guarda indietro, le innovazioni oggi più utilizzate hanno avuto esordi difficili. Così è anche per la **chirurgia robotica**. Il dottor Perazzini racconta: «nel 2011 quando introdussi in Europa la metodica robotica per la protesi compartimentale di ginocchio, la tecnica tradizionale era utilizzata da tutto il mondo ortopedico e l'introduzione di una innovazione tecnologica come quella consentita dal sistema Maxo Rio venne compresa e accettata da pochi. La maggioranza dei chirurghi obiettava che il sistema relegava l'operatore a un ruolo di secondo piano e sosteneva di essere in grado di fare esattamente quello che faceva il robot, se non meglio. Nella realtà è esattamente il contrario: il chirurgo ha in mano e prende le decisioni fondamentali durante tutto l'intervento. Quello che deve imparare a fare, e che molti colleghi non riescono a fare, è lavorare non basandosi su sensazioni o impressioni, ma confrontandosi con numeri, angoli, diagrammi e grafici di tensione legamentosa che sono dati oggettivi, non soggettivi». Quindi, in un certo senso, in modo più tecnico e scientifico. È proprio questo aspetto a rendere tanto efficace la tecnologia robotica. Continua il dottor Perazzini: «sbagliare a interpretare un grafico di tensione significa dare il via a un procedimento che porterà a impiantare sì in modo perfetto una protesi, grazie alla precisione del robot, ma creando un bilanciamento non ottimale che potrà causare dolore al paziente o dare dei problemi di scollamento precoce».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Ecco quindi che il ruolo del chirurgo resta primario per assicurare un buon esito all'intervento. Una volta che questo professionista si è allenato a un approccio più razionale all'intervento, il sistema robotico può dare grandi vantaggi: «esso è infatti in grado di garantire uno standard di qualità e precisione inavvicinabile da un essere umano perché non risente di tutte le variabili a cui quest'ultimo è soggetto, quali ad esempio l'ansia, le preoccupazioni, il fatto di non avere riposato bene la notte precedente ecc.».

«A distanza di quasi sette anni», riprende il dottor Perazzini, «la maggioranza del mondo ortopedico ha capito perfettamente di essere di fronte a una nuova era e a una filosofia chirurgica completamente rivoluzionaria. Questo è dimostrato dall'enorme interesse che suscita il sistema e dal gran numero di richieste di frequentare corsi istruttivi dedicati e di poter presenziare a degli interventi in sala operatoria per capire le potenzialità della metodica. Si dica, inoltre, che tutte le grandi innovazioni nel mondo sanitario hanno avuto un avvio come quello che ho appena descritto e hanno impiegato circa un decennio ad affermarsi; basti pensare alla RNM che esisteva già nel 1985 ma che solo alla fine degli anni '90 è divenuta una metodica diffusa e di uso corrente». In effetti, quando un sistema è rivoluzionario, va a modificare non solo il modo di stare in sala operatoria, ma anche l'abitudine del medico e il suo approccio e visione di una malattia.

Un diverso approccio alla patologia articolare

L'avvento di Mako ha modificato il modo di fare medicina del dottor Perazzini. In che modo? «La cosa che è cambiata radicalmente, nel mio modo di lavorare, è stato l'approccio alla patologia artrosica,



in particolare quella del ginocchio. Prima dell'era robotica utilizzavo la protesi compartimentale circa nel 10% dei miei pazienti, riservandola solo a casi molto selezionati. Questo perché i risultati che dava nelle mie mani non erano prevedibili e spesso solo al controllo radiografico postoperatorio, ossia a giochi fatti, ero in grado di giudicare la bontà dell'impianto. Ora posso verificare in tempo reale cosa sto facendo e prevedere il risultato finale. Ora la prima cosa che faccio di fronte a un ginocchio artrosico o usurato è di capire se potrò risolvere la patologia con una Makoplastica parziale. Questo avviene in circa il 50% dei casi; nel restante 50% utilizzerò una protesi totale, anch'essa posizionata con metodica robotizzata, perché le condizioni dell'articolazione sono talmente compromesse da rendere impossibile salvarne una parte. Inoltre, la tecnica chirurgica è divenuta molto più rispettosa dei tessuti, è mininvasiva e cerca di salvaguardare tutto ciò che è ancora in grado di funzionare, dai menischi ai legamenti alle cartilagini. È una filosofia chirurgica diversa. Ovviamente, in questi anni il sistema robotico si è

evoluto, velocizzato e semplificato. Nel tempo vi sono state diverse versioni del software e altre ce ne saranno. So già, per esempio, che fra qualche anno non sarà più necessario eseguire una Tac 3D preoperatoria e che i sistemi di trasmissione dei dati fra paziente e robot saranno sempre più miniaturizzati e precisi». E proprio il paziente è chi può beneficiare al massimo delle innovazioni apportate dai sistemi robotici.

Maggiori vantaggi per i pazienti

«Gli interventi eseguiti con metodica robotica», spiega il dottor Perazzini, «consentono un recupero più rapido rispetto ai metodi tradizionali, come confermato anche da molte pubblicazioni e relazioni congressuali. La ragione è che questi interventi sono meno invasivi e garantiscono un ottimo bilanciamento articolare, elementi fondamentali per poter intraprendere velocemente la fase riabilitativa. Per fare un esempio, nel caso delle protesi compartimentali la dimissione avviene in seconda giornata in circa il 75% dei casi, consentendo un risparmio di almeno due settimane di degenza. La riduzione funzionale inizia il giorno



successivo all'intervento, con possibilità di deambulare immediatamente caricando sull'arto operato. Inoltre, nella grande maggioranza dei casi i pazienti svolgono un programma rieducativo a domicilio in totale autonomia, secondo un protocollo che gli viene consegnato e spiegato prima della dimissione». Tutto ciò significa certamente maggior soddisfazione del paziente, ma anche risparmi per le strutture ospedaliere che utilizzano questa metodica. Tale risparmio è documentato anche da innumerevoli studi eseguiti negli Stati Uniti, Paese che, avendo un sistema sanitario prevalentemente assicurativo, hanno molta attenzione alla gestione dei costi di ogni intervento, al risparmio in termini di occupazione di un posto letto e di denaro.

Riprende il dottor Perazzini: «vi è un altro aspetto da considerare: questo tipo di intervento permette di ridurre sensibilmente le complicazioni. Eliminarle è impossibile, dal momento che la chirurgia deve tenere conto delle variabili connesse al paziente. Attualmente il nostro tasso di complicazioni postoperatorie è inferiore all'1%». Se le complicazioni sono poche è anche perché il sistema permette di effettuare bilanciamenti precisi dell'articolazione, assicurandone il funzionamento. Anche quando a essere sostituito è un intero ginocchio e non solo una sua parte.

Bilanciamento ottimale per protesi parziali e totali

Il segreto del sistema robotico è che, se utilizzato nel modo corretto, consente di allineare in modo assolutamente preciso l'articolazione, bilanciando nel contempo la tensione dei legamenti e di eseguire le resezioni ossee con una precisione assoluta, senza ricorrere all'uso dei



complicati sistemi di allineamento intramidollare, ovvero le guide che si inseriscono nel canale diafisario. «La chiave di un buon impianto protesico è tutta qui», sottolinea il dottor Perazzini, «cerca di far funzionare in modo equilibrato e bilanciato la protesi senza ricorrere a release delle parti molli, ovvero a gesti chirurgici sui tessuti circostanti l'articolazione, come la capsula e i legamenti, per compensare eventuali squilibri presenti. Ciò significa allineare l'impianto secondo un asse funzionalmente efficiente. Ogni gesto chirurgico in più sui tessuti genera sanguinamento, ematoma, dolore e una fase cicatriziale che rallenta la rieducazione. Per quanto riguarda i nostri ultimi interventi di sostituzione totale di ginocchio non li considero dei record, ma piuttosto la logica evoluzione di una filosofia che ho sposato molti anni fa e uno degli step che si susseguiranno sulla strada del continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche ortopediche.

Io credo fortemente nell'innovazione tecnologica e nella possibilità di limitare, con dei sistemi di controllo e di verifica intraoperatoria, gli errori e le imprecisioni connessi alla più grande variabile che esiste in chirurgia: il chirurgo». Come il dottor Perazzini e la sua équipe sono parecchi altri i chirurghi ortopedici che oggi hanno sposato i sistemi robotici ed è probabile che queste fila cresceranno negli anni. E così, grazie a una sempre più attenta e precisa pianificazione della sostituzione articolare, gli interventi diventeranno sempre più precisi, efficienti e permetteranno ai pazienti di riprendere la loro vita in modo rapido e soddisfacente. Ovviamente, come ricordato anche da Giuseppe Sessa, professore ordinario di Clinica ortopedica e traumatologica all'Università degli Studi di Catania e presidente SIOT, l'avvento della robotica non sostituisce il cervello umano, ma ne amplifica le potenzialità.

© IMPIANTAZIONE ROBOTICA

Il robot è il principale alleato del chirurgo

CASTELLANZA - Il primo sistema di questo modello installato in Lombardia e il secondo in Italia. Si tratta del robot Da Vinci X che viene utilizzato all'Urologia di Humanitas Mater Domini. E' grazie a questa metodologia che negli ultimi anni sono stati compiuti importanti passi avanti nel trattamento del tumore alla prostata. «Da Vinci X conferisce all'atto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche. Permette di operare con precisione assoluta nel taglio, fornendo un campo visivo ingrandito di dieci volte rispetto al precedente sistema», spiega Gianluigi Taverna, responsabile dell'Urologia in Mater Domini ed esperto di **chirurgia robotica**, che ha già eseguito oltre tremila interventi con questo sistema.

Il tumore alla prostata è tuttora uno dei più comuni tra gli uomini ed il rischio di incorrere in questa patologia aumenta con l'età: dopo i cinquant'anni le probabilità salgono, quasi due tumori su tre vengono diagnosticati in persone con oltre 65 anni. L'aiuto del robot diventa fondamentale perché aumenta la precisione nell'atto chirurgico e richiede minore necessità di trasfusioni, oltre a ridurre i tempi di degenza e a limitare i dolori post operatori. La ripresa è più rapida dopo l'intervento con **chirurgia robotica**



Gianluigi Taverna, responsabile dell'Urologia

e la speciale tecnica *nerve sparing* «permette il mantenimento delle terminazioni nervose allo scopo di ridurre le problematiche legate alla ripresa della funzionalità sessuale», aggiunge Taverna.

È inoltre importante sottolineare «che si possono così superare i limiti legati alla difficoltà di trattare con la chirurgia miniminvasiva laparoscopica – informa il responsabile dell'unità operativa – quelle patologie in sedi anatomiche dif-

ficili da raggiungere. Il tutto con una incredibile versatilità di movimenti, resi più precisi e sicuri, senza alcuna traccia di tremore fisiologico». Il sistema permette una reale visione in 3D con l'ingrandimento di tutti i dettagli anatomici. Considerati i risultati in costante miglioramento, il metodo Da Vinci sta diffondendosi in maniera sempre più massiccia. Al mondo ne risultano installati circa 4.400 con netta prevalenza degli Stati Uniti dove ce ne sono quasi tremila. In Italia le cifre sono in aumento con 91.500 pazienti operati dal 2006 ad oggi e con il coinvolgimento di un sempre maggior numero di chirurghi e di specialità. Da notare che l'utilizzo del robot Da Vinci X in Humanitas Mater Domini non è solo legato al tumore alla prostata ma pure nel trattamento del cancro al rene e nelle patologie ostruttive o malformative dell'uretere ed al trattamento, in casi selezionati, di malattie pelviche (ad esempio il prolasso vescicale). «Nci prossimi mesi la **chirurgia robotica** sarà utilizzata anche nel trattamento delle patologie del colon retto», aggiunge Walter Zuliani, responsabile dell'unità operativa di Chirurgia dell'istituto. Da Vinci, insomma, un nome: una garanzia.

S.P.A.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

SUMMIT AL CTO

Chirurgia ortopedica, il futuro sarà la robotica

■ Torino continua a confermare una delle capitali mondiali della chirurgia. Si terrà infatti giovedì 22 e venerdì 23 marzo, presso l'Aula Magna dell'ospedale CTO della Città della Salute di Torino, il Convegno dal titolo «Attualità e futuro nella protesica di ginocchio di primo impianto», che, con il patrocinio della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), vedrà confrontarsi alcuni tra i massimi esperti italiani ed internazionali sulle tecniche chirurgiche e sulle più recenti tecnologie introdotte nella pratica clinica. In Piemonte, secondo il Report RIAP 2017, si sarebbero effettuati, nel 2015, 8.765 interventi di protesi d'anca, 5.049 di protesi di ginocchio e circa 600 interventi sulle altre articolazioni. Il futuro, però, secondo gli esperti sarebbe la robotica: «I vantaggi potenziali del sistema con braccio robotico - spiega il Professor Fabio Catani - sono nu-



merosi, per il chirurgo e per il paziente. Consente infatti, interventi più accurati con possibile riduzione dei tempi di recupero e delle complicazioni post-operatorie. Inoltre permette al chirurgo di ottenere la massima precisione nel posizionamento delle componenti protesiche. La **chirurgia robotica** - prosegue Catani - rappresenta sicuramente un ambito da esplorare nella nostra continua ricerca di mi-

glioramento delle performance. Anche se va ricordato non potrà mai prescindere, almeno per i prossimi decenni dalla mano e soprattutto dal cervello dell'Uomo, nella fattispecie il chirurgo».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

In ospedale arriva il robot-chirurgo

Chieti. Ortopedia, il primario Salini: in funzione da maggio, minori tempi di degenza

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Al policlinico arriva il dottor Robot

Il primario Salini: «Sarà in funzione da maggio e consentirà minori tempi di degenza e condizioni di ripresa più veloci»

di Arianna Iannotti

CHIETI

Anche all'ospedale di Chieti arriva il dottor Robot. È stato appena acquistato infatti il robot Mako che consentirà interventi di protesi di grande precisione e accuratezza. Ad annunciarlo è Vincenzo Salini, professore ordinario alla d'Annunzio e direttore del Dipartimento chirurgico che con la direzione Asl ha concluso la gara per l'acquisto di una piattaforma robotica che consentirà interventi ortopedici ad alta precisione. Il braccio robotico permette di riprodurre sul paziente ciò che il chirurgo ha pianificato con estrema precisione sul software, eliminando l'errore manuale, garantendo il miglior allineamento delle componenti

protesiche e allungando la durata dell'impianto stesso. «Il robot sarà in funzione già da maggio prossimo», assicura Salini, «consentirà accuratezza millimetrica nel posizionamento della protesi in considerazione dell'anatomia specifica di ogni paziente. Personalmente, ho già operato con l'ausilio del Robot in America, l'estate scorsa a San Diego. In Italia ce ne sono solo 13. 12 si trovano negli ospedali del Nord, da Bologna in su. Uno solo si trova nel centro sud ed è proprio il nostro. Questa volta Chieti ha anticipato persino Roma».

«Il potenziamento della tecnologia sanitaria è solo un aspetto dell'impegno che stiamo mettendo in campo per la riqualificazione, dopo tanti anni, del no-

stro sistema sanitario regionale», dice l'assessore regionale alla Sanità Silvio Paolucci. «Innovazione tecnologica che si unisce alla straordinaria professionalità dei nostri operatori sanitari. Più delle parole, valgono i fatti. Penso alla positiva valutazione dei Lea - i Livelli essenziali di assistenza - da parte del Ministero, al miglioramento delle aree di prevenzione oncologica, alle reti cliniche che stiano attivando per le patologie come l'autismo e il diabete e al potenziamento dei presidi ospedalieri oltre la classificazione degli standard ministeriali. La sanità è un sistema complesso che stiamo migliorando costantemente, passo dopo passo, senza campanilismi e strumentalizzazioni,

che sono solo funzionali ad interessi di parte».

Sono molti i vantaggi dell'uso del robot in ortopedia. A partire dai minori tempi di degenza: tempo medio di 1,4 giorni, contro i 3,3 della tecnica manuale e dimissioni nelle 24 ore successive all'intervento 9 volte più frequenti rispetto ai pazienti trattati con tecnica manuale. Il paziente registra un minore sanguinamento e ha minori rischi di infezione post-operatoria. Più veloci sono anche i tempi di recupero per il paziente che avrà migliore mobilità e qualità della vita rispetto a un intervento più invasivo di protesi totale.

Tutto lo staff medico della Clinica ortopedica sarà formato immediatamente per essere pronto a operare da subito.



Un intervento chirurgico col dottor Robot e, nel fondo, Vincenzo Salini



Codice abbonamento: 134797

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Hi-tech

Il pensionato è sul monitor

di VALERIO MILLEFOGLIE

85 anni. Molte patologie. Entra in una sperimentazione di telemedicina. E il suo piccolo mondo antico diventa 4.0

Thank you for using this product, please select user number: dice una voce femminile e robotica proveniente da un misuratore di pressione poggiato sopra un centrotavola bianco. Sullo schermo dell'apparecchio si riflette un lampadario a goccia, alle pareti intorno dipinti raffiguranti paesaggi della Valtellina e del lago Maggiore. Dalla finestra l'orizzonte di antenne Mediaset di Cologno Monzese, Milano. Il signor Remo Pioli, ottantacinque anni, autista in pensione per la Banca Commerciale d'Italia, digita il suo nome in codice: è il paziente H0085. A sceglierlo è stato un algoritmo, analizzando tutti i pazienti con patologie croniche della Lombardia. Così è entrato a far parte del progetto CReG.

«Please relax during measurement», consiglia la voce. Lui, che ha mandato in pensione in un cassetto il suo vecchio misura pressione a mercurio, è più che rilassato. Un hub collegato alla presa della corrente, in una casa sprovvista di computer e di wi-fi, trasmette in tempo reale la pressione al centro servizi di telecardiologia della **Telbios**, l'azienda che ha fornito i dispositivi tecnologici. In realtà i dati sono stati tra-

smessi sino al 29 dicembre 2017, ma Pioli, ormai abituato, ha continuato a monitorarsi fino a qualche giorno fa, ignaro del buco nero della disconnessione. «Un uomo d'altri tempi», secondo il suo medico di base, «un uomo meraviglioso», secondo sua moglie Elide, classe '39, «una persona molto ligia al piano di assistenza individuale», secondo Mariagrazia, una delle due infermiere che l'ha seguito da remoto. La tabella di marcia di uomo digitale e iper-connesso cominciava il lunedì mattina misurando il peso. La bilancia bianca minimale, con delle placche metalliche grigie, poggiava sul pavimento di ceramica anni '60 del bagno. «Ce la siamo portati anche in vacanza - commenta la moglie - noi andiamo solo in due posti: o qui o a Monchio delle Corti, in provincia di Parma. Dove abbiamo la casa delle nostre radici». Così una mattina della scorsa estate il signor Pioli riceve una telefonata dal centro servizi, «Chi pesa 46 chili?». La signora Elide era salita al suo posto per provare la precisione ospedaliera della bilancia. Il dato era stato immediatamente comunicato e bisognava capire come mai, nel giro di una settimana, Remo avesse perso quasi la metà del suo peso. La moglie Elide riepiloga la cartella clinica dell'anno scorso: «A febbraio ha avuto un'ernia. A marzo ha fatto l'angioplastica alla gamba. Ad aprile ha tolto un piccolo tumore all'orecchio. Poi cos'altro hai?», chiede e ripren-

de la parola, «ha una valvola ortica meccanica, la pressione arteriosa alta e la bronchite cronica. Insomma, siamo impegnati eh». Il marito commenta: «Dico sempre che se sono arrivato a vivere fino a quest'età, il resto dei giorni sono regalati». E in uno di questi giorni regalati, per la precisione ogni quindici giorni, doveva impugnare un quadrato grigio che ricorda gli scacciapensieri, i videogiochi portatili degli anni '80. Poggiava i polli su due piccoli cerchi metallici e il dispositivo emetteva una serie di segnali acustici discontinui e poi uno continuo. A quel punto il telefono di casa, un cordless anni '90, veniva avvicinato all'altoparlante del dispositivo che trasmetteva il suono al computer del centro servizi, dove veniva tramutato nel tracciato dell'elettrocardiogramma. Una volta a settimana invece in filava l'indice in un ossimetro per misurare la quantità di emoglobina presente nel sangue. Sul tavolo ha ancora il quaderno dalla copertina nera su cui ha appuntato tutti i valori della sua vita: numeri che danno il peso, la pressione, il suo quotidiano stare più o meno bene. Sulle mensole foto dei nipoti e orologi d'epoca, di ogni tipo. Il tempo è ovunque. «Il futuro dovrebbe essere bello. Ci saranno dei robot nel condominio che ti daranno le pillole e ti faranno le analisi. Ma io non so se arriverò a vederli», conclude il paziente **H0085**.



“
Il futuro è
magnifico. Ci
saranno dei robot
nel condominio. E
ti faranno le analisi.
Chissà se li vedrò
”

REMO PIOLI

Nato a Monchio delle Corti in provincia di Parma nel 1933, ha lavorato per trentacinque anni come autista della Banca Commerciale d'Italia. Vive con la moglie a Cologno Monzese. Nel 2015 è stato scelto dalla Regione Lombardia per partecipare al progetto CReG (Chronic Related Group), una sperimentazione durata un anno e mezzo e conclusasi il 31 dicembre 2017, in cui una serie di pazienti sono stati monitorati quotidianamente tramite apparecchi d'avanguardia per la telemedicina. L'obiettivo è l'assistenza domiciliare di pazienti affetti da patologie croniche mediante l'uso di dispositivi tecnologici e di telemedicina. Remo Pioli per un anno e mezzo è stato dunque monitorato quotidianamente e i suoi dati sono stati inviati in tempo reale a un centro servizi e al suo medico di base.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Ab Medica naviga verso il futuro

L'azienda di Cerro Maggiore nelle sale operatorie di tutta Italia

di **CRISTIANA MARIANI**

- CERRO MAGGIORE -

CIRCA 250 dipendenti e un fatturato che nel 2017 ha raggiunto i 132 milioni di euro. **Ab Medica** rappresenta un'eccellenza non solo a livello lombardo, ma un fiore all'occhiello tutto italiano che ha fama internazionale. L'azienda si occupa di apparecchi elettromedicali, di cui in molti casi cura soprattutto la distribuzione in Italia, Spagna, Portogallo e Slovenia e in altri si occupa anche della ricerca, dello sviluppo e della realizzazione di alcune strumentazioni. Attiva da 34 anni, **Ab Medica** si è trasferita soltanto tre anni fa in via Kennedy a Cerro Maggiore. Lo stabilimento si vede anche transitando in autostrada e ha la forma di un enorme scafo. «L'idea è proprio quella - commentano dall'azienda -, quella della forma di una sorta di una navigazione continua».

E in effetti nel corso dei decenni l'azienda ha saputo trasformarsi - negli ultimi due-tre anni **Ab Medica** è diventata un vero gruppo industriale attraverso anche l'acquisizione di diverse imprese, portando così il numero totale dei dipendenti del gruppo fino a circa 600 persone - venendo anche incontro alle esigenze di medici e pazienti. «Giriamo molto per il mondo, i nostri tecnici sono spesso negli Stati Uniti alla scoperta

delle migliori tecnologie da poter importare in Europa» spiega la portavoce Elena Spigarolo. E proprio dall'America arriva Da Vinci, la sofisticata e innovativa apparecchiatura che rappresenta una sorta di vanto di **Ab Medica**, che finora ne ha distribuiti 99. Da Vinci si può vedere, ad esempio, all'Humanitas di Castellanza. Un macchinario molto complesso, un robot che può ricordare la logica delle macchinette per l'estrazio-

ne delle palline al luna park. Ma che in realtà aiuta molti medici a salvare vite umane. «I nostri ingegneri medicali - racconta Chiara Cotrino, clinical manager per la linea Intuitive che si occupa proprio dei prodotti Da Vinci - sono impegnati costantemente nella formazione dei chirurghi all'utilizzo di questa apparecchiatura». **Ab Medica**, infatti, non svolge soltanto la funzione di distributore dei macchinari, ma accompagna anche i medici nella formazione sul campo.



RICERCA

Il polimero

Un polimero biodegradabile sviluppato in università è al centro degli studi e dei test che si stanno svolgendo in **Ab Medica**: un polimero che potrebbe essere utile per la ricrescita cellulare



GRANDI macchinari distribuiti in Italia e in altri Paesi d'Europa, ma anche strumentazioni di dimensioni più ridotte ma ideate e realizzate all'interno di **Ab Medica**. L'impresa cerrese punta molto sul reparto di ricerca e sviluppo. «In questo settore l'azienda investe ogni anno circa il 3% del proprio fatturato» precisa Elena Spigarolo. «Abbiamo dispositivi wireless indossabili, puntiamo molto su questo aspetto in modo che siano meno ingombranti e possano essere utilizzati dai pazienti anche a casa - racconta Lorenzo De Nova, market research analyst -. Abbiamo, ad esempio, un elettrocardiografo, un caschetto con elettrodi a secco e anche un dispositivo impiantabile, ovvero un cyber brain che può essere utilizzato per le diagnosi in casi di epilessia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ECCELLENZA

AL TIMONE
ALDO CERRUTI HA FONDATO
L'AZIENDA 34 ANNI FA E NE
È TUTT'ORA IL PRESIDENTE

WINMEDICAL
AB MEDICA HA RECENTEMENTE
ACQUISITO UNA START UP
PER I DISPOSITIVI INDOSSABILI



TELESTROKE

La diagnosi sull'ictus? Ecco il robot che aiuta i medici

- LEGNANO -

«ALZI UN braccio, mi mostri i denti»: una anamnesi dettagliata, che consente di emettere una diagnosi altrettanto precisa nel giro di pochi minuti. Ma con un medico collegato in teleconferenza e grazie all'intervento di un robot. **Ab Medica** ha fornito all'ospedale di Legnano un apparecchio di **telemedicina** che mette in rete con i poli sanitari di Magenta e Abbiategrasso e permette di intervenire in caso di ictus. «Nel 2017 a Magenta sono state fatte 35 trombolisi, di cui 15 senza che il neurologo fosse presente - affermano dall'ospedale di Legnano -. Questo sistema permette di risparmiare molto tempo». **C. M.**



STRUMENTI

In alto alcuna delle componenti di Da Vinci, macchinario innovativo che viene utilizzato in molte sale operatorie negli ospedali di tutta Italia. A lato uno dei dispositivi indossabili realizzati all'interno di **Ab Medica**



LO SPAFO
Lo stabilimento **Ab Medica** in via Kennedy a Corio è stato realizzato seguendo la forma di una nave

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

LA SCUOLA INTERNAZIONALE

Tornano Giulianotti e i corsi di robotica

Riprendono il mese prossimo alla Scuola internazionale di Grosseto i corsi di base e avanzati di **chirurgia robotica**. E torna, come docente, il professor Pier Cristoforo Giulianotti.

■ BALDANZI IN CRONACA

Tornano i corsi di robotica con Giulianotti

Tra maggio e giugno riparte la Scuola internazionale di chirurgia, saranno presenti i maggiori esperti mondiali

di **Gabriele Baldanzi**

► GROSSETO

Riprendono il mese prossimo alla Scuola internazionale di Grosseto i corsi di base e avanzati di **chirurgia robotica**. L'ultimo si era svolto a giugno del 2017, quasi un anno fa; poi - e non è la prima volta che accade - era scaduta la convenzione con la segreteria...

Adesso, risolte quasi tutte le questioni burocratiche, tornano in calendario due corsi tra maggio e giugno - organizzati dalla Ti.Gi Meeting & Congressi per conto dell'Asl Sud Est. La scuola grossetana è riconosciuta dall'associazione chirurghi ospedalieri italiani (l'Acoti) e solo qui è possibile fare training in laboratorio con i robot, seguire gli interventi compiuti al Misericordia e in altri ospedali del mondo, tutti collegati in videoconferenza. Insomma, un'ecce-

lenza che è più facile immaginare nelle grandi realtà universitarie, piuttosto che in una città di provincia. Dal 14 al 17 maggio si svolgerà il corso base di **chirurgia robotica** (16 iscritti più altri in lista di attesa); a fine giugno (26, 27 e 28) un corso internazionale avanzato di **chirurgia robotica** del colon retto, aperto al massimo a una dozzina di chirurghi. Un corso di robotica per la parete addominale dovrebbe svolgersi in autunno. Dal 26 al 30 novembre è già calendarizzato, infine, il corso internazionale avanzato di **chirurgia robotica** colo-rettale e epato-pancreatico-biliare.

Le lezioni saranno tenute da **Pier Cristoforo Giulianotti**, pioniere della robotica, fondatore della Scuola grossetana, oggi direttore della Divisione di **chirurgia robotica** all'University of Illinois Medical Center. E ancora **Gyu**

Seog Choi, coreano, uno dei massimi esperti al mondo in campo coloretale. Infine il contributo del padrone di casa, **Paolo Pietro Bianchi**, responsabile del Dipartimento chirurgico aziendale, direttore della chirurgia generale di Grosseto e coordinatore della Scuola, anche lui esperto di robotica colo-rettale. Da Firenze tornerà in Maremma anche **Andrea Coratti**, attualmente a capo della chirurgia oncologica e mininvasiva robotica di Careggi. Dal 2003 - quando la Scuola è stata fondata dal professor Giulianotti - a oggi, a Grosseto si sono formati oltre 850 chirurghi provenienti da circa 30 Paesi del mondo, che hanno avuto l'opportunità di seguire le lezioni dei massimi esperti mondiali di robotica. Nel 2000, quando Giulianotti, iniziò a utilizzare il robot negli interventi di chirurgia generale, proprio al Misericordia,

nessuno - tranne lui - poteva immaginare che l'ospedale grossetano sarebbe diventato un centro di eccellenza per la robotica e un polo di formazione internazionale. La casistica degli interventi eseguiti a Grosseto con il robot, dal Duemila a oggi, è di oltre 3.000 procedure. Attualmente ne vengono effettuate circa 300 all'anno, con rigidissimi criteri di appropriatezza, su esofago, stomaco, fegato, pancreas e colon-retto, cui si aggiunge la chirurgia ginecologica e urologica.

La chirurgia generale di Grosseto, nell'ambito della quale vengono effettuati gli interventi di robotica, dal 2014, è affidata alla direzione di Paolo Pietro Bianchi (direttore anche del Dipartimento chirurgico della Asl sud est), che ha alle spalle una lunga esperienza nella **chirurgia robotica** e laparoscopica, nonché precedenti collaborazioni con Grosseto.



Il professor Pier Cristoforo Giulianotti in sala operatoria (foto di archivio)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

UROLOGIA AL LAVORO L'EQUIPE DI MEARINI

Intervento chirurgico seguito in 'streaming' da trentamila medici



PROFESSORE Ettore Mearini è alla guida del gruppo di professionisti che ha eseguito una prostatectomia radicale con **tecnica robotica**

- PERUGIA -

CIRCA 30mila professionisti hanno potuto seguire in diretta streaming l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale eseguito con **tecnica robotica** dall'equipe del professor Ettore Mearini, direttore della struttura interaziendale di Clinica urologica ad indirizzo oncologico di Perugia e Terni. L'intervento è stato eseguito all'ospedale 'Santa Maria della Misericordia' di Perugia e trasmesso durante il congresso della Società italiana di Urologia, che si è svolto a Roma giovedì e venerdì.

PER CONOSCERE la tecnica messa a punto dai chirurghi nostrani si sono collegati anche tutti i centri internazionali di Urologia: dalla Svizzera alla Gran Bretagna, dalla Germania agli Stati Uniti. Gli organizzatori del congresso hanno scelto l'ospedale pe-

rugino per mostrare la tecnica innovativa messa a punto dal professor Mearini per trattare il cancro della prostata. Tecnica che ha fornito già eccellenti risultati negli oltre 500 interventi eseguiti in Umbria. La peculiarità è quella di preservare al meglio la continenza urinaria e la potenza sessuale.

«**LA CHIRURGIA robotica** iniziata da più di sei anni nella nostra regione, ha rappresentato una svolta nel trattamento di questa malattia, che resta la più frequente forma tumorale solida nell'uomo», sottolinea Mearini. Il collegamento streaming ha fornito un supporto prezioso. «Non è lontano il tempo in cui la **tecnica robotica** permetterà al chirurgo di monitorare interventi chirurgici anche a notevole distanza, con pazienti che – conclude Mearini – potranno essere seguiti nella sede a loro più vicina da esperti che lavorano nei centri più qualificati».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

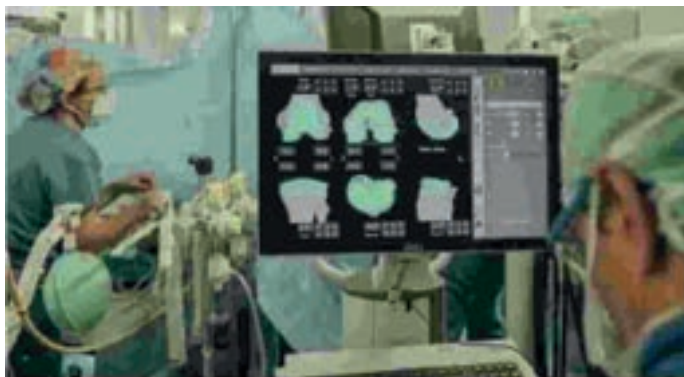
Tutti i vantaggi della **chirurgia robotica**: Clinica **San Francesco** è la realtà leader

CENTRO SPECIALIZZATO: ESEGUITI INTERVENTI SENZA PARI IN ITALIA

Il futuro dell'ortopedia passa dalla **chirurgia robotica**. E Verona, da questo punto di vista, può contare su una struttura d'eccellenza: la Clinica San Francesco. Che vanta un record di primo piano a livello nazionale: è qui, infatti, che nel novembre scorso, sono stati portati a termine, per la prima volta in Italia, cinque interventi di sostituzione protesica totale di ginocchio utilizzando una procedura robotica. Nello specifico, la nuova metodica, ora quotidianamente utilizzata, consente di impiantare una protesi totale con una maggiore precisione e un perfetto bilanciamento legamentoso rispetto alla tecnica tradizionale, con evidenti vantaggi per quanto riguarda la velocità di recupero funzionale dell'articolazione e la durata nel tempo dell'impianto. Inoltre, la tecnologia presente nella clinica veronese consente di utilizzare la robotizzazione nella quasi totalità dei casi di artrosi del ginocchio.

GRANDE INNOVAZIONE

"La chirurgia protesica totale di ginocchio robotizzata rappresenta la forma più avanzata e innovativa del trattamento sostitutivo di questa complessa articolazione" spiega il dottor Piergiuseppe Perazzini, che si è occupato degli interventi e a cui si deve il merito di aver introdotto la chirurgia ortopedica con tecnologia robotica - sviluppata negli Stati Uniti - alla Clini-



ca San Francesco già a partire dal 2011, per primo in Europa. Grazie all'esperienza acquisita la Clinica ha potuto sviluppare anche il Centro di Ortopedia Robotica Europeo (CORE), trasformandosi così in un punto di riferimento per la formazione di chirurghi ortopedici che intendono approfondire questa metodica. Allo stesso tempo, Perazzini è diventato una figura chiave quando si parla di questa tecnica, come dimostrano i molti convegni a cui è chiamato a partecipare in veste di esperto. Il prossimo sarà il primo "Alpe Adria International Knee Border Meeting" in programma il 20 aprile a Lazise, in cui lo specialista presenterà i risultati della sua attività, strettamente legati all'esperienza dell'istituto veronese in cui sono stati eseguiti ad oggi oltre 1300 interventi di protesi parziale di ginocchio e circa 500 interventi di protesi d'anca: numeri che rendono il centro scaligero una

realtà leader a livello italiano ed europeo per queste due procedure. "I vantaggi della **chirurgia robotica**? Sono molteplici" spiega ancora Perazzini. "I principali sono la riduzione drastica degli errori di posizionamento della protesi e delle conseguenti complicazioni e la possibilità di preservare il tessuto osseo sano e i tessuti molli circostanti al punto in cui si interviene. Inoltre, è possibile utilizzare questa tecnica, adatta anche alle persone anziane, in tutte le patologie degenerative dell'articolazione, per un intervento che può durare da una a due ore a seconda della complessità e che prevede una degenza media di circa due giorni nei casi di protesi parziale di ginocchio". Oltre ad essere polo di riferimento per le patologie ortopediche, la Clinica San Francesco offre anche prestazioni di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oculistica, Urologia e Diagnostica Strumentale.

IL DIRIGENTE IL PROFESSOR GENTILE: «MINI-INVASIVITÀ E UN RIPRISTINO PIÙ RAPIDO DELL'AUTONOMIA DEGLI ORGANI»
«Facciamo la metà degli interventi robotici alle Scotte»

L'ATTIVITÀ dell'Urologia al policlinico di Siena si contraddistingue anche per lo sviluppo della **chirurgia robotica**, coordinata non solo dal dottor Barbanti ma anche dal dottor Filippo Gentile (foto a destra), quest'ultimo responsabile Uos Chirurgia Urologica Robotica. «Siamo partiti nel 2011 ed oggi l'Urologia esegue circa la metà di tutti gli interventi robotici effettuati all'interno dell'Aou Senese – spiega il dottor Gentile –. La **chirurgia robotica** affronta molte patologie, da quelle neoplastiche a quelle malformative». La tecnica viene applicata nei casi di

BENEFICI

«Il chirurgo lavora attraverso una consolle e grazie alle immagini in 3D»

prostatectomia e cistectomia radicali in malattie oncologiche, con ricostruzione delle parti asportate; nella chirurgia conservativa e radicale per i tumori renali; nelle patologie ostruttive che interessano l'alta via urinaria, come le stenosi e anche nel trattamento del

prolasso genitale femminile. «I vantaggi di utilizzare la **chirurgia robotica** sono molteplici – spiega il dottor Gentile –: la tecnica si contraddistingue in primis per la sua mini-invasività ed anche per un più rapido ripristino dell'autonomia degli organi, senza necessità di asportazione. Come invece avveniva più spesso in passato. Ciò comporta anche una più veloce ripresa post-operatoria ed una decisa riduzione del dolore per i pazienti. Il chirurgo lavora attraverso una consolle che, grazie alle immagini in 3D, è in grado di riprodurre gesti e movimenti di grande precisione e accuratezza».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Al Policlinico arriva "Da Vinci" Un robot al fianco dei medici

Verrà utilizzato al Policlinico per interventi di chirurgia mininvasiva

CATANIA - È stato presentato ieri mattina - nel corso dell'incontro dal titolo "Chirurgia di precisione. Partnership Università e Ospedale" che si è tenuto nella sala conferenze del Policlinico-Vittorio Emanuele, il robot chirurgico "da Vinci" Xi HD (IS4000), di recente acquistato dall'Università di Catania, che verrà utilizzato nelle nuove sale operatorie dell'Edificio 8 del Policlinico, dove ha sede il "Centro alte specialità e Trapianti" dell'azienda ospedaliero-universitaria, per le attività di **chirurgia robotica** dei reparti, programmate settimanalmente.

Una giornata importante per la sanità del Sud: l'atteso traguardo dei 100 sistemi robotici da Vinci in Italia è stato raggiunto proprio in Sicilia, più precisamente a Catania. Con questa ultima e recentissima installazione salgono a tre i robot per la **chirurgia robotica** mininvasiva in Regione. Il primo intervento con il nuovo ausilio sarà eseguito il prossimo 23 aprile.

Il **robot da Vinci** rappresenta la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva, successiva al-

la laparoscopia, in cui il chirurgo non opera in maniera diretta con le proprie mani, ma manovra le 'braccia robotizzate' Endowrist a distanza, tramite una consolle chirurgica computerizzata posta all'interno della sala operatoria. Il sistema computerizzato permette una reale visione in 3D del campo operatorio, trasformando quindi il movimento delle mani del chirurgo in impulsi che vengono convogliati alle 'braccia robotiche'. Il **robot da Vinci Xi** viene utilizzato per interventi chirurgici in urologia anche pediatrica, chirurgia generale, ginecologia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia trapiantologica ed otorinolaringoiatria.

Tale sistema determina vantaggi clinici rappresentati, per esempio, da riduzione dei tempi di intervento operatorio e, inoltre, radicalità nell'asportazione di masse tumorali, ottima visualizzazione dei reperti anatomici, e quindi maggiore precisione nella procedura demolitiva, nonché maggiore precisione ricostruttiva. Per il paziente tali vantaggi si traducono in mi-

glioramento in termini sia di evoluzione clinica post operatoria che di riduzione dei tempi di degenza; vantaggi che si traducono anche in un notevole risparmio economico.

"L'acquisizione del sistema da Vinci - ha spiegato il rettore Francesco Basile - rappresenta per il nostro Ateneo l'espressione più completa di quella sinergia tra attività didattica, di ricerca e di assistenza, sviluppata con l'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico e, al contempo, una risposta concreta ed efficace alle istanze didattico-formative degli studenti e di aggiornamento dei docenti, ricercatori e medici".

"La piattaforma robotica da Vinci costituisce per la sanità del territorio una risorsa da valorizzare pienamente - ha sottolineato il direttore generale del Policlinico-V.E. Salvatore Paolo Cantaro -. Potranno essere concordati percorsi assistenziali integrati in convenzione, per creare team multi specialistici che possano interagire, rappresentando così un ulteriore passo verso l'eccellenza cui tende la sanità siciliana".

"Si tratta di un investimento di grandissima portata - ha aggiunto il direttore generale dell'Ateneo Candeloro Bellantoni -. Si pensi, infatti, alle enormi potenzialità derivanti dall'utilizzo del robot, sia per quanto riguarda la formazione dei nostri specializzandi, sia per la sperimentazione di avanzate tecniche chirurgiche; senza contare poi la possibilità di istituire, tra un paio di anni, un corso in **chirurgia robotica**".

"Adesso saremo in grado di offrire ai nostri pazienti un nuovo percorso chirurgico di avanguardia - ha concluso Giuseppe Morgia, direttore dell'Uoc di Urologia del Policlinico -. Il robot, infatti, consente una maggior facilità di accesso a vie anatomiche particolarmente difficili e rispetto alla chirurgia laparoscopica tradizionale, ci restituisce una visione tridimensionale magnificata (aumentata fino a 10 volte rispetto alla normale visione del nostro occhio), con un'immagine ferma a garantire la possibilità di eseguire manovre più delicate e complesse".



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

DOPO LA LAPAROSCOPIA LA PIATTAFORMA PIÙ EVOLUTA PER LA CHIRURGIA MININVASIVA A Catania primo intervento con il robot da Vinci

ANGELO TORRISI

La robotica è una rivoluzionaria innovazione tecnologica preziosa in molti campi della chirurgia. Una metodica che, attraverso un'apparecchiatura tanto sofisticata quanto versatile in mano allo specialista consente un'assoluta precisione di ogni manovra nonché un accorciamento dei tempi, la minima perdita di sangue e una ridottissima degenza. Uno di tali meccanismi è stato acquistato dall'Università di Catania e impiantato in una delle strutture specialistiche del Policlinico, Urologia per avere una prima utilizzazione lunedì cui seguirà la sistemazione definitiva aperta a tutte le altre branche chirurgiche dopo che sarà ultimato il periodo di training degli specialisti, degli anestesisti e degli infermieri. Il nuovo ausilio non solo arricchisce notevolmente il potenziale delle attrezzature e della tecnologia del polo ospedaliero cui fa capo anche il Vittorio Emanuele ma segna anche l'ampliamento della sua dotazione e la riduzione dei cosiddetti viaggi della speranza al Nord Italia e all'estero. Le caratteristiche del robot confermano un dato di fatto: è passata tanta acqua sotto i ponti da quando la chirurgia

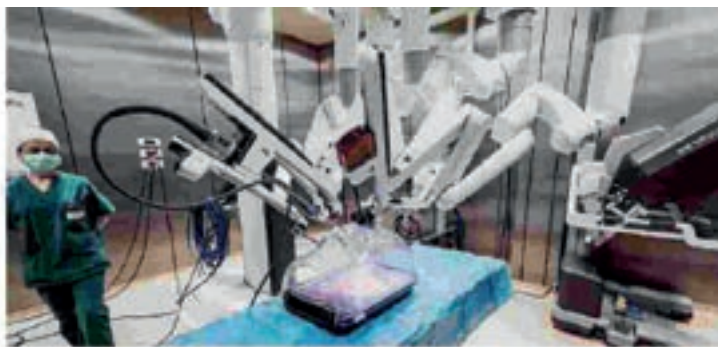
veniva realizzata con tanto di bisturi affondato in questo o quel viscere da parte dello specialista chino sul paziente e impegnato a mettere allo scoperto - attraverso incisioni più o meno larghe, la parte malata da asportare.

La specialità, infatti, cavalca la tigre con il determinante ausilio della tecnologia e una tappa particolarmente importante è stata raggiunta una trentina di anni fa con la chirurgia laparoscopica considerata una vera e propria rivoluzione; non più grandi incisioni ("grande taglio grande chirurgo" secondo uno slogan dei tempi antichi), ma 3 o 4 fori di pochi millimetri per introdurre il sistema ottico e gli strumenti del mestiere. Il tutto miniaturizzato e al tempo stesso estremamente efficace ai fini di un intervento tanto preciso quanto utile, evitando l'invasività che era correlata, ad una lunga degenza, maggiori complicanze post operatorie oltre che a deturpanti cicatrici.

Tale tecnica è oggi in auge al punto da essere consigliata per molte patologie chirurgiche. Poi da pochi anni, appunto, la robotica. Un altro balzo in avanti compiuto grazie a un progresso sempre più strabiliante. La tecnica video-laparoscopica tradizionale è stata cioè perfezionata e resa ancor più performante e efficace mediante l'impiego di un robot non a caso "battezzato" da Vinci.

zato" da Vinci.

Come spiegato in conferenza stampa dal rettore prof. Francesco Basile, dal dg del Policlinico Paolo Cantaro, dal dg dell'Università di Catania dott. Candeloro Bellantoni e dal prof. Giuseppe Morgia direttore della Urologia del Policlinico - si tratta di una piattaforma chirurgica sofisticata costituita dalla consolle chirurgica, dal carrello per il paziente e dal carrello-visione e progettata non già per soppiantare i ferri chirurgici ma per aiutare in maniera sostanziale il chirurgo. L'operatore, in pratica, esegue l'intervento manovrando il robot che da parte sua è in grado di replicare e magnificare i movimenti della mano dell'operatore, azzerando il tremore fisiologico, e offrendo una libertà di movimento su sette assi e con il dovuto angolo di rotazione garantendo al tempo stesso notevoli vantaggi clinici e assistenziali soprattutto per quel che concerne il decorso operatorio. Le incisioni estremamente discrete riducono la necessità di trasfusione e il dolore successivo all'intervento. Così configurato il nuovo sistema realizzerà una integrazione tra ricerca medica e formazione. A garantire quest'ultima saranno infatti l'uso della doppia consolle e del simulatore integrato che consentiranno a specializzandi e giovani chirurghi la possibilità di acquisire le dovute conoscenze.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CORRIERE DELLA SERA



Lotta ai dolori neuropatici, la nuova frontiera

Sono tra i dolori peggiori anche perché è sempre difficile individuarne la causa scatenante. Oggi la medicina può davvero migliorare la qualità di vita dei pazienti. scopriamo come.



Formicolii, percezione di punture, sensazione di bruciore, fitte intense come scariche elettriche fino ad arrivare a dolori continui e sordi, davvero insopportabili. Quando si comincia ad avvertire questa sintomatologia, chi ne soffre è ulteriormente spazzato perché appare inizialmente "inspiegabile". In tali casi molto spesso dietro al dolore si nasconde un danno ai nervi o alle strutture nervose – e si parla quindi di dolori neuropatici – che inviano segnali nervosi errati ai centri del dolore e i sintomi che ne seguono sono tanto più spazzanti e inspiegabili in quanto spesso diversi non solo da soggetto a soggetto, ma anche nello stesso paziente con il passare del tempo.

Tra i dolori neuropatici più misteriosi c'è una sindrome menzionata per la prima volta da Areteo di Cappadocia, medico greco del I secolo d.C.: temutissima per la sua intensità, fu a lungo conosciuta addirittura come la "malattia del suicida" dato che risultava tanto invalidante da guardare alla morte come ultimo e unico sollievo. Si tratta di un disturbo che colpisce solitamente pazienti al di sopra dei 40 anni e interessa una o più branche del trigemino, uno tra le 12 paia di nervi presenti sulla testa. Chi soffre di questa patologia vive nel timore che gli episodi dolorosi si ripresentino, anche perché questi appaiono inaspettati e lancinanti, a volte conseguenza di banali gesti e azioni quotidiane come la masticazione, uno sbadiglio, una folata di vento...

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Oggi il nome scientifico è **sindrome del nervo trigemino**: ma fortunatamente la scienza medica non si è limitata a trovare per essa un nome meno allarmante, ma ha lavorato anche a delle cure facendola entrare nel raggio d'azione della tecnologia più avanzata. Un ruolo decisivo sta svolgendo la **radiochirurgia stereotassica**: "è una forma estremamente interessante di radioterapia in cui le radiazioni vengono inviate come fasci molto sottili e con estrema precisione sulla lesione da trattare, offrendo una precisione chirurgica disgiunta da un approccio invasivo come quello chirurgico", spiega il **Professor Pantaleo Romanelli**, direttore scientifico della Radiochirurgia cerebrale del Centro diagnostico italiano. "In caso di radioterapia tradizionale si erogano 30 gray in 15 sedute distribuite in circa 20 giorni. Con i più recenti sistemi robotici studiati per la radiochirurgia si è in grado di erogare alte dosi di radiazione – fino a 60 gray in un'unica seduta di circa 20 minuti – con estrema precisione, salvaguardando i tessuti sani che circondano l'area da curare". Un tale approccio risulta **ideale proprio per trattare la sindrome del nervo trigemino**, a tutta garanzia di una riduzione drastica degli effetti collaterali e del mantenimento di una buona qualità di vita a fronte della drastica riduzione del dolore.

Se la sindrome del nervo trigemino è per certo uno dei dolori neuropatici più intensi, la palma di uno dei più diffusi è la **lombalgia**, ovvero il mal di schiena, che poi altro non è che lo scotto che l'essere umano paga per avere conquistato la postura eretta, proprio per lo stress a cui sottopone le vertebre, soprattutto quelle inferiori, quando è in piedi o cammina. Una tra le forme più diffuse di lombalgie è imputabile all'**ernia del disco**, ossia la fuoriuscita (o per meglio dire protusione) del nucleo polposo, interno al disco, oltre la struttura rigida che solitamente lo circonda. Quando ciò si verifica i nervi adiacenti al disco vengono compressi e schiacciati fino a infiammarsi. Risultato? Dolore, riduzione della forza muscolare e disturbi della sensibilità.



A seconda delle vertebre colpite, le ernie del disco si distinguono in cervicali, toraciche e lombari. Sono in particolare queste ultime a provocare la cosiddetta sciatica, tristemente nota per il dolore intenso e improvviso che si irradia nella zona immediatamente sopra i glutei, cui si associa anche un diffuso formicolio, una sensazione di bruciore e, talvolta anche la perdita di sensibilità. Se, fino a qualche anno fa, l'opzione chirurgica risultava la più frequentemente consigliata, oggi si fa sempre più spesso ricorso ad approcci conservativi e mininvasivi, come i trattamenti percutanei tramite iniezione di sostanze a base di etanolo gelificato (derivato di cellulosa e tungsteno).

Matteo Bellini, neuroradiologo-interventista vertebrale dell'Unità operativa complessa di Neuroimmagini e Neurointerventistica dell'Ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena (Dipartimento di Scienze Neurologiche e Neurosensoriali, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese), spiega meglio l'idea alla base del ricorso a tali sostanze: *"Etanolo, grazie al suo effetto disidratante, opportunamente iniettato, agisce sul nucleo polposo del disco (che è quello che si ernia), che, essendo ricco di acqua, disidratandosi riduce molto il proprio volume e quindi "rientra". Negli anni Ottanta e Novanta l'etanolo veniva iniettato da solo in forma liquida, ma è stato un approccio fallimentare: da solo è difficilmente gestibile, in quanto molto volatile e, iniettandolo in forma liquida, non si vedeva come si distribuiva nel disco. Decisiva è stata l'idea di unire l'etanolo con la metilcellulosa, una sostanza che, a contatto con l'acqua, gelifica. La nuova sostanza composta, a contatto con le molecole d'acqua del nucleo polposo del disco passa dalla consistenza liquida a quella di un silicone morbido in giorni o settimane (a seconda dello stato di idratazione della polpa del disco), tempo utile perché la sostanza si distribuisca al meglio secondo gradienti pressori all'interno dell'ernia del disco".*

La tecnica è percutanea e si esegue senza necessità di anestesia e sotto controllo radioscopico. È in grado di risolvere praticamente ogni tipo di ernia avendo come vantaggi la mininvasività del trattamento, la sua rapidità e sicurezza. Nei pazienti sui quali questa procedura è stata eseguita non si sono registrate recidive e la guarigione è avvenuta in tempi molto rapidi. L'assenza di cicatrici è, poi, la classica ciliegina sulla torta.

I CONTENUTI DI QUESTO ARTICOLO SONO STATI PRODOTTI DA
AB MEDICA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134757

SALUTE. L'innovativo intervento è stato effettuato alla divisione di Endocrino-chirurgia. Il direttore Dionigi «importante riconoscimento per la città, la struttura e il suo Ateneo»

Al Policlinico la tiroide si opera con il robot e senza cicatrici

••• Al Policlinico la tiroide si opera con il robot e senza cicatrici. Effettuato presso la divisione di endocrino chirurgia, diretta da Gianlorenzo Dionigi il primo intervento in Europa di tiroidectomia transorale robotica su un giovane paziente per l'asportazione di un piccolo nodulo.

La tecnica chirurgica, sperimentata con successo dalla Divisione di chirurgia endocrina e mininvasiva dell'Università messinese su un giovane paziente per l'asportazione di un piccolo nodulo sospetto che nel tempo sarebbe potuto degenerare, è stata effettuata con l'impiego di un robot accanto a letto operatorio che ha guidato la mano dei chirurghi. Il funzionamento della sofisticata macchina è stato monitorato a distanza da Seoul, da alcuni chirurghi provenienti dalla Korea University con il professore Hoon Yub Kim, pioniere della **chirurgia robotica** della tiroide. Una volta collegato al corpo del paziente, attraverso una piccola incisione di un centimetro, nel vestibolo inferiore del cavo orale dietro il labbro inferiore, il robot è in grado di gui-

dare la mano del chirurgo fornendo un feedback video senza precedenti dall'interno dell'organismo, rendendolo ideale per una chirurgia del collo e in particolare della tiroide senza cicatrici.

La rivoluzionaria impresa è stata compiuta da un team di chirurghi, anestesisti ed endocrinologi dell'Università di Messina in sinergia con i colleghi coreani. Un risultato che nasce da un progetto importante e di valenza internazionale, reso possibile dalla perfetta integrazione di medici professionisti di altissimo livello del Policlinico tra i quali il professore Gianlorenzo Dionigi, da settembre direttore della divisione di chirurgia endocrina e mininvasiva dell'Università di Messina e il primo ad eseguire questo tipo di intervento in Europa, gli endocrinologi sotto la sapiente guida del professore Salvatore Cannavò, gli anestesisti diretti dal professore Epifanio Mondello, il direttore del dipartimento chirurgico Giuseppe Navarra e tutto il personale infermieristico del blocco operatorio del Policlinico. I vantaggi di questo tipo di chirurgia

senza cicatrici vengono rappresentati anche dalla assenza di complicanze della ferita chirurgica, quali soprattutto il cheloide, l'ipertrofia della cicatrice, i sieromi ed ematomi. I pazienti inoltre hanno un decorso operatorio più veloce, si alzano dal letto precocemente e sono in grado di alimentarsi e parlare a poche ore dall'intervento. Il robot è un'apparecchiatura a disposizione del Policlinico, già impiegata per interventi di chirurgia generale, oncologica ed urologica. La **chirurgia robotica** è indicata per i piccoli noduli tiroidei con diametro non superiore ai cinque centimetri, la diagnosi pre-operatoria di patologia benigna della tiroide o di un piccolo tumore, l'assenza di indicatori biochimici ed ecografici di tiroidite e se non vi sono segni clinici ed ecografici di linfadenopatia cervicale.

«Un importante riconoscimento europeo ed internazionale - ha commentato il professore Dionigi - per Messina, il Policlinico e la sua Università che hanno messo a disposizione tecnologie innovative, uniche in Italia per la chirurgia della tiroide». (*RISE*)



Gianlorenzo Dionigi



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CORRIERE DELLA SERA / NEUROSCIENZE



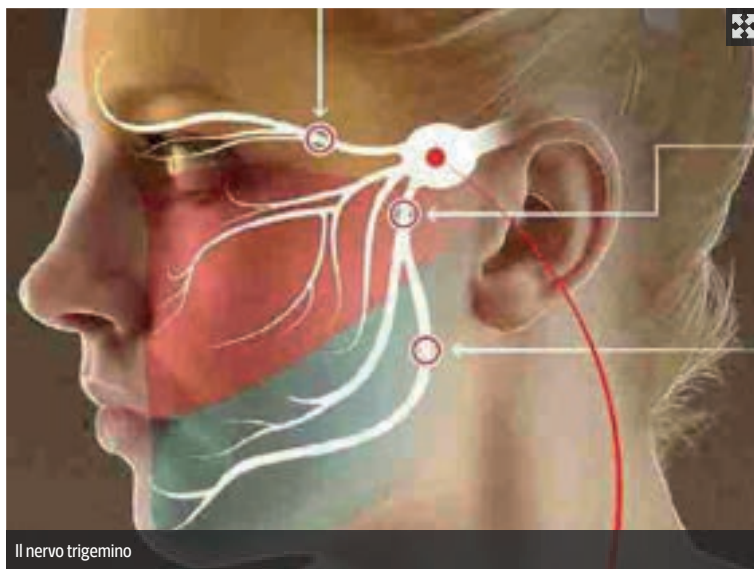
COLPISCE CIRCA 5 PERSONE OGNI 100MILA



Nervo trigemino, una nuova tecnica toglie il dolore senza incisioni

Uno studio del Centro Diagnostico Italiano mostra che la radiochirurgia con il bisturi 'cibernetico' **Cyberknife** elimina, in maniera assolutamente non invasiva, il dolore in 8 pazienti su 10 con nevralgia del trigemino, una patologia che provoca dolori invalidanti

di Redazione Salute



Il nervo trigemino

La nevralgia del nervo trigemino è una patologia che causa forti dolori al volto e che colpisce circa 5 persone ogni 100mila. Uno studio del Centro Diagnostico Italiano (Cdi), pubblicato sulla rivista *Neurosurgery*, mostra che la radiochirurgia eseguita con il bisturi "cibernetico" **Cyberknife** elimina il dolore nel 78,9% dei pazienti. Un trattamento che, rispetto alla chirurgia tradizionale, ha il vantaggio di non essere invasivo; la precisione submillimetrica del bisturi cibernetico consente infatti di trattare zone particolarmente sensibili come il volto, senza danneggiare i tessuti sani circostanti. Costituito da un acceleratore lineare montato su un braccio robotico, che può assumere oltre 1.500 posizioni differenti intorno al paziente

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

per arrivare anche là dove la chirurgia tradizionale è interdetta, il **Cyberknife**, oltre che per la cura del nervo trigemino, è utilizzato nel trattamento delle lesioni tumorali in vari distretti corporei tra cui il cervello, la colonna, la prostata, il fegato, il pancreas e il polmone.



Il **Cyberknife**

Il convegno

«Nel corso dello studio abbiamo trattato, utilizzando **Cyberknife**, 138 pazienti con nevralgia del nervo trigemino - spiega Pantaleo Romanelli, autore dello studio e direttore scientifico del Centro **Cyberknife** del Centro Diagnostico Italiano - . Il 93,5% ha registrato un miglioramento dopo circa tre settimane e il 78,9% non aveva più alcun dolore dopo sei mesi. Questi positivi risultati sono rimasti stabili dopo tre anni nel 76% dei pazienti. Si tratta di un riscontro davvero importante perché ottenuto con una tecnica non invasiva e quindi molto meno onerosa per il paziente». Alla radiochirurgia è stato dedicato il convegno "Frontiers of Radiosurgery", che si è tenuto proprio al Cdi di Milano. Oltre a Romanelli, tra i relatori del convegno c'erano Andres Lozano, professore e direttore del Dipartimento di neurochirurgia dell'Università di Toronto (Canada), che ha parlato di ultrasuoni focalizzati; Scott Soltys, professore di radio-oncologia alla Stanford University di Stanford (USA), che ha trattato dell'impiego di **Cyberknife** per le metastasi cerebrali; John Adler, professore di neurochirurgia alla Stanford University di Stanford (USA), che ha presentato un nuovo modello di **Cyberknife**; Shalom Kalnicki, professore di radio-oncologia all'Albert Einstein College of Medicine di New York (USA), che ha approfondito il tema del trattamento dei tumori cerebrali di ampie dimensioni.

La malattia

La nevralgia del trigemino è una sindrome dolorosa molto comune, che colpisce generalmente persone con più di 40 anni. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità ne soffrono circa 5 persone su 100mila e si registrano in Italia circa 3mila nuovi casi ogni anno. Il dolore si localizza in una o più branche del nervo trigemino, in corrispondenza dell'occhio, della mascella o della mandibola, e si manifesta con attacchi improvvisi, di breve durata ma estremamente intensi. Generalmente i pazienti lo descrivono come una scossa elettrica ma può presentare anche caratteristiche diverse, come sensazione di bruciore, intensa pressione o lacerazione. Gli episodi si verificano in modo imprevedibile e possono essere innescati dalla stimolazione sensoriale di regioni del viso o della bocca. Per esempio, radersi,

di Marco Cremonesi

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Protesi, Verona leader in Italia

Alla Clinica San Francesco cinque interventi al ginocchio con procedura robotica



Il Team prima di un intervento

Lo scorso mese di novembre va a giusta ragione considerato come uno dei momenti più importanti per la storia dell'Ortopedia e della Traumatologia in Italia. Per la prima volta nel nostro Paese, infatti, sono stati portati a termine ben cinque interventi di sostituzione protesica totale di ginocchio mediante procedura robotica. Un evento da considerare eccezionale, anche perché tutti gli interventi sono stati eseguiti presso la **Clinica San Francesco** di Verona dalla stessa Unità funzionale, quella guidata dal Dr. Piergiuseppe Perazzini. Per capire il valore non solo medico di queste operazioni, va innanzitutto spiegato che la chirurgia protesica totale di ginocchio robotizzata rappresenta di fatto la forma più avanzata ed innovativa del trattamento sostitutivo legato alla complessa articolazione. Il Dr. Perazzini, del resto, ha introdotto, già nel 2011 e

per primo in Europa proprio presso la Clinica San Francesco, la chirurgia ortopedica con tecnologia robotica – sviluppata negli Stati Uniti – attraverso interventi di protesi parziale di ginocchio e di anca. Grazie all'esperienza acquisita negli anni, la struttura, accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, ha sviluppato il Centro di Ortopedia Robotica Europeo (CORE), divenendo in questo modo un vero e proprio punto di riferimento anche per la formazione di chirurghi ortopedici che approcciano a tale specifica metodica. «Queste sostituzioni protesiche totali di ginocchio mediante procedura robotica – sottolinea il Dr. Piergiuseppe Perazzini – stanno a confermare il primato raggiunto non soltanto in Italia dalla Clinica San Francesco in materia di innovazione tecnologica ortopedica». Del resto già i numeri parlano da soli: nella struttura veronese sono infatti stati eseguiti 1.318 interventi di protesi parziale di ginocchio, 80 di protesi totale ginocchio e 536 di protesi d'anca, risultati che fanno dell'istituto veronese un centro leader a livello italiano ed europeo per questi tipi di procedure. La Clinica San Francesco è una struttura sanitaria privata polispecialistica autorizzata dalla Regione Veneto e accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale. Dispone in totale di 72 posti letto per ricovero e cura, di cui 70 sono accreditati con il SSN. Oltre ad essere polo di attrazione per patologie ortopediche, offre una gamma di prestazioni nell'ambito della Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oculistica, Urologia e Diagnostica Strumentale. Restando alla sostituzione protesica di ginocchio mediante procedura robotica, questa nuova metodica applicata consente di fatto di impiantare una protesi totale con una maggiore precisione ed un perfetto bilanciamento rispetto alla tecnica tradizionale. Questi tipi di elementi sono fondamentali per un più rapido recupero funzionale dell'articolazione e per la durata nel tempo dell'impianto stesso. Questo tipo d'intervento rappresenta insomma una straordinaria evoluzione della tecnica che impiega il sistema con braccio robotico Mako, già in uso presso la Clinica San Francesco, permettendo di utilizzare la robotizzazione nella quasi totalità dei casi di artrosi del ginocchio. «La possibilità di intervenire con tecniche sempre più precise, meno invasive e meno dolorose, rappresenta una sicurezza per il paziente e, al contempo, consente un più veloce ritorno alla vita familiare, lavorativa e sportiva». La Clinica offre questo intervento tra le molteplici prestazioni di chirurgia ortopedica già erogate dalla struttura. Info: www.clinicasanfrancesco.it



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Metti una console, una telecamera che riproduce l'immagine desiderata in 3D e quattro braccia robotiche in grado di eseguire manovre comandate, traducendo i movimenti del chirurgo durante un intervento in sala operatoria. Sono questi gli ingredienti del sistema robotico da Vinci, il mago della **chirurgia robotica** miniminvasiva. Che festeggia oggi un traguardo: il centesimo sistema installato in Italia. Al Policlinico Vittorio Emanuele di Catania (in Sicilia se ne contano tre in tutto).

Il da Vinci, prodotto da Intuitive Surgical Inc, non è la panacea per tutti i mali e non può essere usato in ogni situazione. E non sostituisce neppure il chirurgo, ma ne rappresenta un'estensione. Il medico diventa una specie di burattinaio raffinato che muove i "fili" del robot, ma da remoto, fuori dalla sala operatoria, grazie a una telecamera che restituisce un'immagine estremamente precisa. «Rispetto alla chirurgia laparoscopica tradizionale - spiega Giuseppe Morgia, direttore della Clinica urologica dell'università di Catania - questo sistema robotico ci restituisce una visione tridimensionale magnificata, aumentata fino a 10 volte rispetto alla normale visione del

Chirurgia

Il paese dei 100 robot

di SARA PERO

Tanti sono i Da Vinci in azione negli ospedali italiani. Eseguono i movimenti del medico con una precisione sovrumana

nostro occhio, con un'immagine ferma a garantire la possibilità di eseguire manovre più delicate e complesse».

Il robot consente inoltre di accedere con maggior facilità a vie anatomiche particolarmente difficili, e offre una maggiore precisione demolitiva nei confronti dei tumori, oltre che ridurre la degenza post-operatoria. Per questo la sua applicazione ha terreno fertile in molti campi della chirurgia - generale, toracica, trapiantologica - ma anche in altre specialità, come cardiocirurgia, urologia, ginecologia, otorinolaringoiatria.

Nel Policlinico catanese il da Vinci verrà impiegato anche per la formazione di giovani chirurghi altamente qualificati: «Si tratta di un investimento di grandissima portata. Si pensi, infatti, alle enormi potenzialità derivanti dal suo utilizzo - sottolinea Candeloro Bellantoni, direttore generale dell'ateneo - sia per la formazione dei nostri specializzandi, sia per la sperimentazione di avanzate tecniche chirurgiche. Senza contare poi la possibilità di istituire, tra un paio di anni, un corso in **chirurgia robotica**, che permetterà di trattenere i nostri studenti e di attrarre quelli di altri atenei».

Illustrazione: G. Scagnola / A3



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Neuralgia, studio Centro diagnostico italiano Bisturi cibernetico elimina il dolore nel 78,9% dei casi

Uno studio del Centro diagnostico italiano mostra che la radiochirurgia eseguita con **CyberKnife** elimina il dolore nel 78,9% dei pazienti affetti da neuralgia del nervo trigemino e presenta il vantaggio, rispetto alla chirurgia tradizionale, di non essere invasiva: infatti, i tessuti malati che provocano dolore sono distrutti attraverso radiazioni ionizzanti, invece di essere asportati chirurgicamente.

Si tratta di un importante progresso contro questa patologia che causa forti dolori nell'area del volto e che riguarda circa 5 persone ogni 100.000.

Lo strumento utilizzato per trattarla è **CyberKnife**, un bisturi "cibernetico", costituito da un acceleratore lineare montato su un braccio robotico, che può assumere oltre 1500 posizioni differenti intorno al paziente al fine di arrivare dove la chirurgia tradizionale è interdetta.

Il CDI, con oltre 10.000 pazienti

trattati negli ultimi 14 anni, è uno dei centri con la maggiore casistica mondiale nell'utilizzo di questa strumentazione.

"Nel corso dello studio al Centro Diagnostico Italiano abbiamo trattato, utilizzando **CyberKnife**, 138 pazienti con neuralgia del nervo trigemino.

Il 93,5% - spiega Pantaleo Romanelli, autore dello studio e direttore scientifico del Centro **CyberKnife** del Centro Diagnostico Italiano - ha registrato un miglioramento dopo circa tre settimane e il 78,9% non aveva più alcun dolore dopo sei mesi.

Questi positivi risultati sono rimasti stabili dopo tre anni nel 76% dei pazienti. Si tratta di un riscontro davvero importante perché ottenuto con una tecnica non invasiva e quindi molto meno onerosa per il paziente".

Lo studio è stato pubblicato dall'importante rivista scientifica internazionale *Neurosurgery*.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



L'INTERVISTA

La chirurgia robotica è eccellenza di Pisa

L'intervista

di **Valentina Lamsucci**

«**S**iamo qui per essere ma sembra di essere in vacanza». In la scritto un paziente su registro che da dicembre si trova nei nuovi locali dell'ospedale-degenza del Centro multidisciplinare di **chirurgia robotica** dell'Asp, l'attuale ospedale universitario pisano. Già: si può far il complesso che si possono fare interventi che si possono fare con la più moderna e costosa tecnologia al mondo, adesso anche con la possibilità di accogliere con posti letto di degenza pazienti da tutta la Toscana e oltre, se lo chiedono in tanti. E anche per questo in tanti vanno quotidianamente al lavoro dell'edificio moderno 30 A di Giurtole. Sia per farsi spiegare come funziona e poi esportare il modello pisano - sono venuti dall'Inghilterra e dalla Francia-continua - sia per imparare la professione di chirurgo robotica: giovani e meno giovani da tutto il mondo. Perché chi ha avuto la "visione" di un centro specializzato di **chirurgia robotica** a Pisa, in prima persona è Franca Meffi con il sostegno delle più importanti istituzioni - azienda ospedaliera pisana per prima, Regione e Università - lo ha fatto pensando al valore che una azienda rappresenta: formare chirurghi in tempi rapidi per eseguire interventi complessi ma sempre meno invasivi, più precisi e quindi efficaci.

Professoressa, che cos'è la chirurgia robotica?

«La definizione di **chirurgia robotica** è imprecisa e più corretto parlare di chirurgia computer assistita, ossia di chirurgia con il controllo e il comando da parte di un chirurgo che opera da remoto. Questo tipo di chirurgia ha vantaggi di questo tipo di chirurgia. Crescono assistiti vuol dire che abbiamo la possibilità, quando operiamo, di avere un'interfaccia computerizzata con gli strumenti chirurgici che crea i presupposti per una maggiore precisione ed eliminare quelle piccole difficoltà che fisiologicamente e umanamente un chirurgo può avere. Siamo abituati a mettere in ruolo i vantaggi di questa chirurgia relativamente ai piccoli tagli, alla minore traumaticità, a un'articolazione simile alla mano dell'uomo. Ma quello che la davvero la differenza è il fatto che noi possiamo avere una visione, possiamo avere una visione, possiamo avere più precisi».

Quale atteggiamento hanno i pazienti quando vengono a sapere che saranno operati con l'assistenza robotica?

«Sono ben a riscontro questa tipo di intervento soprattutto perché si esportano dalla **chirurgia robotica** la risoluzione del problema. Si aspettano che con



In sala operatoria con il robot Tutti vogliono Pisa

Intervista La dottoressa Franca Meffi con l'assistente Saccardi, Franca Meffi e a sin. la consule per gli interventi (Foto: Muzzi)



Il robot si posiziona rispetto uno macchina di chirurgia robotica.

Questo si è potuto applicare della robotica alla chirurgia?

«L'ambito di applicazione è ineluttabilmente cresciuto nel tempo. Quello di Pisa è stato uno dei primi centri in Europa a dotarsi di robot per la chirurgia che avevano cominciato a diffondersi negli Usa dal 1990. L'8-9 a Pisa che, il 26 febbraio 2002, è stato utilizzato per la prima volta per una resezione maggiore polmonare per tumore. L'indicazione

prevalentemente in ambito radio-oncologico. Oggi i robot sono utilizzati per tutte le chirurgie anche grazie alla possibilità di applicare i vantaggi agli interventi più complessi. Nel nostro caso, operiamo in chirurgia di 31 diverse specialità».

A dicembre il Centro ha inaugurato i locali della degenza riservata ai pazienti dell'area vasta nord-ovest. Un altro importante tassello di questa realtà?

«La degenza è la conclusione di un percorso iniziato nel 2010 che prevedeva la possibilità di

avere una uguale opportunità di cura su tutto il territorio dell'Area vasta Nord-Ovest (da Carrara all'Elba) rispondendo a un modello che ricorre spesso nella sanità, tranne che in quello della area. Modello di cui il Centro è stato, per certi versi, pioniere. Nel 2010 la Regione ci ha identificato come esempio, siamo partiti con la messa a disposizione delle macchine che avevano - 2, con 3 i robot "da Vinci" disponibili da noi - e tutti i professionisti dell'Asp Nord-Ovest che lo volevano usare per operare i propri pazienti dopo percorso di formazione. L'utilizzo delle strumentazioni ha portato alla necessità di spazi per i pazienti provenienti dall'area vasta: da qui il reparto di degenza».

Lo sguardo del centro pisano va però oltre l'area vasta, soprattutto nella dimensione della **chirurgia robotica.**

«Molte e attività di networking in tutta Europa sono ormai frequentatissimi. Siamo stati pionieri in questo settore e possiamo oggi mettere in campo 17 anni di esperienza».

A dicembre il 17 anni da quando hanno intrapreso la **chirurgia robotica in un ospedale oggi è un tassello di questa realtà? Cosa l'ha ispirato e motivato in questo percorso?**

«Credo che alla base di tutto ci sia la passione e la volontà di perseguire un progetto ambizioso se fosse per quegli anni. Ma il sogno certamente stati anche elementi di casualità. In un certo senso, ad arte di fortuna, oltre alla mentalità aperta di quanti mi hanno supportato. Quando ho cominciato con la **chirurgia robotica** era l'unica donna a frequentare quelle corsi. E mi piaceva lavorare era per il trapianto di polmone ed è questo che mi ha spinto ad andare all'estero. Poi è capitato che per i trapianti di polmone sia stato scelto l'ospedale di Siena e non quello di Pisa».

E che cosa è successo?

Nel centro pubblico di **chirurgia robotica di Franca Meffi operano 36 medici di 31 specialità**

«A Pisa è arrivato il primo sistema robotico, che dopo i primi impieghi per una serie di ricostituzioni era rimasto sotto cura aperta inattesa. In fu chiesto di cercare applicazioni in **chirurgia robotica** ed è iniziato questo percorso. Un percorso che ha chiesto di volta per volta un ruolo di eccellenza era l'interdisciplinarietà e ha cercato di

IL CURRICULUM

Carriera tra Pisa e il mondo

Franca Meffi, 59 anni, dal 2015 è direttore operativo del Centro multidisciplinare di **chirurgia robotica** e **chirurgia oncologica endoscopica** e oncologica dell'Asp e Area vasta Nord-Ovest della Regione. Il primario ha iniziato la sua "visione" di un centro di **chirurgia robotica** a Pisa che oggi esiste grazie a un'idea di eccellenza nata nel 2010 con direttore regionale e direttore politico toscano già nel 2002. La laurea in Medicina e Chirurgia a Pisa è del 1989 con una tesi su "L'impiego degli indici prognostici nella **chirurgia oncologica addominale**". Poi una borsa di studio internazionale, un corso post laurea specialistica di endoscopia oncologica in Francia, la specializzazione di nuovo a Pisa con lode in **chirurgia oncologica**. Nel 1997 diventa dirigente medico presso la **chirurgia oncologica** di Pisa. Si susseguono esperienze post-lauree e formative in realtà di eccellenza in Italia e all'estero. Dopo il 1999 l'esperienza in **chirurgia robotica** a Pisa con la nascita della **chirurgia robotica** a Pisa con lode in **chirurgia oncologica**. Nel 1997 diventa dirigente medico presso la **chirurgia oncologica** di Pisa. Si susseguono esperienze post-lauree e formative in realtà di eccellenza in Italia e all'estero. Dopo il 1999 l'esperienza in **chirurgia robotica** a Pisa con la nascita della **chirurgia robotica** a Pisa con lode in **chirurgia oncologica**. Nel 1997 diventa dirigente medico presso la **chirurgia oncologica** di Pisa. Si susseguono esperienze post-lauree e formative in realtà di eccellenza in Italia e all'estero.



I NUMERI

31 le specialità che per lo più vengono effettuati interventi di **chirurgia robotica** a Pisa. L'area vasta Nord-Ovest della Regione con 13 ospedali "da Vinci" (Fonte: Ospedale di Pisa, 2018)

1200 le visite chirurgiche all'anno (Fonte: Ospedale di Pisa, 2018)

collegare altri colleghi, ma sono rimaste in pochi e continuiamo. Devo dire però che ho avuto direttori generali ma anche la Regione, con l'altra attenzione alla sanità, oggi presidente. Franco Bossi, che hanno condotto il progetto. Le difficoltà di questo stato ma anche la fortuna di aver avuto direttori che non mi hanno ostacolato e il supporto di un gruppo di infermieri eccellenti: siamo cresciuti insieme e anche grazie a loro il centro è diventato quello di oggi. Quando abbiamo cominciato ad applicare la robotica alla **chirurgia robotica** e invece ho fatto, traslando in questo ambito le esperienze e le professionalità acquisite con la **chirurgia tradizionale** si può dire che il libro è abbastanza ricco».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Codice abbonamento: 134797



Tuttosalute Quanti vantaggi con il robot in sala operatoria

VALENTINA ARCOVIO P.40



Dalla prostata al pancreas e al colon retto: si allargano le applicazioni delle piattaforme digitali che sostituiscono le mani dello specialista. E così i tempi di recupero dei pazienti si riducono

INTERVENTI SEMPRE PIÙ PRECISI E MINI-INVASIVI

Tre braccia robotiche in sala operatoria

A Grosseto è nata la prima scuola in Europa che addestra i chirurghi a interagire con le macchine

VALENTINA ARCOVIO

Il futuro della chirurgia è nei robot e nei medici che sapranno guidarli. La rivoluzione è già iniziata e uno dei suoi punti caldi si trova, a sorpresa, in una piccola città, a Grosseto. Nell'ospedale «Misericordia». Qui è nata anche la prima scuola italiana ed europea in cui scienziati di tutto il mondo imparano a lavorare in sala operatoria proprio con i robot.

«La nostra è una realtà atipica: un piccolo centro dove si è iniziato a operare con i robot 16 anni fa», racconta Paolo Pietro Bianchi, responsabile della chirurgia generale dell'ospedale e direttore dell'«International School of Robotic Surgery». «Si è iniziato con il primo modello del sistema robotico «Da Vinci» e da un anno e mezzo - aggiunge - lavoriamo con la sua ultima versione, il «Da Vinci Xi»».

Manovre a distanza

Queste macchine sono lontanissime dall'idea fantascientifica di androidi con il bisturi. In realtà la componente umana resta fondamentale. «La robotica è un'evoluzione

della tecnologia della laparoscopia: è mini-invasiva e non si agisce con le proprie mani, ma manovrando un robot a distanza - spiega Bianchi -. C'è una piattaforma digitale e informatica che offre una visione virtuale e consente di effettuare interventi con strumenti che si muovono con maggiore precisione. In pratica il medico ha di fronte una «console» computerizzata, con la quale trasmette istantaneamente il movimento delle mani alle braccia robotiche. A queste vengono fissati gli strumenti chirurgici, quali pinze, forbici e dissestori».

Si tratta di un approccio tecnologicamente avanzato che porta innumerevoli benefici pre-, intra- e anche post-operatori, sia per il paziente sia clinici. Un sistema come «Da Vinci» permette gesti più precisi, un minore sanguinamento e rischi di infezione più bassi, oltre a tempi di degenza e recupero inferiori. E si allarga anche la rosa degli interventi.

«Per molto tempo la chirurgia robotica è stata appannaggio degli urologi - dice Bianchi

- . L'asportazione della prostata con il robot permette di conservare i nervi e di fare suture di alta precisione». Ma ora l'approccio si rivela vantaggioso per tutti gli interventi in spazi ristretti. «Come il retto. Anche la più piccola struttura anatomica viene ingrandita e, grazie alle tre braccia robotiche, si compiono movimenti accurati».

Tanta memoria in più

Ora i robot rivoluzionano anche la chirurgia digestiva, segnando una svolta che si riteneva impossibile solo qualche anno fa. «Sono stati migliorati gli interventi al pancreas, al tratto digestivo superiore e anche al colon-retto e in questo campo siamo i primi in Europa». E non si è che all'inizio. Molti colossi hanno iniziato a investire nel settore. Google e Johnson & Johnson, prima di tutto, che potrebbero portare presto le loro creature in sala operatoria. «Dalle macchine di nuova generazione - aggiunge Bianchi - ci aspettiamo tantissima memoria in più: così sarà possibile archiviare un numero maggiore di interventi, sui quali poi so-

vrapporre le immagini della Tac o della risonanza magnetica dei pazienti da operare di volta in volta».

Intanto anche la formazione dei chirurghi sta cambiando. «Se prima si imparava osservando il chirurgo esperto lavorare in sala operatoria, ora si sfruttano i simulatori virtuali che, come giochi virtuali, permettono di esercitarsi all'infinito e ottenere i relativi punteggi. Ma l'aspetto più innovativo - continua - è la doppia «console» in sala operatoria, proprio come nei simulatori delle cabine di pilotaggio dei jet. L'allievo opera e allo stesso tempo il chirurgo-maestro può riprendere in mano i comandi in qualunque momento».

Curva di apprendimento

Una volta addestrati, sarà difficile distinguere il lavoro di un chirurgo «di lungo corso» da un giovane che è soltanto agli inizi. «La robotica, infatti, permetterà di ridurre la curva di apprendimento, consentendo così di aumentare il numero di interventi più complessi. Eseguiti, questi, con tecniche sempre più mini-invasive». —

LA STAMPA



Quotidiano

Data 17-05-2018

Pagina 1+37+0

Foglio 2 / 2

3

Sono le componenti principali del sistema da Vinci XI HD: la console chirurgica, il carrello-paziente e il carrello-visione. Nel visore stereo le punte degli strumenti si allineano con le mani del chirurgo che impugnano i manipolatori

360°

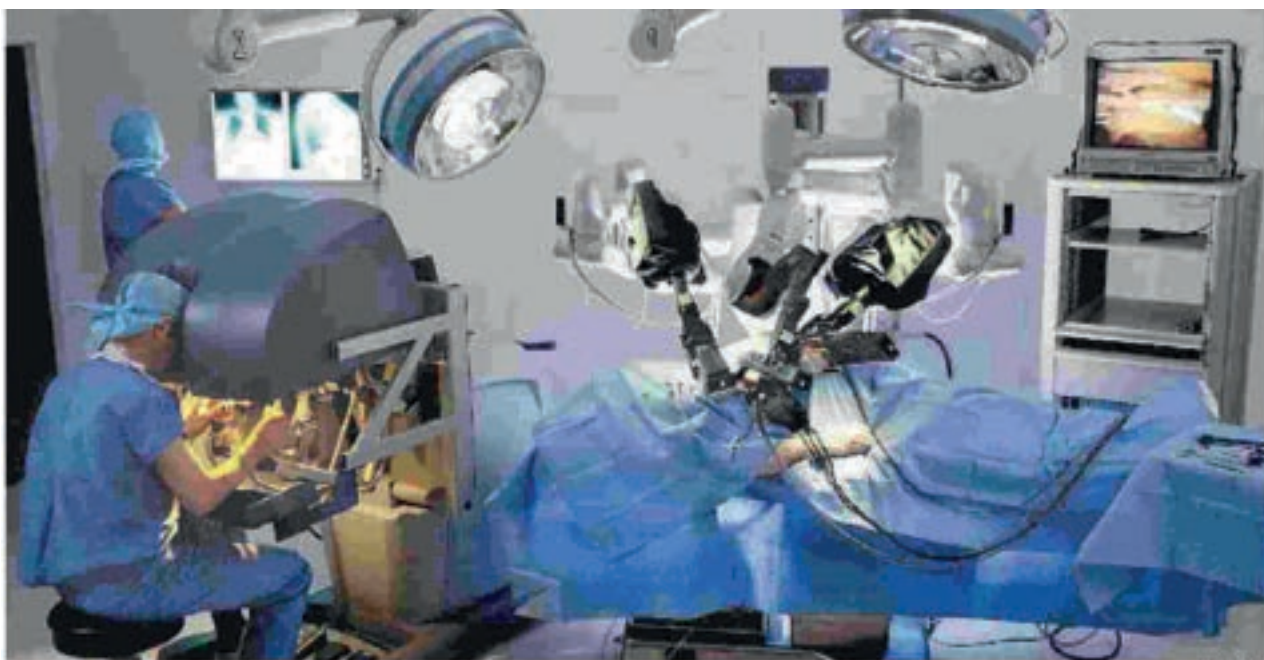
È la libertà di movimento garantita dai sette assi degli strumenti robotici: questi comprendono porta-ago, forbici cauterizzate e a freddo, pinze da presa e dissectori bipolari di diverse tipologie

24

Sono i pollici del monitor «touch-screen» dell'unità di processamento dell'immagine. Il sistema comprende anche un sistema video ad alta definizione (full HD)



Paolo Pietro Bianchi guida l'International School of Robotic Surgery



La sala operatoria del XXI secolo: al lavoro il sistema Da Vinci guidato dall'uomo

LEZPHOTO

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Urologia pediatrica d'avanguardia ad Ancona, dopo un intervento su un paziente di 4 anni



16/05/2018 - L'Ospedale di Torrette si dimostra eccellenza Hi Tech dopo un importante risultato eseguito all'Ospedale regionale di Torrette grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie e alla collaborazione multidisciplinare tra la Clinica di Chirurgia Pediatrica diretta dal Prof. Ascanio Martino e la Clinica Urologica diretta dal Prof. Andrea Galosi.

Le due equipe hanno portato a termine un intervento mai eseguito presso l'Ospedale Regionale e che vanta pochissimi casi simili a livello internazionale, primo caso eseguito in paziente in età pediatrica. Il giovane paziente di 4 anni era infatti affetto da una malattia congenita del rene che impediva la corretta eliminazione dell'urina dallo stesso, con dolori tipo colica, complicato dalla presenza di molteplici calcoli. L'equipe pediatrica composta dal Prof Cobellis e dal Dott. Torino ha eseguito l'intervento di correzione chirurgica videolaparoscopica Robot assistita con il Robot Da Vinci, di cui è dotato l'Ospedale Regionale, metodica già consolidata a livello nazionale. Durante l'intervento è subentrata l'equipe urologica composta dal Prof Galosi e dal Dott. Tiroli che ha eseguito frammentazione laser dei calcoli presenti all'interno del rene grazie all'utilizzo di ureterorenoscopi digitali flessibili di ultima generazione introdotti attraverso lo stesso accesso chirurgico utilizzato dai Chirurghi Pediatri, evitando al giovane un ulteriore intervento chirurgico. Questo tipo di intervento ha permesso di risolvere simultaneamente entrambe le problematiche (malformazione renale congenita e calcolosi renale secondaria) che non sarebbero potute essere trattate in un singolo intervento con le metodiche tradizionali. L'importante risultato ottenuto sarà illustrato venerdì 18 maggio, alla Loggia dei Mercanti, in occasione del XIX Meeting della Sezione di Chirurgia Mini-invasiva della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica, organizzato dal Prof- Ascanio Martino, Presidente della Società e Direttore della Chirurgia Pediatrica degli Ospedali Riuniti di Ancona e verrà anche illustrato nella sessione video del Congresso Italiano di Endourologia (IEA ESUT) in programma a Modena il 24-26 maggio.

di Redazione

Questo è un articolo pubblicato il 16-05-2018 alle 19:06 sul giornale del 17 maggio 2018 - 666 letture

In questo articolo si parla di attualità, articolo



L'indirizzo breve è <https://vivere.biz/aUCA>

Commenti

Please enable JavaScript to view the comments powered by Disqus.



Federagenti scrive alla Regione: "Il tratto autostradale tra Senigallia - Ancona Nord pericolosissimo"
Urologia pediatrica d'avanguardia ad Ancona, dopo un intervento su un paziente di 4 anni
Nuovi licenziamenti per la Fedex e Tnt. E' sciopero ad Ancona. Cgil: "Siamo alla svendita dei lavoratori"
Asfaltature: appaltati i lavori, presto i cantieri. Mancinelli: "Noi procediamo come da programma"
Nuova emergenza in mare. Elicottero della Guardia Costiera soccorre passeggero a bordo di una nave
» altri articoli...

SANITÀ **San Martino,** **40 interventi** **per il robot** **chirurgo**

«IL ROBOT ha la precisione, non si stanca e non trema. E questi sono tre vantaggi molto importanti anche se quella rimane una macchina e serve sempre la mente dell'uomo, le indicazioni cliniche, l'efficacia del team. Nessuna macchina, per quanto intelligente, è in grado di sostituire il cervello umano». Angelo Gratarola, direttore unità operativa di anestesia e rianimazione del San Martino, spiega così le potenzialità di Da Vinci, robot utilizzato per le operazioni chirurgiche e che, da fine gennaio ha già eseguito una quarantina di interventi. «Il robot è molto meno invasivo, sia rispetto alla mano dell'uomo che alla stessa laparoscopia - spiega Gratarola - Esiste però un problema di maggior costi rispetto un intervento tradizionale e, per abbassarli, la Liguria ha pensato di fare sistema attorno al San Martino». Per questo motivo è nato un progetto che permetterà di trasformare il policlinico in un «Hub» al quale potranno fare riferimento le altre strutture sanitarie liguri. «Il robot potrà essere utilizzato dalle professionalità di tutta la Liguria che potranno venire al San Martino a fare i propri interventi, segno di una crescita anche organizzativa del nostro sistema sanitario», spiega la vicepresidente e assessore alla sanità della Regione Liguria, Sonia Viale.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Bambini chirurghi per un giorno

Alla Clinica Fornaca, i bambini sono diventati chirurghi per un giorno guidando Da Vinci, robot appena acquistato dalla struttura che, per l'evento, stringeva pennelli al posto dei bisturi. «L'obiettivo - dice il direttore generale, Margherita Patti - era fare passare la paura dell'ospedale»



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Panorama / Panorama d'Italia / Reggio Emilia e Piacenza / Dalla robotica alla moda, tutte le eccellenze reggiane

Dalla robotica alla moda, tutte le eccellenze reggiane

Gli imprenditori presenti al dibattito di Panorama d'Italia raccontano della crescita ma lamentano carenze infrastrutturali e di manodopera specializzata



Chiara Raiola - 25 maggio 2018

Una posizione geografica strategica, un territorio forte in tanti settori: in quello della meccatronica (ovvero il connubio tra meccanica ed elettronica), del food, dell'industria alimentare, della moda, della robotica. È un quadro molto positivo quello che emerge dal dibattito "Reggio Emilia dà il meglio" e gli ospiti di **Panorama d'Italia** raccontano di una provincia ricca di **aziende eccellenti**, ma lamentano una carenza infrastrutturale cronica oltre che la mancanza di personale qualificato.

Un tessuto economico forte

"Il tessuto economico di Reggio Emilia ha saputo reagire alla crisi - sottolinea **Mauro Severi**, presidente **Unindustria Reggio Emilia** - Oggi la disoccupazione è al 4,9% e l'occupazione al 68%.



Fotografie stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Abbiamo fatto innovazione ed esportato mediamente il 60% di ciò che abbiamo prodotto. Certo, le restrizioni annunciate dal presidente americano ci preoccupano non poco. L'Europa si deve imporre".

Tante eccellenze che il mondo ci invidia

La straordinaria capacità di guardare al mondo la spiega bene **Lorenzo Pinetti**, presidente sezione Reggio Emilia **Parmigiano Reggiano**. "Siamo un consorzio di aziende delle province di Reggio, Modena, Parma e parzialmente di Mantova e di Bologna, governiamo un prodotto tipico di questa zona con quasi mille anni di storia. Fino a 50 anni fa il parmigiano veniva consumato nelle nostre province, oggi il 39% viene esportato soprattutto in Francia, in Germania, in Inghilterra, in Canada e negli Stati Uniti. Siamo passati da 1 milione e 500 mila forme a **3 milioni e 650 mila forme, conservando l'approccio artigianale grazie all'innovazione tecnologica**".

E proprio quest'aspetto viene sottolineato da **Alessandro Maggi**, direttore generale **Officine Ortopediche Rizzoli**, quando parla della sua azienda conosciuta in tutto il mondo: "Abbiamo 120 anni di storia, il corpo umano è rimasto più o meno uguale, ma le esigenze sono cambiate. Oggi alle protesi si chiede molto: correre, giocare a tennis, nuotare. Deve essere anche esteticamente bella, da esibire. Oggi la si può perfino stampare a casa in 3D. Il primo mercato sono gli Stati Uniti. Lavoriamo con 170 ospedali in Italia. **Ogni anno facciamo 24 mila prestazioni e siamo parte integrante in tutti i percorsi di riabilitazione degli ospedali**".

Se Officine Ortopediche Rizzoli ha cura della persona e della sua mobilità, Iren, un'altra eccellenza reggiana, ha invece l'ambiente come core business: "Lo tuteliamo, cercando di essere i migliori - esordisce il vice presidente **Ettore Rocchi** - **Iren** è un'azienda multiservizi del nostro territorio ma anche di Torino e di parte della Liguria: **in 95 comuni forniamo gas, acqua, ci occupiamo di igiene urbana e del riciclo dei rifiuti e fatturiamo 3,8 miliardi di euro**. Noi reggiani abbiamo dato una traccia che è stata di traino per tutta l'azienda. Crediamo fortemente nella responsabilità sociale d'impresa che sviluppiamo attraverso i comitati territoriali nati per raccogliere le istanze delle associazioni dei cittadini".

Le eccellenze sul palco di Panorama d'Italia sono molte. Ci sono anche **Stampotecnica**: "Siamo una settantina di persone fortemente orientate allo sviluppo dei prodotti in materiale plastico", spiegano. Gli fa eco **Errevi System**: "Siamo nati 21 anni fa nel settore ITC, stiamo continuando a crescere utilizzando la leva dell'innovazione".

Le eccellenze di Reggio Emilia tra storia, tradizione e futuro



L'importanza dell'innovazione tecnologica

Ed è da **Ibm Italia** che arriva il monito a seguire con maggiore impegno la strada della trasformazione digitale: "Nel nostro Paese c'è ancora molto da fare - sottolinea **Alessandro Ferrari**, responsabile delle relazioni esterne - I dati Istat dicono che il 63% delle aziende si mostra indifferente sul tema, il 22% sensibile ma non ne coglie le opportunità, solo il 3% l'ha realizzata. A Reggio la situazione è decisamente migliore, qui hanno capito che la **trasformazione digitale** è essenziale per essere competitivi".

Il Parmigiano Reggiano, "un'eccellenza con più di mille anni di storia"



Maggi: "Protesi per l'uomo del terzo millennio, grazie all'innovazione"



Lo sviluppo del territorio passa per la logistica

Quello che manca alla provincia di Reggio Emilia sono le infrastrutture che le permetterebbero collegamenti fondamentali con la Germania, ma anche con i porti di Ravenna o di Livorno e di La Spezia. Perché sempre più le **merci** vengono trasportate attraverso le **autostrade del mare**. Lo racconta nel dettaglio **Marcello Di Caterina**, direttore generale **Alis**: "Le linee di cabotaggio nazionali sono sempre più sviluppate e questo territorio diventa strategico per uno sviluppo ulteriore di tutto il sistema logistico".

Non si deve mai smettere di studiare

Ma non basta. Gli imprenditori presenti hanno tutti sottolineato la carenza di manodopera specializzata. Per questo, ha sottolineato **Elio Pariota**, direttore generale dell'**Università Telematica Pegaso**, "non bisogna mai smettere di studiare, di approfondire. Con i mezzi digitali, certo, ma anche con quelli tradizionali: "Abbiamo adottato un libro di testo nel quale vengono trattati i temi etici per stimolare un dibattito sulla cittadinanza attiva. L'**università deve essere inclusiva**, aperta ai territori e aumentare il livello di coscienza critica".

© Riproduzione Riservata

Commenti

Salute

La rivoluzione nelle protesi per anca e ginocchio arriva dalla robotica

In Italia 12 postazioni e già 4.500 interventi effettuati con il robot Mako

REDAZIONE SD&LM

LUNEDÌ 7 MAGGIO 2018



Chirurgia robotica (MASTER VIDEO | SHUTTERSTOCK.COM)

ROMA - Tra le moderne innovazioni della medicina, la robotica costituisce una di quelle tecnologicamente più avanzate e l'Italia si è distinta in questo settore. Negli ultimi anni, i due ospedali pionieristici della robotica ortopedica sono stati la casa di cura San Francesco di Verona e il Policlinico di Abano Terme (Padova).

Più precisione

Se ne è parlato a San Marino in occasione di un evento organizzato da Tiss'You, primo polo partner della sanità pubblica in quest'area, riservato a più di 500 selezionati addetti ai lavori, imprenditori e politici. Il Sistema Mako, una piattaforma robotica ad alta tecnologia per la chirurgia protesica in ortopedia allo stato attuale è l'unico sistema robotico per la chirurgia protesica articolare totale d'anca, parziale di ginocchio e totale di ginocchio. «Il presupposto scientifico è che i parametri di precisione con cui la robotica impianta una protesi non siano paragonabili alla semplice visione oculare del chirurgo – ha spiegato Patrizio Caldora, primario dell'Ospedale pubblico San Donato di Arezzo e consulente scientifico del progetto Tiss'you – un chirurgo molto esperto, ossia

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



uno che fa oltre 200 protesi ogni anno, ottiene senza dubbio buoni risultati, in linea con la letteratura mondiale; ma la robotica può dare un valore aggiunto, consistente in una precisione notevolmente superiore, non solo sotto il profilo millimetrico come profondità rispetto all'osso, ma anche per quanto riguarda le cosiddette versioni, ossia le rotazioni su un piano assiale di un'anca; la robotica, infatti, consente sia una più precisa centratura nello spazio delle componenti protesiche, che una più ampia cinematica della protesi».

La diffusione di Mako

In 20 Paesi sono state create 490 postazioni Robotiche Mako per la **chirurgia robotica** articolare di anca e ginocchio. In Italia vi sono 12 di queste postazioni. Negli ultimi 11 anni, nel mondo sono state eseguite 125.000 procedure chirurgiche di protesi totale di anca e parziale di ginocchio, di cui 42.000 solo nel 2017. La protesi totale di ginocchio, introdotta un anno fa, è stata già eseguita nel mondo su 16.000 pazienti. In Italia, primo paese europeo in cui si è installata la robotica, gli interventi complessivi eseguiti con il robot sono 4.500 su oltre 220.000 interventi all'anno, rappresentando ancora oggi una tecnologia di avanguardia poco diffusa.

Più notizie

[Scopri DiariodelWeb.it - Salute](#)

[Seguici su Facebook e rimani aggiornato](#)

ARGOMENTI TRATTATI NELL'ARTICOLO:

· Italia · Salute · **Chirurgia robotica** · Protesi · Ginocchio

LA STORIA

Erika, pugile paralimpica torna sul ring con una colletta

Nino Materi a pagina 4

LA STORIA

Le rubano la protesi Erika torna sul ring grazie a una colletta

*Dopo un appello sui social gara di solidarietà
La pugile paralimpica aiutata dagli amici*

Nino Materi

■ Erika Novarria è abituata a prenderli. Ma anche a darli. I cazzotti. È infatti una boxeur. Insomma, un pugile donna. L'ex presidentessa Boldrini o la ministra Fedeli direbbero «pugilessa». Ma la cosa non farebbe piacere a Erika, abituata a mettere ko il femminismo lesbiciale con lo stesso senso dell'umorismo con cui ha affrontato il destino, che qualche tempo fa aveva provato a stenderla con un uppercut. Una storia da «bordo ring» esistenziale. Protagonista, lei: Erika Novarria, atleta paralimpica di boxe.

Tutto inizia nella notte tra l'1 e il 2 maggio quando la giovane 27enne milanese subisce il

furto della propria auto, ma soprattutto della protesi ortopedica custodita nel bagagliaio della macchina. Seguono nei giorni successivi appelli social perché alla ragazza venga riconsegnato l'arto protesico con cui si allena. Nessun ritrovamento ma tanta solidarietà. Un passaparola nato sul web, che ha portato a un doppio risultato: una colletta nata spontaneamente in rete e la disponibilità dell'azienda bolognese Officine Ortopediche Rizzoli (già fornitrice della protesi quotidianamente impiegata da Erika). Risultato: il sogno Erika di tornare ad allenarsi è diventato realtà. Anche se lei, di «combattere», non ha mai smesso. Neppure quando il mondo sembrava crollarle addosso. La boxeur ha permesso di rimuovere le

macere del destino e risollevarla la testa.

«Questo furto è stato per me un vero dolore - spiega l'atleta - perché è come essere stata privata della mia libertà e autonomia. Significa interrompere i miei allenamenti e quindi mettere in stand by la mia vita che ruota attorno alla boxe. Rimpiazzare la protesi? Non è scontato come sembra: un arto appositamente pensato, progettato e realizzato su di me non è sostituibile in tempi rapidi. Implica riadattarsi e questo richiede tempo».

Per celebrare il suo prossimo ritorno sul ring, martedì scorso presso la filiale milanese di Officine Ortopediche Rizzoli, è avvenuta la consegna ufficiale della nuova protesi (copiata perfetta di quella rubata).

«Officine Ortopediche Rizzoli - dichiara Alessandro Maggi, direttore generale della nota azienda bolognese - ha come propria mission quella di ideare soluzioni protesiche performanti che si adattino a qualunque tipo di attività, dalla routine quotidiana all'esercizio della pratica sportiva anche a livelli agonistici. Per noi è importante che la persona trovi nelle nostre protesi un valido alleato per un ritorno alla propria autonomia e indipendenza. Consideriamo Erika una nostra ambasciatrice, pertanto è sembrato naturale supportarla contribuendo al suo ritorno in gara più rapidamente possibile».

Da vera combattente qual è, la boxeur milanese sarà presto di nuovo in gara, agguerrita più che mai a prendere a pugni la vita. Auguri Erika, appuntamento al prossimo round.

TECNOLOGIA

«Rimpiazzare l'arto non è stato semplice: è pensato per fare questo sport»

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



L'APPELLO
Tutto inizia nella notte tra l'1 e il 2 maggio quando la giovane 27enne milanese subisce il furto della propria auto e della protesi custodita nel bagagliaio. L'appello sui social non convince i ladri a rendere l'auto ma scatena una gara di solidarietà

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Solo il 3% della popolazione adulta viene colpita. Ecco cosa fare

TUMORE AL RENE

di Paolo Emiliozzi

I tumori del rene costituiscono il 3% dei tumori nell'adulto. Nel bambino il tumore più frequente è il tumore di Wilms, che incide per il 6% di tutti i tumori dell'infanzia. I tumori del rene sono più diffusi nei paesi occidentali. Il fumo è un fattore di rischio riconosciuto. Altri fattori di rischio includono l'abuso di anti-infiammatori contenenti fenacetina e la ialisi. La familiarità ed una rara sindrome congenita (von Hippel-Lindau) comportano anch'essi un' aumentata incidenza. Il picco di incidenza si ha fra i 50 ed i 70 anni. Il tumore prevale nel sesso maschile con un rapporto di 2:1 rispetto al femminile. Circa l'85% dei tumori renali sono tumori a cellule renali. Una parte minore è costituita da carcinoma uroteliale, della stessa natura di quello vescicale, con neoplasie che originano non dai tessuti



PAOLO EMILIOZZI

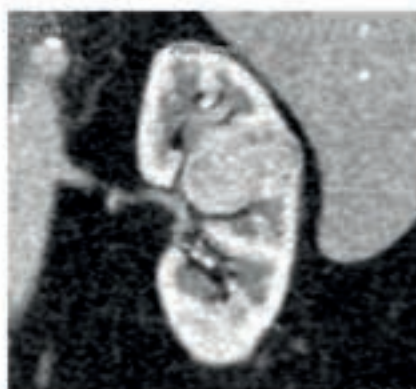
Dirigente Medico dell'unità di Urologia dell'Ospedale San Giovanni di Roma. Si occupa di chirurgia urologica oncologica, endoscopica, laparoscopica, robotica, ricostruttiva. Urologo consulente del Vaticano, del comando generale dell'Arma dei Carabinieri e del Reggimento dei Corazzieri. Docente a contratto dell'Università Cattolica di Roma

solidi del parenchima renale, ma dalla mucosa uroteliale che ricopre le vie urinarie. Tali tumori tendono a crescere nelle cavità escrettrici urinarie e si associano nel 50% dei casi a tumori della vescica. I sarcomi costituiscono meno dell'1% dei tumori renali. Il primo sintomo di solito è l'ematuria (la presenza di sangue nelle urine). Altri sintomi meno specifici possono essere un senso di peso al fianco,

febbre, ipertensione. In forme più avanzate ci possono essere affaticabilità, edema agli arti inferiori. L'insorgenza improvvisa di un varicocele significativo (dilatazione delle vene del testicolo) nell'adulto deve sempre essere indagata con una ecografia renale, soprattutto se dal lato destro.

LE PRIME DIAGNOSI

Nell'era della diffusione degli esami strumentali non invasivi, è frequente la diagnosi incidentale di tumore renale in corso di ecografia o TAC addominali. Di solito la prima indagine nel sospetto di un cancro renale è un'ecografia renale. Tuttavia gli esami principali per il carcinoma renale sono la TAC addomino pelvica e la Risonanza Magnetica, che consentono di valutare con precisione la sede, le dimensioni del processo, e l'eventuale estensione del tumore ad altre strutture. Poiché il tumore renale può metastatizzare al polmone e al cervello, è utile estendere l'esame TAC al torace e



APR 18 ACQUA&SAPONE 93

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

SALUTE

Un'operazione realizzata con l'aiuto del robot



"Non è sempre necessario asportare completamente il rene"

al cranio. Nel sospetto di metastasi ossee, piuttosto tardive, si può eseguire una scintigrafia ossea. A volte un tumore del rene può assumere un aspetto pseudocistico, con aree a contenuto liquido. Poiché le cisti renali semplici sono una patologia benigna e molto diffusa, non sempre è facile la diagnosi differenziale. Cisti con parete ispessite, con tralci, con crescita di tessuto all'interno, o con calcificazioni, debbono far sospettare la possibilità di un tumore cistico, soprattutto se tendono a crescere nel tempo in maniera significativa e meritano una esplorazione chirurgica.

TRATTAMENTI

Il trattamento standard del carcinoma renale localizzato è la nefrectomia (l'asportazione chirurgica del rene). La nefrectomia può essere effettuata con una incisione a cielo aperto o in laparoscopia. La laparoscopia consiste nella distensione con CO2 dell'addome o del retroperitoneo, nell'introduzione di una telecamera, che permette di operare all'interno dell'organismo mediante strumenti miniaturizzati introdotti attraverso piccoli fori (porte) nella parete addominale.

Nel 2006 le linee guida dell'European Association of Urology consigliano l'intervento laparoscopico per la nefrectomia, per il trauma minore alla migliore ripresa postoperatoria. I risultati oncologici a 20 anni della nefrectomia laparoscopica sono comparabili a quelli dell'intervento a cielo aperto.

Anche quando il tumore si spinge dentro la vena cava, se la parete della vena non è infiltrata dalla malattia, la possibilità di guarigione è alta.

ASPORTO SÌ O NO?

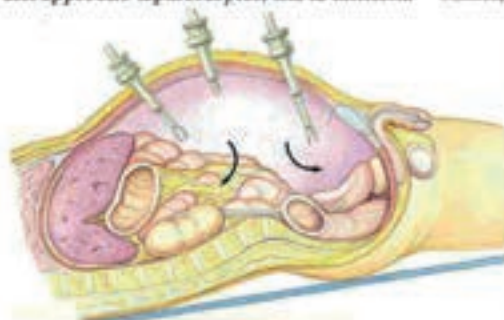
In genere, quando il rene supestitile è sano, i pazienti sottoposti a nefrectomia conducono una vita perfettamente normale. Tuttavia, non è sempre necessario asportare completamente il rene. Per tumori fino a 4-7 cm, periferici, che non interessino le strutture vitali vascolari della porzione centrale del rene, è possibile asportare solo il tumore con un sottile strato (da 1 a 5 mm) di tessuto sano adiacente. I vasi sanguigni che irrorano il rene, in particolare l'arteria, possono essere temporaneamente clampati (occlusi), per evitare perdite cospicue di sangue durante la rimozione del tumore. In base all'esperienza del chirurgo, si possono eseguire interventi "clampless", ovvero senza chiudere provvisoriamente i vasi. Sebbene questo approccio possa comportare un moderato aumento del sanguinamento, il rene non ha alcuna sofferenza perché l'afflusso di sangue viene mantenuto. Si stima che circa il 45% dei tumori del rene possa essere sottoposto a nefrectomia parziale, risparmiando il rene. Questo grazie alla diffusione di indagini radiologiche che consentono di scoprire il tumore in fase ancora non avanzata. La nefrectomia parziale ha mostrato risultati sovrapponibili alla nefrectomia radicale in studi in cui i pazienti operati sono stati seguiti fino a 18 anni (quindi il risparmio del rene non inficia l'efficacia del trattamento del tumore). Anche in questo caso l'intervento di nefrectomia parziale può essere effettuato con approccio laparoscopico, ma la difficoltà

tecnica consiglia che la nefrectomia radicale laparoscopica venga eseguita in centri con buona esperienza di laparoscopia urologica.

L'USO DEI ROBOT

Nell'ultimo decennio, l'introduzione della laparoscopia robot-assistita (nefrectomia parziale robotica) consente di eseguire la nefrectomia parziale con minore perdita ematica e minore ischemia renale. L'uso del robot consente al chirurgo, in modalità mini-invasiva, ampia manovrabilità nel campo operatorio, una visione tridimensionale, una riduzione dei movimenti intracorporei con rapporto 6:1. Per piccoli tumori periferici in pazienti anziani o ad alto rischio, è stato proposto il trattamento con crioterapia o radiofrequenza. Si tratta di piccole sonde che vengono applicate attraverso la cute, oppure in laparoscopia. Mediante la sonda, la lesione tumorale viene raffreddata fino alla cristallizzazione o danneggiata con onde elettromagnetiche.

Sebbene poco invasive, queste tecniche non sono da considerare lo standard di trattamento. Piccoli tumori nei pazienti anziani possono essere sottoposti a semplice sorveglianza, per la relativa lenta crescita di molti tumori del rene. Dopo nefrectomia per carcinoma renale non metastatico, la sopravvivenza a 5 anni è dell'85%. Circa il 20% dei pazienti sottoposti a nefrectomia radicale svilupperanno una recidiva locale o una metastasi. Circa il 25% dei pazienti si presenta alla diagnosi con metastasi a distanza. Alcuni studi hanno dimostrato che per pazienti in buona forma con malattia metastatica, senza sintomi, la nefrectomia seguita da immunoterapia è il migliore approccio. Tuttavia, nonostante il prolungamento di sopravvivenza anche di 3-5 anni, ottenuto grazie anche a farmaci di ultima generazione, la prognosi in questi pazienti resta spesso infausta. In casi selezionati di metastasi singola e resecabile può essere proposta la nefrectomia in combinazione con l'asportazione chirurgica della metastasi.





SPECIALE SALUTE E BENESSERE

A CURA DI A. MANZONI & C.

CHIRURGIA ROBOTICA ED EMBOLIZZAZIONE

CON LE NUOVE TECNOLOGIE È POSSIBILE COLPIRE LE LESIONI TUMORALI SENZA INTACCARE GLI ORGANI CIRCONSTANTI

Braccia robotiche e sonde contro i tumori

LA CHIRURGIA ROBOTICA E L'EMBOLOZZAZIONE SONO METODICHE MININVASIVE MOLTO UTILI PER INTERVENIRE SU CASI DI TUMORI NELLA ZONA TESTA E COLLO. VEDIAMO COSA SUCCIDE DURANTE QUESTE PROCEDURE.

Chirurgia robotica ed embolizzazione. Oggi le metodologie più innovative consentono di intervenire in modo minimamente invasivo ed efficace su tumori localizzati in zone molto difficili da raggiungere...

Come si interviene con la chirurgia robotica? Spiega il professor Claudio Vicini, Professore Associato dell'Università di Ferrara, direttore del Distretto Testa-Collo dell'ASL Romagna: "La piattaforma su cui si opera è sempre la stessa, cambiano solo i dispositivi..."

Nel caso della chirurgia trans-orale, la più utilizzata possiamo dire che operiamo con cinque braccia, tre meccaniche e due umane. Attraverso il cavo orale viene inserito il braccio dell'attiva, che consente una visione tridimensionale dell'area...

Le zone su cui attualmente si interviene con questa chirurgia robotica sono: la base della lingua, la laringe e le aree intorno alla laringe. I casi trattati sono tumori maligni e benigni...

Grazie a questa metodica non ci sono incisioni esterne e non si deve segare la mandibola. Queste strumentazioni consentono di eliminare il flogistico tremore delle mani e migliorano la destrezza nell'operare. La gestione è intuitiva, io vedo gli strumenti come se "emanassi" dalle mie mani...

Quando si blocca la crescita di vasi anomali

Quando però i tumori si presentano con caratteristiche che li rendono difficilmente operabili per dimensioni e posizione, prima di attuare l'opzione chirurgica (o in alternativa ad essa) è possibile intervenire con una procedura endovascolare...

Come viene eseguita la procedura? Spiega il dottor Alessandro Peduzzi, Responsabile



della UOS di Neuroangiologia Interventistica presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma: "L'embolizzazione è una procedura utilizzata su tumori - testa-collo molto vascolarizzati, cioè ricchi di vasi sanguigni..."

Quando il chirurgo può prendere all'intervento? L'operazione sarà più rapida e soprattutto presenterà minori rischi grazie all'estrema riduzione delle possibili perdite di sangue...

TIRIBIDE, NASO, GOIA: QUALI LE ZONE COLPITE. I tumori a testa e collo possono svilupparsi in alcune aree specifiche: bocca, gola, naso, seni paranasali, laringe, faringe, ghiandole salivari e tiroide. Ogni anno in Italia si registrano circa 35.000 nuovi casi di tumore testa e collo (compresi quelli della tiroide). Secondo il rapporto AIRTUM 2017 (Associazione Italia Registri Tumori), questi tumori in Italia sono al quarto posto in ordine di frequenza. Nella maggioranza dei casi (oltre il 90%) si tratta di carcinomi a cellule squamose che si sviluppano dagli epitelii che rivestono le mucose del distretto.

Altri pericoli sono l'esposizione a polveri di amianto e sostanze chimiche come amianto e nichel. Anche il papilloma virus (HPV) è un'infezione considerata importante nella genesi delle malattie dell'oro-laringe. Ma alla gola, nascente persistente, bruciore alla lingua, deglutizione faticosa o dolorosa, ulcere o placche rosse e bianche in bocca, naso chiuso da una narice o sangue da naso in presenza di uno di questi sintomi da tre o più settimane è bene andare dal medico e approfondire se si tratta di qualcosa di passeggero o meno. In caso di sospetti è bene rivolgersi a un otorinolaringoiatra.



Non solo. Chemioterapia dal 1999, anno in cui le procedure robotiche iniziarono ad affacciarsi nelle sale operatorie italiane, si sono moltiplicati i campi di applicazione della chirurgia robotica: "Oltre all'urologia, ginecologia, chirurgia toracica, chirurgia generale, chirurgia pediatrica, è possibile evolvere dai vantaggi che il robot procura in tutte quelle specialità chirurgiche nelle quali le sedi di operare sono difficili da raggiungere, compresi gli interventi di anca inguinale, trucioli, orbitali e di diaframma addominale. I vantaggi per l'operatore si traducono in termini di efficienza ed efficacia, ma sono ancora più ingiuntori i benefici per il paziente che può contare su minori perdite ematiche, minor dolore post-operatorio, una più rapida ripresa" spiega il Dottor Antonio Dorecchio, chirurgo presso la Columbus Clinic Center di Milano che da poco ha implementato la più recente tecnologia robotica.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 13479

Chirurgia, primi interventi col robot in sala operatoria

► Numeri record per il reparto che registra ► Nell'equipe del primario **Vicentini** anche mille interventi l'anno di cui 250 per tumori un giovane super specializzato dall'estero

LA BUONA SANITA'

Anche il reparto di Chirurgia dell'ospedale San Salvatore supera l'ambitissima asticella dell'arrivo del robot in sala operatoria. E' avvenuto l'altro ieri con l'utilizzo, per la prima volta in questo reparto, del "Da Vinci", una sofisticata tecnologia robotica acquistata nei mesi scorsi dalla Asl. Dopo lo sbarco del robot a Urologia, dunque, un altro grande passo avanti di un ospedale che, secondo la Asl, sta cambiando decisamente marcia.

E Chirurgia è una reparto che "tira". I numeri parlano chiaro. Operazioni chirurgiche con cui si può rimuovere fino all'80% del fegato, colpito dal tumore, consentendo al paziente di sopravvivere anche con 2 degli 8 segmenti dell'organo. Sono alcuni degli interventi ad alta complessità che si eseguono nel reparto di Chirurgia epato-bilio-pancreatica, diretto dall'aquilano Roberto **Vicentini**. Un'attività all'insegna di un'elevata qualità che permette di compiere ricostruzioni vascolari complesse, susseguenti al taglio chirurgico, per trattare tumori difficili.

A questa gamma di operazioni

va aggiunta la possibilità di eseguire resezioni in laparoscopia del fegato colpito da cirrosi, con tempi di ripresa rapidi del paziente. Tutte procedure che sono il frutto di una lunga esperienza maturata negli anni e dovuta alla professionalità dello staff medico che di recente si è arricchita dall'arrivo di un giovane chirurgo, Luigi Bonanni, che ha acquisito un'alta preparazione in chirurgia epato-bilio-pancreatica (in particolare nella chirurgia oncologica avanzata e trapianto d'organo) in centri europei di alta specializzazione. Ora, il robot "Da Vinci" permetterà di effettuare interventi con maggiore facilità d'esecuzione del gesto chirurgico rispetto alla laparoscopia, con ulteriori benefici per l'unità operativa che registra il 15% di mobilità attiva e che compie ogni anno circa 1.000 interventi chirurgici, di cui 250 relativi a patologie tumorali.

LA STRATEGIA

«La strategia dell'azienda», dichiara il manager della Asl, Rinaldo Tordera - è quella di puntare sulle moderne tecnologie, capaci di assicurare un salto di qualità nelle prestazioni, insieme al reclutamento di giovani

chirurghi su cui investire nell'immediato futuro, anche al fine di garantire il ricambio generazionale dei medici nelle sale operatorie». Grazie alla collaborazione con i reparti di Oncologia, Radiologia e Radioterapia i pazienti con tumori gastrointestinali ed epato-bilio-pancreatici beneficiano di terapie messe a punto durante incontri settimanali multidisciplinari.

L'OMAGGIO

Per rimarcare l'alta professionalità raggiunta dai medici e omaggiare la memoria di una figura di spicco della medicina del capoluogo, è stato deciso di intitolare il reparto a un maestro della chirurgia aquilana, Claudio Vittorini, scomparso nel 1998. La cerimonia si terrà il 5 giugno prossimo alla "Dimora del Bacco", a partire dalle 16.30, con la partecipazione, tra gli altri, del figlio del grande chirurgo, Vincenzo Vittorini, oggi a sua volta affermato chirurgo: del manager Tordera, del sindaco Biondi e del direttore del reparto, **Vicentini**. Lo staff della chirurgia epato-bilio-pancreatica si compone di Massimo De Benedictis, Daniele Centi, Luigi Bonanni, Paolo Polichetta e Alessandro Ambrosio.
A.D.N.



PER RICORDARE
L'INDIMENTICATO
"MAESTRO"
CLAUDIO
VITTORINI
UN CONVEGNO
IL PROSSIMO
5 GIUGNO



L'equipe di Chirurgia diretta dal primario Roberto **Vicentini** (terzo da destra)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Speciale ONCOLOGIA MEDICA - Realtà Eccellenti

La tecnologia alleata sempre più preziosa nella cura dei tumori

L'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano utilizza tecnologie diagnostiche e terapeutiche altamente innovative

Oggi l'approccio alle malattie oncologiche è in costante evoluzione anche grazie all'impiego di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate: le prime consentono di scoprire molti tumori prima che siano in fase avanzata e di seguire i pazienti nel percorso di follow-up con estrema precisione; le seconde offrono trattamenti sempre meno invasivi, più precisi e personalizzati. All'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano i vantaggi delle tecnologie più all'avanguardia, uniti all'esperienza di clinici e chirurghi, hanno condotto a un nuovo modello di cura delle patologie oncologiche, che prevede una strategia terapeutica pensata per ogni singolo paziente da équipe di specialisti multidisciplinari.

Punto di riferimento in Italia per la diagnosi e il follow-up del tumore, l'Unità di Medicina Nucleare dell'IRCCS Ospedale San Raffaele ha una particolare expertise nel campo dell'imaging molecolare, sia in ambito clinico sia scientifico, e vanta l'arrivo recente di un nuovo macchinario, la Pet RM 3 Tesla, che amplia il parco tecnologico già composto da un ciclotrone e tre Pet TAC, con annessa radiofarmacia per la produzione di radiofarmaci da utilizzare per gli studi PET. Il vantaggio della Pet RM è legato alla possibilità di ottenere in contemporanea immagini PET e di risonanza magnetica, migliorando l'accuratezza diagnostica di alcuni tipi

di tumori e riducendo l'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Sempre in ambito diagnostico, negli ultimi anni, la risonanza magnetica multiparametrica della prostata (seguita anche con bobina endorettale) ha dimostrato di essere una metodica estremamente accurata nell'evidenziare la presenza di tumore, mentre per quanto riguarda la radiologia senologica, la mammografia - ovvero la radiografia della mammella, impiegata da cinquant'anni - si è evoluta verso immagini 3D, più complete e accurate. Il San Raffaele è tra i pochi ospedali in Italia a utilizzare una tecnologia digitale caratterizzata dall'erogazione di una dose molto bassa di radiazioni.

L'evoluzione tecnologica degli ultimi quindici anni ha avuto come partner privile-



giato la chirurgia, campo nel quale il San Raffaele ha raggiunto importanti primati. Grazie alle tecniche di chirurgia miniminvasiva, dalla laparoscopia 3D e 4K alla **chirurgia robotica** con robot DaVinci fino all'utilizzo di tecnologie laser, oggi è possibile eseguire interventi sempre più precisi e meno invasivi, che consentono una migliore e più rapida ripresa post-operatoria. La **chirurgia robotica** con robot DaVinci, in particolare, rappresenta la forma più evoluta di chirurgia miniminvasiva e al San Raffaele ha come principali campi di utilizzo il tumore della prostata, del rene e della vescica.

Un'arma in più contro il cancro è rappresentata dalla radiocirurgia. Il San Raffaele è da anni un centro di riferimento per l'utilizzo della Gamma Knife, una metodica di trattamento radiocirurgico mediante irradiazione per la cura non invasiva di tumori al cervello, malformazioni vascolari e nevralgie trigeminali.

Nuovo arrivo è **Cyber Knife**, un trattamento radiocirurgico che agisce su diversi tipi di tumore con la stessa precisione di un bisturi, ma usando radiazioni ionizzanti. È indicato per tutte le aree del corpo dove ci sia indicazione di terapia radiante, soprattutto: tumori e disturbi funzionali intracranici e spinali, tumori del distretto testa-collo, tumori al polmone, al pancreas, alla prostata, al fegato e alla mammella. Questa tecnologia permette di trattare anche radicalmente lesioni localizzate di diversa grandezza, da molto piccole fino ad alcuni centimetri di diametro, con un numero di sedute ridotto. Nell'ambito dei trattamenti oncologici radianti l'ospedale dispone anche di tecnologie di alta precisione come la Tomoterapia, che consentono di acquisire le immagini degli organi coinvolti nel trattamento radiante appena prima della terapia, in modo da colpire con estrema precisione la lesione risparmiando i tessuti sani circostanti.



Cyber Knife

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

MEDICINA. A Milano si è fatto il punto sulla diffusione dell'avanzato sistema Leonardo Da Vinci

Mani ferme, vista acuta Il «chirurgo» è un robot

Il professor Artibani: «Guidato dal medico, l'apparato riduce i rischi di emorragia, gli effetti collaterali, ed è preciso nel togliere i tumori»

Elena Cardinali
INVIATA A MILANO

Il futuro è dietro l'angolo: un paziente disteso sul tavolo della sala chirurgica che viene operato da un robot programmato ad eseguire da solo l'intervento pianificato in precedenza nei minimi particolari dal chirurgo. È la prossima, e nemmeno tanto lontana, frontiera della robotica applicata alla chirurgia. Si è fatto il punto ieri in un incontro a Milano voluto dalla Società Italiana di Urologia con il professor Walter Artibani, segretario generale della Siu, Ordinario di Urologia dell'Università di Verona, direttore dell'Unità operativa complessa di urologia a Borgo Trento, direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia e dei corsi di simulazione in prostatectomia radicale robotica (Rarp) al centro Practice dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata e del Master di secondo livello in prostatectomia radicale robotica dell'Università di Verona; con lui il professor Vincenzo Mirone, responsabile comunicazione della Siu, Ordinario di Urologia dell'Università di Napoli Federico II, direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia della stessa università, fondatori del Centro interdipartimentale di **chirurgia robotica** Interdipartimental Centre for Advances in Robotic Surgery (Icaros) e direttore del Centro di **Chirurgia Robotica** Multidisciplinare.

Verona in questo ambito è stata una pioniera, spiega Artibani che ha iniziato nel 2004 con le prime operazioni robotiche. Dopo una tra-



Il professor Walter Artibani in sala operatoria mentre esegue un intervento con il robot

Cambierà il training chirurgico per i futuri medici. Si prepareranno su un simulatore come per gli aerei

sferta a Padova, dal 2009 opera a Verona dove oggi vengono eseguiti tra i 170 e i 200 interventi l'anno con il robot chirurgico Leonardo da Vinci. «L'applicazione riguarda soprattutto il cancro alla prostata, interventi ai reni, in ambito ginecologico e per la chirurgia generale», precisa Artibani ricordando che «tutto quello che si può fare in laparoscopia si può fare con la robotica, con una precisione superiore, minor sofferenza per

il paziente, meno rischi di emorragie, maggior precisione nell'eliminazione dei tumori, una forte riduzione degli effetti collaterali, nonché una notevole riduzione della degenza ospedaliera».

A questo, dice ancora Artibani, «si aggiungono la visione tridimensionale immersiva in grado di moltiplicare fino a dieci volte la normale visione dell'occhio umano. Il robot conferisce al gesto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche. In un futuro non lontano i giovani medici, per i quali si prospetta un cambiamento radicale del training chirurgico, potranno sperimentare la chirurgia alla console come in un simulatore d'aereo, affiancati da un medico-tutor, per acquisire una perfetta padronanza del ro-

bot. E grazie alla diagnostica avanzata si può controllare passo passo l'intervento».

E fa un paragone: «Se il 90 per cento degli incidenti d'aereo è causato da un errore umano, lo stesso si può dire in chirurgia. La robotica, insieme alla possibilità di sovrapporre immagini preoperatorie con quelle in corso sul tavolo operatorio possono produrre modelli tridimensionali che ci dicono esattamente come intervenire in tempo reale. Siamo ormai a una svolta epocale della chirurgia, che ci porterà in pochi anni verso l'automatismo chirurgico. Un cambiamento che impone una formazione diversa per i futuri chirurghi, destinati a diventare super-chirurghi a beneficio dei pazienti». •

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ALL'OSPEDALE SAN BORTOLO QUESTA TECNOLOGIA SARÀ UTILIZZATA PER PIÙ SPECIALITÀ

Arriva l'innovativo **robot Da Vinci**

È la tecnologia più evoluta per la chirurgia mini-invasiva. Per il paziente una chirurgia "dolce". I benefici, oltre al fatto che le piccole mani d'acciaio che si muovono all'interno della struttura anatomica da operare non falliscono mai, sono parecchi: si tagliano i giorni di degenza, si riducono al minimo le trasfusioni, diminuisce l'incidenza delle complicanze, si abbattano le spese sanitarie. In effetti, il chirurgo robot rappresenta l'avanguardia dell'offerta di salute. La visione tridimensionale dà profondità di campo e permette di operare, con strumenti molto più maneggevoli, come se l'organo si trovasse, ingrandito al massimo, sul tavolo chirurgico. Per chi deve essere operato alla prostata, come detto, il robot è davvero il non plus ultra. Nessun pericolo di resecare i nervi che l'avvolgono con gravi conseguenze sulla funzione erettile. Suture lineari. Niente sanguinamento. Il paziente va a casa il giorno dopo l'intervento. Ma il robot è ottimo, nel rapporto costi-benefici, anche per la neoplasia del retto inferiore, nella chirurgia addominale, per i tumori dell'utero e dei polmoni. Finalmente anche il San Bortolo avrà il suo robot chirurgico. La Regione ha dato il via libera. E ora si contano i giorni. Si chiama Da Vinci, è prodotto dal colosso americano Intuitive Surgical, distribuito da **Ab Medica**, ed è una piattaforma ad alto grado di evoluzione per la chirurgia mini-invasiva di cui oggi in Italia vengono impiegati 95 esemplari per effettuare, secon-



do i numeri del 2017, circa 18 mila interventi l'anno. Il San Bortolo era l'unico ospedale-hub del Veneto a non averlo. Quasi tutte le altre città capoluogo hanno da tempo nelle loro dotazioni questa macchina dei miracoli con cui oggi negli Usa si eseguono anche i trapianti di rene. Vicenza lo inseguiva da tempo, ma, dove gli altri direttori generali avevano fallito il dg Giovanni Pavesi ha raggiunto un risultato che per la sanità berica segna, sul fronte tecnologico, una svolta storica. Per l'Usls Berica c'è pure la convenienza economica. **L'Ab Medica**, nell'ambito del rinnovo del contratto per il **cyber knife** (in cui, fra l'altro, Pavesi è riuscito a tagliare drasticamente la spesa del service annuale da 1 milione 600 mila a 620 mila euro) è, infatti, pronta ad offrire per que-

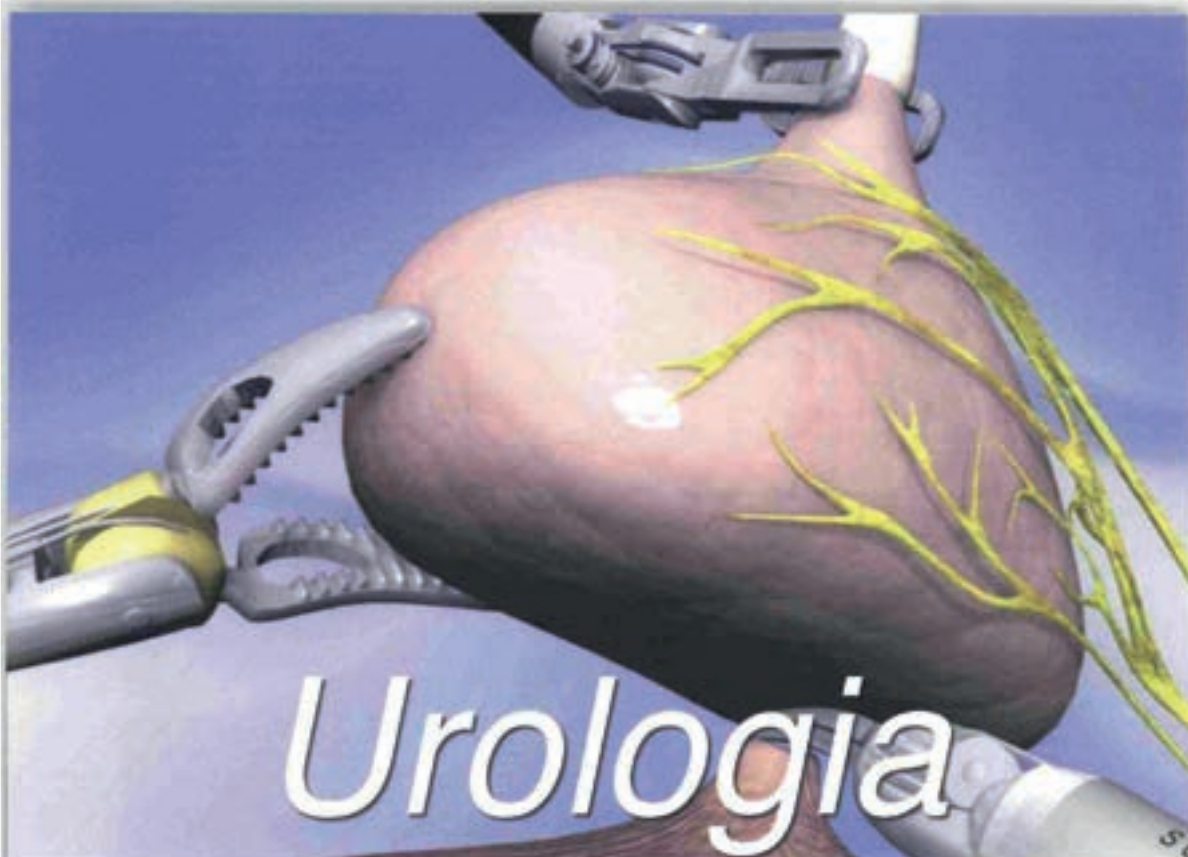
sto sistema che, listino alla mano, costa 2 milioni 200 mila euro, un periodo di prova gratuita per 6 mesi. E c'è, poi, per Vicenza un'altra carta da estrarre dal cilindro. Il dg Pavesi punta, infatti, a utilizzare il sistema per più specialità. Anzi, il San Bortolo sarà l'unico nel Veneto, e uno dei pochi in Italia, ad estendere l'uso per diverse patologie. Non solo, come avviene quasi dappertutto, solo in urologia, dove il robot la fa da padrone nelle prostatectomie perché consente di preservare continenza e attività sessuale, ma anche in cardiocirurgia, ginecologia, chirurgia pediatrica, chirurgia generale. Insomma, il 2018 per l'Usls 8 sarà l'anno del robot. Con il vantaggio, inoltre, di disporre del modello più avanzato di una tecnologia ormai alla quarta generazione, il

Da Vinci Xi, che riesce a raggiungere le sedi anatomiche più difficili. Il robot, alleanza perfetta fra chirurgo e intelligenza artificiale, ha polsi di androide che ruotano a 360 gradi e 4 mani d'acciaio con i bisturi per tagliare, sterilizzare, suturare. Il chirurgo lo manovra da una console, come se operasse a cielo aperto, grazie a una coppia di manipolatori e a una telecamera infilata su un endoscopio che proietta immagini tridimensionali. Il robot, con le sue braccia metalliche, non fa altro che replicare le traiettorie disegnate dall'operatore davanti al monitor. Un chirurgo-clone e mani che non tremano mai. Impossibile sbagliare. Solo tre forellini di 8 millimetri nel corpo del paziente per arrivare fino alla struttura da operare. Niente tagli. Zero rischi per il paziente. E, come detto, precisione assoluta. Il Da Vinci si usa con ottimi risultati, oltre che per la prostata, per l'asportazione di tumori del colon e del retto, per la ricostruzione della testa del pancreas, per interventi ai polmoni, allo stomaco, per la colecisti, l'ipofisi, la gastroplastica, ma anche a livello di ginecologia per l'isterectomia, e a Vicenza, come detto, si intende utilizzarlo, in cardiocirurgia, per impiantare by pass coronarici e per operare, in chirurgia pediatrica, le malformazioni del neonato. Vantaggi cost-effectiveness pure per l'azienda: riduzione dei giorni di ricovero, della spesa per complicanze e infezioni, minor ricorso a farmaci e terapie.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Urologia

La **chirurgia** **robotica**

DAL 2010, LA PRESENZA DI **ROBOT DA VINCI®**
INSTALLATI IN ITALIA È CRESCIUTA DI OLTRE IL 70%

di Michele Gallucci

Per **chirurgia robotica** si intende l'ultima evoluzione della chirurgia mininvasiva. Il chirurgo non opera con le proprie mani. Seduto ad una console computerizzata posta all'interno della sala operatoria, manovra un robot a distanza. Tramite un sistema computerizzato, il movimento delle mani viene trasmesso alle braccia robotiche, alle quali vengono fissati gli strumenti chirurgici.

Il sistema robotico da Vinci® - la piattaforma più evoluta per la chirurgia mininvasiva presente a oggi sul mercato - rappresenta l'ulteriore evoluzione della tecnica laparoscopica. Infatti, oltre agli indiscussi vantaggi di quest'ultima (minor sanguinamento, assenza di cicatrici esteticamente non ben accette, tempi di degenza maggiori e di recupero minori), offre ulteriori vantaggi

al chirurgo operatore. Tra questi: una visione ingrandita e tridimensionale, con una migliore valutazione del campo operatorio e dei piani di dissezione anatomici; una maggiore libertà di movimento su 7 assi e una rotazione di quasi 360°, con la possibilità di eseguire manovre più precise, difficili e raffinate, non sempre possibili con la laparoscopia classica; una posizione ergonomica del chirurgo, che può lavorare in un modo più corretto e confortevole.

Sono tre le componenti principali del Robot: la console chirurgica, con la quale il chirurgo operatore è in grado di controllare la telecamera a fibre ottiche e gli strumenti; il carrello paziente, la parte operativa, formata da 4 braccia mobili dedicate al supporto della telecamera e degli strumenti operatori; il carrello visione,

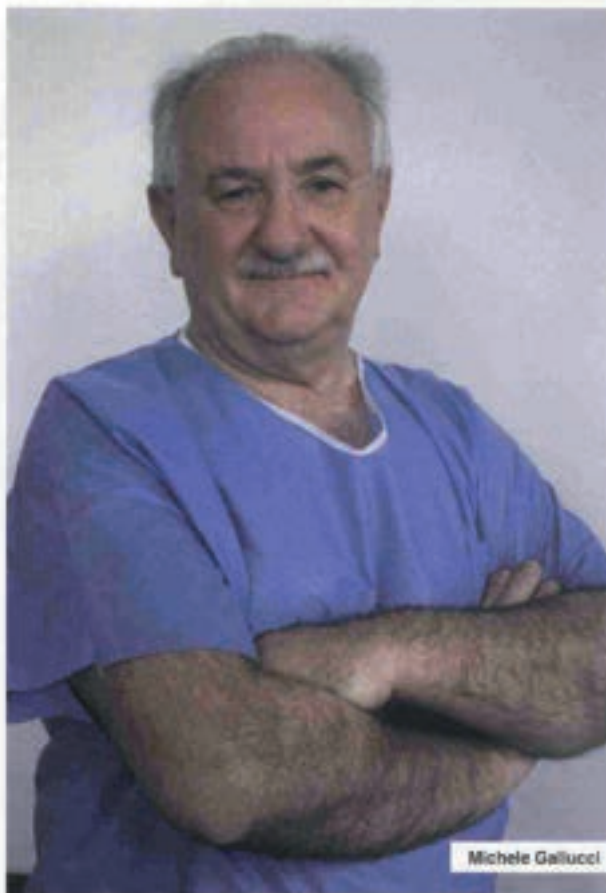
27

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ORE 12 ITALIA

contenente l'unità centrale di elaborazione dell'immagine.

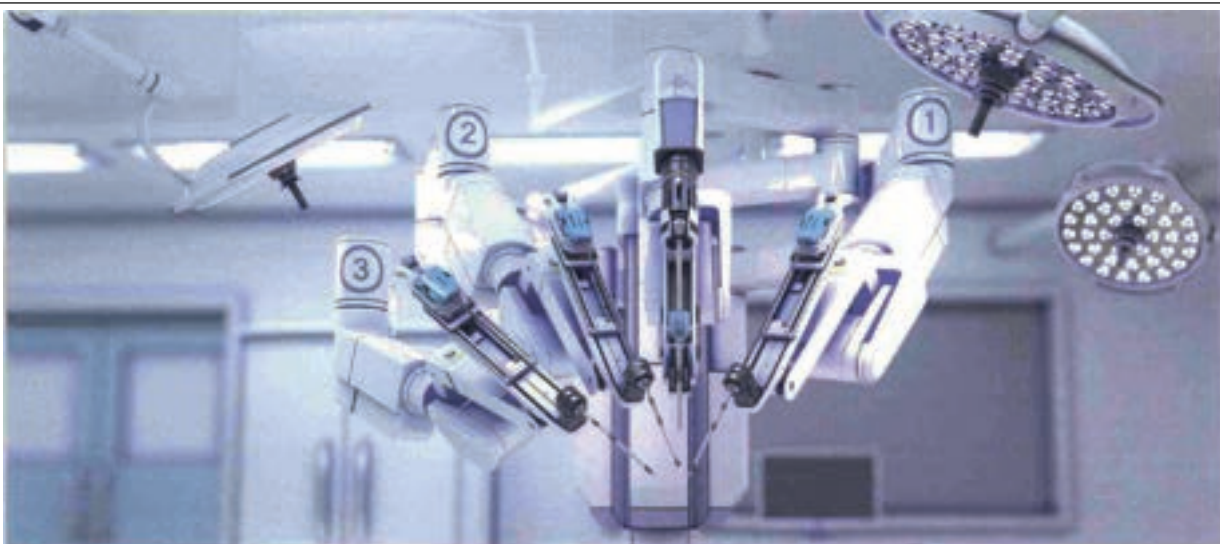
- Negli interventi chirurgici eseguiti con **tecnica robotica** viene insufflata anidride carbonica all'interno della cavità addominale per poter creare sufficiente spazio di lavoro (pneumoperitoneo). Successivamente vengono posizionati i trocar o cannule, che permettono l'introduzione in addome degli strumenti robotici. Viene quindi fissato il Robot ai trocar.
- Dopo gli Stati Uniti, dove ve ne sono oltre 2.500, l'Europa rappresenta il principale mercato con circa 600 robot installati. Fra gli stati europei, la Francia si colloca come prima (100), seguita da Italia (95), Germania (77) e Regno Unito (55). Dal 2010, la presenza di **Robot da Vinci** installati presso gli ospedali italiani è cresciuta di oltre il 70%. Nel 2017, circa 18.000 pazienti sono stati operati grazie a questo sistema e questi numeri sono destinati ad aumentare in modo esponenziale.
- La branca chirurgica in cui l'uso del Robot è determinante è l'Urologia, seguita da: Ginecologia, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria. Nel campo urologico la procedura chirurgica in cui più frequentemente viene impiegato il sistema da Vinci è la Prostatectomia Radicale (80% degli interventi urologici eseguiti con la **tecnica robotica**), trattamento chirurgico che si esegue in caso di neoplasia della ghiandola prostatica. Durante l'operazione, il paziente è posizionato supino per poter permettere l'accesso del Robot: viene poi messo in posizione di "Trendelenburg" (testa rivolta verso il basso). La procedura ha una durata variabile da 2 a 3 ore, a seconda del tipo di intervento pianificato, durante le quali la prostata viene rimossa completamente insieme alle vescicole seminali. Successivamente, quando risulta necessario da un punto di vista clinico/oncologico, è possibile eseguire l'asportazione dei linfonodi pelvici bilateralmente. La vescica viene quindi ricollegata all'uretra in modo tale da ripristinare la continuità delle vie urinarie. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed uno o due drenaggi che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. In questa procedura, la **tecnica robotica** offre dei



Michele Gallucci

notevoli vantaggi soprattutto quando l'intervento prevede la conservazione dei peduncoli vascolonervosi deputati al controllo della funzione erettile, offrendo una migliore visualizzazione e, quindi, una più precisa dissezione di queste strutture. Un'altra procedura urologica in cui il sistema da Vinci gioca un ruolo di prim'ordine è la Nefrectomia Parziale: l'asportazione di tumori renali con la possibilità di conservare il parenchima renale sano circostante. È stata ampiamente dimostrata, infatti, la completa equivalenza, in termini oncologici, della resezione parziale di rene rispetto alla nefrectomia radicale, con notevoli vantaggi sotto l'aspetto della funzione renale conservata.

- In questo tipo di procedura, la **tecnica robotica** ha fornito agli urologi la possibilità di eseguire un numero sempre maggiore di nefrectomie parziali, con la corrispettiva riduzione del numero di nefrectomie radicali, grazie ad una maggiore facilità di accesso a masse



renali, che con la tecnica laparoscopica classica non potevano essere aggredite in modo conservativo e ad una maggiore facilità e rapidità nell'effettuare le suture intracorporee. Nei centri altamente specializzati, mediante il Robot vengono eseguiti anche interventi di chirurgia avanzata, come la linfoadenectomia retro-peritoneale (asportazione dei linfonodi del retro-peritoneo, a stretto contatto con la vena cava e l'aorta); la cistectomia radicale (asportazione totale della vescica per neoplasie infiltranti lo strato muscolare dell'organo), con ricostruzione intracorporea della neo-vescica mediante un tratto d'intestino;

la chirurgia dei tumori renali avanzati con trombosi della vena cava. Questo tipo di chirurgia, altamente complessa e con un rischio insito, non trascurabile, di complicanze, durante e dopo l'operazione, richiede, competenza tecnica e abilità nell'esecuzione di suture complesse intracorporee. L'innovazione tecnologica del Robot ha fornito, quindi, degli innegabili vantaggi, prima di tutto al paziente, ma anche ai chirurghi, che stanno gradualmente affinando le loro tecniche. Per sfruttare al massimo livello questi vantaggi, sono indispensabili l'esperienza dell'operatore e un training chirurgico adeguato.



29

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

CERRO MAGGIORE

Gli Stati Uniti danno l'ok a Da Vinci Sp

- CERRO MAGGIORE -

IN EUROPA Ab Medica è arrivata a 100 esemplari venduti, distribuiti in tutta Italia e anche in diversi Paesi del continente. Adesso anche la Food and drug administration, il corrispettivo americano della Agenzia italiana del farmaco, ha dato l'autorizzazione per il sistema chirurgico Da Vinci SP per le procedure chirurgiche urologiche che sono indicate per un approccio a singolo accesso. I sistemi chirurgici Da Vinci, di cui esistono diversi modelli, sono progettati per aiutare i chirurghi a eseguire interventi minimamente invasivi. Non sono programmati per l'esecuzione di un intervento chirurgico in autonomia: la procedura viene eseguita interamente da un chirurgo che controlla il sistema. I sistemi Da Vinci offrono ai chirurghi una visione tridimensionale ingrandita e ad alta definizione, e un'assistenza robotica e computerizzata. Utilizzano una strumentazione specializzata, tra cui una fotocamera chirurgica miniaturizzata e strumenti da polso (come forbici, bisturi e pinze) progettati per il supporto a una dissezione e una ricostruzione precise all'interno del corpo. Quello dell'autorizzazione per la diffusione di Da Vinci rappresenta un traguardo importante, di cui può gioire indirettamente anche Ab Medica che contribuisce non soltanto alla sua diffusione ma anche al suo utilizzo attraverso la formazione «sul campo» di numerosi medici in tutta Italia. Intanto la società cerrese, azienda leader nella produzione e nella distribuzione di tecnologie medical e punto di riferimento per la robotica chirurgica e per l'innovazione tecnologica in sanità, continua con le proprie attività e pensa al futuro con nuovi progetti.

C. M.



AVANGUARDIA Da Vinci, il macchinario commercializzato da Ab Medica



L'INTERVISTA. PARLA IL DOTTOR MAURO FRONGIA

Chirurgia del futuro in Sardegna

È considerato uno dei luminari nell'ambito della **chirurgia robotica**, non solo in Italia ma nel mondo. Primario dal 1997, ha all'attivo migliaia di interventi che hanno permesso ai pazienti, per lo più sardi, di avere una migliore aspettativa di vita. Mauro **Frongia**, direttore della Struttura complessa di Urologia, **Chirurgia robotica** e Trapianto renale al Brotzu di Cagliari, ha anche eseguito, per la prima volta in Europa, un doppio trapianto di rene in singolo ricevente con **tecnica robotica**. E oltre alla sua attività di chirurgo ha istituito, proprio al Brotzu, la Scuola di **Chirurgia robotica**, per proseguire sul solco dell'innovazione e della tecnologia al servizio della salute che colloca la Sardegna al centro della comunità scientifica internazionale.

Questo tema sarà il cuore del convegno dal titolo "Robotica e Intelligenza artificiale", in programma domani al THotel di Cagliari con la partecipazione di esperti nazionali e internazionali. Chiediamo al dottor **Frongia**:

In cosa consiste la **chirurgia robotica?**

«È una riproduzione della chirurgia mini invasiva, un'evoluzione della laparoscopia. Utilizza strumenti elettronici costituiti da una consolle che consente al chirurgo di vedere attraverso lenti capaci di trasferire immagini del corpo in 3D, ingrandendo il campo operatorio fino a 15 volte e con l'effetto di una nitidezza assoluta. Il chirurgo riesce anche a "introdurre" nel corpo del paziente le sue "mani" attraverso "pinzette" che riproducono l'esatto movimento umano, con l'effetto di una precisione assoluta. La tecnica, negli USA dal 2004, è poi approdata in Europa e anche in Italia, dove sono attualmente attivi oltre un centinaio di **robot "Da Vinci"**, la tecnologia in questo senso più evoluta».

Quali sono i vantaggi per i medici?

«I vantaggi per chi opera sono notevoli: la consolle può stare al di fuori del campo ope-

ratorio, anche in un'altra stanza o addirittura in un altro piano dell'ospedale, consentendo al chirurgo di lavorare seduto, in ambiente anche non sterile, con maggiore rilassatezza. Il robot elimina anche il tremore delle mani di chi opera».

E per i pazienti?

«I vantaggi per il paziente sono tempi di ricovero più brevi, dolore post-operatorio ridotto, minori perdite di sangue, ritorno più rapido alle normali attività. Al Brotzu al momento il 90% degli interventi in **chirurgia robotica** è effettuato all'interno della nostra struttura di Urologia, e il restante 10% in chirurgia generale. Ma l'estensione può riguardare tutti gli ambiti della chirurgia tradizionale, ed è il nostro auspicio».

Come nasce la vostra esperienza?

«Nel 2011 abbiamo acquistato al Brotzu, con finanziamenti europei e grazie all'interessamento della Regione Sardegna, il primo robot "Da Vinci". L'abbiamo utilizzato negli interventi, in particolare in ambito oncologico. E poi per i trapianti di rene: dapprima nelle operazioni di prelievo del rene da donatore. Quindi, con la collaborazione del dottor Enrico Benedetti di Chicago, anche nei trapianti. Nel febbraio 2013 io e il mio team abbiamo realizzato a Cagliari il primo trapianto di rene in Europa col **robot Da Vinci**».

Perché è importante far conoscere le potenzialità di robot e intelligenza artificiale?

«Quello che constatato, purtroppo, è ancora una certa diffidenza, anche da parte di colleghi chirurghi, verso i robot e l'intelligenza artificiale. Per l'impegnativo iter formativo che l'utilizzo della tecnologia richiede, ma anche per lo scetticismo verso strumenti e tecniche che si ritiene possano fare "concorrenza" all'uomo. Dal mio punto di vista, se il robot ha la precisione, l'uomo ha intuito e capacità di guardare oltre. Solo da questa felice sinergia deriva il progresso».

Virginia Lodi

RIPRODUZIONE RISERVATA

CHIRURGIA ROBOTICA



LA SC DI UROLOGIA, TRAPIANTO RENALE E CHIRURGIA ROBOTICA DEL BROTZU



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



L'INTERVISTA

La frontiera della chirurgia per la prostata

Rapida e indolore La prostata a Pisa si opera col robot

l'intervista

Toscana Salute

di CARLO VENTURINI

«Operare alla prostata e alla vescica con il robot deve essere un imperativo democratico». A fare questa enunciazione di principio è il dottor **Giorgio Pomara**, responsabile della **chirurgia robotica** dell'unità operativa di Urologia Ospedaliera dell'Azienda ospedaliera universitaria pisana. Pomara, 43 anni, originario di Palermo, ha all'attivo centinaia di operazioni robotiche effettuate per carcinoma alla prostata, rene e vescica. Il reparto di Urologia è diretto dal dottor **Francesco Francesca** e lì arrivano pazienti da tutta la Toscana oltre che da fuori regione sia per il tumore prostatico che per quello alla vescica.

Dottor Pomara, che cosa significa "democratizzare" la chirurgia robotica?

«Significa non fare selezione tra paziente e paziente. Tutti possono potenzialmente essere operati con il robot. Non scegliamo un paziente alto, biondo con un cuore perfetto, giovane, magro e che non ha avuto precedenti operazioni. In altre regioni italiane, per assurdo, si operano

solo pazienti semplici. Noi operiamo anche quelli complessi».

Vi volete complicare la vita?

«Assolutamente no. Né a noi né tanto meno ai pazienti. Sappiamo solo che l'esperienza maturata ci ha insegnato che la **chirurgia robotica** funziona anche su pazienti complessi e talvolta meglio della chirurgia tradizionale».

Chi è il paziente complesso?

«Innanzitutto la maggior parte dei casi di tumore alla prostata o alla vescica coinvolge persone anziane. Un sessantacinquenne è difficile che non abbia avuto precedenti operazioni addominali, o che non abbia problemi di cuore o che magari non sia ad esempio sovrappeso. Proprio su di loro va usato il metodo migliore che è quello con il robot».

Cosa vogliamo fare con questi soggetti?

«Usare metodi non efficientissimi come le operazioni chirurgiche "a cielo aperto" che sono lunghe e complesse nella degenza». Prendiamo ad esempio il tumore della vescica che è aggressivo e per combatterlo, quando è a uno stadio avanzato, è necessario asportare la vescica, i linfonodi, la prostata agli uomini e l'utero alle donne. Fi-

no a pochi anni fa l'unico metodo chirurgico utilizzato era il cosiddetto intervento "a cielo aperto", appunto, eseguito praticando un'incisione della parete addominale che partiva dall'ombelico e arrivava al pube. Ciò comportava lunghe e dolorose degenze, rischi per nervi e strutture vascolari, cicatrici, una lenta ripresa fisica e funzionale».

Con il robot invece?

«La **chirurgia robotica** comporta una ridotta perdita di sangue e una minore necessità di ricorrendo a farmaci antidolorifici, permette di eseguire su strutture molto precise e garantisce di ottenere la stessa radicalità chirurgica offerta dai più traumatici interventi a cielo aperto. Rende anche possibile, impiegando parte dell'intestino, la ricostruzione di una sorta di vescica. Il paziente viene dimesso in ottime condizioni dopo una degenza dimezzata rispetto alla chirurgia tradizionale e con un decorso post-operatorio particolarmente favorevole».

Altri vantaggi della robotica?

«Da circa un anno abbiamo applicato per tutte le nostre chirurgie robotiche il concetto della "low pressure robotic surgery" che ci ha permesso di ridurre le problematiche legate alle pressioni endo-addominali legate all'insufflazione di gas durante gli interventi robotici. Di

base insufflando meno anidride carbonica si diminuisce il dolore addominale post-operatorio oltre a ottenere altri benefici per il paziente».

Ci sono eccezioni? Pazienti che non possono essere operati con il robot?

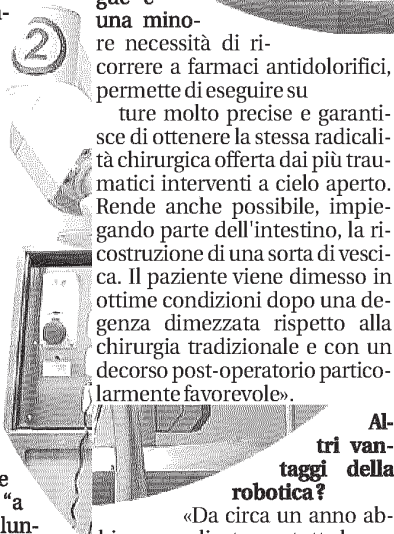
«Sì, teoricamente. Per operare con il robot, il paziente deve essere messo a testa all'ingiù. Se questo paziente ha problemi cardiaci o respiratori seri, ci consultiamo con l'anestesista e magari soprassediamo. Ma ripeto, non mi è mai accaduto. Questo è merito dei nostri anestesisti, formati e dedicati da anni alla **chirurgia robotica**».

Si sa però che il robot Da Vinci, che viene utilizzato a Pisa, ha dei costi economici e comporta un impiego di risorse umane notevoli. Quanto costa la democrazia?

«È solo un costo apparente. E mi spiego. Quasi nessun paziente trattato con il robot deve fare trasfusioni e le trasfusioni costano. La degenza in genere dura due giorni per la prostata, sei giorni per la vescica. In precedenza si arrivava fino a 14 giorni. Inoltre in termini di risorse umane e di apprendimento della **tecnica robotica** vi assicuro che è più difficile imparare le tecniche laparoscopiche».

E allora perché, passa l'idea che il robot sia "elitario"?

«Qui a Pisa si vive un clima da



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL TIRRENO

Quotidiano

Data 07-06-2018

Pagina 1+6

Foglio 2 / 3



oasi felice. Abbiamo tre robot con doppia consolle il che significa che i miei assistenti possono imparare da me "in diretta" e intervenire. Ho già due allievi giovanissimi che sono indipendenti. Ma io sono stato fortunato perché ho come direttore Francesca che vuole assolutamente fare scuola, che tutti si dedichino all'insegnamento cosa non banale né scontata. Magari finisco un'operazione in un'ora e passo due ore ad insegnare. Ma questo metodo paga».

Nel senso dell'esperienza?
«Sì. In poco più di un anno siamo riusciti ad acquisire un'esperienza non comparabile con altri centri e oggi possiamo vantare, per la vescica per esempio, la maggiore casistica di Area Vasta e siamo tra i pochi centri in campo nazionale a effettuare la cistectomia (l'asportazione chirurgica della vesciva urinaria) con tecnica esclusivamente robotica. Questi risultati sono anche il frutto degli investimenti nella **chirurgia robotica** fatti dall'azienda ospedaliera e culminati, il 15 dicembre, con l'inaugurazione del Centro multidisciplinare di **chirurgia robotica**, unico in Europa».

Chirurgia d'eccellenza anche per i pazienti più complicati con Pomara e Francesca

I NUMERI

130

ALMENO SONO GLI INTERVENTI DI PROSTATECTOMIA RADICALE (ASPORTAZIONE CHIRURGICA DELLA PROSTATA) PER TUMORE PROSTATICO EFFETTUATI NEL 2017 A CISANELLO

25%

L'AUMENTO DI PROSTATECTOMIE RADICALI RISPETTO AL 2016 A CISANELLO. LA PERCENTUALE È DESTINATA AD AUMENTARE NEL PRIMO SEMESTRE DEL 2018, SECONDO IL PRIMARIO DI UROLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA FRANCESCO FRANCESCA

50

ANNI È L'ETÀ A PARTIRE DALLA QUALE IL CARCINOMA PROSTATICO DIVENTA IN ITALIA IL TUMORE PIÙ FREQUENTE NEL SESSO MASCHILE: L'INCIDENZA È DI OLTRE IL 20% SECONDO I DATI FORNITI DA CISANELLO L'INCIDENZA DI QUESTO TUMORE HA MOSTRATO UN COSTANTE AUMENTO PUR TROVANDOSI AL PRIMO POSTO COME INCIDENZA IN ITALIA OCCUPA SOLO IL TERZO POSTO COME CAUSA DI MORTE

IL CURRICULUM

Urologo e chirurgo

Giorgio Pomara, originario di Palermo si è laureato con il massimo dei voti in medicina e chirurgia all'università di Palermo. Consegue, poi, all'università di Foggia il titolo di dottore di ricerca in Metodologie diagnostiche e terapeutiche nelle scienze medico-chirurgiche e forensi.

In seguito si specializza in Urologia all'università di Pisa dove rimane per esercitare la professione. Attualmente ha un incarico all'Azienda ospedaliero universitaria pisana nel reparto di urologia diretto dal professor Francesco Francesca.

Poco più che quarantenne il dottor Pomara ha al suo attivo oltre una quarantina di pubblicazioni di ricerche nel campo dell'urologia. È anche socio ordinario di numerose società scientifiche urologiche nazionali ed internazionali. Inoltre è revisore scientifico per varie riviste internazionali fra cui the Journal of Urology; Urology; International Journal Impotence Research; The Journal of Sexual Medicine; Asian Journal of Andrology



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

IL TIRRENO

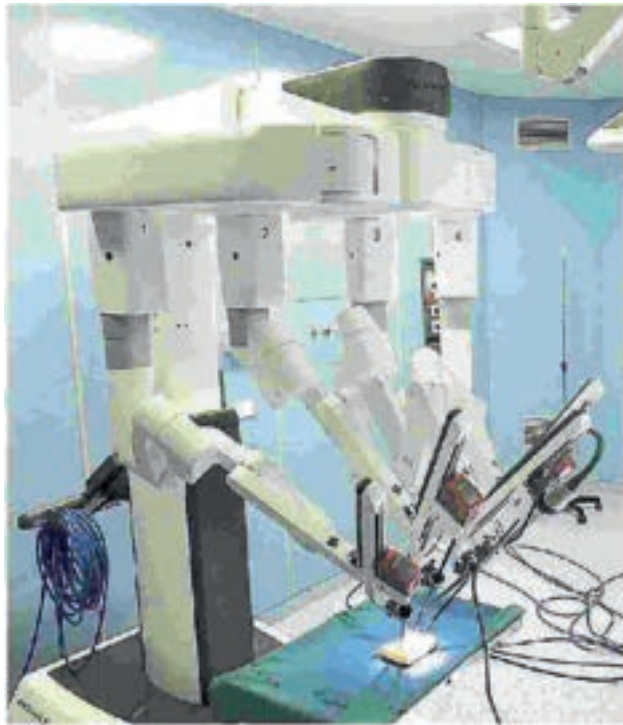


Quotidiano

Data 07-06-2018

Pagina 1+6

Foglio 3 / 3



In alto il dottor
Giorgio Pomara
Ai lati i
macchinari
del
Centro
multidisciplinare
di **chirurgia
robotica**
a Pisa



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



TUTTO IL BUSINESS DELLE IMPRESE ITALIANE

Gruppo **Ab medica**, Roberto Giamagli è il nuovo amministratore delegato di A Tlc

di Franco Metta - 07 giugno 2018

Insediatosi a novembre dello scorso anno, **Roberto Giamagli** è il nuovo amministratore delegato di **A Tlc**, società italiana, del gruppo **Ab medica**, con sede ad Ancona che da oltre quarant'anni opera nell'ambito delle telecomunicazioni, producendo e distribuendo apparati per le reti di accesso avanzate e soluzioni per gli operatori con il marchio **Aethra** Telecommunications.


Laureato in informatica all'Università degli Studi di Pisa, Roberto Giamagli ha iniziato la carriera in **Aethra** in r&d, specializzandosi nello sviluppo di apparecchiature e software per mercati verticali, tra cui **telemedicina** e videosorveglianza su reti digitali. Negli ultimi 10 anni è stato membro del team esecutivo di Radvision Israel acquisito da Avaya nel 2013; ha ricoprto ruoli internazionali, quali general manager della video business unit di Radvision, sempre a livello Emea, e senior product manager di Avaya, maturando una carriera professionale caratterizzata da una solida e continuativa esperienza nel settore video e telecomunicazioni.

[@franco_metta](#)

WHOSWHO BIMAG CARRIERE

Gruppo **Ab medica**, Roberto Giamagli è...

Insediatosi a novembre dello scorso...



Urologia 2



ESPERTI Francesco Francesca e Giorgio Pomara

Lotta al tumore alla vescica «Il futuro è nei robot»

È UNO dei maggiori centri a livello mondiale per la chirurgia urologica. L'unità operativa di Urologia 2 dell'azienda ospedaliera universitaria pisana si conferma un'eccellenza in ambito clinico. Con la **chirurgia robotica** l'unità operativa si conferma uno dei centri all'avanguardia nella lotta al tumore della vescica. «Dal 2016 – spiega il dottor Francesco Francesca, direttore dell'unità operativa Urologia 2 dell'Aoup – questo intervento viene realizzato con **tecnica robotica**, in linea con i maggiori centri mondiali e ponendo Pisa al vertice del panorama italiano, assieme a pochi altri grandi ospedali». La **chirurgia robotica**, come ha spiegato l'esperto, comporta una ridotta perdita di sangue e una minore necessità di ricorrere a farmaci antidolorifici, garantendo la stessa radicalità chirurgica offerta dai più traumatici interventi a cielo aperto. Un approccio condiviso dal dottor Giorgio Pomara, chirurgo robotico dell'unità operativa Urologia 2. «L'asportazione della vescica con metodica mininvasiva robotica dovrebbe sostituire, salvo casi eccezionali, la chirurgia tradizionale, perché l'utilizzo intracorporeo del robot e delle suturatrici meccaniche ha ridotto il sanguinamento, il rischio di complicanze maggiori, il dolore post operatorio – afferma Pomara –. Il paziente viene dimesso in ottime condizioni dopo una degenza dimezzata rispetto alla chirurgia tradizionale. Oggi possiamo vantare la maggiore casistica di Area Vasta e siamo tra i pochi centri in campo nazionale ad effettuare la cistectomia con tecnica esclusivamente robotica». Questi risultati sono anche il frutto degli investimenti nella **chirurgia robotica** fatti dall'Aoup e culminati, lo scorso il 15 dicembre, con l'inaugurazione del Centro multidisciplinare di **chirurgia robotica**.



La chirurgia
Con il robot Da Vinci gli interventi
sempre più precisi e meno invasivi
alle pagine 24 e 25



10
volte moltiplicata la vista
grazie alla visione
tridimensionale
immersiva

La chirurgia Gli interventi sempre più precisi e meno invasivi grazie ai robot in sala operatoria. Nelle Marche macchinari al Lancisi e a Villa Igea ad Ancona, all'ospedale San Salvatore a Pesaro

Da Vinci, la perfezione

La chirurgia proiettata al futuro. Gli interventi saranno sempre più precisi e meno invasivi grazie ai robot in sala operatoria. L'Italia è prima in Europa, con la Francia, per numero di robot Da Vinci, leader per la chirurgia miniminvasiva. Nelle Marche tre robot: Ospedale Lancisi di Torrette di Ancona, Casa di Cura Villa Igea di Ancona, Ospedale San Salvatore di Pesaro.

Precisione garantita
Sono chiamati "superchirurghi" i medici in grado di utilizzare in tecnologia della robotica in sala operatoria. In Italia, dove il divario regionale per la presenza di robot si sta riducendo grazie alle installazioni in sala operatoria, è sempre più probabile affidarsi, in caso di necessità, ad un chirurgo che opera con la robotica. Grazie al Servizio Sanitario Nazionale in molte strutture ospedaliere, dove il Da Vinci è presente, l'intervento è fattibile senza dover investire di tasca propria. Il robot è uno strumento che amplifica le mani del chirurgo grazie alla visione tridimensionale immersiva la vista viene moltiplicata e moltiplicata di 10 volte, mentre i gesti chirurgici si fanno più ampi, con una libertà di movimento su 7 assi ed una rotazione di 540°, capacità sconosciute alla mano umana. «La **chirurgia robotica Da Vinci**», spiega il Prof. Walter Artibani direttore dell'Unità operativa di Urologia dell'AOU Integrata di Verona e segretario

generale della Società Italiana di Urologia - è emblema della chirurgia miniminvasiva. Il robot conferisce al gesto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche e permette di superare i limiti legati alla difficoltà di trattare, con la laparoscopia, patologie in sedi anatomiche difficili da raggiungere. Nel campo della robotica italiana, l'urologia è un'eccezione.

La doppia postazione
Ormai quasi tutti i principali centri, sia al Nord che al Sud, sono dotati della strumentazione tecnica necessaria. Inoltre, la possibilità di avere una doppia postazione consente di poter effettuare, oltre a interventi precisi e nel segno della miniminvasività, una eccellente formazione professionale. Perché deve essere chiaro che ogni passo avanti nella medicina e nella chirurgia, come in questo caso, deve essere a vantaggio esclusivo del paziente e della sua sicurezza». Ad essere ridotto significativamente, con l'intervento robotico, è il rischio di recidive perché l'operazione è più rapida e molto precisa. «Grazie alla visione amplificata dell'area interessata, si asporta tutto il tessuto malato in modo molto più puntuale - sottolinea il Prof. Vincenzo Mirone, direttore della

Il prof Artibani: «È emblema della chirurgia miniminvasiva. Consente una precisione superiore ad altre tecniche»

Da sapere

Tanti vantaggi per il paziente

«Urologia, chirurgia generale, ginecologia oncologica, chirurgia toracica, cardiocirurgia, urologia pediatrica, ginecologia benigna, otorinolaringoiatria, chirurgia dei trapianti. Queste le specialità in cui la **chirurgia robotica** da Vinci è applicata. I principali vantaggi sono: radicalità oncologica, quindi asportazione completa della massa tumorale; facilità di accesso ad anatomiche difficoltose; eccellente visualizzazione del reperto anatomico; visualizzazione più dettagliata dei piani di clivaggio; maggior precisione sia nella procedura demolitiva sia in quella ricostruttiva; possibilità di configurare l'accuratezza del movimento chirurgico con scale possibili 1,5:1, 2:1, 3:1; eliminazione del tremore fisiologico e minor tempo operatorio rispetto la laparoscopia. Per il paziente i vantaggi sono: piccole incisioni con migliori risultati estetici; minore necessità di trasfusioni; minor dolore post operatorio; riduzione tempi di ospedalizzazione, che in molti casi vengono addirittura dimezzati; ripresa più rapida della normale attività.

Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università degli Studi Federico II di Napoli e responsabile dell'ufficio comunicazione della SIU - Le incisioni sono più piccole e discrete, causano quindi minor sanguinamento ed un ridotto dolore post operatorio. Questa precisione garantita dall'essere "super chirurghi" cioè con i sensi aumentati, assicura anche migliori risultati di prospettiva: maggior sopravvivenza libera da malattia in caso di tumore, ma anche esiti funzionali migliori».

Un esempio di successo
Basti pensare, «nel caso di tumore della prostata, alla possibilità di recuperare in modo completo e più rapido la continenza urinaria ed una buona erezione anche con interventi fortemente demolitivi - continua Mirone - La **tecnica robotica** infatti, da una parte rispetta lo sfintere urinario e permette di ricostruire l'uretra evitando l'incontinenza che invece può essere un problema dei pazienti operati con metodica tradizionale. Dall'altra, sempre l'apporto del robot, consente di risparmiare i fasci nervosi che regolano l'erezione al fine di garantire migliori risultati nei pazienti con tumore della prostata e scongiurando il rischio di impotenza che, negli uomini più giovani e sottoposti a intervento tradizionale, può sfiorare il 60% nel primo anno dall'intervento». Il tumore della prostata, che costa oltre 36 mila nuovi casi ogni anno in Italia, non è l'unica area urologica in cui il robot si sta rivelando efficace.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



«È infatti utilizzato sempre più frequentemente anche per il tumore del rene – precisa il prof. Artibani – ma entro determinati e ben precisi parametri. Ad esempio, se le dimensioni del tumore sono comprese tra i 3 e i 7 centimetri ed è possibile una resezione parziale del rene».



Trova più informazioni su www.corriereadriatico.it

Il professore Walter Artibani direttore dell'Unità operativa di Urologia dell'Aou Integrata di Verona e segretario generale della Società Italiana di Urologia

Il Da Vinci: come funziona

Il sistema robotico Da Vinci, prodotto da Intuitive Surgical Inc., è a oggi l'unica tecnologia disponibile per accedere ad una reale **chirurgia robotica**. Per **chirurgia robotica** da Vinci si intende l'ultima evoluzione della chirurgia miniminvasiva, successiva alla laparoscopia, in cui il chirurgo non opera con le proprie mani ma manovrando un robot a distanza: seduto a una console computerizzata posta all'interno della sala operatoria, il sistema computerizzato trasforma il movimento delle mani in impulsi che vengono convogliati alle braccia robotiche. Il sistema robotico Da Vinci si compone di: console chirurgica, che è il centro di controllo; carrello paziente che si compone di 4 braccia movimentabili e interscambiabili, montate su un'unica colonna, dedicate al supporto della telecamera endoscopica e di strumenti da 8mm chiamati endowrist; carrello visione che contiene l'unità centrale di elaborazione e processamento dell'immagine, sviluppato sul concetto della Immersive Intuitive Interface. La piattaforma è l'unico sistema robotico capace di tradurre i movimenti del chirurgo in modo intuitivo, di tradurre una reale visione 3D del campo operatorio, di intervenire attraverso la tecnologia Single-Site con unico accesso attraverso l'ombelico.

Agnese Testadiferro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Panorama / Panorama d'Italia / Napoli / Il futuro di Napoli? Meno burocrazia, più digitalizzazione

Il futuro di Napoli? Meno burocrazia, più digitalizzazione

È questa la ricetta necessaria a tenere acceso il motore napoletano - Il dibattito durante la tappa di Panorama d'Italia



Napoli, 14 giugno 2018 - Ospiti: Guido De Sena (direttore del RAIN - robotic academy intuitive Naples), Alessandro Ferrari (responsabile relazioni esterne IBM Italia), Vito Grassi (presidente Unione industriali Napoli), Guido Grimaldi (Grimaldi Group), Danilo Iervolino (presidente Università Telematica Pegaso), Bernardo Mattarella (amministratore delegato Mediocredito Centrale), Pietro Pelu (direttore commerciale Imprese Campania, Basilicata, Calabria e Puglia Intesa Sanpaolo), Marcello Tortora (Fracomina) - Credits: Ada Masella

PANORAMA
Cultura e Zone

ENTRA IN CONTATTO CON I MANAGER DELLE RISORSE UMANE

HRC

ISCRIVITI E PARTECIPA

Seguici su f t i



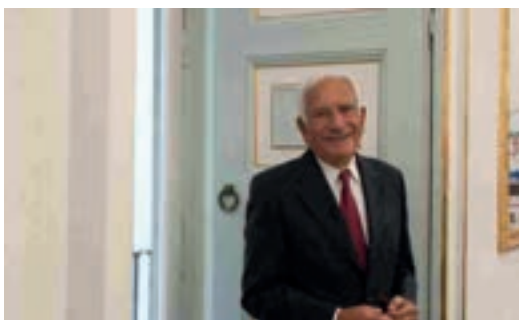
Chiara Raiola - 14 giugno 2018

Meno vincoli, meno burocrazia, più digitalizzazione: è questa la benzina per “Il motore napoletano”, la strategia che tutti gli ospiti di *Panorama d'Italia* hanno indicato come indispensabile per agganciare la ripresa nel corso del dibattito sull'economia del territorio.

“Iniezioni di ottimismo ce le facciamo ogni giorno qui a Napoli -esordisce **Vito Grassi**, neo presidente dell'**Unione industriali** - Ma è anche vero che stiamo vivendo in un momento molto favorevole. In Campania c'è il maggior numero di start up e l'aumento dell'export è più forte che nel resto del paese. Sull'innovazione c'è molto fermento, dobbiamo puntarci”.

Le autostrade del mare

Il **Gruppo Grimaldi** lo ha fatto da tempo: “noi lavoriamo molto sul concetto di sinergia - sottolinea Guido Grimaldi - Abbiamo costituito una associazione di trasporto e logistica mettendo insieme armatori, ferrovie, trasportatori, spedizionieri, agenzie marittime e autorità portuali, cercando di fare sistema e creando valore aggiunto per tutta la categoria”. Ma, dice Grimaldi, bisogna fare di più: “è indispensabile realizzare dei corsi ad hoc per gli studenti e spiegare l'importanza della logistica e delle autostrade del mare nel sistema economico italiano. Ad oggi **abbiamo tolto dalle strade un milione e 300 mila camion** riducendo i prezzi e le emissioni e contribuendo ad eliminare 1 milione e 200 mila tonnellate di Co2”.



ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Formazione e accesso al credito

In Italia c'è uno scollamento tra università e aziende: ad ammetterlo è **Danilo Iervolino**, presidente dell'Università telematica **Pegaso**: "La collaborazione invece è fondamentale ed è quello che cerchiamo di fare noi ogni giorno spiegando ai ragazzi che comunque **l'unico driver per competere a livello internazionale è l'innovazione**".

Ma non basta. Un tema molto dibattuto è quello dell'accesso al credito. **Bernardo Mattarella**, amministratore delegato di **Mediocredito Centrale**, ha spiegato che compito di una banca pubblica è quello di mettersi al servizio del sistema bancario "per condividere il rischio e diventare capitale supplementare con l'obiettivo di aiutare le imprese ad avere un accesso al credito più semplice". Ma, aggiunge Mattarella, le imprese "ci devono aiutare ad aiutarle. Con la trasparenza, innanzitutto. Sul totale nazionale un quinto degli investimenti in ricerca e sviluppo è realizzato in Campania. **Il nostro piano industriale prevede 1 miliardo di crediti alle imprese del Mezzogiorno**".

Secondo **Pietro Pelù**, direttore commerciale imprese Campania, Basilicata, Calabria e Puglia **Intesa Sanpaolo**, "la banca deve avere un ruolo di regolatore dei finanziamenti e non deve essere vista soltanto come mero fornitore di denaro. Il nostro gruppo è attivissimo anche in comparti non finanziari come l'innovation centre. Come banco di Napoli **stiamo lavorando sulle Zes, le zone economiche speciali**, e a metà luglio presenteremo agli imprenditori lombardi le opportunità di investimento nel Mezzogiorno".

Innovazione e tecnologia

Il settore della robotica, per esempio, è molto sviluppato nel Mezzogiorno. **Guido De Sena**, direttore del **RAIN - Robotic Academy Intuitive Naples** - spiega che "la robotica sta crescendo in tutto il sud d'Italia. Insieme ad **Ab Medica**, che per prima ha introdotto i robot nelle sale operatorie italiane, abbiamo deciso di mettere insieme le esperienze cliniche in modo da mettere a disposizione un bagaglio di interventi utile alla formazione senza la quale non ci può essere innovazione".

Gli investimenti in tecnologia e in formazione sono i due elementi che consentono anche al Mezzogiorno di agganciare la ripresa: ne è convinto **Alessandro Ferrari**, relazioni esterne di **Ibm Italia**, secondo il quale "**l'intelligenza artificiale è uno strumento indispensabile**".

Ma per **Marcello Tortora**, direttore marketing **Fracomina**, "la vera benzina del motore italiano credo sia l'orgoglio. Noi siamo digitali e globali perché per un marchio di abbigliamento conta anche la creatività organizzativa. Il 60% del fatturato lo realizziamo all'estero. La nostra visione - conclude Tortora - è da Napoli verso il mondo".



Un bisturi cybernetico per domare il trigemino

Buone notizie per gli oltre 3mila italiani colpiti ogni anno dalla nevralgia del trigemino, condizione che causa dolori lancinanti nelle aree del volto raggiunte da questo nervo, spesso scatenati da azioni banali, come lavarsi i denti, masticare o persino parlare. Quando i farmaci non bastano, si può contare su una valida alternativa: la radiocirurgia con il bisturi "cibernetico" **CyberKnife**, capace di eliminare il dolore senza incisioni. A segnalarne i benefici sono stati gli esperti del Centro diagnostico italiano (Cdi), in occasione del convegno *Frontiers of Radiosurgery*. «Con **CyberKnife** abbiamo trattato 138 pazienti con nevralgia del nervo trigemino. Più del 93 per cento ha registrato un miglioramento dopo circa tre settimane e quasi l'80 per cento non aveva più alcun dolore dopo sei mesi. Questi risultati positivi sono rimasti stabili dopo tre anni nel 76 per cento dei pazienti. Si tratta di un riscontro davvero importante perché ottenuto con una tecnica non invasiva e quindi molto meno onerosa per il paziente» fa notare Pantaleo Romanelli, direttore del Centro **CyberKnife** del Cdi, che ha pubblicato sulla rivista *Neurosurgery* i risultati della ricerca. **Cyberknife** è un apparecchio miniaturizzato montato su un braccio mobile robotizzato, in grado di spostarsi in tutte le direzioni intorno al paziente e inviare con precisione fasci di radiazioni sul nervo, "spegnendo" così il dolore. *Antonella Sparvoli*

152 IO DONNA | 14 GIUGNO 2018



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



SPECIALE 5X1000



IPF a cura di PIEMME S.p.A.



Istituto dei tumori G. Pascale Il paziente al centro

Seno, ovaio, prostata, vescica, seno, linfomi, melanomi, tumori della testa-collo, del colon-retto, del fegato, tumori polmonari e delle ossa, pancreas e stomaco, forme di tumore più rare, tra cui i sarcomi. Queste le aree di prevalente impegno per il Pascale di Napoli, noto in tutto il mondo per un approccio alle malattie neoplastiche, che integra le attività di ricerca e di cura con quelle di prevenzione e riabilitazione, ponendo ogni utente al centro di un coordinato intervento multidisciplinare, che risponde a criteri di efficacia, appropriatezza, personalizzazione e umanizzazione delle cure. Un Istituto che vanta i migliori strumenti di diagnostica per immagini, ma anche di un'Unità di Oncologia Radioterapica di

prima eccellenza dotata del Sistema **CyberKnife**, il macchinario più sofisticato per la radiocirurgia e la radioterapia stereotassica per i tumori primari e secondari (tra ed extra craniali) (tranne iniziale della prostata, del polmone e del fegato, linfadenopatia) e per il trattamento ripetuto. Numero uno in Campania, inoltre, per la **chirurgia robotica**, il sistema **"Da Vinci"**, in funzione al Pascale dal 2013, è impiegato soprattutto nella chirurgia addominale, della testa collo e dell'urologia.

IMMUNO-ONCOLOGIA AVANZATA

Il Pascale di Napoli è punto di riferimento internazionale negli studi

dell'immunoncologia, la nuova arma che stimola il sistema immunitario per sconfiggere il tumore. Finora a Napoli sono stati arruolati più di 200 pazienti nelle sperimentazioni che utilizzano questo approccio innovativo la cui strada è stata aperta dal melanoma, ma sperimentazioni con immunoterapici sono in corso praticamente in tutte le forme tumorali. Alla sperimentazione clinica, si aggiunge anche un importante programma **pre-clinico sull'individuazione di bio-marcatori e sullo sviluppo di vaccini**. Basta parlare dell'**Heptac**, l'unico vaccino terapeutico alla prova con l'obiettivo di riaccendere le difese immunitarie aperte dal tumore al fegato. Meno da un gruppo di ricerca internazionale,

coordinato dall'Istituto Pascale, è stato finanziato dall'Unione europea. A distanza di tre anni, la svolta. Le agenzie del farmaco di 5 Paesi hanno approvato il protocollo della sperimentazione ed è stato iniziato l'arruolamento dei pazienti per lo studio clinico, dopo i dati incoraggianti ottenuti dai test in vitro. Inoltre, negli ultimi anni, l'attività del gruppo focalizzato sul trattamento del melanoma, ha permesso lo sviluppo di farmaci innovativi ed efficaci nei confronti del melanoma stesso, dei quali alcuni sono ora utilizzati nella pratica clinica, avendo ottenuto l'autorizzazione all'Uff. Risultati d'eccellenza che vedono il gruppo del Pascale al centro di un'intensa attività internazionale e protagonista assoluto nella ricerca traslazionale e clinica del melanoma, nonché nell'immunoterapia.

RICERCA E TERAPIA PER SENO E OVAIO

Il Pascale è centro di riferimento europeo per la patologia ovarica

coordinando il gruppo di ricerca italiano MITO che include 80 centri di tutte le regioni e porta avanti diversi studi internazionali al Pascale con oltre 500 pazienti arruolate. Con 60 protocolli sperimentali e circa 500 pazienti arruolate l'anno, questo è il primo centro in Italia per numero di protocolli sperimentali con farmaci innovativi sul tumore al seno, nonché tra le prime dieci istituzioni al mondo per protocolli terapeutici. A breve si potrà effettuare anche il test genomico per individuare con precisione i casi in cui la chemioterapia può essere evitata e tutto è pronto per dare il via al primo vaccino terapeutico al mondo contro il tumore al seno, infatti il Pascale è l'unica struttura italiana partecipante alla sperimentazione (350 le pazienti affette da tumore triplo-negativo arruolate in più parti del mondo). Entro l'anno, invece, partiranno i protocolli con nuovi immunoterapici e quelli con virus antitumorali.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Alto Milanese culla della rivoluzione in sala operatoria

Ab Medica prepara nuove tecnologie, cresce e assume

CERRO MAGGIORE - Ogni sessanta secondi un chirurgo nel mondo si siede alla console per operare un paziente con il sistema robotico "da Vinci", una vera e propria rivoluzione per la chirurgia, che ha la sua culla nel cuore dell'Alto Milanese. A produrla, infatti, è "ab medica", azienda leader nella distribuzione di tecnologie medicali avanzate e di sistemi di **chirurgia robotica**. Un quartier generale a Cerro Maggiore, dove lavorano 300 persone e dove si arriva a un fatturato di 132 milioni di euro, e ramificazioni e società in Italia e nel mondo. Un vero e proprio gruppo tecnologico, insomma, creato nel 1984 da **Aldo Cerruti** (che pur non essendo medico si mise alla console per provare di persona il sistema da Vinci nel 1995), e che, dopo trent'anni, ancora orgogliosamente vuole restare una impresa familiare aperta al mondo.

La vice direttrice, Francesca Cerruti, figlia del fondatore e in azienda da tredici anni, ha le idee chiare sull'impresa di famiglia. «Siamo una azienda corteggiata - ammette con sincerità - ma siamo tutti d'accordo nel proseguire sulla nostra strada da soli».

Niente ingressi di fondi nel capitale e, almeno per ora, neppure la quotazione in Borsa. Del resto, a dar ragione a questa scelta strategica, ci sono numeri e risultati. A partire dal fatto che negli ultimi anni la cresci-



Francesca Cerruti, vice direttrice di **Ab Medica** spa. A lato: la piattaforma robotica "da Vinci"

ta è stata costante, sempre a due cifre, sempre variabile tra il 10 e il 15 per cento. E la crisi degli ultimi anni?

«Tutte le aziende sono state toccate dalla crisi - spiega Francesca Cerruti - ma in modi differenti. Per noi ha voluto dire registrare un rallentamento in termini di risposte da parte delle istituzioni, pur mantenendo un rapporto continuo con le aziende ospedaliere e con i medici. La spending review ci ha penalizzato perché perché ci chiedevano alta tecnologia a prezzi ridotti. Un

binomio difficile da realizzare. Devo dire però che ne siamo usciti grazie al rapporto di collaborazione stretto e costruttivo con i medici e con alcune istituzioni virtuose». E il risultato è che con la crescita a due cifre sono arrivate anche le relative assunzioni. Quest'anno, per esempio, sono previsti venti nuovi contratti per diverse tipologie di incarichi. A farla da padrone, in ogni caso, sono gli ingegneri biomedicali, anche se alla parte di ricerca e produzione si affianca quella commerciale e di distribuzione che richiede competenze differenti.

Sta di fatto che nella sede di Cerro Maggiore la ricerca e l'innovazione sono di casa e non si fermano mai. I prossimi obiettivi, ad esempio, riguardano due fronti differenti. Da un lato la disinfezione dei batteri ospedalieri con il robot "Light Strike" che uccide i germi che causano infezioni, sia nelle camere di degenza sia in sala operatoria. L'altro fronte, invece, è quello della connessione, per creare una **telemedicina** territoriale. E uno dei progetti già in corso riguarda l'azienda ospedaliera di Legnano, che ha connesso i suoi presidi creando una rete per la gestione dell'unità di intervento sugli ictus. «Un ambito - sottolinea Francesca Cerruti - dove la velocità è fondamentale per ottenere un intervento di successo sul paziente».

Emanuela Spagna

COME FUNZIONA

Il robot collega del chirurgo

CERRO MAGGIORE - Il sistema robotico da Vinci è la piattaforma più evoluta per la chirurgia mini invasiva presente sul mercato. Consente al chirurgo, seduto a una console, di manovrare a distanza quattro bracci robotici che migliorano i gesti umani, con la possibilità di raggiungere aree anatomiche difficili tramite un solo accesso attraverso l'ombelico. Questo tipo di chirurgia viene applicato a diverse specialità ospedaliere.

A inizio 2018 sono ben 4400 le piattaforme Da Vinci distribuite nel mondo. Dopo gli Stati Uniti, in cui sono presenti 2862 sistemi robotici, l'Europa rappresenta il secondo mercato con 742 installazioni. IN Italia, in par-

ticolare, sono cento i sistemi da Vinci distribuiti nelle strutture sanitarie lungo lo Stivale.

Ora la nuova sfida di **Ab Medica** si chiama "Light Strike" ed è la nuova tecnologia che consente di ridurre il numero di decessi quotidiani dovuti a una infezione contratta in ospedale. IL robot si usa per la sanificazione avanzata degli ambienti, utilizzando una luce pulsante emanata da una lampada allo xeno. IL robot viene impiegato sia nelle camere di degenza che in sala operatoria ed è in grado di debellare oltre 20 tipi differenti di microrganismi patogeni. Opera in autonomia senza che sia necessaria la presenza del personale sanitario.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Lombardia, regno dei robot chirurgici

Ai vertici in Europa, minimizzano i postumi e i tempi di guarigione

di ENRICO FOVANNA

-MILANO-

ARRIVANO a quota 100 i robot che sostituiscono il chirurgo in sala operatoria, riducendo dell'80% i tempi di degenza e guarigione, per la mini invasività e la precisione degli interventi, con un ridotto sanguinamento. L'Italia è il primo Paese in Europa e la Lombardia, con 22 automi, fa la parte del leone.

Nei prossimi dieci anni, il robot sostituirà la mano umana in chirurgia. Niente di magico. Stiamo parlando di uno strumento che amplifica i movimenti del chirurgo, permettendo di arrivare in parti del corpo prima inaccessibili. Ma anche di ingrandire di almeno 10 volte i tessuti, e di eliminare il tremore umano, consentendo una precisione quasi assoluta nel sezionare i tessuti e nella scelta di quelli da salvaguardare. Il robot, controllato da doppia console, dove siede il medico, permette di vedere alla perfezione l'anatomia umana, ampliando quel che vedrebbe l'occhio umano.

NEL 2017 sono stati circa 18mila in Italia gli interventi di **chirurgia robotica**, quasi 12mila in ambito urologico (specie per la cura di tumore alla prostata, ma anche a rene e vescica), con un incremento, dell'83% a partire dal 2006. Nel mondo, dopo la ginecologia, è proprio la chirurgia urologica la principale area di intervento con il robot. In Italia, invece, resta

l'urologia a farla da padrona, con il 67% di interventi. In urologia i motivi del successo sono semplici: la precisione del robot consente facilità di accesso alle anatomie più complesse, una impeccabile precisione demolitiva e ricostruttiva, una minore perdita di sangue, una riduzione della degenza post operatoria e una diminuzione degli effetti collaterali, l'incubo del degenere. Su tutte, la disfunzione erettile e l'incontinenza.

«**LA CHIRURGIA robotica** da Vinci - spiega il professor Walter Artibani, segretario generale della Siu (Società Italiana di Urologia) - è emblema della chirurgia miniminvasiva. Il robot conferisce al gesto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche e permette di superare i limiti legati alla difficoltà di trattare,

con la laparoscopia, patologie in sedi anatomiche difficili da raggiungere. Inoltre, la possibilità di avere una doppia postazione consente di poter effettuare, oltre a interventi precisi e nel segno della miniminvasività, una eccellente formazione professionale". In buona sostanza, grazie a questa

VANTAGGI

Evitano il tremore della mano possono ruotare di 360 gradi e ingrandire tutto di dieci volte

tecnologia, chi manovra il robot diventa un "superchirurgo", la cui vista viene magnificata e moltiplicata di 10 volte, mentre i gesti chirurgici si fanno più ampi, con una libertà di movimento su 7 as-

si ed una rotazione di 540 gradi, rispetto ai 180 della mano umana.

«**L'INTERVENTO** robotico - aggiunge il professor Vincenzo Mirono, membro della Siu - è così preciso e rapido da ridurre significativamente il rischio di recidive. Grazie alla visione amplificata dell'area interessata, si asporta tutto il tessuto malato in modo molto più puntuale. Questa precisione, garantita dai sensi aumentati, assicura anche maggior sopravvivenza senza malattia in caso di tumore, e esiti funzionali migliori. Basti pensare, nel caso di tumore della prostata, alla possibilità di recuperare in modo completo la continenza urinaria ed una buona erezione anche con interventi assai demolitivi. Il robot consente di risparmiare i fasci nervosi che regolano l'erezione nei pazienti con tumore della prostata e scongiura il rischio di impotenza che, nei più giovani, sottoposti a intervento tradizionale, sfiora il 60% nel primo anno dall'intervento. Il potenziale di utilizzo di questa tecnologia è ancora parzialmente inespresso; basti pensare che, nei centri utilizzatori, il 90% delle prostatectomie viene eseguito roboticamente. In Italia invece, sul totale complessivo delle prostatectomie, solo il 35% degli interventi è robotico. Questo esempio, pur riferendosi ad una sola patologia, ben rappresenta quanto ancora si possa fare per estendere l'utilizzo appropriato dei sistemi robotici.



IN ONCOLOGIA

LE APPLICAZIONI PIÙ RILEVANTI IN UROLOGIA, DOVE L'IMPOTENZA È UN RISCHIO DEL PASSATO

LA REGIONE-TRAINO

ALL'OMBRA DEL PIRELLONE 22 AUTOMI SU 100 IN ITALIA: E IL FUTURO È SOLO AGLI INIZI



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Data 20-06-2018
Pagina
Foglio 1 / 6

CORRIERE DELLA SERA



Il quotidiano dell'hi-tech

#OLED #TV #IPHONE 8 #IPHONE X #GOOGLE PIXEL 2 XL



SPECIALEMONDIALI2018 NEWS TEST E PROVE INCHIESTE E REPORTAGE GUIDE PRODOTTI FO accedi o registrati

Smart Health, ovvero come diventare chirurghi per un giorno grazie ai robot



L'evento Smart Health di **ab medica** è stata l'occasione per approfondire il discorso della tecnologia e della robotica nel delicatissimo settore della sanità. Il livello è altissimo e le prospettive (tecnologiche, quanto meno) sono rosee

di Emanuele Villa - 20/06/2018 16:24 1

- 1
- Like
- Share
- Tweet
- G+

Tecnologia e salute non sono mai stati così vicini. Nonostante i dispositivi di monitoraggio domestico e *outdoor* aumentino di giorno in giorno, esiste un certo tipo di tecnologia ancor più importante per la nostra salute: **quella dedicata ai medici, ai chirurghi, agli ospedali e alle sale operatorie**. Una tecnologia estremamente diversa da quella di cui siamo soliti raccontare: qui non c'è solo un'app che segue i movimenti del paziente o un braccialetto che conta le pulsazioni, ma veri e propri robot che assistono il chirurgo durante gli interventi più delicati, assicurandone la buona riuscita. Non si può sbagliare: c'è il gioco la salute e la vita di una persona, non il suo stato di forma più o meno perfetto per la prova costume.

Ecco perché l'evento *smart health* organizzato da **ab medica**, una delle più grandi realtà italiane che operano nel campo delle tecnologie medicali, è stata un'ottima occasione per conoscere tecnologie fondamentali in ambito medicale e "fare il punto" sullo stato dell'hi-tech nel mondo della salute. Ovviamente non siamo chirurghi: quello che diremo sarà scontato e superficiale per alcuni, ma siamo altrettanto certi di suscitare la curiosità di molti che, anche un po' per timore, si tengono abbastanza alla larga da questo settore sperando di non entrarci mai in contatto.

Articolo stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Tecnologia per curare e intervenire tempestivamente

Durante l'evento ci siamo improvvisati chirurghi per provare alcune delle soluzioni tecnologiche più avanzate a disposizione della medicina moderna. Prima cosa il **Da Vinci, un'istituzione nel settore e un riferimento assoluto quando si parla di chirurgia robotica mininvasiva**. Non essendoci un paziente in carne ed ossa (grazie al cielo) ma solo delle graffette da spostare, ci è parso tutto facile: nella realtà non sarà di sicuro così, ma il fatto che la tecnologia robotica possa influenzare in positivo l'esito degli interventi è chiaro anche ai profani.

Seduti in console osserviamo il tavolo operatorio tramite un visore e **muoviamo i bracci robotici che replicano i nostri movimenti**: in realtà li migliorano grazie a un sistema di stabilizzazione avanzata che ci permette di fare tutto senza fatica e, soprattutto, di non trasmettere al paziente il fisiologico tremore delle mani e delle dita.



Il sistema robotico Da Vinci in azione

Mentre operiamo (virtualmente, per fortuna) **ci passa a fianco un robot In Touch**, che ricorda un po' quelli della fantascienza anni '80.

Alto, indipendente, con un operatore in carne ed ossa che ci osserva dal monitor: In Touch è



Data 20-06-2018

Pagina

Foglio 3 / 6

un dispositivo fondamentale per la **telemedicina** e **ce ne sono 15 in giro per l'Italia**. Sono dotati di un sistema di ripresa Full HD e di movimento remoto, al loro interno hanno **diversi strumenti per la rilevazione dei parametri del paziente**, parametri che vengono inviati allo specialista dall'altra parte per una diagnosi tempestiva e immediato accesso alle cure. Lo scopo è uno: assicurare a chi abita in aree disagiate la medesima qualità di cura di chi può avvalersi di strutture all'avanguardia.

La diffusione in Italia non è capillare, ma almeno i primi passi sono stati fatti: la prima rete di "telepresenza" è stata inaugurata tra gli ospedali di Legnano-Abbiategrasso-Magenta nel milanese: la centrale di controllo a Legnano comunica con i robot presenti ad Abbiategrasso e Magenta e offre un servizio di diagnosi e cura estremamente tempestiva in caso di ictus ischemico.

Idem in Abruzzo, dove gli specialisti degli ospedali di Chieti, Lanciano e Pescara supportano "in remoto" i colleghi di Casoli, Guardiagrele, Popoli e Penne. Data la sua utilità e il suo ruolo centrale nell'offrire assistenza medica di qualità in qualsiasi luogo e in ogni momento, la speranza è che sistemi come questo si diffondano in fretta a macchia d'olio.

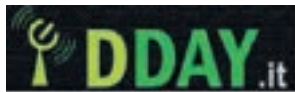


Con Mako gli errori tendono a zero

Basta passare due minuti con Da Vinci per rendersi conto dell'importanza della tecnologia nel mondo della cura. Ma la presenza di un chirurgo abile ed esperto resta fondamentale: magari un giorno i sistemi di assistenza, l'intelligenza artificiale e altre belle tecnologie gli permetteranno minori responsabilità, ma oggi il chirurgo è assolutamente al centro di tutto.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Data 20-06-2018

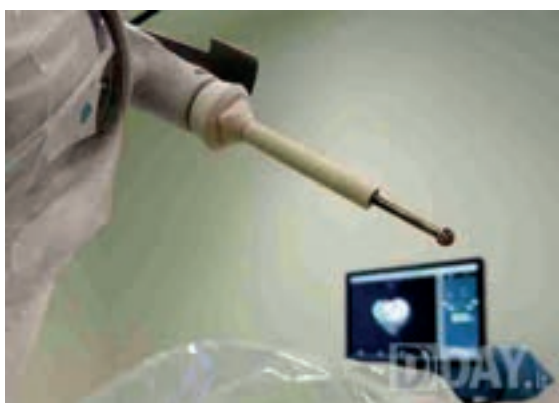
Pagina

Foglio 4 / 6



L'articolazione del ginocchio sulla quale siamo intervenuti con Mako

Eppure ci sono casi in cui la tecnologia tenta di ottenere il ruolo da protagonista. Un caso è Mako, un altro **sistema robotico ultrasofisticato per la chirurgia protesica in ortopedia**: anche qui parliamo di una quindicina di esemplari presenti in Italia (13 per l'esattezza), ideali per la protesizzazione di anca e ginocchio. L'obiettivo di Mako è ambizioso: togliere l'errore umano dall'equazione. Non ridurlo, eliminarlo proprio.



Strumento per la fresatura dell'articolazione

Ci siamo dunque avventurati in una delicata operazione di protesi (parziale, ci pare) di ginocchio. Al di là della delicatezza dell'intervento, delicatezza che non c'è quando si ha a che fare con un femore di gesso, l'impressione è che **la fase di pianificazione conti almeno quanto l'esecuzione**. È tutto computerizzato, tutto.

Prima si fa una TAC, sulla base della quale il chirurgo definisce in modo preciso le modalità di intervento e **"istruisce" il software di Mako in tal senso**. Poi, una camera 3D consente al chirurgo di visualizzare in tempo reale l'avanzamento dell'intervento: la fresatura dell'osso avviene tramite braccio robotico che è programmato e "guida" la mano del chirurgo, impedendo errori umani importanti. Ci abbiamo

Il taglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Data 20-06-2018
Pagina
Foglio 5 / 6

provato e confermiamo, pur nella totale e assoluta inesperienza, che qui l'assistenza robotica va ben oltre l'eliminazione del tremore umano. Qui è tutto fissato precedentemente, il che offre anche un'elevata riproducibilità del gesto umano.



Camera 3D e monitor di controllo dell'intervento

Tra caschetti e onde alfa

Dopo una rapida sessione in compagnia di dischi intervertebrali sintetici e sistemi di sterilizzazione basati su raggi UV-C, passiamo a un altro dispositivo su cui la ricerca di **abmedica** punta molto: il caschetto Helm-eight.

Autaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Si tratta di un caschetto leggerissimo (apparentemente anche molto delicato) dotato di **elettrodi a secco capaci di registrare l'attività cerebrale del paziente**. Alcune applicazioni sono evidenti: elettroencefalogramma wireless per chi ne avesse bisogno (soprattutto pazienti epilettici, poiché è prevista la possibilità di prevenzione delle crisi) e come alleato per i percorsi di riabilitazione motoria. Vista la sua rapidità di accensione e registrazione dei dati, trova una collocazione perfetta sulle ambulanze.



Ma c'è qualcosa di più che proietta Helm-eight direttamente nel futuro: **il sistema è in grado di captare e registrare le cd. onde, alfa** frequenze che il nostro cervello emette solo in determinate circostanze

o lassi di tempo. L'ipotesi formulata dai ricercatori è usare le onde cerebrali "replicabili" (queste alfa per controllare dispositivi esterni, il che rappresenterebbe un passo avanti meraviglioso per soggetti con disabilità motorie. Potranno non solo comunicare ma anche eseguire operazioni ad oggi impensabili. Dal canto nostro, la speranza che ciò avvenga nel minor tempo possibile: a giudicare dalle premesse, vien voglia di essere ottimisti.

Articolo stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato la campagna contro la sepsi, la forma più grave di infezione

Pulizia e disinfezione

È stato dimostrato che, negli ospedali, il 90 per cento delle superfici appare pulite, ma in realtà sono contaminate da microbi. Come e perché? In alcuni casi le procedure tradizionali possono non essere in grado di eliminare totalmente i microrganismi presenti perché le popolazioni microbiche sono organizzate in forme sofisticate di aggregazione...

Il ruolo della pulizia e della disinfezione nelle strutture sanitarie per la bonifica dei serbatoi ambientali

Contrarre un'infezione in ospedale? Un rischio reale, ma che può essere controllato

Il cambiamento demografico che determina l'innalzamento dell'età media della popolazione e la diffusione delle malattie cronico-degenerative che persistono per decenni, rendono i soggetti più fragili e richiedono una presa in carico prolungata nel tempo; questo fa sì che il rapporto strutture sanitarie-paziente diventi molto più frequente di un tempo. Ecco perché è indispensabile mettere in opera tutte le misure necessarie a prevenire gli effetti indesiderati delle cure...



L'IMPORTANZA DI LAVORARE LE MANI. Occorrono strategie nuove e accurate, ma da dove partire? La prima mossa è quella più semplice e immediata: lavarsi le mani. Le mani rappresentano il veicolo principale di diffusione, veicolo e microscopio da un paziente all'altro, sia direttamente che attraverso il contatto con piani di lavoro, strumenti e altre superfici ambientali. Può sembrare banale, ma non lo è...

Innovazione e tecnologia: nuove armi per contrastare i microrganismi

L'efficacia dei raggi ultravioletti a impulsi xenon

Fur eseguite scrupolosamente le procedure tradizionali di sanificazione negli ambienti ospedalieri, nel 5-30 per cento dei casi sulle superfici o gli oggetti ad alta frequenza di contatto può persistere una contaminazione microbica. La ricerca scientifica e tecnologica, quindi, andrà rivolta alla necessità di disporre di metodiche che, in aggiunta ai protocolli standard, possano garantire maggiori livelli di decontaminazione, riducendo al minimo i rischi di infezione correlata alle procedure assistenziali. Un'opzione sta nella camera di degenza che in sala operatoria, operando in autonomia senza necessità della presenza del personale sanitario...

In Europa le morti causate da infezione ospedaliera superano quelle per incidenti stradali: 29 mila contro 26 mila.

Un studio sul campo condotto nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa per verificare la validità dell'utilizzo dei raggi ultravioletti a impulsi xenon dopo la pulizia manuale effettuata tramite un detergente e un disinfettante, sono state analizzate 345 superfici ad alta frequenza di contatto. Nessun campione è risultato contaminato dopo l'utilizzo dei raggi ultravioletti a impulsi xenon. Nelle stanze di degenza, in cui l'attività pre-urgenza produce il carico batterico (DOPC) ancora rilevabile dopo l'applicazione del protocollo standard, 31 ricoverati con UV irradiava la contaminazione. L'efficacia del trattamento era anche dimostrata sulle superfici su cui era stata rilevata la presenza di spore di Clostridium, notoriamente difficili da eliminare e con le normali misure di pulizia e disinfezione. Un'innovazione importante, quindi, che può contribuire a contrastare un problema che attualmente provoca in Europa 29 mila morti all'anno, contro i 26 mila morti per incidenti stradali.

A tutti può capitare di dover trascorrere qualche giorno in ospedale. Il paziente si aspetta di essere accudito in un ambiente sterile, diverso da tutti gli altri, caratterizzato da un grosso rispetto delle norme igieniche e delle misure di prevenzione. Un luogo dove ci si sente sicuri, protetti e curati. Purtroppo non sempre il quadro è così positivo. Uno dei rischi che si corre durante la permanenza in una struttura sanitaria è quello di contrarre un'infezione correlata alle pratiche assistenziali, che può avere conseguenze anche molto gravi. Come mai? Molto è cambiato da tempo in cui i ricoverati erano visitati e curati in casa dal medico di famiglia e si ricorrevano al ricovero in ospedale solo in casi di grande necessità. Sembra il professor Gaetano Privitera, Direttore di Igiene, direttore del Dipartimento di Ricerca Tradizionale dell'Università di Pisa e presidente di SIMPOS, Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie. Oggi, gli accessi alle strutture sanitarie con stati di ricovero in corso per alcuni ma anche sotto forma di prestazioni ambulatoriali o di day hospital, di ricoverazione o di lungodegenza, legati ai bisogni assistenziali propri delle malati...

Certi microrganismi possono sopravvivere mesi e anni nonostante l'accurata pulizia

La diffusione della resistenza ai farmaci antimicrobici è oggi un problema di grande rilevanza. Si stanno facendo ricerche per sviluppare un antibiotico che agisca in modo più mirato rispetto agli antibiotici tradizionali. Il professor Gaetano Privitera, Direttore di Igiene, direttore del Dipartimento di Ricerca Tradizionale dell'Università di Pisa e presidente di SIMPOS, Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie. Oggi, gli accessi alle strutture sanitarie con stati di ricovero in corso per alcuni ma anche sotto forma di prestazioni ambulatoriali o di day hospital, di ricoverazione o di lungodegenza, legati ai bisogni assistenziali propri delle malati...

di prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni su tutto il territorio nazionale a causa di un quadro normativo nazionale piuttosto debole. L'ultima circolare ministeriale specifica risale al lontano 1998. La situazione è molto diversa da regione a regione, alcune sono molto attive, quali Emilia Romagna, la Toscana, il Piemonte, il Friuli Venezia Giulia, altre meno. Inoltre, l'aumento del carico assistenziale ospedaliero fa sì che i pazienti si ricoverino per periodi sempre più lunghi e ciò favorisce la diffusione delle infezioni. In pratica, nel contesto europeo, governare fare di più e meglio, anche se per farcela qualcosa sta cambiando. Il Ministero della Salute ha recentemente sviluppato e diffuso un Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) per ridurre il tasso di infezioni e controllare la diffusione della resistenza agli antibiotici.

I PLASTICI DELL'IGIENE

Come già detto, anche gli ambienti oggi è riconosciuto un ruolo nella genesi delle infezioni correlate all'assistenza. Tra tutte un concetto, per esempio, è quello delle superfici ad alta frequenza di contatto, spinte dal fatto, televisivo, televisivo, meglio, rubricati. Per questo motivo SIMPOS, ha promosso la Carta di Bergamo durante il convegno che si è tenuto lo scorso maggio. I risultati di questa Carta coinvolgono alcuni punti importanti, che hanno il fine di ridurre al minimo il rischio per i pazienti di esposizione a microrganismi potenzialmente pericolosi presenti nell'ambiente. In sintesi il documento prevede la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari per la definizione di standard di qualità per la pulizia degli ambienti delle strutture sanitarie, la verifica di risultato delle procedure di sanificazione date in appalti a imprese esterne, l'applicazione di nuove tecnologie di prova affidabile e la...

La ricerca sugli antibiotici deve riprendere per vincere la farmacoresistenza

formazione del personale addetto alla pulizia e alla disinfezione. Viene, infine, proposta la promozione della ricerca indipendente su metodi innovativi di bonifica ambientale. È importante avere un approccio al problema agendo su più fronti, dice Privitera, "se non lo colpite dove, come e quando si verificano le infezioni, e andate a cercarle". Bisogna che, a livello capillare in tutte le regioni, siano attivi e mantenuti nel tempo sistemi di sorveglianza di specifiche infezioni che tengano conto dell'esposizione ai fattori di rischio tecnologici...

In Italia si verificano 350 mila infezioni all'anno che portano a 4 mila decessi

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

«Salvata dai medici del nostro ospedale»

Barbara Calistri, aggredita da rara patologia, racconta come ce l'ha fatta

LA STORIA

PESARO Una storia di buona sanità. Perché se un problema medico fa sempre tanto rumore, migliaia di casi risolti per il meglio passano quasi sempre in sordina. «Spesso si vanno a cercare centri d'eccellenza lontano da Pesaro - spiega Barbara Calistri - quando invece in città abbiamo un servizio sanitario straordinario, la mia è una testimonianza diretta, sono viva grazie al lavoro dei medici di Pesaro».

L'odissea

Tutto comincia nel 2017, quando la signora Calistri (assicuratrice che lavora anche per Confcommercio) accusa una serie di coliche che supera sempre e solo con antidolorifici, senza destare particolare attenzione nel medico di base che la segue. Poi un giorno, a dicembre del 2017, le coliche si fanno particolarmente dolorose e così decide di rivolgersi alla guardia medica, che s'insospettisce e dispone una serie di esami più approfonditi, che nel giro di poco tempo portano alla diagnosi: mucocoele appendicolare, una patologia subdola e rarissima che partendo dall'appendicite produce un mucos gelatinoso di origine neoplastica, che avvolge gli organi interni fino a soffocarli. Fino a poco tempo fa, era considerato inoperabile, una lenta condanna a morte, poi alcuni centri italiani hanno deciso di affrontare l'intervento, tra questi la chirurgia generale del San Salvatore guidata dal professor Alberto Patrì con la consulenza del dottor Giannaria Fiorentini, primario di oncologia. «Per prima cosa vorrei ringraziare di cuore la chirurgia d'emergenza, dove sono stata ricoverata subito grazie all'istituzione della guardia medica di turno. Il dottor Alessandro Diana; poi mi ha operato una prima volta il professor Patrì a dicembre 2017, con uno staff di 40 tecnici specializzati». L'intervento, che ha potuto beneficiare anche della **chirurgia robotica**, fiore all'occhiello di Marche Nord, è durato oltre 12

«Si vanno a cercare eccellenze che sono qui. Grazie ai professionisti di Marche Nord»



Barbara Calistri, la sua è una storia di buona sanità

ore. Vengono asportati diversi organi interni ormai compromessi e poi viene effettuata la perfusione di una soluzione con farmaco riscaldato a 42 gradi, che riesce ad eliminare le cellule cancerose residue non visibili ad occhio nudo. Seguono altri interventi e un lungo periodo di riabilitazione, con il fisico della paziente, che nel frattempo ha perso 30 chili, provato dalle cure. «E' un po'

un intervento che ha fatto scuola - prosegue la Calistri - il problema è che i medici di base ancora non riconoscono la patologia, che non dà sintomi chiari e si può confondere con l'appendicite». Ora, a due mesi dall'ultimo intervento, Barbara Calistri è guarita e in piena forma, ma non dimentica la qualità delle cure ricevute.

Scienza e umanità

«Il professor Patrì è un professionista straordinario che ha un'umanità disarmante, una modestia e un'umiltà difficili da trovare in un chirurgo. Ha il potere di trasmetterci la tranquillità, la sicurezza, sempre sorridente, ti dà delle informazioni certe che puoi riscontrare, si capisce che conosce perfettamente la materia ma non fa mai cadere le cose dall'alto, si ferma a parlare con tutti, tratta tutti allo stesso modo, è una risorsa straordinaria per l'ospedale e per Pesaro». Secondo la Calistri poi, al di là dei trattamenti in acuto, fondamentale è anche la riabilitazione. «Adi e Anr erogano un servizio domiciliare che fa la differenza, quando esci dall'ospedale la storia non è finita e vorrei ringraziare anche la dottoressa Germana Severini dell'Anr. Ho toccato con mano la qualità delle terapie ricevute durante tutto il mio percorso di cura, Ferba del vicino non è sempre più verde, abbiamo un ottimo ospedale in città, rivolgiamoci ai nostri medici con fiducia».

Stefano Mascioni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prevenzione

Tumori femminili Esami dai 45 anni

«La diagnosi precoce resta l'arma più efficace contro i tumori femminili». Lo sostiene con convinzione il consigliere regionale Andrea Bianconi, firmatario con Enzo Giancanti e Fabrizio Volpini del Pd, della mozione approvata all'unanimità in consiglio regionale, per incentivare la prevenzione delle neoplasie femminili. «Da anni - premette Bianconi - la Regione Marche provvede allo screening mammario gratuito biennale, riservato dal Sistema sanitario nazionale alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Nella mozione - spiega - abbiamo chiesto la copertura economica per estenderlo alle donne più giovani, abbassando la soglia a 45 anni».

CURE E TECNOLOGIA ■ LIVIERI ALLE PAGINE 2 E 3

Federico Rea “dottor futuro” mago dei robot

«Il robot ci sorprende ma non potrà operare senza un chirurgo»

La tecnologia applicata alle cure e le eccellenze padovane
Parla Federico Rea, direttore della clinica di Chirurgia toracica

di **Elena Livieri**
PADOVA

Avremo, e anzi ci sono già, le auto che si guidano da sole, senza conducente. Ma non ci sarà mai un robot in grado di operare senza un chirurgo che lo manovri. Ne è certo il professor Federico Rea, direttore della Clinica di Chirurgia toracica dell'Azienda ospedaliera-Università di Padova e pioniere nell'uso del robot in sala operatoria. In particolare quello utilizzato dall'Azienda ospedaliera è il sistema Da Vinci, di cui è appena arrivato l'ultimissimo modello, per un investimento di circa 25 milioni di euro. La **chirurgia robotica** mininvasiva è, del resto, una delle eccellenze della Clinica, leader negli interventi oncologici, nei trapianti di polmone e nelle ricostruzioni vascolari. Un paziente su tre, non a caso, arriva da fuori regione.

Professore la sua Clinica ha una particolare attrattività verso pazienti da altre regioni. «Il nostro punto di forza è che siamo in grado di garantire

un'offerta sanitaria a 360 gradi, siamo infatti leader sia in campo oncologico che trapiantologico, così come nelle attività chirurgiche per grosse patologie che richiedono équipe multidisciplinari. Tutto questo lo possiamo offrire perché lavoriamo in un ospedale che ha una serie di professionisti che lavorano in chiave moderna, in sinergia uno con l'altro, per dare migliori chance al paziente. Siamo all'avanguardia sulle tecnologie e sui protocolli».

Avete sviluppato molto la chirurgia mininvasiva. Cosa permette questa tecnica?

«Siamo in grado di operare tutti i tumori del torace, principalmente al polmone: siamo uno dei primi centri italiani per procedure mininvasive, con una media di 180 interventi l'anno. La tecnica che ci distingue è la lobectomia che, invece di aprire lo sterno come nella chirurgia tradizionale, ci consente di operare praticando solo una piccola incisione di 4 centimetri. Sono operazioni

Che rapporto c'è fra il chirurgo e il robot?

«È come avere un'estensione delle proprie mani, potendo utilizzare degli "arti" con capacità e potenzialità che l'arto umano non ha. Pensiamo solo alla flessibilità degli "aghi" del robot, che possono arrivare dove il chirurgo con le sue mani non potrebbe».

Potrà mai esserci un robot che opera in autonomia, senza chirurgo che lo manovri?

«Indubbiamente la tecnologia robotica rappresenta il futuro, ma la macchina non potrà mai fare a meno dell'uomo. Permette di controllare i movimenti e di perfezionarli. Qui è la sua forza: il mio movimento è traslato da una apparecchiatura robotica collegata a un computer che controlla e perfeziona tramite controllo remoto. In epoca di *big data*, sappiamo che più dati abbiamo, più informazioni si acquisiscono. E la loro elaborazione da parte del computer perfeziona e corregge l'imput dell'uomo. Il futuro è questo».

Che uso fate del robot in sala operatoria?

«Siamo centro di riferimento

nazionale per la chirurgia del mediastino e l'asportazione di tumori del timo, che è una ghiandola. Molti pazienti con tumore o displasia del timo hanno una malattia neurologica, la miastenia gravis, e sono spesso persone giovani. Per togliere questa ghiandola bisognerebbe aprire lo sterno, invece

ce con il robot bastano tre buchi sotto la mammella. Dopo due giorni possono venire già dimessi. Quella del timo è una patologia rara e facciamo un intervento a settimana su pazienti da tutta Italia».

Un ruolo importante gioca anche la capacità ricostruttiva. Ci spiega in quali casi?

«Eseguiamo interventi complessi di ricostruzione delle vie aeree e dei grandi vasi. Interventiamo su pazienti che in altri ospedali vengono dichiarati non operabili proprio per la nostra capacità di ricostruire le parti asportate. Possiamo per esempio asportare un lobo dove c'è il tumore, salvando però l'organo: vengono da tutta Italia per questo tipo di interventi, ecco come si spiega l'alto tasso

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



di attrazione che la Clinica registra verso pazienti di altre regioni. L'asportazione del polmone comporterebbe una insufficienza respiratoria, se invece ne recupero più del 50% il paziente può sopravvivere. Allo stesso modo siamo in grado, per l'esperienza acquisita in oncologia, di trattare i tumori del mediastino (l'area che occupa la parte mediana del torace e comprende strutture e organi dell'apparato circolatorio, respiratorio e digerente, del sistema linfatico e del sistema nervoso, ndr) che infiltrano grosse strutture vascolari: li togliamo e

ricostruiamo. Siamo stati i primi a mettere a punto la tecnica di ricostruzione usando un osso da cadavere per lo sterno. Come si capisce, la nostra caratteristica è di non occuparci di una unica cosa».

È vero che il trapianto di polmone è il più difficile?

«La procedura è più complessa, ma non dal punto di vista tecnico, ma per la difficile trapiantabilità di questo organo. Mentre teniamo in vita il donatore, cuore, reni e fegato funzionano, ma il fatto che venga intubato e ventilato in qualche modo sfrutta i polmoni. L'organo, poi, è molto immunogenico, rigetta molto, ed è quindi di difficile attecchimento. In più cuore, fegato e reni stanno dentro, chiusi nel corpo una volta trapiantati. Il polmone viene ventilato e quindi a contatto con l'aria che arriva dall'esterno. Tutto questo lo rende particolarmente a rischio. Al trapianto lavora una équipe complessa in cui ci sono anestesisti, immunologi e anatomopatologi».

Come viene conservato il polmone in vista di un trapianto?

«Tradizionalmente lo si asportava dal donatore e lo si metteva nel ghiaccio, procedura che assicura una durata dell'organo di massimo sei ore. Noi abbiamo adottato una tecnologia innovativa, la Ocs (Organ Conservatory System): si tratta di una macchina portatile dove viene inserito l'organo che può durare fino a 12 ore. La macchina assicura la perfusione di sangue grazie a una pompa, mentre un ventilatore assicura l'ossigenazione del polmone ed è esattamente come se funzionasse all'interno del corpo. Questo ci consente di fare tutte le valutazioni sull'organo e la sua funzionalità, rilevando

eventuali problemi. Con questo sistema si possono recuperare più polmoni per il trapianto. Quest'anno, dopo aver partecipato a diversi trial internazionali, siamo entrati in un pool mondiale per uno studio randomizzato pubblicato su *Lancet Respiratory Medicine*, una delle principali riviste scientifiche del settore. Tutto ciò, mi preme sottolinearlo, non è frutto del lavoro del singolo, ma di un team che si esprime ad altissimo livello. Cito solo l'anatomopatologa Fiorella Calabrese o l'immunologo Emanuele Cozzi».

La Chirurgia toracica si occupa di tutto ciò che c'è nel torace, salvo il cuore. Questo la rende più complessa?

«Personalmente trovo che dia più soddisfazione perché è più varia. Neoplasie e trapianti sono due mondi completamente diversi che qui convivono. Unire l'Oncologia e la Chirurgia significa non solo essere l'esecutore materiale dell'intervento, il "meccanico" che opera, bensì poter partecipare del processo decisionale, indagare il male anche dal punto di vista biologico. Lo stesso vale per le abilità richieste per le ricostruzioni vascolari o le particolari competenze per gli interventi pediatrici, particolarmente complessi e specialistici. È una sfida continua».

EDIPOLLICIONE/REUTERS

LA MACCHINA CI MIGLIORA

È come avere un'estensione delle mani ma con una capacità che l'arto umano non ha. Così riusciamo a fare cose che non potremmo

INNOVAZIONI NEI TRAPIANTI
Grazie alla Ocs riusciamo a conservare un polmone per 12 ore anziché soltanto per 6. Così abbiamo più organi e facciamo più operazioni

UN'OFFERTA A 360 GRADI
La nostra forza è nella possibilità di proporci sia in campo oncologico che in quello trapiantologico e avere équipe multidisciplinari

CURA DEL TIMO SIAMO I PRIMI
Molti pazienti con miastenia gravis sono giovani e avrebbero bisogno di un intervento particolarmente invasivo. Ma con i robot si evitano



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dottor futuro

CHI È

Da Padova al Canada agli Usa e ritorno: ha all'attivo 4 mila interventi e 200 trapianti



Il professor Federico Rea (nella foto), originario di Sessa Aurunca nel Casertano, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova nel 1982 e si è specializzato in Chirurgia toracica nel 1987, svolgendo in seguito attività assistenziale e di ricerca nella Chirurgia Toracica di Padova. Nel 1989 ha seguito il Lung Transplant Program del Toronto General Hospital in Canada e nel 1994 ha lavorato nel

Barnes Hospital della Washington University di Saint Louis. Nel 2001 diventa professore associato di Chirurgia toracica e nel 2002 è stato nominato direttore della Scuola di specialità di Chirurgia toracica dell'Università di Padova. Dal 2006 è professore ordinario di Chirurgia toracica e dal 2011 direttore della Divisione e Cattedra di Chirurgia toracica del Policlinico universitario di

Padova e responsabile del Centro trapianti di polmone. Chirurgo toracico e trapiantologo polmonare, ha una casistica personale di oltre 4000 interventi e 200 trapianti eseguiti da primo operatore. È promotore di diversi progetti di ricerca su più campi della chirurgia toracica oncologica e trapiantologica e autore di circa 130 articoli su riviste scientifiche internazionali.

Il pioniere delle macchine
in sala operatoria
presenta
l'ultimo acquisto
Un investimento
da 25 milioni
per interventi
mininvasivi



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Numeri da record per il tumore al polmone

Nel 2017 eseguiti 768 operazioni e 23 trapianti, in lista d'attesa un paziente su tre è di altre regioni

► PADOVA

Nel corso del 2017 nella Chirurgia toracica diretta dal professor Federico Rea sono stati eseguiti 768 interventi, rispetto ai 659 dell'anno precedente, con un incremento dell'attività operatoria del 16,5%. La lista d'attesa è costituita per il 70% da pazienti provenienti dal Veneto - 35% quelli della provincia di Padova - e il restante 30% arriva da fuori regione. È uno dei principali centri italiani per

numero di ricoveri per tumore al polmone e con minore mortalità a 30 giorni dall'interven-

to. Sempre nel 2017 sono stati eseguiti 23 trapianti di polmone con mortalità intra-ospedaliera pari a zero. Il primo trapianto di polmone monolaterale risale al 1995, l'anno dopo il primo bilaterale. Dal 1995 sono stati eseguiti 424 trapianti, di cui due cuore-polmone, 11 singoli e 311 bilaterali.

L'équipe della Clinica di Chirurgia toracica conta sette me-

dici strutturati e 14 specializzandi, uno psicologo, 19 infermieri e 4 operatori socio-sanitari oltre al personale aggiuntivo per la sala operatoria condivisa con la Cardiocirurgia.

E poi c'è Da Vinci, il robot chirurgico che in Azienda ospedaliera è arrivato nel 2002. Viene utilizzato per eseguire interventi di chirurgia robot-assistita, in particolare per la patologia timica benigna e maligna. Il sistema robotico consiste in una console computerizzata, un sistema di visione tridimen-

sionale e un carrello che supporta i bracci robotici. Il chirurgo opera lontano dal paziente seduto alla console che rappresenta l'interfaccia tra lui e il robot. Il chirurgo vede il campo operatorio attraverso un visore tridimensionale e opera agendo con le dita sui comandi. Questo sistema consente manovre precise degli strumenti chirurgici all'interno del paziente, impossibili con le comuni tecniche toracoscopiche. (e.l.)



Il professor Federico Rea con l'équipe della Clinica di Chirurgia toracica dell'Azienda ospedaliera-Università di Padova

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



L'eccellenza A Torrette di Ancona la clinica ad indirizzo multispecialistico diretta da Galosi In un anno 1.300 ricoveri. Il **Robot Da Vinci** permette di trattare i tumori maligni alla prostata

Urologia da dieci e lode

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



**L'eccellenza A Torrette un'equipe da dieci e lode con specialisti universitari e ospedalieri
Il primario Galosi: «Ci occupiamo soprattutto delle neoplasie a rene, vescica e prostata»**

Chirurgia urologica al top

Un'equipe da dieci e lode. Con specialisti universitari e ospedalieri. Ma anche in formazione. Tanto offre la chirurgia urologica dell'ospedale regionale, una clinica ad indirizzo multispecialistico, diretta da Andrea Galosi. Con una presenza sempre più significativa, quella del **Robot Da Vinci**, che permette di trattare i tumori maligni della prostata. I numeri fanno la storia e l'eccellenza di questa perla del nosocomio di Torrette: una media di 1300 ricoveri l'anno, 18 infermieri tra il reparto degenza e quello ambulatoriale, sette specialisti urologi e altri 10 urologi in formazione. Galosi risponderà le cifre: «Dal 2006 ad oggi, grazie anche alla collaborazione di un team anestesologico ed infermieristico di alto livello, sono stati realizzati oltre 5200 interventi, tra sala operatoria e endoscopica».

Gli interventi in aumento

I dettagli, allora. Se di numeri si tratta, proprio qui, in questo reparto, solo nel 2016 sono stati operati 1957 pazienti, nel 2017 sono saliti a 2068, nel 2018, sino al 14 giugno, si è giunti già a quota 1037. Punta lizza Galosi: «222 sono di chirurgia miniminvasiva laparoscopica e robotico-assistita del rene e della prostata. Non contano solo i numeri, ma è la complessità delle patologie del paziente che necessita spesso di arrivare nel nostro ospedale per una soluzione definitiva o per la disponibilità delle tecnologie». Con 21 posti letto per degenza ordinaria e un Day Hospital, il reparto consta di vari

ambulatori dedicati: uno per la litotrissia extracorporea, usata per la calcolosi renale, uno per la biopsia prostatica con tecnica Fusion cognitiva, quindi l'ecografia, l'urodinamica e la cistoscopia. L'attività della clinica comprende anche la didattica con la Facoltà di Medicina e la Scuola di Specializzazione di Urologia.

Le branche interessate

Il primario fa il punto: «Ci occupiamo di tutte le branche dell'urologia ma, soprattutto, di quelle relative all'ambito oncologico, in particolare, le neoplasie del rene, della vescica e della prostata. La chirurgia andrologica e della fertilità maschile è coordinata dall'esperto Massimo Polito». Per quanto riguarda la traumatologia, il reparto cura anche patologie rare (ad esempio la cistite interstiziale, stenosi uretrali), che necessitano di una grande competenza e della collaborazione con team multispecialistici. Nello spirito collaborativo, la Prostate Unit e il team uro-oncologico gestiscono le neoplasie con tutto il ventaglio delle terapie anche non chirurgiche attualmente disponibili dall'osservazione alla radioterapia.

Le tecniche miniminvasive

Particolare attenzione è rivolta a questo ambito. Spiega Galosi: «Questo interesse

Con ventun posti letto per degenza ordinaria e un Day Hospital, il reparto ha vari ambulatori dedicati

La carriera

Galosi, un curriculum molto prestigioso

Andrea Galosi è professore associato di Urologia della Politecnica delle Marche e direttore della Clinica urologica dell'ospedale regionale di Torrette. Classe 1968, Galosi è nato ad Ascoli Piceno e vive a Fermo e ha avuto varie prestigiosi riconoscimenti nel suo ambito. Dal 2011 al 2015 è stato direttore di Urologia dell'ospedale Murri di Fermo, nel febbraio del 2016, viene nominato direttore della Clinica urologica dell'ospedale regionale di Torrette e nel 2017 diventa il responsabile coordinatore della Prostate Cancer Unit interaziendale (Inra e Ospedali riuniti di Ancona) presso Torrette. Alle spalle, Galosi vanta anche numerose pubblicazioni. Non solo: ha anche svolto varie attività di coordinamento di iniziative in campo scientifico tra cui, nel 2014, presidente del 15° congresso nazionale società italiana di ecografia urologica, andrologica e nefrologica e già nel 2008 aveva ricoperto sempre il ruolo di presidente del primo congresso della sezione Marche-Romagna della Società italiana urologica oncologica. È anche delegato regionale per le Marche della Società italiana di Urologia, dal 2013 ad oggi.

di ANTONELLA MARRAS

è legato alla riduzione dell'impatto chirurgico. Il tutto, però, mantenendo sempre uno standard alto di efficacia dell'intervento». Per la chirurgia del tumore renale si salva il rene nella maggior parte, con la tecnica laparoscopica che il dr. Dell'Atti esegue da anni e con ottimi risultati. Le patologie oncologiche, l'ipertrofia prostatica e la calcolosi sono quelle che più si prestano, in particolare, «all'utilizzo di chirurgia endoscopica, laparoscopica robotica, laparoscopia tradizionale. Mentre le tecniche ricostruttive delle vie urinarie come la stenosi dell'uretra e la neovesica dopo l'asportazione della vescica richiedono particolare esperienza e occhiali d'ingrandimento per una maggiore accuratezza». Galosi rilancia: «Tra le nostre specialità ci sono proprio i trattamenti di elezione nella chirurgia laparoscopica renale e robotico-assistita della prostata».

L'utilizzo del robot

Galosi parla chiaro: «Oggi si sta affermando sempre più la chirurgia miniminvasiva nella chirurgia urologica grazie anche al supporto di nuovi macchinari come il **Robot Da Vinci**. I vantaggi di un intervento eseguito con tecnica laparoscopica e robotico-assistita sono diversi. Anzitutto, come chiarisce il primario, «una migliore ricostruzione tra vescica ed uretra, quindi un minor sanguinamento e trasfusioni, senza contare che c'è un minor dolore post-operatorio. C'è poi una minore degenza ospedaliera e dunque un più rapido ritorno a tutte le normali attività quotidiane».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Corriere Adriatico
ANCONA

Quotidiano

Data 26-06-2018

Pagina 23+24/

Foglio 3 / 3



Dice il primario: «Fino a pochi anni fa, questo intervento si eseguiva solo in pochi casi selezionati, mentre oggi questa tecnica è rivolta a tutti i pazienti e anche nelle neoplasie avanzate aggiungendo la linfadenectomia (asportazione della ghiandole linfatiche). La prostatectomia radicale minivasiva che permette di operare eseguendo 5 piccole incisioni sull'addome mantenendo elevata la cura della neoplasia. Questo è verificato dal team multidisciplinare composto da patologi, radiologi, radioterapisti e oncologi, che valutano i casi dopo l'intervento e stabiliscono i controlli successivi». Con l'esperienza i tempi dell'intervento sono pari alla chirurgia tradizionale e grazie alla Direttore della Azienda Ospedaliera Dr Caporossi possiamo offrire questa costosa tecnologia a tutti oltre a mantenere alto livello qualitativo».

L'endoscopica laser

Un altro fiore all'occhiello del reparto è rappresentato dalla chirurgia endoscopica laser che, sottolinea il primario, «assicura risultati brillanti per quanto concerne la calcolosi renale. La litotrissia endoscopica renale con strumenti flessibili e digitali per via retrograda rappresenta l'ultima frontiera nel trattamento della calcolosi renale. Nel nostro centro, se ne fanno circa 60 l'anno, ma i numeri sono in rapido aumento». Questa procedura offre tanti vantaggi tra cui l'assenza di emorragia, di cicatrici e dolore post-operatorio. Un'altra peculiarità della clinica è che proprio qui, ricorda Galosi, «è stato progettato e messo a punto uno 'Stone center' (coordinato dr. Milanese e dal Dr. Tirolfi) e cioè un centro operativo per la calcolosi urinaria che costituisce un moderno approccio al trattamento di questa patologia. In questo modo, è possibile avere, nella stessa sede, una serie di tecnologie e strumenti che consentono di scegliere il trattamento più indicato».

Federica Buroni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sopra, il professore Andrea Galosi. Nell'altra pagina, un gruppo di medici iscritti alla Scuola di Specializzazione in Urologia che rappresentano un altro punto di forza della Clinica Urologica. L'attività scientifica e di ricerca anche quest'anno si è distinta grazie ai propri studi di ricerca in congressi a carattere nazionale ed internazionale con riconoscimenti e premi. A lato la console di controllo e comando del robot dove siede il chirurgo. Nella foto l'operatore è il dr. Lucio Dell'Atti

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Chirurgia robotica. Anche le startup italiane entrano in un mercato più competitivo e abbordabile

La sala operatoria fa i conti con Ai e machine learning

Francesca Cerati

La robotica è un'industria in crescita esponenziale, anche in sala operatoria. Secondo gli analisti, il mercato della robotica chirurgica globale raggiungerà i 98,7 miliardi entro il 2024. E anche se la chirurgia ortopedica ha dominato il mercato in termini di ricavi e ha rappresentato circa un quinto del mercato globale nel 2017, quello dei robot chirurgici si prevede che raggiungerà un valore di circa 11 miliardi di dollari entro il 2023, con un tasso annuo di crescita del 21,9 per cento.

Da quando nel 2000 l'Fda ha dato l'approvazione al sistema chirurgico da Vinci - prodotto dall'americana Intuitive Surgical e distribuito in Italia da **AbMedica** - la chirurgia mini-invasiva assistita da computer è stata ampiamente adottata in tutto il mondo. Certo, i costi elevati rappresentano un ostacolo a una sua diffusione capillare, ma l'innovazione tecnologica e la crescente domanda di sistemi chirurgici a basso costo stanno traghettando il settore in una nuova fase. L'orizzonte nuovo inaugurato dal sistema da Vinci ha infatti aperto la strada a molti altri robot chirurgici di nuova generazione, come il robot Verb, nato dalla joint venture tra Google e Johnson e Johnson, un mix di robotica, intelligenza artificiale e apprendimento automatico, o l'ultimissima piattaforma Monarch di Auris Health - guidata dall'im-

prenditore seriale (fondatore di Intuitive Surgical e Hansen Medical) Frederic Moll - che sta portando avanti la scienza dei dati e l'innovazione dell'endoscopio nell'area critica della diagnosi e del trattamento del cancro al polmone. Il nuovo broncoscopio robotizzato appena approvato dalla Fda è stato impiegato con successo per la prima volta lo scorso aprile negli Usa in una sperimentazione clinica. Il potenziale della **chirurgia robotica** è decisamente grande così come la competizione, che si gioca sia sul fronte di alleanze strategiche, fusioni, acquisizioni sia sull'innovazione vera e propria, caratterizzata dalla convergenza della robotica chirurgica con intelligenza artificiale, big data, machine learning, miniaturizzazione, realtà aumentata.

Le evoluzioni in arrivo

L'automazione spinta in campo medico è un'evoluzione inevitabile. «Nei prossimi 15 anni - dice Filippo Pacinetti, direttore commerciale di **AbMedica** - il mercato è destinato a decuplicare». E anche il **robot da Vinci** si è evoluto. «L'ultimo nato - da Vinci SP, disponibile in Italia dal 2019 - è passato da 4 bracci a uno, dal quale fuoriescono tre strumenti multi-snodati e la prima telecamera 3D Hd completamente articolata - continua Pacinetti - . Inoltre gli strumenti-accessori dai 170 tipi di oggi arriveranno a 300». E aggiunge che il prossimo steep sarà integrare i big data all'interno della console e, successivamente, l'intelligenza artificiale,

come anticipato dalla vicepresidente della Strategia di Intuitive Surgical Catherine Mohr, che si è detta interessata a incorporare tre tipi di Ai: quella di IBM Watson, come assistente chirurgico intelligente; gli algoritmi di machine learning, come supporto alla diagnosi; quella di AlphaGo, per testare nuove strategie di apprendimento.

Il futuro in sala operatoria sarà dunque una stretta collaborazione tra umani e macchine, con una che compensa le debolezze dell'altro. Tra le sfide però ci sono anche quella di rendere la **chirurgia robotica** sempre più piccola, flessibile, capace e meno costosa. Obiettivi che ampliano le opportunità per le aziende, abbattendo le barriere che esistono oggi, come dimensioni, costi e complessità degli attuali sistemi robotici. Una maggiore concorrenza andrà a vantaggio degli ospedali creando di fatto un nuovo e più ampio mercato della chirurgia digitale.

La startup pisana Medical Microinstruments si è già attivata sviluppando un braccio meccanico con un diametro inferiore ai tre millimetri in grado di eseguire microsuture. Ma la piattaforma robotica potrà essere utilizzata anche in altri campi della microchirurgia, come nella ricostruzione dei vasi linfatici e nei trapianti di retina. Sempre in tema di microchirurgia, il robot Preceyes sviluppato dalla Eindhoven University of Technology olandese, usa un joystick e uno schermo touch per guidare un minuscolo ago all'interno dell'oc-

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

chio, monitorandone i movimenti con un microscopio. Il dispositivo ha 7 motori indipendenti e può filtrare eventuali tremori della mano durante la procedura. Due big come Philips e Microsoft si stanno concentrando sulla realtà aumentata: il primo ha lanciato sul mercato una nuova tecnologia che per-

mette di utilizzare la AR in operazioni che riguardano la colonna vertebrale e la chirurgia cranica; il secondo sta portando avanti diversi progetti internazionali: il primo in Norvegia dove la tecnologia HoloLens permette di visualizzare le parti del fegato malato su cui intervenire. Medesimo scenario, in fase

di sperimentazione, anche in Polonia dove la realtà aumentata guiderà lo staff medico per impiantare una valvola aortica.

Di certo, la chirurgia "digitalizzata" sarà in grado di fare molto più che migliorare la destrezza del chirurgo riducendo le dimensioni dell'incisione e il rischio per i pazienti...



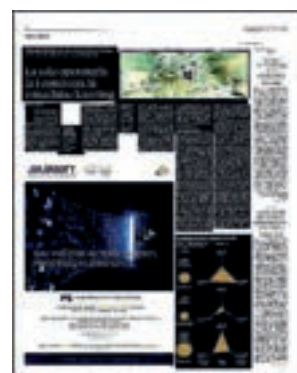
Mazor Robotics

Da startup a standard di cura nella chirurgia della colonna vertebrale. Ora il sistema Mazor X è distribuito da Medtronic, che ha portato il suo investimento totale a 72 milioni

100

I sistemi da Vinci in Italia

A inizio 2018, sono 4400 le piattaforme da Vinci distribuite nel mondo

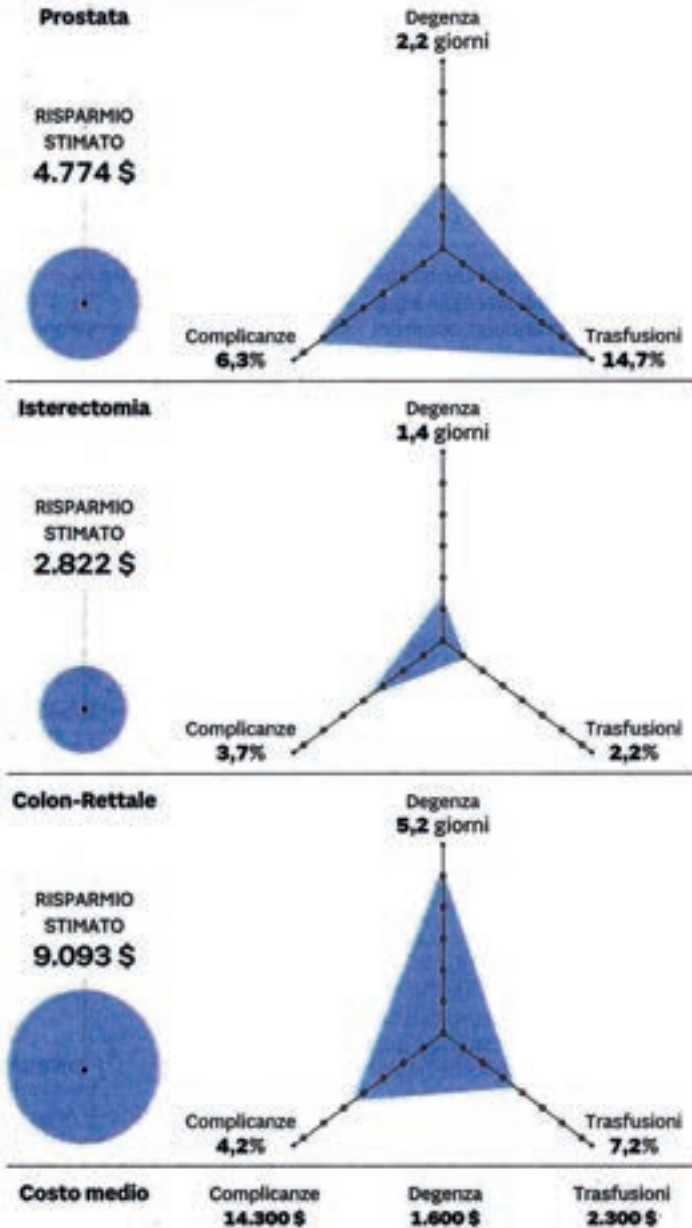


Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

La chirurgia robotica si espande e si evolve

Stima del risparmio calcolato utilizzando il sistema di **chirurgia robotica** Da Vinci



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

LE SFIDE DELLA SANITÀ

Robotica, la chirurgia che fa scuola Attivato il corso in Ginecologia

Bianchi: «Un'eccellenza che oltrepassa i confini nazionali»

SI AMPLIA per migliorarsi e offrire eccellenze. La Scuola internazionale di **Chirurgia Robotica** di Grosseto, coordinata da Paolo Pietro Bianchi, responsabile del Dipartimento di chirurgia della Asl Toscana sud est e direttore della Chirurgia generale di Grosseto, allarga l'ambito dell'insegnamento. Si è svolto infatti il primo corso di **Chirurgia Robotica** in Ginecologia, coordinato da Fabrizio Signore, direttore di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Misericordia. All'interno del corso avanzato di **Chirurgia robotica** generale, i due giorni sono stati dedicati in parte all'analisi e all'approfondimento teorico delle tecniche mininvasive chirurgiche in ginecologia che sfruttano i vantaggi dell'utilizzo del robot, con illustrazioni di casistiche significative e presentazioni di relatori, professionisti del settore, provenien-

ti da tutta Italia; mentre per l'aspetto pratico, i discenti hanno potuto eseguire simulazioni al robot e assistere in diretta a interventi di **chirurgia robotica** ginecologica tramite collegamento con la sala operatoria del Misericordia e di altri centri tra cui Pisa e Roma. «**LA CHIRURGIA robotica** e il suo insegnamento sono un'eccellenza della sanità grossetana che oltrepassa i confini nazionali – afferma Bianchi – dopo anni di interventi oggi possiamo attivare corsi di robotica anche in ambito ginecologico che rappresentano un valore aggiunto per la formazione e la professionalità degli specialisti che arrivano qui da vari Paesi per cogliere questa importante opportunità». Poi la spiegazione in dettaglio di che cosa sia la robotica. «La robotica rappresenta la chirurgia mininvasiva ad alta tecnologia che per la sua carat-

teristica di elevata precisione e per i vantaggi evidenti che comporta, trova ampio impiego anche in ginecologia. – spiega Signore – In questo settore gli interventi sono notevolmente aumentati negli anni, diventando anche sempre più complessi: se nel 2016 sono stati eseguiti 46 interventi di **chirurgia robotica** ginecologica, nel 2017 sono addirittura raddoppiati balzando a più di 80; Nei primi sei mesi di questo anno siamo allo stesso modo assistendo a un trend di interventi in continua crescita. In ambito ginecologico si fa ricorso alla robotica per interventi riguardanti patologie oncologiche, endometriosi profonda, interventi complessi di uroginecologia. Si tratta di chirurgia ad alta precisione che consente di ridurre le complicanze e aumentare i vantaggi per le pazienti, tra cui la forte riduzione della perdita di sangue e tempi di recupero post operatori molto più rapidi».

I DATI

Signore: «Passati dai 46 casi del 2016 agli ottanta dello scorso anno»

SPIEGAZIONE

«LA ROBOTICA RAPPRESENTA LA CHIRURGIA MININVASIVA AD ALTA TECNOLOGIA CHE PER LA SUA CARATTERISTICA DI ELEVATA PRECISIONE TROVA AMPIO IMPIEGO ANCHE IN GINECOLOGIA»



INSIEME il gruppo di professoristi che ha partecipato al corso di **Chirurgia robotica** in Ginecologia.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Previsto un deciso incremento delle procedure di utilizzo all'ospedale "San Matteo degli Infermi"

Super lavoro in sala operatoria con il robot di ultima generazione

di **Rosella Solfaroli**

SPOLETO

■ Nel 2017 e fino a marzo scorso, le strutture ospedaliere della Usl 2 dell'Umbria che hanno utilizzato la chirurgia mininvasiva, vale a dire la chirurgia generale di Spoleto e di Foligno e la struttura di urologia, hanno eseguito in totale 116 procedure. Ebbene, con l'arrivo di nuovo robot a Spoleto, per l'anno in corso e i successivi, le previsioni di impiego fatte dall'azienda sanitaria del direttore generale Imolo Fiaschini, dovrebbero essere di almeno 6 procedure in più a settimana, suddivise tra le varie specialità, che potrebbero raggiungere un numero annuo

di prestazioni che vanno oltre le 200.

E questi sono solo alcuni dei numeri che attestano quanto sia di fondamentale importanza l'arrivo a Spoleto del nuovo robot "Leonardo Da Vinci XI" ad alta definizione, che ora consente alla sanità umbra di avere a disposizione per la sua gente, e non solo ovviamente, un robot ogni 300 mila abitanti, forse uno dei pochi casi in Italia.

"L'Umbria è ancora una volta regione benchmark per la sanità italiana", ha ricordato l'assessore regionale Luca Barberini. "Il 95 per cento degli umbri - ha aggiunto l'assessore - pur avendone la possibilità, sceglie di farsi curare nelle

strutture sanitarie e con i professionisti che operano all'interno della regione. Ciò significa che i servizi sanitari e i professionisti che vi operano sono in grado di dare risposte di assoluta qualità. Questo è il lavoro che continueremo a fare nei prossimi per fare il meglio possibile e per elevare la nostra sanità".

Parlando ancora di numeri, con riferimento sempre al 2017 e fino al marzo 2018, le strutture che hanno impiegato tale tecnologia, hanno dunque eseguito in totale 116 procedure. Che nel dettaglio si traducono in 6 procedure per neoplasie dello stomaco, 14 per neoplasie del colon, 5 per neoplasia del retto, 13 per neo-

plasie del rene, 63 di prostatectomia radicale, 1 per cistectomia. Sono stati inoltre eseguiti ulteriori interventi di ginecologia, chirurgia generale ed urologia per patologie di tipo funzionale. In ambito di chirurgia generale, infatti, il robot è utile nel trattamento della patologia oncologica del fegato, vie biliari, pancreas e di tutto il tratto intestinale (in particolare colon e retto) e in alcune patologie disfunzionali del tratto gastroenterico.

In Urologia, il Da Vinci è funzionale al trattamento della patologia oncologica del rene, prostata, vescica, e in alcune patologie disfunzionali dell'alto e basso apparato urinario. Una rivoluzione in piena regola dal punto di vista sanitario.



Sofisticato il robot di ultima generazione "Leonardo Da Vinci" garantisce al San Matteo degli Infermi un deciso incremento delle prestazioni



La sanità che guarda al futuro

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

SERVIZI

Grottaferrata, alla Clinica INI arriva il robot Mako

Presso l'Aula Magna dell'Istituto di Grottaferrata (in provincia di Roma) è stato presentato il nuovo sistema Mako, uno strumento innovativo per la **chirurgia robotica** miniminvasiva ortopedica. Questa tecnologia guida la mano del chirurgo nella protesizzazione di anca e ginocchio. Grazie ad un braccio robotico, l'operatore può replicare fedelmente tutto quanto pianificato tramite software, eliminando così l'errore manuale. Durante l'intervento, il collocamento della protesi viene infatti eseguito con estrema precisione, valutandone il reale e ideale posizionamento, nel pieno ri-



spetto del movimento del paziente e del suo bilanciamento legamentoso. "L'arrivo del robot Mako -

spiega il Prof. Francesco Bove, Primo Ricarico di Chirurgia Ortopedica Istituto Neurotraumatologico Italiano di Grottaferrata - ci permetterà di ampliare ulteriormente la nostra offerta clinica, eseguendo una chirurgia ortopedica davvero miniminvasiva ma allo stesso tempo effi-

cace. L'adozione di questa tecnologia, progettata per eseguire protesi di anca e ginocchio, si rivela utile al

medico quanto vantaggiosa per il paziente. Con il sistema Mako infatti, l'ortopedico può contare su di un'elevatissima riproducibilità del gesto chirurgico, reso estremamente preciso. È inoltre assicurato il collocamento e l'allineamento della protesi, con un maggior risparmio dei tessuti coinvolti ed un minor rischio di infezioni". Ad oggi, nel mondo, riferisce il Gruppo INI, sono oltre 500 le installazioni Mako, di cui 14 in Italia. Dal 2011, anno della sua introduzione nel nostro Paese, sono stati oltre 5000 i pazienti trattati con questa tecnologia robotica.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

SANITÀ SERVIZIO SULLA ROBOTICA STASERA NELLA TRASMISSIONE DI ANGELA Il robot chirurgico dell'ospedale su Superquark

L'OSPEDALE di Forlì stasera su Rai 1. Il programma Superquark si aprirà infatti con un focus sulla robotica chirurgica. Alle 22 circa, il notissimo conduttore Piero Angela aprirà l'edizione 2018 della trasmissione con il servizio realizzato dalla troupe guidata dal giornalista Lorenzo Pinna, nell'ospedale 'Morgagni -Pierantoni'. L'obiettivo è raccontare la formazione dei chirurghi robotici e i percorsi di informatizzazione e

gestione dei pazienti, dei farmaci in monodose, del vitto e di altro materiale.

La **chirurgia robotica** forlivese ha festeggiato da pochi mesi il suo primo decennale. Il robot chirurgico Da Vinci è stato donato all'ospedale forlivese dalla Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì e presenta dati di attività fortemente significativi. Nei primi dieci anni sono stati effettuati oltre 1700 interventi, suddivisi in sette discipline chirurgiche.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

tecnologia sala operatoria



Gianluigi Taverna

Responsabile Urologia
Humanitas Mater Domini

autore

La **chirurgia robotica** a servizio della mininvasività: un impegno costante

La **chirurgia robotica** sta portando avanti protocolli, proponendo evidenze e ottenendo risultati che ne incoraggiano l'utilizzo (che in effetti si sta implementando sensibilmente nel nostro Paese così come all'estero). In questo approfondimento il dott. Gianluigi Taverna, uno dei più quotati esperti in materia, condivide con noi le sue esperienze e riflessioni

Quando è nata la **chirurgia robotica** mininvasiva? Simbolicamente si può indicare il 1999 come anno di riferimento perché fu proprio alle soglie del nuovo millennio che l'azienda californiana Intuitive Surgical presentò il primo modello di **robot da Vinci**. Progredendo e dotandosi di tecnologie sempre più sofisticate, questa piattaforma robotica è oggi la più evoluta tecnologia per la chirurgia mininvasiva presente sul mercato. Composto da un carrello paziente, una console ed un carrello visione, il sistema da Vinci rappresenta l'evoluzione della chirurgia laparoscopica. Seduto al di fuori del campo sterile, il chirurgo può procedere all'operazione tramite dei master e dei pedali: i gesti dell'operatore sono così tradotti in impulsi ai 4 bracci robotici.

Nei quasi 20 anni di storia, il robot-chirurgo ha riscosso notevole successo, come confermano le oltre 4.400 installazioni nel mondo (di cui 2.862 negli USA e 742 in Europa). In Italia, ad oggi sono 97 i sistemi robotici presenti sul territorio.

A questi dati si aggiungono i numeri "importanti" delle procedure effettuate nel nostro Paese, che nel 2017 hanno raggiunto i 17.462 interventi, con un incremento del 14% rispetto al 2016.

Indubbiamente, negli USA come in Italia, la robotica da Vinci risulta essere la procedura di elezione in urologia, in particolare per effettuare prostatectomie: "La rimozione della prostata, a seguito di una diagnosi di tumore - spiega il dottor Gianluigi Taverna, primario presso l'Unità Operativa di Urologia - se eseguita grazie al supporto roboti-

co, assicura mininvasività ma soprattutto precisione estrema. Gli strumenti di cui è dotato il sistema da Vinci infatti, sono tanto discreti e di piccole dimensioni che consentono all'operatore di intervenire, con la tecnica *nerve sparing*, risparmiando le banderelle neurovascolari e successivamente ricostruendo il piano perineale in modo formale e rapido (condizione questa non riproducibile in tecnica open)". Sempre nel corso dell'operazione alla prostata si può inoltre procedere, quando la situazione lo richieda, anche alla linfadenectomia, con risultati sovrapponibili a quelli ottenuti con tecnica tradizionale.

La **chirurgia robotica** in urologia non si esaurisce nel trattamento delle patologie esclusivamente prostatiche: "Consideriamo in elezione robotica la nefrectomia parziale (rimozione di una porzione di rene), la plastica del GPU, l'asportazione dell'uraco, la diverticolectomia vescicale, le uretrectomie parziali, i reimpianti uretali senza e con ricostruzione vescicale (Psoas Hitc) e le vescicolectomie selettive", precisa il dottor Taverna.

Se per il paziente i vantaggi che la chirurgia da Vinci garantisce sono ormai ben noti (incisioni discrete, minor sanguinamento, limitata necessità di trasfusioni, ridotto dolore post operatorio), quali sono invece i benefici per l'operatore che si trova al di là della console? Chi opera può godere di una reale visione 3D del campo operatorio. Il chirurgo viene infatti letteralmente 'immerso', senza ausilio di occhiali o altre apparecchiature, all'interno del corpo del paziente, come riferisce il dottor Taverna, utilizzatore della piattaforma da Vinci fin dal 2006. "Il lavoro del chirurgo, e posso testimoniare con la mia esperienza diretta, è totalmente rivoluzionato: il grande vantaggio rispetto alla laparoscopia risiede nella facilità di esecuzione e nel controllo assoluto della procedura. Inoltre, soprattutto per la chirurgia renale e ricostruttiva, la semplicità con la quale si riescono a condurre le suture, anche complesse, ha sempre fatto la differenza". Un nuovo arrivato in casa Intuitive. Risale al 2017 il lancio sul mercato del da Vinci X, quarta generazione del sistema robotico distribuito in esclusiva nel nostro Paese da **abmedica**; questa versione del robot si discosta dalla precedente sotto vari aspetti tra cui:

- Sistema di visione Firefly (per una visualizzazione in tempo reale della perfusione di organi e tessuti);
- Strumenti EndoWrist® dotati di un polso (wrist) che permette una libertà di movimento su sette assi e una rotazione di quasi 360°;
- Vessel Sealer, uno strumento provvisto di una punta fine e ideale per sigillare e suturare i tessuti;

tecnologia sala operatoria

- strumenti endoscopici più discreti, posizionabili su qualunque dei 4 bracci del carrello paziente.

Queste le note puramente tecniche. Ma per meglio comprendere come la piattaforma robotica si sia ulteriormente migliorata ecco le parole di chi, il da Vinci X, lo sta attualmente utilizzando: "Rispetto alle versioni precedenti, la piattaforma attualmente in dotazione all'Ospedale Humanitas Mater Domini di Castellanza ci consente una miglior visione, una maggior manovrabilità, e una più ampia disponibilità di strumenti operatori. Dal nostro punto di vista - conclude il dottor Tavema - l'avanzamento tecnologico si è dimostrato molto efficace sia per le stesse procedure, che per i pazienti... e non è forse questa la direzione del progresso?". ■



IL SISTEMA ROBOTICO DA VINCI

Il sistema robotico da Vinci si compone di:

Console chirurgica: è il centro di controllo. La tecnologia minimizza l'impatto del tremore fisiologico delle mani del chirurgo o di movimenti involontari;

Carrello paziente: si compone di 4 braccia movimentabili e interscambiabili, montate su un'unica colonna, dedicate al supporto della telecamera endoscopica e di strumenti da 8 mm. Tali strumenti, chiamati Endowrist, consentono libertà di movimento su 7 assi (a differenza dei 5 gradi degli strumenti di laparoscopia convenzionale) e una rotazione di circa 540°;

Carrello visione: contiene l'unità centrale di elaborazione e processamento dell'immagine.

Sviluppato sul concetto della "Immersive Intuitive Interface".

Il sistema da Vinci X è compatibile con tutti gli strumenti e accessori di quarta generazione della piattaforma robotica.

IN QUALI SPECIALITÀ VIENE UTILIZZATO

- Urologia
- Chirurgia Generale
- Ginecologia oncologica
- Chirurgia Toracica
- Cardiocirurgia

- Urologia pediatrica
- Ginecologia benigna
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia dei trapianti

UTILIZZO E DIFFUSIONE

A inizio 2018 risultano installati nel mondo oltre 4.400 sistemi da Vinci per la **chirurgia robotica**.

Dopo gli Stati Uniti, in cui sono presenti oltre 2.862 sistemi robotici da Vinci, l'Europa rappresenta il principale mercato con 742 robot installati. Oltre all'Italia, dove sono installati 97 sistemi da Vinci, Francia, Germania, ed Inghilterra vantano il maggior numero di installazioni nello scenario europeo.

L'Italia conta a oggi 97 installazioni. Dal 2010 la presenza di **robot da Vinci** installati presso le strutture ospedaliere italiane è cresciuta di oltre il 70%.

Le procedure realizzate con il **robot da Vinci** nel mondo nel 2017 sono circa 850.000, in crescita di oltre il 16% rispetto al 2016. In Italia, nel 2017 si sono effettuati 17.462 interventi con il **robot da Vinci**, con un incremento del 14% rispetto al 2016.

Dal 2006 i pazienti operati in Italia con il da Vinci sono oltre 91.500, con il coinvolgimento negli anni di un sempre maggior numero di chirurghi e di specialità.

Questo sito utilizza cookie tecnici e, previo tuo consenso, cookie di profilazione, di terze parti, a scopi pubblicitari e per migliorare servizi ed esperienza dei lettori. Per maggiori informazioni o negare il consenso, leggi l'informativa estesa. Se decidi di continuare la navigazione o chiudendo questo banner, invece, presti il consenso all'uso di tutti i cookie. [Ok](#) [Informativa estesa](#)

EDIZIONI ANSA > Mediterraneo Europa-Ue NuovaEuropa America Latina Brasil English Mobile Segui su:

ANSA: Campania

[Fai la ricerca](#)[Vai alla Borsa](#)[Vai al Meteo](#)[Corporate Prodotti](#)[Galleria Fotografica](#) [Video](#)[Scegli la Regione +](#)

CRONACA • POLITICA • ECONOMIA • SPORT • SPETTACOLO • ANSA VIAGGIART • TERRA E GUSTO • OBIETTIVO SICUREZZA • SPECIALI • UNIVERSIADE 2019

ANSA.it > Campania > [Installato al Pascale il secondo robot Da Vinci](#)

Installato al Pascale il secondo robot Da Vinci

In due settimane incremento interventi del 18 per cento

Redazione ANSA

NAPOLI

17 luglio 2018

11:32

NEWS

[Suggerisci](#)

[Facebook](#)

[Twitter](#)

[Google+](#)

[Altri](#)

[Stampa](#)

[Stampa](#)

[Scrivi alla redazione](#)



Robot Da Vinci © ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE

Archiviato in

Ospedali, Cliniche

Specializzazioni mediche

Attilio Bianchi

Pascale

(ANSA) - NAPOLI, 17 LUG - Installato al Pascale il secondo robot "Da Vinci", la piattaforma più evoluta, nonché il sistema più avanzato per la chirurgia robotica mininvasiva che rafforza il ruolo dell'Istituto dei tumori di Napoli come centro di eccellenza a livello nazionale in questo settore. L'acquisizione di questo nuovo macchinario rientra nel progetto di innovazione tecnologica ed ulteriore crescita della qualità della offerta assistenziale chirurgica del Pascale già avviata nel 2012 con l'acquisizione del primo robot. "Da allora migliaia sono stati i pazienti, provenienti da tutta Italia, curati e guariti in varie discipline; ma ancora tanti, troppi, sono i pazienti campani - si legge in una nota dell'istituto - che per ottenere un trattamento mininvasivo scelgono di andarsi a curare lontano dai propri cari per ridurre i tempi di attesa. L'acquisto del secondo dispositivo operativo rende l'Istituto Pascale l'unico nosocomio in Campania ed in tutto il Sud Italia (assieme con Ospedale Generale Regionale F.

Miulli di Acquaviva delle Fonti) a poter disporre di due sistemi robotici per la chirurgia mininvasiva ed è un importante passo verso l'adeguamento ed omogeneizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel territorio regionale rispetto a quello nazionale garantendo, di fatto, il Diritto alla Salute del cittadino a casa propria".

Ad appena due settimane dell'installazione del nuovo robot, gli interventi eseguiti per le patologie oncologiche in Urologia, Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Ginecologia sono andati ben oltre le più ottimistiche previsioni con un incremento dei trattamenti del 18%. "Questo trend - dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - è contemporaneamente conseguenza e motore del continuo sviluppo ed innovazione dei piani diagnostici terapeutico-assistenziali adottati dall'Istituto Nazionale dei Tumori e sicuramente consentirà una ulteriore crescita della offerta assistenziale ai cittadini". (ANSA).

Fitaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

VARESE | 18 LUGLIO 2018

18-07-2018
Redazione

Chirurgia pediatrica al top all'Ospedale Del Ponte, salvata la vita a tre neonati

Gentilino, direttore della Chirurgia Pediatrica: "Complessità degli interventi richiedono professionalità molto qualificate". DG Bravi: "Merito di una grande squadra"

18 luglio 2018
Segui
Twitter

Tempo medio di lettura 3 minuti

Storie parallele. Due bambine, nate all'Ospedale del Ponte 8 mesi fa, entrambe con una patologia dal nome sinistro diagnosticata in gravidanza dai ginecologi: *sequestro polmonare intralobare*. Si tratta di una malformazione polmonare piuttosto rara che spesso non dà sintomi particolari ma che, se non viene trattata, può degenerare negli anni in patologie terribili e mortali. Venerdì scorso le due bambine sono state operate in toracosopia dall'equipe della Chirurgia Pediatrica all'Ospedale Del Ponte e già lunedì hanno potuto fare ritorno nelle loro case, tra le braccia di genitori letteralmente risorti dalla felicità.



"Questo tipo di interventi, - spiega il prof. Massimo Agosti, Direttore del Dipartimento della Mamma e del Bambino dell'ASSI dei Sette Laghi, che ha seguito il decorso post operatorio delle due piccoline, ricoverate nella sua Terapia Intensiva Neonatale - eseguiti con le tecniche mini-invasive, pongono la neonata Chirurgia Pediatrica varesina al livello delle maggiori chirurgie pediatriche italiane. E, tengo a sottolineare, sono davvero poche quelle in grado di fare interventi di questo tipo in toracosopia".

L'intervento consiste nella rimozione del lobo polmonare che presenta la malformazione. Si va ad operare un organo vitale, il polmone appunto, e si interviene in prossimità del cuore e dell'arteria aorta: il rischio intraoperatorio è quindi altissimo, così come elevata è la complessità dell'intervento, tanto più perché viene eseguito in toracosopia, cioè praticando solo tre fori, due di 3 millimetri e uno di 5 millimetri per inserire gli strumenti chirurgici e la telecamera endoscopica. Grazie a questa tecnica mini-invasiva si favorisce una ripresa più rapida, riducendo la degenza a pochi giorni ed evitando le complicanze di tipo ortopedico che si possono presentare dopo una toracotomia, e si ottengono risultati estetici di gran lunga migliori.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

L'intervento consiste nella rimozione del lobo polmonare che presenta la malformazione. Si va ad operare un organo vitale, il polmone appunto, e si interviene in prossimità del cuore e dell'arteria aorta: il rischio intraoperatorio è quindi altissimo, così come elevata è la complessità dell'intervento, tanto più perché viene eseguito in toracoscopia, cioè praticando solo tre fori, due di 3 millimetri e uno di 5 millimetri per inserire gli strumenti chirurgici e la telecamera endoscopica. Grazie a questa tecnica mini-invasiva si favorisce una ripresa più rapida, riducendo la degenza a pochi giorni ed evitando le complicanze di tipo ortopedico che si possono presentare dopo una toracotomia, e si ottengono risultati estetici di gran lunga migliori.

"La complessità di questo tipo di intervento, unita all'elevatissimo rischio intraoperatorio, richiedono delle professionalità molto qualificate, non solo dal punto di vista chirurgico, ma anche per quanto riguarda gli anestesisti e tutto il personale della sala operatoria, senza dimenticare il personale della TIN che accoglie il paziente dopo l'intervento - spiega il dott. Valerio Gentilino, Direttore della Chirurgia Pediatrica - . C'è stato un lavoro d'equipe intenso e ispirato da grande entusiasmo. Ci siamo coordinati benissimo e abbiamo studiato a fondo i casi. Il risultato è stato un successo: non solo i due interventi sono perfettamente riusciti, ma le due bimbe hanno avuto un decorso post operatorio che in gergo tecnico si definisce 'unremarkable' e hanno così potuto essere dimesse in terza giornata. Le abbiamo risvegliate entrambe in sala operatoria - racconta Gentilino - e la sera stessa erano in braccio alle loro mamme".

Con la rimozione del lobo polmonare colpito da sequestro, le due bambine non sono solo al sicuro dalle degenerazioni che la malformazione che presentavano poteva generare, ma non avranno nemmeno altro tipo di problemi: operate così presto, infatti, il polmone riuscirà a rigenerarsi, compensando la parte asportata.

L'equipe che è entrata in sala operatoria, composta da 3 chirurghi pediatrici e da altrettanti anestesisti, tra cui il Direttore della Struttura Andrea Ambrosoli, ha potuto contare su una presenza davvero d'eccezione: supervisore dei due interventi chirurgici è stato il prof. Steven Rothenberg, Direttore della Chirurgia Pediatrica e del Dipartimento di Pediatria dell'Ospedale Pediatrico di Denver, in Colorado, in visita al Del Ponte e particolarmente impressionato dalle modernissime sale operatorie del nuovo Ospedale Del Ponte.

Le stesse sale operatorie in cui, solo pochi giorni fa, lo scorso 25 giugno, si è svolto un altro grande intervento di Chirurgia Pediatrica: un bimbo nato nel sud della provincia ed affetto da atresia esofagea è stato operato in seconda giornata di vita proprio al Del Ponte. "Si tratta di un altro intervento di altissimo livello, - commenta Gentilino - tanto è vero che, per i chirurghi pediatrici, è considerato come un vero e proprio test di eccellenza. Se, infatti, il rischio intraoperatorio è un po' più basso dei due interventi al polmone, il livello di complessità per il chirurgo qui è invece massimo, soprattutto se l'intervento viene eseguito in toracoscopia, come abbiamo fatto noi".

In pratica, si tratta di ricostruire un esofago che non si è formato completamente, impedendo al neonato di alimentarsi e, quindi, di vivere. Si opera subito e, se tutto va bene, come nel caso in questione, si risolve completamente il problema. Ora il bambino sta bene e si alimenta come tutti i suoi coetanei. Anche per lui e per i suoi genitori questa vicenda è ormai superata.

Condividi:   

Vicenza

Bimba di 10 anni con emorragia cerebrale salvata con un'operazione eccezionale

VICENZA Intervento salvavita all'ospedale San Bortolo di Vicenza su una bambina di 10 mesi colpita da emorragia cerebrale. L'intervento, per i sanitari vicentini, unico nel suo genere, è stato svolto dall'equipe di Neuroradiologia diretta da Giuseppe Iannucci, che ha inserito uno stent di nuova generazione all'interno di un'arteria cerebrale con diametro inferiore al millimetro. È accaduto presso la Neuroradiologia, dove la piccola paziente era arrivata nei giorni scorsi con un'emorragia cerebrale. Immediatamente eseguito, l'esame di risonanza magnetica cerebrale evidenziava la presenza di tre aneurismi nell'arteria

cerebrale media, uno dei quali era responsabile del sanguinamento. «La rottura di un aneurisma in un paziente di soli 10 mesi - spiega Iannucci - è già di per sé un evento rarissimo, ma la complicazione principale era data dalle dimensioni estremamente piccole del vaso sanguigno responsabile dell'emorragia, che aveva un diametro di appena 0,7 millimetri». «Abbiamo scelto un approccio diverso - ha detto Iannucci - utilizzando per la prima volta in Italia un nuovo stent di nuova generazione», che è stato consegnato al San Bortolo dal produttore una settimana prima della sua commercializzazione ufficiale in Europa».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

la Repubblica
Firenze

Quotidiano

Data 23-07-2018

Pagina 10

Foglio 1



IN SALA OPERATORIA

Precisione ed effetti collaterali ridotti siamo leader nella **chirurgia robotica**

Nel 2017 sono stati circa 18mila in Italia gli interventi di **chirurgia robotica**, quasi 12mila in ambito urologico (soprattutto per la cura di tumore di prostata, ma anche rene e vescica), 14% in più del 2016, e con un incremento, sempre costante, dell'83% a partire dal 2006.

Con questi numeri l'Italia è tra le nazioni leader in Europa in questo campo. Con l'installazione del centesimo **robot Da Vinci** al Policlinico di Catania, raggiunge infatti la Francia con la quale ora condivide il primo posto del podio, seguita da Germania e Regno Unito. E l'Europa, con 742 **robot Da Vinci** installati, si piazza al secondo posto dopo gli Stati Uniti, con 2.862. Nel mondo, dopo la ginecologia, è proprio la chirurgia urologica ad essere la principale area di intervento con il robot.

In Italia, invece, resta l'urologia a farla da padrona, con il 67% di interventi, seguita dalla chirurgia generale (16%), quindi dalla ginecologia (10%) e da altri settori minori (7%). In urologia i motivi di tale successo sono molti e molto semplici: la precisione del robot consente maggiore facilità di accesso alle anatomiche più complesse, una impeccabile precisione demolitiva e ricostruttiva, una minore perdita di sangue, una riduzione della degenza post operatoria e una diminuzione

degli effetti collaterali (disfunzione erettile e incontinenza). A questo si aggiungono caratteristiche come la visione tridimensionale immersiva in grado di moltiplicare fino a 10 volte la normale visione dell'occhio umano. Dopo qualche anno di attesa, oggi quasi tutte le Regioni italiane sono dotate di robot in sala operatoria, ed è ormai avviato un percorso di uniformizzazione tra Nord e Sud, negli ultimi tre anni infatti la robotica al Sud sta viaggiando veloce, con centinaia di interventi ogni mese.

RICERCA IL PANE VIOLA NATO IN LABORATORIO

Un pane viola a lievitazione naturale, con tre "super ingredienti" che lo rendono in grado di coniugare gli elementi dell'innovazione e quelli della tradizione: è nato "Well-Bred", il pane dal caratteristico colore dato dalle patate viola, ricco di antiossidanti, a prolungata conservabilità e adatto a consumatori con esigenze particolari (intolleranti al glutine, vegani, ipertesi). È il frutto di studi del gruppo di Tecnologie alimentari, in collaborazione con alcuni ricercatori di Biochimica Agraria dell'Università di Pisa.



Nel 2017 sono stati circa 18mila gli interventi di **chirurgia robotica** in Italia



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

La ginecologia diventa sempre più smart



Meno dolore post operatorio, tempi di recupero più brevi e piccole cicatrici: ecco tutti i vantaggi delle tecniche mininvasive per la chirurgia ginecologica

Stampa

ABBONATI A



30 luglio 2018

Ogni anno in Italia vengono eseguite circa 70mila isterectomie, interventi chirurgici per la rimozione dell'utero in seguito a malattie benigne (come fibromi e prolapsi) e maligne (come i tumori). Un dato che, sommato ai numeri di operazioni come la rimozione di cisti e tumori ovarici o "semplici" indagini diagnostiche, fa della chirurgia ginecologia uno dei campi principali di intervento chirurgico nel nostro Paese, e non solo. E, per lo stesso motivo, anche uno di quelli che beneficiano maggiormente di innovazioni tecnologiche, dalla microlaparoscopia alla robotica. Sempre con il fine ultimo di portare vantaggi alle pazienti, riducendo complicazioni, tempi di degenza e dolore.

"Pensiamo a quanto è cambiata la chirurgia dai suoi esordi a oggi", commenta il Dott. Maurizio Rosati, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale Regionale di Pescara, centro di eccellenza per la chirurgia ginecologica. "In particolare la chirurgia ginecologica è stata per 130 anni appannaggio di tecniche tradizionali come la laparotomia e l'approccio vaginale, caratterizzati da ampie incisioni, con il relativo rischio di complicanze sia in fase di intervento sia durante la degenza post operatoria".

Fino a 20-30 anni fa, tagliare e "aprire" era spesso l'unico modo per un chirurgo per individuare il problema e agire. Poi lo sviluppo dell'ottica ha consentito di ispezionare l'interno dell'organismo in modo più discreto. Dalla laparotomia, insomma, si è passati alla laparoscopia, un approccio meno invasivo con cui vengono praticati solo dei piccoli fori nell'addome delle pazienti per permettere il passaggio del laparoscopio (l'ottica) e degli strumenti chirurgici.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

La microlaparoscopia

L'innovazione non si è certo fermata qui. Con l'obiettivo di praticare tagli sempre più piccoli per ridurre al minimo l'impatto sulle pazienti, la strumentazione si è ridotta, tanto che a oggi diversi tipi di interventi possono essere praticati con un approccio definito mini-invasivo, col vantaggio per le pazienti di un minor dolore post operatorio che può essere gestito con semplici analgesici, un risultato estetico ottimale (poche, piccole cicatrici) e un ritorno più rapido alla propria vita. "Gli strumenti chirurgici per la microlaparoscopia hanno diametri inferiori a 3 mm, più piccoli di quelli usati per la laparoscopia tradizionale che vanno dai 5 ai 12 mm", spiega il Dott. Eric Francescangeli, responsabile del servizio di Chirurgia laparoscopica mininvasiva dell'Istituto clinico Sant'Anna di Brescia, struttura di riferimento per la chirurgia laparoscopica. "Dal punto di vista del chirurgo questo significa avere un vantaggio nella gestione dell'operazione perché, banalmente, pinze più piccole producono un insulto tissutale inferiore, con minori perdite di sangue e complicanze, a beneficio della paziente". "Inoltre - aggiunge Francescangeli - perché l'impatto di un intervento in microlaparoscopia sia davvero minimo occorre utilizzare particolari insufflatori che soffiavano un gas inerte nell'addome a pressione costante ma bassa, che dunque consente di vedere bene il campo operatorio senza gravare sulla perfusione degli organi".



Condividi

La robotica

La chirurgia ginecologica detiene un altro primato: è la branca in cui si effettuano più interventi con piattaforme robotiche nel mondo. Anche in questo caso si tratta di interventi mininvasivi, ma il chirurgo, seduto a una *console*, manovra in autonomia e a distanza i diversi bracci meccanici. Grazie ai sistemi robotici, "il medico lavora in maniera più sicura e più facile", spiega Maurizio Rosati. "I bracci robotici terminano con pinze chirurgiche che entrano in spazi dove la mano dell'essere umano non riesce ad arrivare agevolmente: la flessibilità degli strumenti è maggiore di quella di un polso". La meccanica, inoltre, elimina il tremore fisiologico delle mani del chirurgo consentendo un'estrema precisione, e il visore attraverso cui ispezionare il campo operatorio è in 3D.

"La chirurgia robotica guarda al futuro", sostiene convinto Rosati. "Effettuiamo regolarmente interventi scarless, cioè senza cicatrici, inserendo i bracci robotici nell'addome attraverso l'ombelico, che è già di fatto una cicatrice". E le future applicazioni della robotica vanno oltre: "Col tempo perfezioneremo l'uso di un nuovo sistema integrato nei robot di ultima generazione che permette di illuminare sostanze fluorescenti che si legano selettivamente a tessuti di tipo diverso. In questo modo già adesso possiamo asportare e analizzare il linfonodo sentinella, cioè il primo linfonodo eventualmente interessato dal tumore, permettendo di orientare meglio le terapie postoperatorie. In futuro potremo evidenziare tessuti come i nervi, per poterli evitare realizzando una vera chirurgia nerve sparing, o colorare masse tumorali per poterle interamente asportare".

In sala operatoria il camice lo mette il robot Da Vinci

L'INNOVAZIONE

ABANO Al Policlinico di Abano Terme il tumore all'esofago si opera col robot chirurgico, garantendo al paziente un miglior decorso post-operatorio e una più veloce ripresa funzionale. Recentissima evoluzione della tecnica toracoscopica e laparoscopica, ancor meno traumatica per il paziente, la **chirurgia robotica** applicata all'esofago ha visto impegnati in sala operatoria il professor Ermanno Ancona, responsabile della Chirurgia esofagea del Policlinico di Abano (già ordinario di Chirurgia generale all'Università di Padova, e uno dei massimi esperti nazionali del settore), insieme al collega Cristiano Huscher (uno dei pionieri in Italia della materia, entrato in pianta stabile nell'équipe aponense di Chirurgia dell'esofago) in collaborazione con i chirurghi Farshad Mannochehri e Andrea Caudo.

Realizzate due esofagectomie robotiche su un uomo e una donna di mezza età, già dimessi e in ottime condizioni ge-

neran.

«L'uso del robot ha indicazioni che riguardano le manovre chirurgiche, da compiere in "territori" particolarmente sofisticati e distanti, difficili da raggiungere anche con la chirurgia toracoscopica o laparoscopica tradizionali, perchè gli strumenti robotici - spiega il prof. Ancona - hanno terminali non rigidi e possono articolarsi con svariati snodi, quindi riescono a raggiungere settori corporei particolarmente complessi. La nostra è una sperimentazione per valutare i vantaggi per l'assistito e per codificare meglio gli ambiti di utilizzo del robot. Indubbiamente il chirurgo, anzichè stare chino sul tavolo operatorio, sta seduto alla consolle e ha una visione tridimensionale, anzichè bidimensionale com'era la consuetudine. In questo modo zone ostiche, con strutture nervose particolarmente delicate, possono essere raggiunte, operate e preservate con indiscutibili benefici tecnici».

Per quanto non molto frequente, il tumore all'esofago richiede un trattamento chirurgico assai impattante. Con le me-

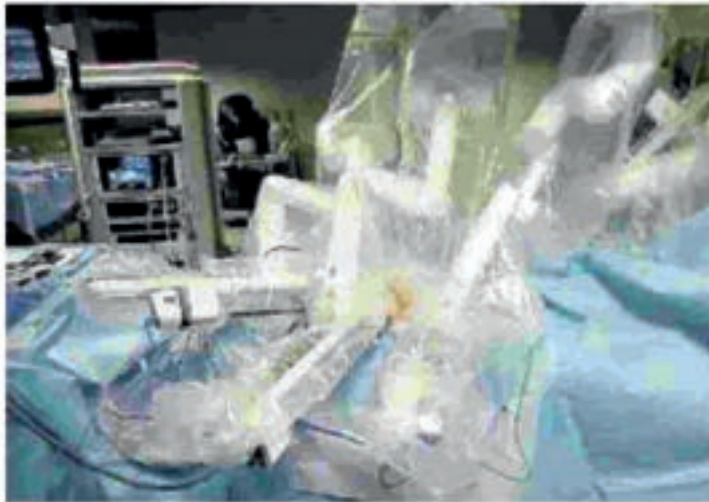
todiche tradizionali sono necessari più accessi e l'operazione implica diverse incisioni: al collo, all'addome, al torace e questo comporta un decorso post-operatorio complesso e spesso doloroso. Col **robot Da Vinci**, di cui è dotato da anni il Policlinico di Abano Terme, non serve invece più incidere il paziente: è sufficiente praticare i fori (ben visibili nella foto) in cui inserire gli strumenti chirurgici collegati ai bracci meccanici, con grande beneficio di chi viene operato e senza sacrificare la radicalità chirurgica.

L'esofagectomia robotica va così ad aggiungersi al ricco ventaglio di interventi effettuati dallo staff di Chirurgia generale e mininvasiva del Policlinico di Abano Terme dove è possibile ottenere una valutazione completa delle patologie funzionali e tumorali dell'esofago (l'incidenza nel Veneto è di 13 casi per 100.000 abitanti/anno) attraverso una diagnostica avanzata con strumentazione ad alto impatto tecnologico e la definizione dei migliori percorsi terapeutici di tipo medico, endoscopico o chirurgico.



Codice abbonamento: 134797

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



IL FUTURO ADESSO
Il robot e l'equipe di
Ancona all'opera: Da
Vinci già utilizzato con
successo su 2 pazienti



**BRACCIA GUIDATE
DAL COMPUTER
PER INTERVENIRE
SULL'ESOFAGO:
DUE PAZIENTI SONO
STATI GIÀ DIMESSI**

**IL PROFESSOR ANCONA
«COSÌ RIUSCIAMO
A RAGGIUNGERE
PARTI DEL CORPO
PARTICOLARMENTE
LONTANI E COMPLESSI»**

In ospedale arriva il robot per le diagnosi a distanza

La Asl avvia il "teleconsulto" che collega le strutture di Penne, Popoli e Pescara
Il nuovo macchinario consente di intervenire senza dover trasferire il malato

di Cinzia Cordesco
PENNE

Visite mediche a distanza tra gli ospedali di Penne, Popoli e Pescara. È già possibile grazie a tre sistemi di teleconsulto che consentono ai medici di fare diagnosi sui pazienti che arrivano ai vari pronto soccorso, a chilometri di distanza, semplicemente manovrando un robot "Intouch" tecnologicamente avanzato dotato di telecamere con modalità audio-video ad altissima risoluzione.

Il sistema consente ai medici del pronto soccorso che si trovano accanto al paziente in un altro ospedale, di intervenire, diagnosticando la patologia in loco, senza spostare il malato. In caso di patologie gravi, come infarto, ictus, grandi traumi, il fattore tempo è fondamentale. Riducendo gli stessi, ci sono maggiori probabilità di salvare vite umane. Con i tempi di intervento ridotti «si può anche avviare velocemente un trasferimento in ambulanza per consentire ai pazienti di ricevere le cure più adeguate in un centro idoneo alla patologia in atto».

Il progetto, che riguarda i tre presidi della Asl di Pescara, è stato presentato ieri mattina nella sala multimediale della Rianimazione dell'ospedale pescarese, dal manager Asl **Armando Mancini** affiancato da **Alberto Albani**, direttore del Dipartimento urgenza emergenza e **Stefano Boccabella**, direttore Uoc Integrazione territorio. Nel corso dell'incontro è stato effettuato un collegamento simulato con i pronto soccorso dei tre ospedali.

Gli obiettivi del teleconsulto, che si effettua con nove stazioni di controllo attraverso i quali i medici sono collegati con i pazienti «al momento giusto nel



Il manager della Asl Armando Mancini durante la presentazione del nuovo teleconsulto

posto giusto», sono quelli di «ridurre i tempi di identificazione della patologia; migliorare l'esito clinico dei pazienti per numero di patologie individuate; trattare tempestivamente l'urgenza clinica; abbattere fino al 75 per cento i trasferimenti impropri; aumentare le specialità

cliniche offerte ai pazienti, oltre a diminuire i disagi per i cittadini delle aree geografiche periferiche». In caso di situazioni da codice verde, quindi non particolarmente a rischio vita, «si riesce ad abbattere il ricorso ai trasferimenti in ambulanza evitando, in tal modo, gli inta-

samenti al pronto soccorso». Ciò consente anche di ridurre le liste di attesa.

I vertici Asl annunciano che la rete di teleconsulto potrà essere ampliata alle altre Asl regionali e anche ai presidi di altre regioni.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

MEDTECH STORY-LEARNING

C'è un robot che debella i batteri-killer degli ospedali

Una luce pulsata Uv-C, una lampada allo xeno, e i 20 agenti patogeni più perniciosi per le malattie ospedaliere vengono neutralizzati automaticamente

di Victor De Crumari

Si chiama Light Strike, non abbatte birilli ma batteri responsabili delle infezioni delle organizzazioni sanitarie (IOS), che in Europa uccidono più degli incidenti stradali: 29mila a 26mila, di cui circa 2600 vittime solo in Italia. Il robot realizzato da Xenex, azienda fondata in Texas da due epidemiologi delle malattie infettive, e distribuito in Italia da **Abi Medica**, azienda italiana leader nella produzione e nella distribuzione di tecnologie medicali avanzate e di sistemi di **chirurgia robotica**, può abbattere i numeri di questa strage silenziosa grazie a una luce pulsata UV-C emanata da una lampada allo xeno, che sanifica gli ambienti ospedalieri e assistenziali debellando oltre 20 tipi differenti di microrganismi patogeni. Light Strike viene impiegato sia nelle camere di degenza che in sala operatoria, dove opera in autonomia senza bisogno della presenza del personale sanitario. La sua tecnologia agisce sul dna dell'agente patogeno e sulla sua parete cellulare, distruggendolo in soli cinque minuti in quattro modi differenti: fotoidratazione, che inibisce il funzionamento del dna dei batteri; fotodivisione, che distrugge i filamenti del dna; fotodimerizzazione, che danneggia i legami del dna; e foto-crosslinking, che danneggia le sue pareti cellulari. Le IOS sono dette anche infezioni correlate all'assistenza (ICA), perché



UN'IMMAGINE DEL ROBOT STERMINA-BATTERI

possono manifestarsi in tutte le strutture sanitarie non strettamente ospedaliere ma anche in residenze per anziani o strutture di lungo-degenza e di riabilitazione. Si tratta di un problema che si sta aggravando a causa dell'aumento di pazienti in età avanzata, con malattie croniche, in trattamento con farmaci che diminuiscono le attività di difesa del sistema immunitario. Uno studio del 2013 fatto dagli European Centre for Control of Diseases (ECDC) ha stimato 3.200.000 pazienti con IOS in un anno negli ospedali per acuti in Europa.

OGNI ANNO IN ITALIA 2600 PERSONE MUOIONO PER LE MALATTIE CONTRATTE NEL CORSO DI DEGENZE SOSTENUTE PER CURARNE ALTRE

Oltre il 25% delle IOS è causato da batteri multi-resistenti agli antibiotici (MDR), selezionati dal consumo di antibiotici spesso usati in modo non corretto sia per trattare l'uomo che per gli allevamenti degli animali. Con l'abuso degli antibiotici non facciamo altro che selezionare i batteri più resistenti ed eliminare i batteri più sensibili. Uno studio commissionato dal governo inglese ha stimato 750mila morti all'anno nel mondo a causa della resistenza agli antibiotici; se non si controllerà la diffusione dei batteri MDR, nel 2050 si conteranno 10 milioni

di morti, più del cancro che ne fa 8. L'Italia è tra i Paesi dove gli MDR sono più diffusi, perché non sono state attivate azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo come in altri paesi. L'OMS ha lanciato una campagna a favore dell'igiene delle mani; è stato anche tradotto in italiano il libro "Le Geste qui sauve", che racconta l'importanza del controllo delle infezioni attraverso le attività svolte da Didier Pittet, epidemiologo ospedaliero e direttore dell'Infection Control Programme e dell'WHO Collaborating Centre on Patient Safety presso l'Università di Ginevra. Secondo il primo rapporto globale OMS, le infezioni nosocomiali provocano un prolungamento della durata di degenza, della disabilità a lungo termine, dell'aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, oltre ad un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari, per i pazienti e le loro famiglie, senza dimenticare la mortalità in eccesso. In Italia si stima che la frequenza di pazienti con un'infezione contratta durante la degenza sia pari al 6,3% dei soggetti ricoverati. Sebbene non tutte le infezioni siano prevenibili, si valuta che il 50% di queste potrebbe essere evitato con l'adozione di politiche sanitarie più attente. Il robot Light Strike è un'arma tecnologica che può dare un contributo importante alla battaglia contro i batteri multi-resistenti.

L'INNOVATIVA TECNICA NELLA PROTESIZZAZIONE DELL'ANCA ARRIVA NELLE MARCHE

Casa di Cura Villa Igea: IMPIANTATE LE PRIME PROTESI D'ANCA CON ROBOT MAKO RIO E "TECNICA BIKINI"

L'incisione all'altezza della piega inguinale permette di preservare ossa e tessuti molli, riduce l'invasività, accorcia il decorso post-operatorio, diminuisce dolore e inestetismi.

Accorciare il decorso post-operatorio, ridurre il dolore e lasciare una cicatrice così piccola da poter essere facilmente nascosta da un normale slip: sono gli effetti positivi dei rivoluzionari interventi di chirurgia protesica totale di anca robotizzata che si sono svolti ieri alla Casa di Cura Villa Igea di Ancona e che sono stati effettuati, per la prima volta nelle Marche, con il sistema robotico Mako Rio tramite la via chirurgica mininvasiva anteriore, nota anche come "tecnica bikini".

VANTAGGI

L'uso della piattaforma robotica ad alta tecnologia Mako Rio insieme alla tecnica chirurgica mininvasiva "bikini" ha permesso di sommare i vantaggi tecnici e meccanici, come il controllo della lunghezza dell'arto e i parametri angolari di impianto delle componenti protesiche, con quelli dettati dalla chirurgia che protegge i tessuti (la cosiddetta "tissue sparing surgery"), che comporta la riduzione del dolore e del sanguinamento e un precoce recupero post-operatorio.

Soddisfatti i pazienti di 30 e di 60 anni che si sono sottoposti agli interventi e che hanno potuto apprezzare professionalità e competenza dell'equipe di chirurgia ortopedica della struttura, composta in questo caso dal Dr. Antonio Camporese, dal Dr. Zeno Biber, dal Dr. Antonello Becchi e dal Dr. Nicola Pace (questi ultimi due con ambulatori in Abruzzo).

«La via chirurgica anteriore secondo la "tecnica bikini" - spiega il Dr. Camporese - non prevede la sezione di gruppi muscolari. Si avvale di un tradizionale approccio anteriore intermuscolare e di un'incisione cutanea inguinale di circa 8-10 cm, che ripercorre le fisiologiche linee di piega della cute, cioè le "linee di Langhans". Questo permette di ottenere una cicatrice chirurgica quasi invisibile indossando dei normali slip, di dimensioni estremamente ridotte e ben tollerata.»

L'utilizzo della robotica nella chirurgia dell'anca è motivato dalla costante ricerca da parte dei chirurghi di Villa Igea di una omogeneità e riproducibilità dei risultati considerando però la personalizzazione degli interventi in base

alla conformazione anatomica di ogni singolo paziente. La piattaforma si avvale di un braccio robotico che permette di riprodurre sull'assistito quanto il chirurgo ha pianificato con estrema precisione, eliminando la percentuale di errori di esecuzione della tecnica. La combinazione delle due modalità (Mako Rio e "tecnica bikini") dà i migliori risultati oggi riferiti in letteratura.



CASA DI CURA VILLA IGEA: UN CENTRO DI MEDICINA D'AVANGUARDIA NELLE MARCHE

La piattaforma robotica per l'ortopedia protesica Mako Rio con tecniche di chirurgia mininvasive si aggiunge alla chirurgia protesica totale e monocompartimentale di ginocchio come esempi dell'approccio altamente innovativo, in nome del benessere del paziente, adottato dalla Casa di Cura Villa Igea che è parte del Gruppo Policlinico Abano. Villa Igea lavora in sinergia con un'altra realtà del Gruppo, il Centro Medico Life Care di Pescara, attraverso un approccio multidisciplinare che garantisce al paziente un percorso di accoglienza e di preparazione agli interventi altamente professionale. Per esempio, venendo incontro alle esigenze dei pazienti pescaresi, è data loro la possibilità di fare il pre-ricovero da Life Care per interventi che si effettuano alla Casa di Cura Villa Igea.

Casa di Cura Villa Igea IN NUMERI

1°
CENTRO DI
CHIRURGIA ROBOTICA
NELLE MARCHE

70
INTERVENTI DI
CHIRURGIA ROBOTICA
(ginocchio e anca)
NEL 2017

170
INTERVENTI DI CHIRURGIA
ROBOTICA (ginocchio e anca)
PROGRAMMATI NEL 2018

VILLA
IGEA
CASA DI CURA

CASA DI CURA VILLA IGEA

Via Maggini, 200 60127 Ancona

+39 071 9947777
www.casadicuravillaigea.it

SEGUICI SU  Casa di Cura Villa Igea

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CE Corriere dell'Economia
Impresi, Professionisti, Manager, Enti e Istituzioni del tuo territorio

L'urologia del Policlinico di Abano all' avanguardia per la chirurgia robotica della vescica

CONDIVI
LINKEDIN
TWITTER
GOOGLE PLUS



La cistectomia radicale con ricostruzione della vescica è un intervento complesso e gravato da un alto tasso di complicanze che spesso il paziente tollera male. La possibilità di eseguire l'intervento in robotica senza incisione addominale ed esposizione dei visceri, con netta riduzione delle perdite ematiche lo rende un intervento accettabile per il paziente. Oggi pertanto la robotica dà la possibilità di eseguire per via laparoscopica un intervento di chirurgia maggiore come la cistectomia aumentando le probabilità per il paziente di tollerare bene l'intervento e anche le cure pre e post-operatorie. La robotica permette anche, ove indicato, di preservare meglio i nervi deputati all'erezione. La cistectomia tuttavia resta un intervento complesso a cui il chirurgo robotico si dovrebbe accostare solo dopo avere eseguito centinaia di interventi robotici sulla prostata e solo dopo uno specifico training in un centro per la cistectomia. Da anni il Dott. Angelo Porreca, direttore dell'entità operativa di Urologia Del Policlinico di Abano, centro di chirurgia robotica e mini-invasiva, e presidente dell'UIROP, l'associazione che unisce gli urologi che lavorano nell'Ospedale Privata si dedica alla cistectomia robotica. Dopo un periodo di formazione al Karolinska Hospital con il Prof. Peter Wiklund padre della cistectomia robotica nel mondo ha riprodotto ad Abano tutti i dettagli e l'organizzazione appresa nello Stage in Svezia. Oggi che la cistectomia robotica è diventata ad Abano uno standard di cura, dopo oltre 100 cistectomie robotiche con derivazione urinaria robotica eseguite. È possibile affermare che, il profondo impegno, la passione e la dedizione hanno reso un intervento robotico apparentemente complesso un intervento sicuro, ripetibile a bassa invasività e con un alto rispetto delle funzioni e dell'integrità fisica del paziente affetto da grave patologia come il tumore vescicale infiltrante.

L'urologia di Abano fa parte di una rete di strutture urologiche ad alta specializzazione afferenti all'UIROP che è la società che raccoglie tutti gli urologi che lavorano nei centri a gestione privata. Il dott. Porreca direttore dell'Urologia di Abano è anche presidente UIROP e ha indirizzato la specializzazione del proprio centro alla chirurgia robotica e alla chirurgia laser delle patologie urologiche.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Salute Sembra fantascienza, ma oggi è possibile sfruttare la tecnologia per operazioni

DOTTOR ROBOT, GLI ANDROIDI IN OSPEDALE

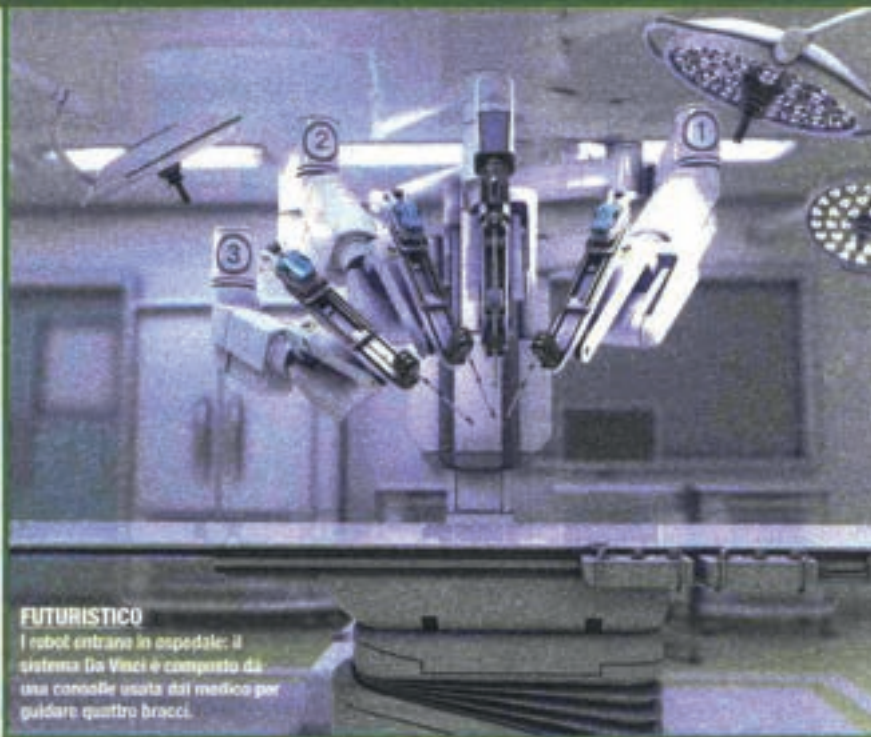
Il sistema Da Vinci è composto da una consolle e un carrello con quattro

Farsi operare da un robot? Ormai non è più fantascienza, ma una realtà sempre più diffusa, soprattutto in alcuni ambiti della medicina. Soltanto in Italia, nel 2017, gli interventi di **chirurgia robotica** sono stati circa 18mila, di cui quasi 12mila in campo urologico. Al robot, infatti, si ricorre soprattutto per la cura del tumore alla prostata, del rene e della vescica; ma questa nuova tecnologia si sta rivelando promettente anche per migliorare altri tipi d'intervento.

Un macchinario sofisticato

Al centro di questa evoluzione c'è un sofisticato macchinario, il sistema Da Vinci, a oggi unica tecnologia disponibile per accedere a una reale **chirurgia robotica**. Grazie a questo sistema, che si compone di una consolle chirurgica, un "carrello paziente" composto di quattro braccia movimentabili e un "carrello visione", che elabora e processa le immagini dell'intervento, il chirurgo non opera il paziente con le proprie mani, ma manovrando appunto un robot a distanza. Seduto alla consolle computerizzata, che si trova all'interno della sala operatoria, vede trasformato il movimento delle sue mani in impulsi, che sono convogliati sul paziente dalle braccia robotiche.

Potrà apparire strano, e magari poco sicuro: ma le cose stanno ben diversamente. «La **chirurgia robotica** Da Vinci», spiega il professor Walter Artibani, direttore dell'U.O. di Urologia dell'Azienda Ospede-



FUTURISTICO
I robot entrano in ospedale: il sistema Da Vinci è composto da una consolle usata dal medico per guidare quattro bracci.

daliera Universitaria Integrata di Verona oltre che segretario della SIU (Società Italiana di Urologia), «è emblema della chirurgia mininvasiva. Il robot dà al gesto del chirurgo una precisione non confrontabile con altre tecniche». Permette inoltre di superare i limiti legati alla difficoltà di trattare, con altre tecniche mininvasive come la laparoscopia, patologie che colpiscono sedi anatomiche difficili da raggiungere: per esempio la vescica e gli spazi pelvici. Non è un caso, dunque, che in urologia la **chirurgia robotica** sia oggi già ampiamente adottata: proprio quella italiana si può dire una vera e propria eccellenza nel

campo della robotica, e sono numerosi i centri, sia al Nord, sia nel Sud del Paese, che se ne avvalgono.

«Usato per il tumore alla prostata»

Il trattamento del tumore alla prostata, che nel nostro Paese conta oltre 36mila nuovi casi all'anno, è un valido esempio dell'impiego della tecnica. «L'intervento robotico per operare questo tipo di tumore è particolarmente rapido e così preciso da ridurre significativamente il rischio di recidive», chiarisce il professor Vincenzo Mirone, direttore della Scuola di Specializzazione in

Urologia dell'Università degli Studi Federico II di Napoli e responsabile dell'ufficio comunicazione della SIU. Tutto il tessuto malato, innanzitutto, viene asportato in modo molto puntuale grazie alla visione amplificata dell'area in cui si interviene. Il robot, infatti, si avvale della tecnologia per proporsi come un super chirurgo, la cui vista è ottimizzata e moltiplicata di 10 volte. Non solo, «Le incisioni», prosegue Mirone, «sono particolarmente piccole e discrete, causano quindi minor sanguinamento rispetto a quello che si può avere se ci si avvale di tecniche tradizionali, e di conseguenza meno dolore postoperatorio.

chirurgiche delicate: una tecnica che funziona

SONO ORA UNA REALTÀ

“braccia” da manovrare a distanza!

Anche in questo caso il merito è della tecnologia, in quanto il robot può compiere gesti chirurgici ampi, con una libertà di movimento che si può articolare su 7 assi e una rotazione di 540 gradi: capacità, queste, sconosciute alla mano umana.

Si evitano problemi anche gravi

I vantaggi della **chirurgia robotica** si fanno sentire anche sul fronte del recupero. Spesso, dopo un tradizionale intervento di tumore alla prostata, il paziente può incontrare difficoltà nel recupero della continenza urinaria e dell'erezione. «La **tecnica robotica** da una parte rispetta lo sfintere urinario e permette di ricostruire l'uretra, cioè il piccolo condotto che collega la vescica con l'esterno e serve al passaggio del liquido seminale. In questo modo si evita l'incontinenza, che invece può essere un problema nei pazienti operati con metodica tradizionale», rassicura Miron. «L'apporto del robot», aggiunge, «consente inoltre di

risparmiare i fasci nervosi che regolano l'erezione, al fine di garantire migliori risultati nei pazienti con tumore alla prostata e scongiurando il rischio d'impotenza».

Oltre che all'urologia, come accennato, la **chirurgia robotica** è già applicata ad altre specialità: dalla chirurgia generale alla ginecologia oncologica, dalla chirurgia toracica alla otorinolaringoiatria, solo per citare le principali. Oltre ad assicurare numerosi vantaggi clinici (in particolare precisione, facilità di accesso ad anatomie difficili, alta precisione ricostruttiva) e più comfort per il paziente (recupero più rapido, minore entità delle incisioni e quindi minori sanguinamenti), elimina del tutto il tremore fisiologico in cui può incorrere anche il chirurgo più esperto. Tutto questo, però, non deve portare all'errore di pensare che il robot “sostituisca” il medico: al contrario, gli è di supporto e lo mette nella condizione di lavorare nel modo migliore.

di **Francesca Solari**
vero@edizionivero.it

Maxi-intervento contro il tumore Nove ore e tecniche innovative

La paziente è uscita dall'ospedale dopo quattro giorni di degenza

-Terni-

E' STATA operata a tre tumori contemporaneamente e dimessa dall'ospedale Santa Maria quattro giorni dopo. E' lo straordinario intervento di chirurgia digestiva, durato nove ore, eseguito di recente nell'ospedale ternano dall'equipe di chirurgia digestiva e d'urgenza diretta dal dottor Amilcare Parisi. Un'operazione all'avanguardia effettuata con approccio mininvasivo con tecnica sia laparoscopica che robotica. Sono stati rimossi radicalmente tre tumori contemporanei nell'apparato digerente (colon ascendente, retto, fegato) e sono stati ricostruiti tutti i tratti interessati.

«**LA PAZIENTE** di 70 anni – spiega il dottor Parisi – è giunta al Pronto soccorso di Terni per dolori addominali e alterazioni dell'alvo e poiché, fin dai primi accertamenti, il personale medico si è subito reso conto della straordinarietà della situazione, è stata ricoverata urgentemente presso il nostro reparto. Per trattare allo stesso tempo tre tumori, uno del colon ascendente, un altro a livello del retto nella sua porzione più bassa, e un tumore secondario del fegato, abbiamo quindi pianificato, insieme agli specialisti dell'ospedale, una specifica procedura per la rimozione radicale di tutte le lesioni neoplastiche in un unico intervento e con l'utilizzo combinato sia della tecnologia laparoscopica che di quella robotica. Un approccio quindi completamente mininvasivo, che è innovativo per tale procedura e per questo sarà presentato al prossimo congresso nazionale di chirurgia che si svolgerà a Roma dal 14 al

18 ottobre». E, che sia andato tutto alla perfezione, lo dimostra che la paziente è stata dimessa dall'ospedale dopo soli quattro giorni. «Nonostante la complessità dell'intervento e la sua notevole durata – precisa il dottor Parisi – la scelta dell'approccio mininvasivo, che riduce il trauma chirurgico, ha mostrato grandi vantaggi per la paziente che ha ripreso la mobilitazione auto-

noma dalla prima giornata post-operatoria, successivamente una prima alimentazione leggera semi-liquida e poi una vera e propria dieta solida fino a un completo e rapido recupero fisico».

LA RARITÀ di situazioni come questa necessitano di un corretto inquadramento diagnostico e di una gestione chirurgica che possono offrire solo centri

all'avanguardia in chirurgia oncologica. E la struttura diretta dal dottor Parisi è da anni un centro di riferimento nazionale nel trattamento dei tumori dell'apparato digerente, con particolare riferimento a stomaco, pancreas, fegato e colon-retto. Questo grazie anche al sistema robotico disponibile all'ospedale di Terni (Da Vinci ultima generazione XI).

PRIMARIO
Il dottor
Amilcare
Parisi dirige
il reparto
di Chirurgia
digestiva
e d'urgenza



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

TRAGUARDO NUOVO SOFTWARE PER GLI INTERVENTI

La protesi totale al ginocchio? Ora è possibile anche alla Fratta nuova frontiera della robotica

DA ALCUNE settimane all'ospedale della Fratta è possibile fare la protesi totale al ginocchio con il robot. Fino ad oggi era possibile solo la ricostruzione di un compartimento del ginocchio (mediale, laterale o della femoro-rotulea) ma con l'arrivo di un nuovo software è possibile invece eseguire, con assistenza robotica, anche la protesi totale di ginocchio, che deve essere utilizzata dal chirurgo nei casi di artrosi avanzata coinvolgente tutto il ginocchio. Anche per il ginocchio totale la **tecnica robotica** comporta un impianto con precisione sub-millimetrica, favorendo la corretta cinetica del ginocchio ricostruito. Il tutto all'insegna dei vantaggi ormai certi dell'assistenza robotica, cioè accuratezza, precisione e sicurezza. «Si apre una nuova ed importante opportunità nell'ambito della Asl Toscana sud est - commenta il direttore generale Enrico Desideri. - La disponibilità di questa applicazione chiude il cerchio sulla chirurgia articolare robotica perché, attualmente, sarà possibile usare il robot per tutte le principali indicazioni protesiche di anca e ginocchio. I due interventi già effettuati sono andati molto bene, senza alcun problema vista l'acquisita lunga esperienza dei chirurghi ortopedici della nostra azienda». «L'esperienza aretina sulla ortopedia robotica è iniziata nel luglio 2014 ed Arezzo è stato il primo ospedale pubblico ad acquisire il robot Mako per l'ortopedia - ricorda Patrizio Caldora, direttore

area omogenea ortopedia - traumatologia della Asl Toscana sud est, - ad oggi, in ambito aziendale, tra anche e ginocchia sono stati operati più di 600 pazienti con ottimi risultati. Così come negli Usa, dove la ortopedia robotica è maggiormente diffusa, i risultati a breve termine sono ottimi, con recupero funzionale più veloce. L'obiettivo finale dell'uso del robot è di una protesi con miglior risultato funzionale a lungo termine e soprattutto una più lunga sopravvivenza delle protesi, così da posticipare sempre più negli anni una ipotetica sostituzione.

ANALIZZANDO i dati regionali delle dimissioni ospedaliere, comparando il campione robotico a quello manuale, abbiamo rilevato con soddisfazione che, con l'uso del robot, abbiamo ridotto significativamente le giornate di degenza ospedaliera ed il numero di trasfusioni nella chirurgia protesica». La protesi totale al ginocchio può essere effettuata anche in Valdarno, all'ospedale della Gruccia, l'altra postazione robotica esistente, sotto la supervisione del direttore dell'ortopedia Luigi Ciampalini, che ha iniziato con Caldora questa tecnica chirurgica. La Asl Toscana sud est può contare su una scuola di robotica chirurgica a Grosseto dove gli ortopedici possono formarsi. Dal 2004 la scuola ha a disposizione, unica in Italia, anche un robot interamente dedicato alla didattica, utilizzato per simulare gli interventi.



IL DIRETTORE Patrizio Caldora guida il reparto di ortopedia e traumatologia



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

MEDICINA Alberto Brolese, 56enne, è direttore di chirurgia generale nell'Apss di Trento

Un chirurgo adriese comanda il robot

Asportato a un paziente il 40% del fegato, dopo pochi giorni era a passeggio in montagna

Luigi Ingegneri

ADRIA - C'è la mano e la regia di un adriese nel delicato intervento al fegato con la **chirurgia robotica** avvenuto nei giorni scorsi nell'ospedale Apss di Trento: direttore del reparto di chirurgia generale e chirurgia epatica, biliare e pancreatica è Alberto Brolese, 56enne. Nato e cresciuto in località Passetto, in territorio veneziano, ma al confine tra Adria e Cavarzere, è approdato nella città etrusca per frequentare il liceo scientifico per poi prendere il volo verso medicina fino a conseguire la laurea con la lode. Nel frattempo ha conosciuto e sposato Lorella, dalla quale ha avuto due figli Marco e Chiara, vivendo per quasi 20 anni ad Adria, poi l'attività professionale lo ha costretto a prendere residenza a Trento.

Prima di approdare sulle Alpi, Brolese è stato primario chirurgo ad Adria, chirurgo generale e trapiantologo epatico che per più di vent'anni, fino al 2009, ha lavorato nella clinica chirurgica dell'Università di Padova e da 9 anni: per tutto questo è stato insignito della cittadinanza onoraria nel 2003.

Nella settimana di Ferragosto un 66enne adriese, affetto da una voluminosa massa del fegato collocata proprio nella sua sede centrale, si è rivolto a lui per un intervento chirurgico alquanto singolare e particolarmente delicato, ma tutto è andato a buon

fine. Il centro è infatti l'unico nel Triveneto, oltre a pochi altri in Italia, che esegue la chirurgia resectiva anche maggiore del fegato con la tecnologia robotica che si avvale del robot "Da Vinci", la più moderna e sofisticata tecnologia sino ad oggi esistente al mondo.

Il professionista ha eseguito con il proprio team un lungo e delicato intervento di centro-epatectomia, vale a dire l'asportazione del 40% del fegato nella sua parte centrale, in assoluto la parte più critica dove occorre garantire il rispetto delle principali strutture vascolari e biliari del fegato. "La tecnologia robotica - spiega Brolese - ha permesso di eseguire l'intervento attraverso alcune piccole incisioni sull'addome garantendo la massima precisione durante la fase di asportazione radicale della massa e risparmiando al tempo stesso le altre porzioni sane del fegato. Il paziente ha avuto un decorso postoperatorio davvero ottimale e in pochi giorni è stato dimesso tornando alla vita di tutti i giorni, continuando anche a trascorrere un periodo di vacanza nel Primiero".

Quindi è lo stesso chirurgo che spiega le caratteristiche dell'intervento e della modernissima strumentazione. "Il robot 'Da Vinci' - dice - è una tecnologia del tutto particolare sviluppata negli Stati Uniti e consente di migliorare ulteriormente i grandi vantaggi della chirurgia mini-inva-

siva laparoscopica già da molti anni applicata ai pazienti per le più svariate patologie addominali. Consiste di una consolle, che viene posta a distanza di alcuni metri dal tavolo operatorio dove si trova il paziente, e da un vero e proprio robot, operatore con quattro braccia, che nei fatti interviene sul paziente su comando del chirurgo, il quale opera 'a distanza' attraverso delle piccole incisioni sull'addome dove vengono inseriti sofisticatissimi strumenti operatori. I vantaggi principali - prosegue Brolese - consistono nella massima precisione degli strumenti con assenza di tremore nei movimenti e la visione tridimensionale del campo operatorio dove si lavora. Queste caratteristiche, uniche, consentono al chirurgo di operare con la massima precisione e con il minimo trauma sul paziente. Ne deriva quindi un recupero postoperatorio molto rapido che permette anche una degenza ospedaliera molto breve". Il reparto diretto da Brolese è divenuto in pochi anni un centro di riferimento per la **chirurgia robotica** non solo per l'area del Triveneto ma anche per tutta d'Italia, isole comprese: finora sono stati eseguiti oltre 300 interventi di chirurgia maggiore con la **tecnologia robotica** principalmente nei settori della chirurgia del fegato e del pancreas, della chirurgia gastro-intestinale, stomaco e grosso intestino-colon e retto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ. All'ospedale Pederzoli di Peschiera il primo intervento del genere in Veneto. Per rimuovere un tumore

In sala operatoria con il robot Verona apre una nuova strada

Il dottor Giovanni Butturini ha eseguito un'operazione di alta difficoltà, la rimozione della testa del pancreas, con tecnica mini-invasiva. Lo strumento chiamato «Da Vinci»

Katia Ferraro

È stato eseguito con successo all'ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda il primo intervento in Veneto di rimozione della testa del pancreas utilizzando la **tecnica robotica**.

Un doppio primato veronese all'interno del panorama regionale, considerando che l'operazione è stata condotta dal dottor Giovanni Butturini, 49 anni, a Verona nato e cresciuto anche dal punto di vista professionale. Dopo un lungo periodo all'Istituto del pancreas dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata, oggi Butturini è responsabile dell'Unità operativa di Chirurgia epato-bilio-pancreatica dell'ospedale gardesano. L'intervento di duodenopancreasectomia (Dcp l'acronimo) è stato eseguito su una signora per rimuovere un tumore alla testa del pancreas.

Già di per sé considerata l'operazione più difficile di tutta la chirurgia addominale, il suo livello di complessità aumenta con la tecnica mini-invasiva robotica, che offre però ai pazienti notevoli vantaggi nel decorso postoperatorio. «Con il robot chirurgi-

co Da Vinci si riesce a operare attraverso cinque piccole incisioni e bracci robotici che portano all'interno dell'addome gli strumenti chirurgici per riprodurre in modo esatto i gesti della chirurgia aperta, per cui è invece necessaria una rilevante apertura nell'addome», spiega il dottor Butturini, che già dal 2011 applica la **tecnica robotica** per la rimozione dell'altra parte del pancreas, la "coda". «I vantaggi sono quelli tipici della chirurgia mini-invasiva», prosegue, «una ripresa più rapida delle funzioni generali come l'alimentarsi, l'attività intestinale e il movimento in genere, ma soprattutto un minor dolore post-operatorio. Inoltre si abbatte il rischio di sviluppare ernie sull'incisione chirurgica e c'è il beneficio estetico: la parete addominale rimane integra e le cicatrici sono molto piccole».

La complessità dell'intervento, sia in chirurgia aperta che mini-invasiva è duplice: da un lato la Dcp richiede di intervenire in una zona delicata dell'addome a contatto con vene e arterie che nutrono tutto l'intestino, il fegato e la milza; dall'altro nella fase ricostruttiva è necessario col-



Il dottor Giovanni Butturini, 49 anni (al centro), con la sua équipe

legare tra loro più organi con cuciture delicate che possono causare complicanze in seguito. Non tutti i pazienti possono però essere operati attraverso il robot: «Sono circa il 20% del totale», fa notare Butturini, «viceversa per la rimozione dei tumori della coda del pancreas la **tecnica robotica** può essere la scelta migliore nell'80% dei casi». Quanto alla durata, «all'inizio l'intervento può durare

molto, ma con la pratica e l'esperienza si arriva a 6-7 ore come per la chirurgia tradizionale». L'ulteriore elemento di difficoltà è dato dal fatto che per ora il robot non restituisce il cosiddetto feedback tattile, il ritorno di forza che può aiutare il chirurgo a percepire consistenza e resistenza dei tessuti.

Il primato veronese è gardesano non stupisce: da oltre 40 anni Verona fa scuola nel

campo della chirurgia pancreatica grazie anche al professor Paolo Pederzoli, lumiere della specialità e anello di congiunzione tra l'Istituto del pancreas di Verona - che ha contribuito a fondare, formando generazioni di chirurghi - e l'Unità di Chirurgia pancreatica di Peschiera, nata da alcuni specialisti provenienti dall'Istituto all'interno dell'ospedale fondato dal padre del professor Pederzoli. ■



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

SALUTE Parla il 65enne sottoposto a un delicato intervento chirurgico al fegato a Ferragosto

"Posso dirlo: mi sento miracolato"

Alla guida del robot Alberto Brolese: niente febbre e tempi record di ripresa, già tornato al lavoro

Luigi Ingegneri

ADRIA - "Posso dirlo: mi sento miracolato". Parla il 65enne che il 13 agosto scorso ha subito un delicatissimo intervento al fegato con l'asportazione di una massa organica della grandezza di un limone. L'intervento è avvenuto nell'ospedale Apss di Trento con strumentazioni all'avanguardia, in particolare il robot "Da Vinci", la più moderna e sofisticata tecnologia sino ad oggi esistente al mondo. Il capoluogo trentino è unico in Triveneto e tra gli otto centri a livello nazionale. A capo della struttura, ovvero direttore del reparto di chirurgia generale e chirurgia epatica, biliare e pancreatico è Alberto Brolese, 56enne, adriese adottivo. "Sento il dovere di ringraziare il dottor Brolese, il suo staff medico e tutta l'équipe infermieristica" dichiara il 65enne. "E' stato qualcosa di straordinario, ancora fatico a rendermi conto: domani, (oggi, giovedì 6 febbraio, ndr) dopo quasi un



Chirurgia Il robot "Da Vinci" in sala operatoria

mese, avrò la prima visita di controllo". E ricorda quei giorni di metà agosto. "Non conoscevo questo chirurgo, eppure ha interrotto le ferie per fare l'intervento; mi è stato

consigliato da alcuni amici, dopo che alcune analisi svolte in luglio avevano diagnosticato qualcosa di poco bello. Per alcuni giorni è stata una corsa infernale per fare analisi, rag-

gi, tac e tutto quello che è stato prescritto, ho mandato tutto via mail, poi mi è stato detto di presentarmi lunedì 13. E mi sono presentato: poco prima delle 14 sono entrato in sala operatoria, per uscire circa sette ore dopo. Intervento lungo e delicato, i medici erano stravolti (conferma la moglie, ndr). Nessuna ferita da rimarginare, né punti da togliere: solo tre 'foretti' nell'addome che si stanno rimarginando velocemente. Nessuna linea di febbre nel post operatorio, due giorni dopo ero già in piedi, al terzo giorno già camminavo da solo. E subito ho cominciato ad andare su è giù per i sette piani di scale dell'ospedale: dimesso a fine settimana". Adesso ha già ripreso regolarmente il suo lavoro che lo vede percorrere una media di 300 chilometri al giorno. A questo punto non resta che aggiungere: "Non finirò mai di ringraziare questo dottore e tutto il reparto: siete veramente grandi".



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

A TLC, innovare nel solco della tradizione

La società, parte del gruppo ab medica, continua a presidiare il mercato TLC con le soluzioni a marchio Aethra, ma intende diventare un punto di riferimento anche per quanto riguarda le soluzioni IoT applicate innanzitutto al settore medicale.

Agli albori dell'era digitale, negli Anni '70, nasceva A TLC, società che, con il marchio Aethra, ha contribuito in maniera determinante a modernizzare il nostro Paese progettando, producendo e commercializzando apparati per le reti di accesso avanzate e soluzioni per i carrier. "Da allora molte cose sono cambiate, ma non la nostra capacità di sapere ascoltare i clienti per dare risposte concrete alle nuove sfide che sono chiamati ad affrontare ogni giorno", sottolinea **Roberto Giamagli**, dalla fine dello scorso anno alla guida della società, oggi parte del gruppo ab medica, polo di aziende orientato all'innovazione nel campo medico.

INDIRIZZARE IL CAMBIAMENTO

Il settore delle telecomunicazioni, che continua a presidiare con le soluzioni a marchio Aethra, per A TLC, che nel 2017 ha fatturato circa 20 milioni di euro, continua ad essere strategico. "Anche perché si stanno affacciando sul mercato nuove architetture e nuove tecnologie che cambieranno rapidamente gli scenari, basti pensare al software defined networking (SDN), alla network

function virtualization (NFV) o al 5G, e noi vogliamo essere in prima linea per supportare i nostri clienti, tipicamente i principali carrier presenti in Italia e molti service provider, ad affrontare il cambiamento in maniera coerente, efficace ed efficiente".

AMPLIARE GLI ORIZZONTI

Oggi però i confini tra TLC e ambiti applicativi si stanno facendo sempre più labili, complice in primo luogo l'Internet of Things che, connettendo tra loro un numero di device in crescita esponenziale, apre frontiere ancora inesplorate. "Vogliamo essere protagonisti anche in questo campo sia in Italia che all'estero - dice ancora Giamagli. In questo ambito il settore d'elezione è sicuramente quello medicale, visto che ab medica, il gruppo di cui facciamo parte dal 2009, è specializzata nella produzione e distribuzione di tecnologie mediche, ed è un punto di riferimento per la robotica chirurgica. Per accelerare l'innovazione in questo comparto, recentemente è stata anche creata una divisione dedicata proprio allo sviluppo di sistemi e soluzioni avanzati per la telemedicina, ma



operiamo anche come design center per altre consociate del gruppo". La vocazione ad ampliare competenze e mercati di riferimento si riflette anche sul go-to-market dell'azienda, pronta a stringere nuove partnership tecnologiche e commerciali in Italia e in altre geografie, a cominciare da alcuni Paesi del Sud Europa, Nord Africa e Sud America.

www.aethra.com
www.abmedica.it

R.C.

AppQuality continua a crescere

La crescita di AppQuality continua. La società attiva nel settore del crowdtesting offre una suite di servizi che, attraverso una community di 15.000 tester qualificati, reclutati e certificati in tutta Italia e in Europa, consente di verificare in tempi rapidi che qualsiasi digital product arrivi nelle mani dell'utente finale senza difetti. AppQuality ha confermato la sua solidità e determinazione diventando anche platinum sponsor del recente Italian Software Testing Forum 2018. Davanti a una platea di oltre 500 esperti, il CEO Luca Manara ha parlato di agile crowdtesting per creare app "defect free" mentre il project manager Alessandra



Castrucci ha illustrato la flessibilità del modello dal supporto in fase prototipale al test end-to-end. "Siamo felici di aver avuto AppQuality come platinum sponsor, perché incarna lo spirito dell'innovazione digitale in Italia e testimonia la qualità di App e Web raggiungibile con il crowdtesting", ha dichiarato Salvatore Reale, responsabile marketing

Associazione ITA-STQB. L'efficacia del modello di AppQuality è testimoniata anche dalla vittoria nella categoria Mobile Business durante i Digital360 Awards, un prestigioso premio nato per promuovere la cultura dell'innovazione. Insomma: è possibile dire che la prima parte del 2018 sia stata più che soddisfacente, in tutti i sensi, per AppQuality.

La storia
**Chirurgo
a 78 anni
con le mani
di un robot**



Opera a metri di distanza dal paziente. A volte addirittura mentre si trova in un'altra stanza, diversa dalla sala operatoria. E alla fine degli interventi i malati hanno una certezza: pochi traumi, decorso rapido e ripresa pressoché immediata. Il robot, infatti, si è impossessato a pieno titolo del bisturi. Ma al Policlinico di Abano a guidare il braccio meccanico che riesce a insinuarsi negli

angoli più difficili da raggiungere dell'esofago è la mano del professor Ermanno Ancona, che a 78 anni e mezzo, in pensione da 6, e con alle spalle una carriera di grandissimo prestigio, oggi con la massima disinvoltura e a dispetto dell'anagrafe, è diventato un punto di riferimento appunto della **chirurgia robotica**.

Classe 1940, ha conseguito nel '64 la laurea all'ateneo di Padova con il massimo dei vo-

ti e la lode. Sempre qui si è specializzato in Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Anestesia e rianimazione e Urologia. Oggi è responsabile della Chirurgia esofagea della struttura sanitaria aponense. «Devo dire che operare con il robot era una delle cose che dovevo fare. Da anni ci pensavo, perché le innovazioni vanno sempre prese in considerazione e valutate».

Cozza a pagina 13

Il chirurgo di 78 anni che opera con i robot

► Il professor Ermanno Ancona ad Abano ► «Resto 7-8 ore di fila in sala operatoria vive una seconda giovinezza... meccanica con lo stesso spirito. E mi diverto ancora»

L'INTERVISTA

PADOVA Opera a metri di distanza dal paziente. A volte addirittura mentre si trova in un'altra stanza, diversa dalla sala operatoria. E alla fine degli interventi i malati hanno una certezza: pochi traumi, decorso rapido e ripresa pressoché immediata. Il robot, infatti, si è impossessato a pieno titolo del bisturi. Ma al Policlinico di Abano a guidare il braccio meccanico che riesce a insinuarsi negli angoli più difficili da raggiungere dell'esofago è la mano del professor Ermanno Ancona, che a 78 anni e mezzo, in pensione da 6, e con alle spalle una carriera di grandissimo prestigio, oggi con la massima disinvoltura e a dispetto dell'anagrafe, è diventato un punto di riferimento appunto della **chirurgia robotica**.

Classe 1940, ha conseguito nel '64 la laurea all'ateneo di Padova con il massimo dei voti e la lode. Sempre qui si è specializzato in Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Anestesia e rianimazione e Urologia. Oggi è responsabile della Chirurgia esofagea della struttura sanitaria aponense.

Professore, alla sua età i colleghi sono in pensione. Lei invece si cimenta con le tecnologie più spinte...

«Devo dire che operare con il robot era una delle cose che dovevo fare. Da anni ci pensavo, perché le innovazioni vanno sempre prese in considerazione e valutate».

Cioè?

«Uno può essere tradizionalista, o innovatore, nell'animo, e

io penso di appartenere a quest'ultima categoria. Sono cresciuto con il professor Peracchia che quand'ero un giovane medico mi ha trasmesso la passione per le novità. E alla fine, con il passar del tempo, queste restano, come un imprinting».

Quando ha iniziato a lavorare utilizzando il robot?

«L'occasione mi si è presentata con l'arrivo nell'equipe chirurgica di Abano del professor Cristiano Huscher, un pioniere della materia, proprio in un momento in cui in tutta Italia la **chirurgia robotica** ha ancora un carattere un po' particolare, come peraltro al debutto lo aveva pure quella laparoscopica. Ho subito intuito che questa fosse una novità da valutare, non dico per essere utilizzata in ogni intervento, ma per quelle situazioni in cui, come ad esempio nelle

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL GAZZETTINO

Quotidiano

Data 09-09-2018

Pagina 1+13

Foglio 2 / 3

operazioni alla prostata al basso retto e all'esofago, si hanno zone del corpo non facilmente raggiungibili con gli strumenti tradizionali. Il robot riesce a fare movimenti impensabili per le nostre mani e che danno risultati eccezionali. Ho messo a punto la tecnica. Due interventi li ho già fatti e altri sono in lista d'attesa: già giovedì ne farò un altro».

Che effetto le ha fatto la prima volta che ha operato senza usare il bisturi, ma impartendo ordini al robot?

«È stata un'esperienza affascinante e impegnativa, ma quando hai un buon tutor le cose sono più semplici. Sono molto contento di poter usare questa tecnica. Ricordo che anni addietro c'era stato un congresso proprio sulla **chirurgia robotica** e

avevo promesso a me stesso che prima di chiudere la carriera, avrei voluto cimentarmi anch'io. Opero dal 1966 e in cinquant'anni posso dire di essere passato dal bisturi al robot».

E ci è arrivato a 78 anni e mezzo...

«Sì, ma non me li sento. Resto 7-8 ore di fila in sala operatoria con lo stesso spirito di quando ero giovane. E mi diverto, come allora. Nella mia carriera ho visto l'avvento di tante innovazioni, tra cui la microchirurgia all'esofagorurgia per l'autotrapianto di anse intestinali al collo, oppure la sostituzione dell'esofago cervicale. Importante è avere un leader che ti dà la possibilità di provare, com'è stato appunto il mio maestro Peracchia»

Quali sono i vantaggi che dà l'utilizzo del robot?

«La visione tridimensionale sul monitor è esatissima, mentre per esempio con la laparoscopia è meno precisa perché comporta un'elaborazione da parte del cervello. E anche se il paziente è lontano, sei comunque tu che stai lavorando, sono le tue dita che governano tutto. Vicino al malato ci sono gli operatori che mettono gli strumenti giusti nelle mani robotiche».

E i limiti?

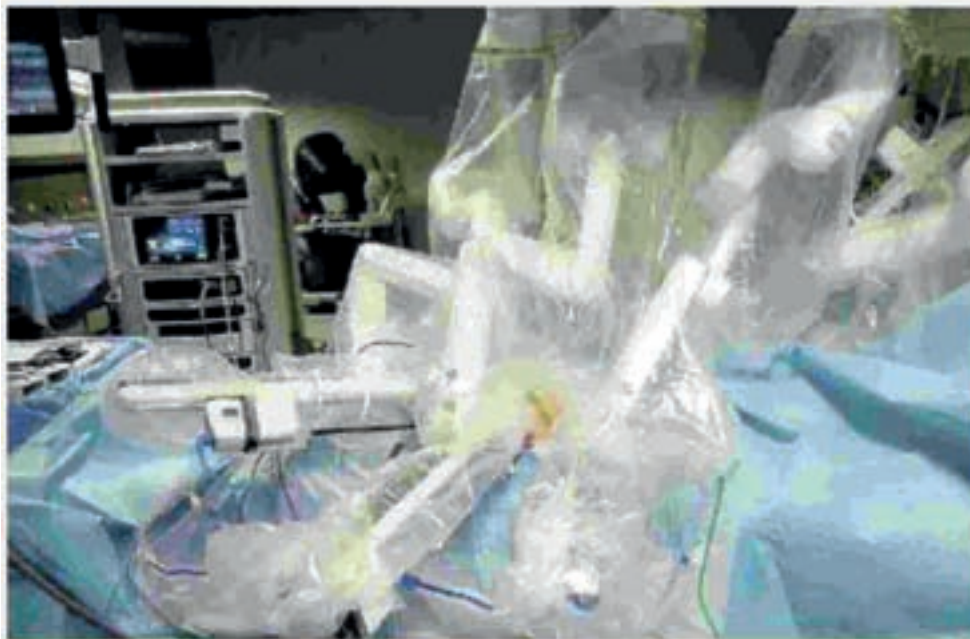
«Un po' di diffidenza nei confronti del nuovo, che si supererà perché l'umanità va avanti. E poi i costi. Ma dobbiamo ricordarci che anni fa anche le prime tac erano strumenti diagnostici che costavano tanto. Con il passare del tempo, però, i prezzi si abbassano. E a breve sarà così anche per il robot».

Nicoletta Cozza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Chi è

**Esperto mondiale
di chirurgia all'esofago**



► Il professor Ermanno Ancona è uno dei massimi esperti mondiali di Chirurgia dell'esofago. Ma i suoi interessi, sia in ambito strettamente medico che culturale, spaziano a 360 gradi, tanto è vero che nel 2001 è stato anche vicesindaco di Padova ed tuttora è uno di protagonisti della Vitaliano Languazza, storica orchestra goliardica del Bo. Lunghissima la lista degli incarichi che ha ricoperto tra cui: direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, e del Dipartimento dei Trapianti di Rene e di Pancreas; direttore scientifico dello Iov; presidente della Società Europea di Chirurgia e del Centro Veneto Malattie dell'esofago.



PASSAGGIO IN POLITICA
Ermanno Ancona è stato anche vicesindaco di Padova durante l'amministrazione di Giustina Destro

**«C'È ANCORA UN PO'
DI DIFFIDENZA
E POI I COSTI SONO
ANCORA ALTI, MA
ANCHE LE TAC ALL'INIZIO
ERANO MOLTO CARE»**

**«LE NUOVE TECNOLOGIE
TI DANNO UNA VISIONE
TRIDIMENSIONALE
E ANCHE SE IL PAZIENTE È
LONTANO SONO LE TUE DITA
CHE GOVERNANO TUTTO»**



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



SANITÀ

Robot chirurgo arriva a Padova: opera da solo

di **Michela Nicolussi Moro**

PADOVA Arriva a Padova Da Vinci, robot-chirurgo, l'ultima frontiera della chirurgia mini-invasiva. Con 4 braccia meccaniche, effettuerà 400 operazioni l'anno. a pagina 3

SANITÀ LE NUOVE FRONTIERE

Da Vinci, robot chirurgo che opera e insegna E non gli trema la mano

Padova, i medici: «Eseguirà 400 interventi all'anno»

PADOVA E' già pronto per il primo prelievo di rene da utilizzare nel trapianto da vivente. Il chirurgo si chiama Da Vinci ed è un robot: per l'esattezza l'ultima generazione di robot chirurgico, la frontiera più avanzata della chirurgia mini-invasiva, che vede il medico operare non più con le proprie mani ma manovrando quattro braccia meccaniche a distanza, cioè stando dentro una console dotata di due manipolatori e di pedali. Il macchinario si completa con il carrello per il paziente e il carrello visione, che contiene l'unità centrale di elaborazione delle immagini. Un gioiellino già operativo negli hub di Verona, Vicenza, Treviso, Mestre e Padova, polo quest'ultimo che ieri ha inaugurato il «gemello» più sofisticato e munito di due console, una riservata agli specializzandi in addestramento. Si affianca al modello operativo dal 2005 in Urologia e impiegato per eseguire 300 interventi l'anno.

«Il nuovo Da Vinci ne effettuerà 400 — spiega il professor Federico Rea, direttore del-

la Chirurgia Toracica dell'Azienda ospedaliera e coordinatore del progetto — e sarà utilizzato da dodici équipe. Oltre alla mia, quelle di Cardiochirurgia, delle Cliniche Chirurgiche 1 e 3, delle Chirurgie generale, epatobiliare e pediatrica, di Otorinolaringoiatria, Urologia, Ginecologia e dai colleghi del Week Surgery e dei Centri trapianti di rene e pancreas. Ogni Unità operativa ha programmato il tipo di operazioni nelle quali impiegarlo». Per esempio può essere usato per la riparazione della valvola mitralica, per il posizionamento dei bypass aortocoronarici e gastrici, per la correzione di difetti cardiaci, per la demolizione di tumori, per il prelievo del rene da trapiantare. «A Padova il primo modello del Da Vinci arrivò nel 2005 — ricorda Rea — e servì a introdurre il bypass aortocoronarico. Poi ne è stata comprata la versione più avanzata per l'Urologia e adesso siamo al terzo modello, a disposizione di tutte le Chirurgie». E capace di eseguire movimenti ulteriori rispetto a quelli possibili alla mano umana, della quale non

ha il tremore, di operare su più quadranti grazie all'immagine tridimensionale e ingrandita fino a dieci volte, di garantire una maggiore precisione e un minor tempo operatorio rispetto alla laparoscopia.

L'ha acquistata la Fondazione Cariparo con la collaborazione della Regione (700mila euro), per una spesa di 3 milioni e 873mila euro. «E' stata soddisfatta la richiesta dei chirurghi — rivela Luciano Flor, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Padova — per garantire livelli di assistenza più qualificati e accedere a un'opzione terapeutica che si concili con la necessità della didattica». I vantaggi per il paziente? Incisioni piccole, minor ricorso a trasfusioni e minore dolore post-operatorio, riduzione dei tempi di ricovero e ripresa più rapida. La strumentazione ha trovato posto in una delle tre sale al sesto piano del Policlinico, appena ristrutturata. Nelle altre due ci sono un simulatore e l'area risveglio per i malati della Rianimazione. «E' uno degli ultimi interventi del restauro generale del Policlinico, partito nel

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

1998 e da concludersi a ottobre, con l'inaugurazione della Rianimazione al quinto piano — annuncia Flor —. Prevede anche, al piano rialzato, la realizzazione di due sale operatorie ibride, cioè dedicate alla chirurgia endovascolare e dotate di angiografo e Tac, a disposizione delle équipe di Chirurgia vascolare e Cardiocirurgia. In attesa del nuovo ospedale staremo qui per i prossimi dieci anni, ma non rimarremo indietro. Anzi, la tecnologia ci tiene al passo con i tempi».

Il Da Vinci ne è la riprova. «E' un sogno che si avvera dopo quattro anni — confessa il professor Donato Nitti, vicepresidente della Fondazione Cariparo e per trent'anni chirurgo in Azienda ospedaliera — l'eccellenza in sanità dipende dall'organizzazione, dalla capacità dei singoli ma anche dall'innovazione. Ecco perché per il futuro la Fondazione sta pensando di non distribuire più contributi a pioggia per la singola Tac o per il singolo ecografo ma di finanziare progetti di respiro regionale, come questo». In linea il governatore Luca Zaia: «Stiamo predisponendo una lista delle donazioni per l'acquisto di macchinari all'avanguardia. Già adesso la Regione investe 70 milioni di euro l'anno in tecnologia ed è giusto che tale voce rientri nella programmazione. Anche se la strumentazione per il sistema pubblico ha costi maggiori e tempi più lunghi di acquisizione rispetto al privato».

«La tecnologia permette alla scuola medica un impatto migliore sulla salute pubblica — sottolinea Rosario Rizzuto, rettore dell'Università di Padova — e il Da Vinci rappresenta un'opportunità di cura mini-invasiva e di grande precisione per i malati di ogni branca. In più ha una valenza didattica, grazie alle due console». In una lavora il chirurgo, nell'altra lo specializzando, che può seguire l'intervento ed eseguirne fasi autorizzate dal collega strutturato.

Michela Nicolussi Moro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Flor
Sarà usato dalle équipe di 12 reparti, è preciso e mini-invasivo



Zaia
Faremo una lista delle donazioni per comprare macchinari



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



La sanità del futuro

Presentato dal dg Luciano Flor con il rettore Rosario Rizzuto il nuovo acquisto finanziato con 3 milioni da Cariparo

Il robot Da Vinci entra in sala operatoria «Sarà dedicato a 12 specialità chirurgiche»

L'INNOVAZIONE

Qualità scientifica e innovazione tecnologica: si è "celebrato" questo binomio ieri mattina nell'aula magna dell'Azienda ospedaliera Università di Padova, in occasione della presentazione del nuovo robot chirurgico Da Vinci, un investimento da 3,8 milioni che consentirà di operare con la tecnica miniminvasiva in dodici specialità chirurgiche. Se il robot rappresenta la tecnologia, a rappresentare la qualità scientifica erano schierati i numeri uno dell'Azienda - direttori dei Dipartimenti e super chirurghi che potranno moltiplicare le loro abilità grazie al nuovo robot.

IL ROBOT IN SALA OPERATORIA

Il primo robot chirurgico è arrivato in Azienda ospedaliera nel 2005; collocato nella piastra operatoria del quarto piano del Monoblocco, viene uti-

lizzato da Urologia, Cardiocirurgia e Chirurgia toracica, per un totale di circa 3300 interventi l'anno. Il nuovo robot, già installato nella piastra operatoria al sesto piano, consentirà di effettuare ulteriori 400 interventi l'anno. Le Unità operative che lo utilizzeranno sono la Chirurgia toracica, la Cardiocirurgia, Clinica chirurgica 1 e 3, Chirurgia generale, Trapianti di rene e pancreas, Otorinolaringoiatria, Urologia, Chirurgia epatobiliare, Chirurgia Pediatrica, Week surgery e Ginecologia.

IL PROGETTO

L'allargamento dell'uso del robot a più specialità ha richiesto una programmazione che ha visto come coordinatore il professor Federico Rea - direttore della Divisione e Cattedra di Chirurgia toracica e responsabile del Centro trapianti di polmone. «Il progetto è finalizzato a far utilizzare il robot a tutte le branche specialistiche, è stato quindi necessario defi-

nire con tutti i colleghi gli interventi più appropriati. Fra le novità più importanti c'è l'uso del Da Vinci nel trapianto di rene, per il prelievo dell'organo da soggetto vivente».

L'INVESTIMENTO

La Regione ha investito nel robot circa 700 mila euro, mentre 3 milioni sono arrivati dalla Fondazione Cariparo. In rappresentanza di quest'ultima, il vice presidente Donato Nitti ha sottolineato la necessità che l'innovazione tecnologica vada di pari passo con capacità e organizzazione, elementi che Azienda e Università sanno garantire. Il governatore del Veneto Luca Zaia: «La Regione ha messo in bilancio 70 milioni per gli investimenti in tecnologia. Nell'ottica di perseguire l'obiettivo della deospedalizzazione, per far restare il paziente il meno possibile ricoverato, la **chirurgia robotica** è fondamentale perché riduce notevolmente la convalescenza». Il rettore Rosario Rizzuto ha sottolineato come il robot sia dotato di una seconda console dedicata alla didattica, così da garantire anche ai medici in formazione di apprendere la **chirurgia robotica**. «Sia chiaro» ha concluso il direttore generale Luciano Flor, «che questa Azienda non si priverà mai delle migliori tecnologie per assicurare le cure più all'avanguardia».

Elena Livieri



Il nuovo robot Da Vinci collocato nella piastra operatoria al sesto piano del Policlinico

(FOTOGRAFIE)



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

INAUGURATO IERI AD ALBA, SERVIRÀ A VERDUNO

Il robot per l'ospedale acquistato grazie alla maxi-donazione

Un anonimo ha regalato 5 milioni al presidio unico
Assessore Saitta: "Gesto che dimostra le aspettative"

CRISTINA BORGOGNO
ALBA

Il primo intervento lo ha eseguito ieri mattina il dottor Giuseppe Fasolis, primario di Urologia al «San Lazzaro» di Alba. Il prossimo è in programma lunedì, sotto la guida in sala operatoria di Marco Calgaro, direttore di Chirurgia generale. Il robot «Da Vinci Xi» è già all'opera all'ospedale San Lazzaro di Alba. Ieri, nella sede dell'Asl Cn2, la Fondazione nuovo ospedale ha ufficializzato la donazione dell'apparecchiatura acquistata grazie a un anonimo benefattore che, nell'estate, ha regalato 5 milioni di euro per l'ospedale unico di Verduno, che aprirà nel 2019.

Macchinario all'avanguardia

Il sistema robotico «Da Vinci», sofisticata tecnologia che rappresenta l'ultima evoluzione della chirurgia mini-invasiva,



Il robot «Da Vinci» impiegato ieri per un intervento di Urologia

è solo uno dei progetti resi possibili dalla generosa donazione. «Un evento epocale per la nostra realtà» ha sottolineato Fasolis, che ha spiegato come l'utilizzo sarà all'inizio principalmente rivolto alla struttura di Urologia, per estendersi poi a Chirurgia, Ginecologia, Otorino e Ortopedia. Rispettando i criteri di selezione dei pazienti, si potranno ipotizzare in una prima fase 200 interventi l'anno in totale. Per il presidente della Fondazione, Bruno Cerretto, «è solo l'inizio; altri contribuiranno a dotare il nuovo ospedale di attrezzature all'avanguardia».

La raccolta dell'ente nato nel 2008 ha superato quota 23 milioni, con altre donazioni fatte in questi anni, dalla Tac all'ecografo, il sistema solleva pazienti, gli arredi delle camere di degenza, 395 letti elettrici. «Impossibile non farsi contagiare dall'entusiasmo di questa comunità» ha detto il direttore generale Asl Cn2, Massimo Veglio. Al suo fianco, il predecessore Danilo Bono, che ha parlato di «un giorno importante perché inserisce oggi Alba, domani Verduno, in un circuito di eccellenza sanitaria». «Questa è una provincia in cui le cose nascono con semplicità - ha concluso l'assessore regionale Antonio Saitta - È la prima volta che mi capita di accogliere una donazione anonima di questo tipo. Un gesto che ci dice quanto siano grandi le aspettative nei confronti di Verduno. Che non sarà solo la somma di Alba e Bra, ma molto di più». —

 ASSOCIAZIONE FONDAZIONE OSPEDALE SAN LAZZARO



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CELEBRAZIONE IN OSPEDALE

“I 10 anni di **chirurgia robotica**? Sono un punto di ripartenza”

MAURO FACCIOLA
ALESSANDRIA

La **chirurgia robotica** all'ospedale di Alessandria ha compiuto 10 anni. Un traguardo, ma allo stesso tempo un punto di ripartenza. Per consolidare e sviluppare ulteriormente quello che è già un settore di eccellenza, che ha portato in ambito scientifico il nome di Alessandria non solo in Italia e in Europa. Con risultati verificabili. È quanto è emerso ieri

matina nell'affollato incontro promosso al Santi Antonio e Biagio e durante il quale, sotto la regia del dottor Antonio Macioni, sono stati ricordati i primi passi della **chirurgia robotica** in città (negli anni 2005-2007 grazie al «pioniere» Giuseppe Spinoglio), ci si è soffermati sul suo successivo decollo, avvenuto fra resistenze e difficoltà, e sono stati illustrati i risultati raggiunti, compresa la messa a punto di nuove

tecniche di intervento.

La **chirurgia robotica** («Una chirurgia gentile e delicata» ha evidenziato il primario Fabio Priora), come è stato sottolineato, non è solo una macchina o un'estensione della chirurgia laparoscopica, tutt'altro: «È una nuova filosofia di chirurgia». Un concetto che ad Alessandria è stato ben compreso e che ha consentito di utilizzare con appropriatezza e risultati lusinghieri il robot chirur-

gico in un numero crescente di specialità, comprese ginecologia, urologia, otorinolaringoiatria, chirurgia pediatrica.

Il direttore generale dell'Aso, Giacomo Centini, ha sottolineato che «vanno ampliati i campi in cui la robotica fa la differenza». E da più parti è stato evidenziato che ad Alessandria ci sarà da quest'anno la presenza degli studenti di Medicina, con l'arrivo di specializzandi in ospedale e un incremento dell'attività scientifica e di ricerca.

E fra i non addetti ai lavori la **chirurgia robotica** suscita curiosità. Come testimonia il successo di un simulatore installato nell'androne dell'ospedale (sarà utilizzabile anche domani). —



Un simulatore di robot chirurgico sarà utilizzabile anche domani



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

La robotica e le eccellenze L'ospedale non si ferma

SANITÀ I dieci anni di una tecnica avviata con il dottor Spinoglio. Oggi eseguiti circa duecento interventi l'anno

Dieci le candeline spente simbolicamente all'ospedale di Alessandria per quella che il direttore della Chirurgia generale, Fabio Priora, ha definito «la chirurgia gentile»: stiamo parlando della **tecnica robotica**, «che permette a chi opera - viene spiegato dagli esperti dell'Azienda ospedaliera cittadina - di essere ancora più delicato e la conseguenza per il paziente di una riduzione del tempo di ospedalizzazione, oltre che a una riduzione del dolore».

L'avvio con Spinoglio

«La robotica mi ha colpito per la forte integrazione delle professionalità all'interno dell'Aso - spiega il direttore generale Giacomo Centini - Ho visto equipe formate su più dimensioni e l'obiettivo è

quello di sviluppare sempre di più le competenze e la ricerca, anche alla luce della prospettiva della presenza degli studenti di Medicina che ospiteremo, che saranno i medici del futuro».

Tra l'altro, è stato possibile mettersi nei panni di un chirurgo con un simulatore, mentre la successiva tavola rotonda, moderata da Antonio Maconi, ha messo a fuoco lo sviluppo della **chirurgia robotica**, focalizzando l'attenzione sull'appropriatezza, elemento imprescindibile per il suo utilizzo: «Garantire al malato una cura precisa, ma idonea».

«Uno spirito seguito da Giuseppe Spinoglio - sottolineano dal 'Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo' - che diede avvio all'attività dieci

anni fa, e perseguito con determinazione e costanza da tutti gli operatori aziendali».

L'impegno della Fondazione

Un'attività che si è potuta sviluppare, nel corso degli anni, anche grazie all'impegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria: «La nostra Fondazione, insieme a quella di Torino con il prezioso aiuto di Agostino Gatti, fece un investimento molto rilevante - ricorda il presidente, Pierangelo Taverna - È raro poter vedere la vita di un progetto a distanza di dieci anni, ma soprattutto apprezzare come sia continuato ad evolvere. Investire in sanità è un modo democratico per dare risposte universali da parte della nostra Fondazione e l'Aso lo meri-

ta perché si tratta di una eccellenza, per le competenze che ha».

Duecento interventi l'anno

L'attività in **chirurgia robotica** vede circa duecento interventi all'anno e un incremento di attività che supera il 25% nell'arco dei dodici mesi, distribuito su tutte le specialità. Il numero principale di interventi è comunque della Chirurgia generale, con il 50% della casistica, seguita da Urologia con il 30%, Ginecologia con il 10% e Chirurgia toracica, Otorinolaringoiatria e Chirurgia pediatrica.

Una mostra fino al 28

Inaugurata, nell'occasione, pure la mostra 'Medicina 3.0: tra storia e innovazione', che rimarrà allestita fino al 28 settembre nei corridoi dell'ospedale.

Marcello Feola



“ La tecnica permette a chi opera di essere più delicato ”



Il direttore generale dell'Aso, Giacomo Centini



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



OSPEDALE Il direttore di Urologia, Luigi Mearini

SPOLETO COMPLESSA OPERAZIONE CHIRURGICA SU UN PAZIENTE TRAPIANTATO
Intervento all'avanguardia con il robot Da Vinci

—SPOLITO—

E' STATO dimesso in buone condizioni di salute il paziente di 62 anni, portatore di un trapianto renale per insufficienza renale cronica e sottoposto, all'ospedale di Spoleto, a prostatectomia radicale robotica per un tumore della prostata. L'intervento è stato effettuato con il nuovo robot 'DaVinci', recentemente inaugurato al San Matteo degli Infermi. «Come in tutti i casi di trapianto renale – spiega il direttore della struttura complessa di Urologia, dottor Luigi Mearini che ha eseguito il complesso intervento chirurgico, – il rene viene alloggiato nella parte bassa dell'addome, riceve l'apporto vascolare dai grossi vasi dell'arto inferiore e scarica le urine prodotte grazie all'uretere, che viene reinserito nella vescica nativa. Ciò comporta una vicinanza notevole dell'organo alla vescica ed alla prostata, che giace immediatamen-

te al di sotto. In questi casi specifici, l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale diviene particolarmente complesso, per la necessità di essere 'radicali' dal punto di vista oncologico».

L'INTERVENTO, effettuato dal dottor Mearini, coadiuvato dal dottor Carlo Vivacqua, grazie al nuovo robot 'DaVinci' in dotazione alle sale operatorie di Spoleto, è durato circa quattro ore ed ha visto coinvolte numerose figure professionali, proprio per la complessità del quadro clinico: dall'equipe anestesiológica del dottor Giulio Tazza ai sanitari della rianimazione, in particolare la dottoressa Alice Taddei che ha partecipato all'intervento chirurgico; dall'equipe nefrologica della dottoressa Paola Santirosi che ha monitorato la funzione renale del paziente a medici ed infermieri del «San Matteo degli Infermi».



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

intervista



Continua il nuovo corso di Officine Ortopediche Rizzoli con la completa ristrutturazione della storica filiale di Bari. Più spazio per i servizi e per il suo misura e perfetta sinergia nel percorso riabilitativo con i centri deputati, grazie al nuovo sistema di telemedicina Primacura

Roberto Tognella

La storica filiale di Bari di Officine Ortopediche Rizzoli è stata restaurata per aderire alla nuova mission della casa madre



Officine Ortopediche Rizzoli

Coprotagonisti nel percorso riabilitativo

Storica filiale di Officine Ortopediche Rizzoli, presente già dal secondo Dopoguerra, il punto vendita di Bari, in via Capruzzi 196/B, si rinnova.

Una completa restaurazione dell'ampia sede, dei suoi 450 m², per aderire alla nuova mission della riconosciuta azienda romagnola, oggi parte integrante del gruppo abmedica. Un punto vendita sempre più a misura di cliente per l'accoglienza, la valutazione, il follow-up, il servizio, anche grazie a Primacura la nuova business unit di Officine Ortopediche Rizzoli che permette un rapporto costante in telemedicina tra i medici della struttura di cura, tra i medici e il tecnico ortopedico o il fisioterapista. Già sperimentata con successo nelle filiali di Milano e di Roma, Primacura sarà presto operativa anche nella sede di Bari. Abbiamo parlato di

questo importante progetto, destinato a rivoluzionare il mondo Rizzoli, con Alessandro Maggi, direttore generale di Officine Ortopediche Rizzoli.

Una ristrutturazione annunciata...

«Dopo i risultati eclatanti della sperimentazione di Primacura su Milano e Roma abbiamo deciso di portare questo sistema di telemedicina anche nella nostra storica filiale di Bari. Per farlo era necessaria una completa rivisitazione della sede per aderire a quello che è il nostro nuovo concept di punto vendita. La filiale è il luogo della valutazione tecnica ortopedica, della presa misure, aspetto quest'ultimo che abbiamo notevolmente implementato con sistemi ad hoc per le diverse esigenze di rilevazione della morfologia, dai sistemi avveniristici e performanti dedicati a scansioni di ultraprecisione ai sistemi più user friendly pensati per presidi dove è necessaria una minore precisione. La filiale è, inoltre, il luogo della consegna, del follow-up. La produzione rimane centralizzata a Budrio, salvo poche eccezioni. L'officina della filiale è orientata a quei piccoli aggiustamenti e correzioni, necessari per garantire una consegna appropriata del presidio ortopedico. Nella ristrutturazione del negozio di Bari abbiamo ridotto l'area commerciale a favore di ambienti per l'accoglienza del paziente, per l'attesa, la valutazione. È cresciuto il numero degli ambulatori, meno spazio per il magazzino, avendo notevolmente potenziato in questi anni la nostra rete logistica».

Siete sempre più orientati al su misura...

«Non vedo Officine Ortopediche Rizzoli come un supermarket in cui trovare ogni sorta di prodotto sanitario, che oggi può essere acquistato a prezzi

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**ORTOPEDICI
SANITARI**

Settimanale

Data 19-09-18

Pagina

Foglio 2/4

**Il team della filiale di Bari di Officine Ortopediche Rizzoli**

convenienti sul web o presso alcune catene distributive. L'utente che acquista il prodotto sanitario su internet a prezzo scontato non riconosce che nel prezzo normale di vendita presso l'ortopedia e sanitaria è compreso un servizio, una competenza tecnica, una professionalità che non può trovare altrove. Sempre più persone dopo aver acquistato il presidio sul web, non essendo in grado di regolarlo o di utilizzarlo nella maniera corretta, si rivolgono alle nostre filiali. Noi non possiamo far altro che fornire la consulenza professionale richiesta ed emettere una fattura per la prestazione. Una spesa extra per l'utente, che vede così vanificato il risparmio nell'acquisto. Officine Ortopediche Rizzoli non è mai stata interessata a entrare nel mercato dei prodotti sanitari. Chi mi ha preceduto nella direzione di quest'azienda ha fatto delle scelte commerciali tenendo conto

del fatto che il paziente ha bisogno di cura, di attenzione, di tecnica, non di una mera vendita. Ripristinando il nome "Officine Ortopediche" volevamo passare proprio questo messaggio: l'azienda vuole reinvestire sulla tradizione, sulla tecnica ortopedica di alto livello. L'orientamento è quindi a rinforzare la tecnica ortopedica e l'offerta del su misura, riducendo tutto ciò che riguarda i prodotti sanitari. «Abbiamo ridimensionato l'offerta proponendo una gamma di prodotti più concentrata e di qualità, con articoli spesso a nostro marchio, com'è il caso

delle calzature predisposte. Il cliente che entra nelle nostre filiali potrebbe rimanere deluso trovando, al posto di un'ampia gamma di modelli anche alla moda, solo alcune calzature a marchio Officine Ortopediche Rizzoli. Si tratta di articoli di elevato contenuto funzionale, frutto della nostra significativa esperienza nel campo dell'ortopedia tecnica. Lo stesso discorso vale per deambulatori, letti o carrozzine. Quello che a noi interessa è l'interlocuzione sulle forniture su misura. Con Primacura vogliamo ulteriormente consolidare questa idea, sviluppando un'azienda sempre più incentrata sull'integrazione dei servizi in favore dei pazienti e delle strutture riabilitative. In futuro Officine Ortopediche Rizzoli conterà su nuove figure professionali sanitarie interne all'azienda, dal bioingegnere al fisioterapista per offrire una multidisciplinarietà degli approcci e gestire le nuove tecnologie».

Può parlarci dei risultati ottenuti con Primacura?

«Siamo partiti da un progetto sperimentale per capire se la nostra idea fosse coerente con le esigenze del mondo sanitario. Primacura è stato utilizzato in alcune strutture sanitarie del Nord e del Centro Italia. I risultati di questa fase sperimentale sono stati presentati lo scorso anno al 45° congresso nazionale della Simfer, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, a Genova e al congresso nazionale Simr, la Società Italiana di



Un punto vendita sempre più a misura di cliente per l'accoglienza, la valutazione, il follow-up, il servizio, anche grazie a Primacura, la nuova business unit di Officine Ortopediche Rizzoli che permette un rapporto costante in telemedicina tra i medici della struttura di cura, tra i medici e il tecnico ortopedico o il fisioterapista

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Intervista

Riabilitazione Neurologica, a Trieste. I dati sono eclatanti. Anzitutto quelli riguardanti l'impiego di questa tecnologia, che sono raddoppiati ogni 3 mesi nel corso della sperimentazione. Se inizialmente c'è stata da parte del medico qualche reticenza nell'accettare questo nuovo strumento di lavoro, presto è stata superata dagli evidenti vantaggi che il sistema offriva, riducendo il numero di spostamenti dei medici, agevolandoli sui turni di guardia, garantendo la copertura delle ferie. La tecnologia si è fatta largo da sé, è stata proposta inizialmente alle specialità riabilitative per poi essere richiesta anche da altri specialisti clinici quali, per esempio, dermatologi, vulnologhi, neurologi. Una volta che il sistema è entrato a pieno regime, Primacura ha consentito un'elasticità di programmazione molto superiore. Un altro dato tangibile riguarda il numero di giornate dei pazienti inseriti in questo programma nella stroke unit il quale è sceso dai sette ai cinque giorni di media; la presa in carico anticipata del paziente nei reparti destinati alla riabilitazione ha reso disponibili nuovi posti letto nel reparto per il trattamento degli acuti; lo scambio tra struttura e centri di riabilitazione è passato da 9 a 13 pazienti al mese».

Primacura è un sistema di teleriabilitazione sviluppato da Officine Ortopediche Rizzoli...

«Primacura è una tecnologia certificata che utilizza tecnologia Telbios e know-how ab medica. Attualmente è operativo presso l'Ospedale Valduce e Villa Beretta a Costa Masnaga, presidio dell'Ospedale Valduce e centro dedicato alla Medicina Riabilitativa, e presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Presto sarà presente anche nel Centro

di Riabilitazione La Nostra Famiglia di Ostuni (BR). Telbios è una società di servizi e soluzioni innovative per la cura della persona e una delle prime società italiane a essersi occupata di telemedicina, settore all'avanguardia che unisce medicina, tecnologia e telecomunicazioni. Il Percorso Primacura ha come obiettivo strategico la presa in carico, la gestione e il governo clinico del percorso di riabilitazione, dalla fase di stabilizzazione "post-acuzie" fino all'avvio del percorso di dimissione al termine della riabilitazione e al supporto assistenziale dei pazienti presso il domicilio. Primacura si basa su elementi distintivi che rendono il modello unico, grazie anche all'utilizzo di dispositivi

medici di Video Consulto e di presenza remota robotizzata, tecnologicamente avanzati ed esclusivi, come appunto RP-VITA®. Grazie a questo sistema di telemedicina è possibile effettuare una gestione integrata ed efficace della rete riabilitativa. Il Sistema Primacura in sintesi: anticipa e rende più efficiente la fase di presa in carico del paziente acuto; facilita la gestione di visite multi-specialistiche a distanza, anche in multipresenza, sin dall'avvio del percorso di riabilitazione, fino alle dimissioni e/o a possibili follow-up di controllo per i pazienti extra-regionali; supporta la gestione informatizzata della presa in carico e del piano riabilitativo individuale; sperimenta strumenti e dispositivi per l'attività di monitoraggio da remoto di parametri bio-medicali (servizi di assistenza domiciliare); sperimenta strumenti e risorse a supporto del paziente/caregiver e del personale di rete (medici, MMG ecc.)».

In pratica?

«In virtù del suo sistema esclusivo di videoconferenza, RP-Lite® consente il collegamento tra due diverse strutture, per esempio, la filiale di Officine Ortopediche Rizzoli di Milano e la struttura di Villa Beretta a Costa Masnaga, presidio dell'Ospedale Valduce e centro dedicato alla Medicina Riabilitativa con il quale collaboriamo da parecchi anni. Essendo uno strumento nato per la telemedicina, RP-Lite® consente il controllo dei diversi parametri vitali del paziente e il successivo invio al clinico; è possibile effettuare, per esempio, un'ecografia, utilizzare la diagnostica per immagini, utilizzare uno stetoscopio. È possibile anche uno scambio privato d'informazioni tra il tecnico ortopedico e il medico, se risultasse necessario non divulgare alcuni dettagli al paziente.



Primacura si basa su elementi distintivi che rendono il modello unico, grazie anche a dispositivi medici di video-consulto e di presenza remota robotizzata, tecnologicamente avanzati ed esclusivi, come RP-VITA®



Per il tecnico ortopedico RP-Lite® è quindi uno strumento molto utile perché gli permette di intervenire o di essere guidato dal clinico con una facilità superiore rispetto al passato, evitando continui spostamenti da una sede all'altra. Tutto ciò a esclusivo vantaggio e tutela del paziente che, tra l'altro, sembra particolarmente gradire questo tipo di approccio avendo la possibilità di un contatto più continuativo con il medico, il quale può interloquire con il paziente in qualsiasi luogo si trovi, semplicemente dal suo smartphone, da tablet o computer».

Dalla vostra filiale potete monitorare l'attività riabilitativa...

«Abbiamo sviluppato un catalogo che oggi è parte integrante del Percorso Primacura e comprende i più evoluti sistemi riabilitativi provenienti da tutto il mondo: Canada, Stati Uniti, Germania, ma anche Italia. Per quanto riguarda il nostro Paese, proponiamo, per esempio, Riablo, un innovativo sistema per la riabilitazione e la valutazione della performance basato su sensori inerziali indossabili che il paziente potrà

cominciare a utilizzare presso la struttura riabilitativa e, dopo le dimissioni, a casa propria noleggiando o acquistando da noi una versione semplificata per utilizzo domiciliare. Grazie al sistema di telemedicina, presente anche presso le nostre filiali, i nostri tecnici ortopedici possono monitorare l'attività riabilitativa del paziente, verificare l'operatività del dispositivo fornito al centro di riabilitazione o al paziente. Quando quest'ultimo continua il suo percorso riabilitativo a casa, lo stesso sistema ci consente di misurare le performance, i parametri vitali, consente la video comunicazione».

Con Primacura cambia il ruolo della filiale.

«Grazie a questa nuova combinazione di prodotti e servizi la filiale, da luogo della valutazione e della presa in carico del paziente per la fornitura del presidio tecnico ortopedico, diventa un centro servizi. Questo rinforza la capacità delle filiali di essere coprotagoniste, a fianco dei medici e dei riabilitatori nel percorso riabilitativo del singolo paziente, ma diventa anche un centro ambulatoriale,

La filiale è il luogo della valutazione tecnica ortopedica, della presa misure, della consegna, del follow-up. La produzione rimane centralizzata a Budrio (BO), salvo poche eccezioni

un luogo altro dove i medici possono incontrare i propri pazienti per qualcosa di attinente alla riabilitazione; e questo grazie a Primacura. I pazienti, che vengono supervisionati dai medici nelle nostre filiali, ricevono maggiori informazioni. Le ricevono anche i nostri tecnici ortopedici e questo consente loro di lavorare al meglio. Grazie a Primacura la presa in carico è costante, la referenzialità e la supervisione del clinico sono garantiti. Tutti gli attori del progetto riabilitativo – il medico, il fisioterapista, il tecnico ortopedico, il paziente – svolgendo la giusta attività nel giusto momento e con i giusti interlocutori sono nelle condizioni di lavorare al meglio. Con il Primacura si può fare la cosa giusta, nel giusto momento, con i giusti interlocutori, in quanto vengono fatti "viaggiare" i dati non i pazienti né tantomeno i clinici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Kitaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Speciale
Protesica

Protesi per sportivi agonistici e amatoriali

La protesi di arto inferiore dedicata all'attività sportiva è sempre più comune non soltanto negli atleti agonisti. Ogni sua parte deve essere attentamente valutata per garantire la migliore performance atletica

Elena Papa

La protesi a uso sportivo è un'esigenza relativamente recente, ma che ha visto un significativo sviluppo in questi anni sia a seguito dell'impiego di materiali evoluti e performanti - mutuati spesso dall'esperienza aeronautica e aerospaziale o dall'invenzione di nuove tecnologie - sia per la nascita di un nuovo concetto riabilitativo che sempre più considera lo sport come parte integrante del reinserimento sociale dell'empatato. Officine Ortopediche Rizzoli, storica azienda ortopedica italiana, opera in

ambito protesico fin dalla sua fondazione, nel 1896. Quello della protesica sportiva è oggi un settore che l'azienda romagnola segue con interesse, mettendo a frutto il suo importante know-how. Ne abbiamo parlato con Alessandro Maggi, direttore generale di Officine Ortopediche Rizzoli.

Protesi sportiva a partire dagli anni '80

«In passato la protesi aveva principalmente una funzione di reintegrazione del disabile nel mondo lavorativo», spiega Maggi. «Tant'è che, sfogliando un vecchio catalogo di Officine Ortopediche Rizzoli degli anni '60 e '70, si nota che la nostra azienda offriva protesi diversificate per i diversi lavori, pesante, di fabbrica, agricolo. Non era contemplata una protesi per uso sportivo, anche se Officine Ortopediche Rizzoli, a cavallo delle due Grandi Guerre, era famosa negli Stati Uniti per la produzione di una protesi da ballo che le ortopedie newyorkesi pubblicizzavano con un video ancora visibile su YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=NkFcVjAvl8I>), dove provetti ballerini amputati ballano con disinvoltura grazie a questi dispositivi. Quindi una protesi a uso ricreativo e ludico era già stata pensata molto tempo fa, ma per toccare con mano delle protesi dedicate allo sportivo dobbiamo attendere gli anni '80. L'evoluzione della protesi sportiva segue un doppio canale: l'avvento di materiali innovativi come il carbonio per la corsa e lo sviluppo di una sensibilità nuova che vede la pratica sportiva anche nel disabile come un importante strumento di reintegrazione ed espressione di sé».

Una protesi dedicata allo sport

Officine Ortopediche Rizzoli si occupa principalmente di protesizzazione di arto inferiore seguendo stili professionali:

Alessandro Maggi, direttore generale di Officine Ortopediche Rizzoli, con Erika Novaris, atleta paralimpica di base

OFFICINE ORTOPEDICHE
R. RIZZOLI



48 Ortopedici & Sanitari settembre 2018

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

e amatoriali. «La protesi sportiva è un dispositivo dedicato a un'attività ben precisa, poche sono le protesi di questo tipo utilizzabili anche nel quotidiano», precisa Maggi. «perché nella concezione di questi dispositivi prevale l'aspetto della performance. Nel pugilato, per esempio, l'atleta utilizza dei piedi particolari, ingombranti, difficili da usare per salire, per esempio, una rampa di scale. Abbiamo seguito il caso di Erika Novarria, atleta paralimpica di boxe, per la quale abbiamo realizzato una nuova protesi su misura in sostituzione di quella che le era stata sottratta a seguito del furto della sua automobile. Una disavventura che ha duramente provato l'atleta perché senza la sua protesi – appositamente pensata, progettata e realizzata per lei – ha dovuto interrompere i suoi allenamenti, mettendo la sua vita (dedicata alla boxe) quasi in stand by. Erika ha un'amputazione sotto il ginocchio, questo ha richiesto la costruzione di un'invasatura molto precisa. Per quanto riguarda il piede Erika ne ha scelto uno in carbonio a C con l'apice della curva molto sporgente dalla calzatura. Questo piede, sfruttando resistenze e grande reattività del carbonio, permette alla boxeur di effettuare spostamenti rapidi, tipici di questo sport. Erika è anche appassionata di surf e quando lo pratica utilizza un piede diverso, il RUSH foot® H2O, un piede particolare realizzato da Ability Dinamica, azienda americana dei quali noi siamo esclusivisti per l'Italia. Questo piede è realizzato in fibra di vetro che, a differenza del carbonio, non risente dell'azione della sabbia e dell'acqua marina. I RUSH foot® sono piedi molto particolari: pur non essendo specifici per una particolare tipologia di sport, grazie all'elevata elasticità e resistenza della fibra di vetro, sono utilizzati con successo in molte attività sportive come



Officine Ortopediche Rizzoli si occupa principalmente di protesizzazione di arto inferiore e segue atleti professionisti e amatoriali

gli sport acquatici, il surf, l'attività di palestra, la corsa in montagna, Thiking, la ginnastica artistica. Nella ginnastica artistica, sport in cui i piedi sono sottoposti a sollecitazioni molto intense, la risposta di questi piedi è davvero impressionante ed è tale da equiparare il gesto sportivo a quello di un'atleta normodotata».

L'invasatura è un elemento chiave

L'invasatura è una componente fondamentale della protesi sportiva di arto inferiore. «L'obiettivo è la massimizzazione di ogni dettaglio al fine della performance sportiva», osserva Maggi. «L'atleta agonista utilizza solitamente soluzioni protesiche differenti e specifiche per l'allenamento e la gara. Altrettanto

specifica è l'invasatura che deve essere sempre declinata al particolare tipo di disciplina e offrire quei gradi di libertà unitamente al controllo che la disciplina permette. Per questo motivo l'invasatura di un centometrista sarà diversa rispetto a quella dell'atleta che dovrà compiere degli spostamenti laterali durante il gesto sportivo. La fibra di carbonio, nella maggior parte dei casi, rappresenta la soluzione che garantisce rigidità – quindi un buon controllo – e leggerezza. Per la sua realizzazione Officine Ortopediche Rizzoli utilizza una tecnologia dedicata per la rilevazione in 3D della morfologia del moncone. La rilevazione viene effettuata attraverso una calza speciale, anche se in casi particolarmente complessi

Speciale
Protesica

ricorriamo ancora alle tecniche classiche con bende gessate, il file ottenuto dalla rilevazione e adeguatamente elaborato con sistema CAD ci permette di produrre, infine, un check socket, un invaso di prova che, essendo trasparente, consente di individuare punti di repere e di pressione. Il check socket è realizzato in materiale facilmente lavorabile, il che permette di effettuare tutte le modifiche del caso suggerite dalla simulazione che l'atleta effettuerà in ambiente protetto. Raggiunta la soluzione che convince lo sportivo, realizziamo l'invaso definitivo, con un materiale pensato per resistere alle sollecitazioni che quel tipo di attività richiede. Nell'invasatura sportiva di norma il materiale più utilizzato è il carbonio perché combina l'elevata leggerezza a una robustezza importante. È il motivo per cui si passa dall'invaso di prova, perché il carbonio non è facilmente modificabile. Se non vi è compliance al 100% sarà necessario rifare l'invasatura. Al momento si stanno sperimentando combinazioni con componenti di silicone che proteggono i punti in sovrappressione».

Uno sguardo al futuro

In tema d'innovazione, il settore protesico è piuttosto attivo. Per questo vi sono diverse novità che potrebbero interessare le protesi sportive per il futuro. «Si stanno sperimentando nuove interfacce», conclude Maggi. «Si tratta di innesti, impianti all'interno dell'osso che consentono all'amputato di indossare la protesi direttamente sul moncone con un ancoraggio più saldo. Se attualmente le criticità di queste interfacce riguardano la possibilità di contrarre infezioni, i vantaggi sarebbero importanti grazie a un migliore controllo della protesi. In tema di innesti, invece, si stanno sperimentando nuovi siliconi e materiali di derivazione



La protesi sportiva è un dispositivo dedicato a un'attività ben precisa. Nell'immagine, la boxer Erika Novaria indossa una protesi realizzata da Officine Ortopediche Fizzoli. Il piede a C con l'apice della curva molto sporgente dalla calzatura permette all'atleta di effettuare spostamenti rapidi, tipici della boxe.

naturale, come la fibra di lino o la fibra di cotone, opportunamente rinforzati, che permettono un contatto il più possibile naturale con la pelle e, nello stesso tempo, consentono di ridurre l'impatto ambientale per la loro produzione rispetto ai materiali oggi utilizzati. Un'altra innovazione riguarderà la sensoristica, quindi più sensazioni di moto, di carico, di spostamento, che consentiranno un gesto atletico ancora più preciso ed equiparabile a quello di un normodotato. Prevedo, infine, un incremento della

richiesta di protesi sportive; è sempre più sentita l'esigenza anche negli amputati di svolgere dell'attività sportiva a livello amatoriale. L'amputazione non è più vista come un handicap, la protesi non è più sentita come qualcosa di penalizzante o da nascondere ed è piuttosto vissuta come un dispositivo capace di garantire libertà di movimento. Sono atleti convinti che presto anche in piscina si diffonderà l'impiego della protesi per nuotare in maniera sempre più naturale e funzionale».

Panorama / Panorama d'Italia / Roma / "Robot in cerca d'autore": va in scena il rapporto tra uomo e tecnologia

"Robot in cerca d'autore": va in scena il rapporto tra uomo e tecnologia

L'IFO Regina Elena ed il San Giovanni Addolorata festeggiano dieci anni di chirurgia da Vinci con una pièce teatrale che parla di robotica



Lo spettacolo abmedica "Robot in cerca d'autore"



Francescapaola Iannaccone - 21 settembre 2018

Dieci anni fa, nel 2008, L'IFO Regina Elena e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata si dotavano del **sistema da Vinci**. Da quel momento la **chirurgia robotica** entrava nelle sale operatorie, garantendo procedure efficaci, precise e mininvasive.

Proprio per celebrare questo importante traguardo, giovedì 27 settembre alle ore 19.00, presso il Teatro Vascello a Roma andrà in scena uno spettacolo teatrale a tema robotico. Una pièce, "Robot in cerca d'autore" che racconta, parafrasando l'opera pirandelliana, il rapporto ancora tutto da costruire tra uomo e tecnologia.

L'opera, nata da un'idea di **abmedica**, azienda leader nella produzione e distribuzione di tecnologia medica, e portata in scena dal teatro Parenti, torna in scena dopo il suo primo debutto a Milano nel 2016. Oggi, in un altro teatro ma con la stessa direzione, quella della pluripremiata **Andrée Ruth Shammah**, la compagnia di attori guidata da Corrado Tedeschi interpreterà questa sceneggiatura ironica, intrigante e piena di sorprese.

In un'atmosfera pirandelliana, gli attori accompagneranno il pubblico in una riflessione con al centro l'annosa questione del rapporto di odio e amore che lega l'uomo alla macchina. L'artefice

Fitaglie stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

che crea il robot, lo potenzia, lo migliora, si riflette in lui ma, nell'intimo lo scruta sospettoso, temendo di esser spodestato dalla sua stessa creatura.

"Visto il successo che l'opera aveva riscosso alla sua prima messa in scena, grazie ad una bilanciata e inedita commistione di temi, tecnologia robotica e commedia teatrale, il nostro desiderio era proprio quello di farla rivivere" spiega Francesca Cerruti, Direttore Marketing e Comunicazione di [abmedica](#), "confermando l'universalità del suo messaggio, ovvero la difficoltà ma anche la necessità che l'uomo collabori e dialoghi con i robot, presenze ormai imprescindibili nella nostra vita".

© Riproduzione Riservata

Commenti

LA BUONA SANITÀ L'INTERVENTO SU UN PAZIENTE AFFETTO DA TEMPO DA UNA PATOLOGIA CRONICA. LA DONATRICE AVEVA 55 ANNI

Trapianto di rene e robot salto di qualità ai «Riuniti»

Il trapiantato, 54 anni, è già a casa. Il centro regionale una realtà

Con la **chirurgia robotica** "Da Vinci" risolti i problemi causati

dalle apnee notturne

● La sanità agli Ospedali riuniti ha compiuto in questi giorni due importanti passi avanti con il primo trapianto di

rene (riuscito) su un paziente di 54 anni e l'impiego della **chirurgia robotica** per eliminare le pericolose apnee notturne che minacciavano l'esistenza di un altro paziente foggiano. Due risultati ottenuti grazie al potenziamento del

know-how tecnologico del secondo policlinico di Puglia e alla preparazione del personale medico e paramedico. Il secondo trapianto di rene, in particolare, conferma che il centro trapianti regionale Foggia-Bari è ormai una realtà.

LEVANTACI A PAG. V»»

OSPEDALI RIUNITI
DECOLLA IL CENTRO TRAPIANTI

È IL SECONDO INTERVENTO
È il secondo intervento ai "Riuniti", il primo risale al 6 luglio scorso su un uomo di 58 anni che però subì complicanze circolatorie

L'EQUIPE CHIRURGICA
L'operazione è stata eseguita dall'équipe chirurgica della clinica urologica e del centro trapianto di rene diretta dal prof. Carrieri

Rene trapiantato, paziente già a casa

Un uomo di 54 anni con problemi cronici da vent'anni, la donatrice ne aveva 55

● Trapianto di rene riuscito ai "Riuniti", il paziente è già stato dimesso dopo dieci giorni di ricovero post-operatorio. Un evento per la sanità foggiana e per il policlinico di viale Pinto, da pochi mesi parte integrante del Centro trapianti regionale con il policlinico di Bari. Questa volta tuttavia la comunicazione sull'importante traguardo c'è stata solo a cose fatte, la notizia è stata formalmente comunicata dalla direzione ospedaliera a dieci giorni dall'intervento (11 settembre) e con il paziente già dimesso dall'ospedale forse anche per un pizzico di scarmanza in più dopo l'euforia

suscitata dal primo trapianto del 6 luglio scorso che ebbe un decorso post-operatorio non facile a causa di complicanze cardiocircolatorie che impedirono un regolare impianto del rene (ora il paziente è tornato in dialisi). Questa volta per fortuna del paziente tutto è filato liscio: il beneficiario è un uomo di 54 anni, con una malattia renale cronica, diabete mellito e cardiopatia ipertensiva da circa vent'anni, in trattamento emodialitico sostitutivo tre volte alla settimana dal 2013. «Il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico di trapianto di rene da donatrice di 55 anni deceduta

per emorragia cerebrale presso la struttura di Rianimazione degli "Ospedali Riuniti" - informa una nota dell'Azienda -. L'intervento è stato eseguito dall'équipe chirurgica della clinica urologica e centro trapianto di rene del Policlinico di Foggia, diretta dal prof. Giuseppe Carrieri, nell'ambito del dipartimento interaziendale trapianto di rene, in collaborazione con l'équipe anestesiológica della struttura complessa di Anestesia e Rianimazione universitaria, diretta dalla prof. Gilda Cinnella. L'intervento si è concluso dopo circa tre ore con immediata ripresa della diuresi. Il fol-

low-up post chirurgico - aggiunge la nota del policlinico - è stato svolto in collaborazione con l'équipe nefrologica della struttura complessa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto degli "Ospedali Riuniti" di Foggia, diretta dal prof. Giuseppe Grandaliano».

Il paziente è stato dimesso il 20 settembre 2018, dopo un decorso clinico e chirurgico caratterizzato da un progressivo miglioramento degli indici di funzione renale e sarà seguito in follow-up presso l'ambulatorio di trapianto renale, responsabile prof. Giovanni Stalzone, della struttura complessa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto del policlinico di Foggia.



CENTRO TRAPIANTI L'équipe medica con il paziente (il secondo da sin.)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

PER IL FUTURO OSPEDALE DI VERDUNO

Chirurghi “a lezione” di robotica grazie a un nuovo simulatore

La Fondazione ha completato la donazione del macchinario acquistato grazie ai 5 milioni di euro di un benefattore anonimo

ROBERTO FIORI
ALBA

L'innovativo robot chirurgico Da Vinci Xi - donato dalla Fondazione nuovo ospedale grazie ai 5 milioni elargiti da un anonimo benefattore - lavora a pieno ritmo all'ospedale San Lazzaro di Alba. «Abbiamo già eseguito tre interventi importanti in abito urologico, con grande soddisfazione da parte di tutti» dice il primario di Urologia, Giuseppe Fasolis. Anche la Chirurgia generale ha già iniziato a utilizzare il robot, il cui uso si estenderà progressivamente a Chirurgia, Ginecologia, Otorino e Ortopedia.

La Fondazione non si è limitata a donare il sistema robotico - uno dei sei attualmente operanti in Piemonte. «Abbiamo completato la donazione con un simulatore, attraverso il quale i chirurghi possono fare formazione seguiti da un chirurgo “anziano”, e con il materiale per effettuare i primi cento inter-

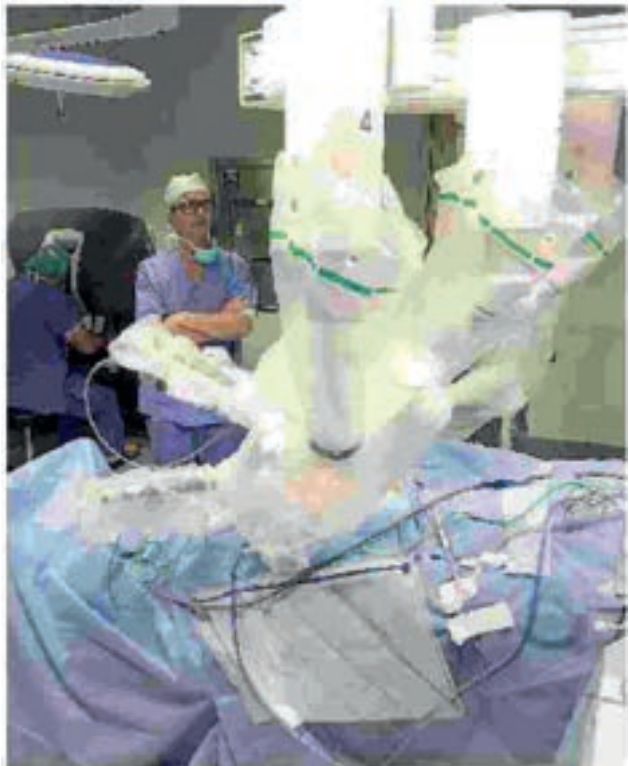
venti, sostituendo tutte le componenti monouso» spiega il direttore della Fondazione, Luciano Scalise.

«Il nostro obiettivo è quello di consentire alla sanità albesse e braidese di fare un salto nel futuro. E il sistema robotico è senza dubbio un passo avanti fino a ieri impensabile. Ci auguriamo che venga utilizzato il più possibile, in vari ambiti».

I prossimi obiettivi

Ma l'autunno per la Fondazione nuovo Ospedale sarà particolarmente impegnativo. «Stiamo lavorando per portare a termine altri acquisti nella struttura di Verduno, in particolare la sala emodinamica e il laboratorio di anatomia patologica, dove verranno analizzati tessuti e cellule a caccia di tumori. Infine, finanzieremo l'allestimento del blocco operatorio, grazie alla donazione della famiglia Ferrero». —

Foto: G. Fasolis - Ospedale di Alba



Il robot chirurgico Da Vinci Xi è in uso all'ospedale di Alba



Codice abbonamento: 134797

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



SEGUICI SU:



COMUNICATI STAMPA



ARTICOLO PRECEDENTE

Human Technopole, aperti i bandi per l'individuazione dei direttori dei centri di ricerca e dei group leader

Q. Digita il termine da cercare e premi invio

L'EDITORIALE



Vaccini, la vera minaccia è l'ignoranza... soprattutto quando siede in Parlamento!
di Nicoletta Cocco

10 anni di medicina e chirurgia tra presente e futuro. Incontro agli IFO

DI INSALUTENEWS.IT - 27 SETTEMBRE 2018



Roma, 27 settembre 2018 – La tecnologia in ambito medico ha rivoluzionato la salute e le prospettive di vita dell'umanità. I robot sono la sintesi di questa evoluzione: sono, e lo saranno sempre di più, l'estensione delle mani del chirurgo, l'amplificazione del suo

sguardo e delle sue capacità.

Dalla voce dei protagonisti ci faremo raccontare i risultati della ricerca e della clinica e dove ci stiamo orientando per il futuro per dare risposte di cura sempre maggiori. Un evento istituzionale-divulgativo presso il Centro Congressi Multimediale racconterà attraverso la voce del management e degli specialisti le sinergie che necessitano per sviluppare metodologie innovative per la salute; com'è cambiata la medicina negli ultimi 10 anni; le applicazioni della **chirurgia robotica** nelle varie specialità chirurgiche; i benefici in termini di salute e di gestione risorse, umane ed economiche.

"Medicina 3.0: tra storia e innovazione" è la mostra che sarà inaugurata alle ore 12.30 presso l'atrio principale. Un evento per mostrare alla popolazione come la robotica abbia rivoluzionato la chirurgia. L'occasione è data dai 10 anni dell'introduzione del robot "Da Vinci" che ha visto il Regina Elena tra i primi utilizzatori nel Lazio.

10 pannelli racconteranno l'evoluzione della medicina dall'800 ai giorni nostri e 10 pannelli mostreranno le applicazioni della **chirurgia robotica** nell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena. Sarà presente anche uno dei primissimi "Carrello paziente", il componente operativo del sistema da Vinci composto da quattro braccia mobili e interscambiabili.

La mostra è aperta a tutti e la si potrà visitare fino al 30 ottobre. Per le scuole che ne faranno richiesta dal 1 al 30 ottobre si organizzeranno brevi incontri con i nostri esperti di ingegneria clinica, fisica medica, ecc.

Campagna social dal titolo "vero o falso?"

La settimana della scienza e la notte europea dei ricercatori vede gli esperti IFO impegnati dal 24 al 29 settembre nella campagna social dal titolo "Vero o falso?" I ricercatori del Regina Elena e del San Gallicano rispondono a luoghi comuni in tema di salute e stili di vita. Accrescere le conoscenze del cittadino nel settore medico-scientifico significa anche responsabilizzarlo in un ottica di prevenzione, di qualità di vita e di scelte consapevoli nonché di partecipazione attiva ai progetti di ricerca.

AZIENDE E COMUNICAZIONE | SETTEMBRE 2018 **mediakey**



AB MEDICA

ELENA SPIGAROLO,
COMMUNICATION MANAGER

NELL'ULTIMO ANNO È RINVENUTA LA FIDUCIA DEI CONSUMATORI. QUALI SONO LE STRATEGIE SU CUI PUNTATE PER INCENTIVARE I CONSUMI?

Siamo un'azienda che produce e distribuisce soluzioni e device medicali: essendo una realtà B2B non ci rapportiamo direttamente con il cliente. I nostri primi interlocutori sono gli ospedali e il personale che vi lavora (dirigenti, medici, infermieri), questo però non ci ha impedito, soprattutto negli ultimi anni, di intraprendere progetti e abbracciare strategie di comunicazione orientate proprio a informare l'opinione pubblica rispetto alle soluzioni più innovative per la salute della persona. Si è trattato di una scelta inevitabile: ciascuno di noi considera la propria salute un bene estremamente prezioso e, nell'era del web, cerca risposte, conferme e informazioni in autonomia su Internet. La salute oggi è, e deve essere, una scelta sempre più consapevole. Per tutti.

PER RISPONDERE AL MEGLIO ALLE RICHIESTE DELLE AZIENDE CLIENTI, COME DEVE OPERARE OGGI UN'AGENZIA DI COMUNICAZIONE?

Il settore medicale ha caratteristiche proprie molto distintive. I target di riferimento sono molteplici, tra di loro difformi, e richiedono toni e mezzi di comunicazione estremamente diversificati. Un'efficace attività di comunicazione in questo settore non può prescindere da un'approfondita conoscenza delle dinamiche che governano questo delicato ecosistema.

INTERNET E TECNOLOGIA HANNO RADICALMENTE CAMBIATO NELL'ULTIMO ANNO IL MONDO DEI MEDIA E LA LORO FRANZIONE. DI CHE

RISURTA TUTTO CIÒ HA INFLUITO SUL MODO DI COMUNICARE DELLA SUA SOCIETÀ?

L'avvento di internet, ma ancora di più dei social network, ci ha imposto di ripensare la nostra stessa comunicazione, con l'obiettivo di conciliare l'istituzionalità di una grande azienda medicale a un tono più smart, una veste più moderna, di reale utilità per tutti.

CI PUÒ PARLARE DELL'ULTIMA CAMPAGNA DELLA SUA SOCIETÀ E DELL'AGENZIA CON CUI L'HA REALIZZATA?

Il progetto a noi più caro è un evento che quest'anno giungerà alla sua quindicesima edizione. Si tratta de "Il Futuro della Sanità", un'occasione annuale di confronto e dibattito sui grandi temi della sanità italiana e internazionale.

L'edizione del 2017, organizzata in partnership con la nostra agenzia di media relation Chapter4, è stata particolarmente interessante e di grande successo. Abbiamo deciso di utilizzare toni, modi, tempi e luoghi televisivi per mettere in scena un vero e proprio talk show condotto dal giornalista Nicola Porro e che ha visto per una sera, protagonisti degli studi Mediaset, i più influenti opinion leader della sanità italiana.

QUALI NOVITÀ E INIZIATIVE SONO PREVISTE PER IL 2018?

In realtà siamo già nel pieno del progetto di comunicazione dell'anno: come per il 2017, abbiamo deciso di affiancare Panorama il Italia nel suo viaggio alla scoperta delle eccellenze del nostro Paese, raccontando, in ogni città del tour, le migliori soluzioni per la salute offerte dal territorio. **MK**



UN MOMENTO DEL TALK SHOW "IL FUTURO DELLA SANITÀ", ORGANIZZATO DA AB MEDICA NEGLI STUDI MEDIASET PER METTERE A CONFRONTO I PIÙ INFLUENTI OPINION LEADER DELLA SANITÀ ITALIANA.

SANITÀ

Arriva il robot Mako alla Clinica INI di Grottaferrata

Presso l'Asla Magna dell'Istituto di Grottaferrata (in provincia di Roma) si è tenuto un incontro per presentare il nuovo sistema Mako, uno strumento innovativo per la **chirurgia robotica** miniminvasiva ortopedica.

Questa tecnologia, prodotta dall'azienda americana Stryker e distribuita in Italia da abmedica, guida la mano del chirurgo nella protesizzazione di anca e ginocchio. Grazie ad un braccio robotico, l'operatore può replicare fedelmente tutto quanto pianificato tramite software, eliminando così l'errore umano. Durante l'intervento, il collocamento della protesi viene infatti eseguito con estrema precisione, calcolando

ne il reale e ideale posizionamento, nel pieno rispetto del movimento del paziente e del suo bilanciamento legamentoso.

"L'arrivo del robot Mako - spiega il Prof. Francesco Bove, Primario Reparto di Chirurgia Ortopedica Istituto Neurotraumatologico Italiano di Grottaferrata - ci permetterà di ampliare ulteriormente la nostra offerta clinica, eseguendo una chirurgia ortopedica davvero miniminvasiva ma allo stesso tempo efficace. L'adozione di questa tecnologia, progettata per eseguire protesi di anca e ginocchio, ci rivela utile al medico quanto vantaggiosa per il paziente. Con il sistema Mako infatti, l'ortopedico può contare su di un'altissima riproducibilità del ge-



sti chirurgici, con estrema precisione. E inoltre assicura il collaudo e l'allineamento della protesi, con un maggior risparmio dei tessuti circostanti ed un minor rischio di infezioni. Non dimentichiamo poi - prosegue il Prof. Bove - che il paziente operato tramite la piattaforma Mako subisce un minor sanguinamento intra-operatorio, il che significa una riduzione dei tempi di ospedalizzazione. Anche il recupero funzionale è più rapido, a vantaggio di una migliore qualità di vita, con benefici decisivi nel tempo dati il prolungamento stesso della vita della protesi". Ad oggi, nel mondo sono oltre 500 le installazioni Mako, di cui 14 in Italia. Dal 2011, anno della sua introduzione nel nostro Paese, sono

stati oltre 5000 i pazienti trattati con questa tecnologia robotica.

All'incontro presiederà pure **Luciano Andreotti**, primo cittadino di Grottaferrata. Saranno inoltre presenti i sindaci e rappresentanti dei comitati limitrofi. *"La notizia che l'INI di Grottaferrata si sia dotata di questo robot è una notizia importante non solo per noi che abitiamo qui, ma anche per tutti i paesi circostanti: siamo orgogliosi di mettere a disposizione, per la comunità locale, servizi e sistemi all'avanguardia, rendendo l'innovazione tecnologica più vicina e più fruibile, facendo anche dei centri periferici punti di riferimento importanti per le salutè"* conclude il **Sindaco di Grottaferrata**.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Insufficienza venosa, le nuove frontiere per curarla

A parlarci delle nuove tecniche chirurgiche, il Prof. Rampoldi, direttore della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Niguarda di Milano

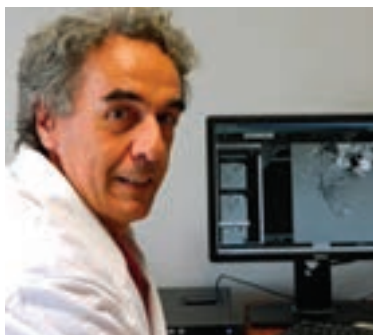
L'insufficienza venosa è una condizione patologica dovuta ad un difficoltoso ritorno del sangue venoso al cuore. A parlarci di questa patologia, il Prof. Antonio Gaetano Rampoldi, direttore della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Niguarda di Milano.

Prof. Rampoldi, che cos'è l'insufficienza venosa?

È una patologia che interessa prevalentemente il sesso femminile. Si manifesta in tutte le età, ma soprattutto nelle donne che hanno avuto più gravidanze, ed è caratterizzata da una dilatazione delle vene degli arti inferiori, con sintomi che possono essere: pesantezza alle gambe, gonfiore o stanchezza. Quando la patologia diventa conclamata, si possono evidenziare delle ulcere nella regione malleolare, alla caviglia.

Come si può prevenire l'insufficienza venosa?

Innanzitutto con un sano stile di vita, che consiste nel praticare un'adeguata attività fisica, non fumare, mantenere un giusto peso corporeo adeguato e dei corretti valori di grassi e di zuccheri nel



Prof. Antonio Gaetano Rampoldi

sangue. Inoltre è opportuno evitare di rimanere per lungo tempo in posizioni oblique, tipo la stazione eretta immobile.

Quali sono i rimedi?

Quando si manifestano varici venose, sintomatiche degli arti inferiori, è necessario intervenire chirurgicamente. Fino a qualche anno fa, la terapia consisteva nella rimozione della vena (stripping). Attualmente si preferisce un intervento meno invasivo, che prevede l'ablazione per radiofrequenza o laser. Un intervento che però comportava importanti sequele estetiche. Grazie alla radiologia interventistica, è stato possibile mettere a punto, anche per la chirurgia vascolare, una tecnica non invasiva, che permette la chiusura delle vene, anziché la rimozione. La vena viene incanalata con inserimento al suo interno di una piccola sonda che eroga calore attraverso la radiofrequenza o il laser. All'interno della vena si sviluppa quindi, una sorta di flebite termica, che la chiude. L'intervento è definitivo in

una percentuale superiore al 95% e non lascia sequele estetiche. Queste modalità di trattamento però, dal momento che sviluppano un calore elevato, comportano una discreta sintomatologia dolorosa che necessita di sedazione e soprattutto è necessario infiltrare, attorno alle vene, dei "cuscinetti" anestetici, per fare in modo che durante l'erogazione del calore, la paziente non avverta alcun dolore. Ulteriore miglioramento tecnico è rappresentato dal trattamento mecano-chimico. Anche in questo caso la vena viene lasciata in sede, ma non c'è più l'erogazione di calore all'interno attraverso il laser o la radiofrequenza, bensì si introduce un catetere che ruotando, inietta del liquido sclerosante. I vantaggi sono molteplici: la procedura è più rapida, non si avverte alcun dolore e non è necessario creare delle tumefazioni attorno alle vene. I risultati sono sovrapponibili alla tecnica termica, però con la mecano-termica è possibile trattare anche la piccola safena, ossia quella posta sotto il ginocchio, che è rischioso trattare col laser, dal momento che è adiacente ad una radice nervosa importante, che con il calore potrebbe comprometersi. Questo tipo di intervento, che viene eseguito in regime ambulatoriale e con la dimissione immediata della paziente, può essere eseguito in tutti i casi, tranne che per le vene troppo dilatate con diametro superiore a 2 cm. Solo in quest'ultimo caso è preferibile il laser o la radiofrequenza.



Il Prof. Antonio Gaetano Rampoldi e la sua équipe

Prof. Antonio Gaetano Rampoldi
Radiologia Interventistica - ASST
Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Centralino: 02 6444 - 2700
Fax: 02 64442881
antonio.rampoldi@ospedaleniguarda.it

Su questo sito utilizziamo cookie tecnici e, previo tuo consenso, cookie di profilazione, nostri e di terze parti, per proporti pubblicità in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o prestare il consenso solo ad alcuni utilizzi [clicca qui](#). Cliccando in un punto qualsiasi dello schermo, effettuando un'azione di scroll o chiudendo questo banner, invece, presti il consenso all'uso di tutti i cookie

NETWORK  

04 ottobre 2018 - Aggiornato alle 17.01

LAVORO ANNUNCI ASTE Accedi

R.it | Genova

Cerca nel sito

METEO 

Home

Cronaca

Sport

Foto

Ristoranti

Annunci Locali

Cambia Edizione

Video

Primo intervento pediatrico con il robot Da Vinci

Realizzato al San Martino dall'equipe del Gaslini

Lo legge dopo

04 ottobre 2018



È stato realizzato nella giornata di ieri ed è tecnicamente riuscito il primo intervento su paziente pediatrico effettuato all'Ospedale Policlinico San Martino di Genova, attraverso l'ausilio del robot Da Vinci.

L'intervento, su paziente toscano di anni 7 ora stabile, ha coinvolto

l'equipe Chirurgica Anestesiologica e Infermieristica dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova e l'equipe infermieristica dell'Ospedale Policlinico San Martino.

L'intervento è stato possibile grazie non solo alla collaborazione avviata da tempo tra i due Irccs genovesi ma anche al via libera della Giunta regionale per lo svolgimento di questa tipologia di interventi. Il bambino, affetto da malformazione congenita delle vie urinarie è stato sottoposto a ricostruzione della parete vescicale.

<Questa delicata attività certifica l'ulteriore legame tra due dei principali istituti sanitari del nostro territorio – sottolinea il Direttore Generale del San Martino Giovanni Ucci – questo scambio di esperienze tra professionisti potenzia il nostro sistema territoriale, che ancora una volta dimostra di essere all'avanguardia e accoglie a braccia aperte famiglie e pazienti che hanno scelto la Liguria e le sue eccellenze chirurgiche>.

<Siamo molto soddisfatti di vedere realizzarsi un percorso stabile di interventi in chirurgia robotica pediatrica: mettiamo a frutto un intenso biennio di esperienze tecnico clinico scientifiche che hanno visto i sanitari del Gaslini impegnati in studi, convegni internazionali e pubblicazioni, e che hanno portato fin qui alla realizzazione di quasi cento interventi su piccoli pazienti con l'ausilio della robotica presso l'Istituto Gaslini. Oggi diamo stabilità a questo percorso, grazie alla sinergia con l'Ospedale San Martino all'interno del sistema integrato regionale>, spiega il Direttore Generale del Gaslini Paolo Petralia.

Articolo stampato ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Attualità

Gaslini e San Martino insieme per il primo intervento pediatrico con robot

Il bambino di sette anni, affetto da malformazione congenita delle vie urinarie, è stato sottoposto a ricostruzione della parete vescicale con il [robot Da Vinci](#)



Redazione

04 OTTOBRE 2018 16:15



Prosegue in modo proficuo la collaborazione fra l'ospedale San Martino e il Gaslini. Mercoledì 3 ottobre 2018 è stato realizzato ed è tecnicamente riuscito il primo intervento su paziente pediatrico effettuato all'ospedale San Martino di Genova, attraverso l'ausilio del [robot Da Vinci](#). L'intervento, su un bimbo toscano di sette anni ora stabile, ha coinvolto l'équipe Chirurgica Anestesiologica e Infermieristica dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova e l'équipe infermieristica dell'ospedale San Martino.

L'intervento è stato possibile grazie non solo alla collaborazione avviata da tempo tra i due Irccs genovesi ma anche al via libera della Giunta regionale per lo

APPROFONDIMENTI



Trapianti renali pediatrici, nuova collaborazione fra Gaslini e San Martino

7 novembre 2017



San Martino all'avanguardia grazie al chirurgo robot: già 43 interventi

GENOVATODAY.IT



Data 04-10-2018

Pagina

Foglio 2 / 2

svolgimento di questa tipologia di interventi. Il bambino, affetto da malformazione congenita delle vie urinarie è stato sottoposto a ricostruzione della parete vescicale.

«Questa delicata attività certifica l'ulteriore legame tra due dei principali istituti sanitari del nostro territorio - sottolinea il direttore generale del San Martino Giovanni Ucci -. Questo scambio di esperienze tra professionisti potenzia il nostro sistema territorio, che ancora una volta dimostra di essere all'avanguardia e accoglie a braccia aperte famiglie e pazienti che hanno scelto la Liguria e le sue eccellenze chirurgiche».

«Siamo molto soddisfatti di vedere realizzarsi un percorso stabile di interventi in **chirurgia robotica** pediatrica: mettiamo a frutto un intenso biennio di esperienze tecnico clinico scientifiche che hanno visto i sanitari del Gaslini impegnati in studi, convegni internazionali e pubblicazioni, e che hanno portato fin qui alla realizzazione di quasi cento interventi su piccoli pazienti con l'ausilio della robotica presso l'Istituto Gaslini. Oggi diamo stabilità a questo percorso, grazie alla sinergia con l'Ospedale San Martino all'interno del sistema integrato regionale» spiega il direttore generale del Gaslini Paolo Petralia.

Argomenti: [bambini](#) [malattie](#) [ospedali](#)

18 maggio 2018



Sindrome da morte improvvisa in culla, al Gaslini maxi convegno con gli esperti

4 ottobre 2018

IN USA LA QUINTA GENERAZIONE DI QUESTE MACCHINE

Sempre più le operazioni fatte con l'aiuto dei robot

DI ANGELICA RATTI

Quello che soltanto 20 anni fa poteva sembrare fantascienza ora è realtà in diversi ospedali. Negli Stati Uniti più di un quarto sono equipaggiati con i **robot Da Vinci** (nella foto), macchine arrivate alla quinta generazione. Sviluppate dalla fine degli anni Ottanta nell'istituto di ricerca di Stanford, questa tecnologia è finanziata dagli istituti nazionali per la sanità e dall'agenzia di ricerca e sviluppo dell'esercito americano. All'inizio doveva permettere ai medici di operare a distanza i feriti sul campo di battaglia. Il progetto si è arenato per mancanza di fondi, ma degli ingegneri del Mit hanno acquisito i brevetti. Nel 1995, è stata creata l'impresa Intuitive Surgical nella Silicon Valley, in California, con l'obiettivo di permettere ai pazienti di rimettersi più facilmente da un intervento chirurgico grazie a una tecnologia meno invasiva. La società ha sviluppato il primo robot per la chirurgia assistita. La prima operazione, un'ablazione della prostata, è stata realizzata in Germania nel 1999. Quasi vent'anni dopo, Da Vinci è a quota 5 milioni, secondo quanto ha riportato *Le Figaro*. Alle operazioni alla prostata e al rene, si sono aggiunti gli utilizzi negli interventi di urologia, ginecologia e di chirurgia cardiotoracica. Oggi, nel mondo si contano all'incirca 4.500 robot, dei quali 125 in Francia, terzo mercato di Da Vinci, dopo gli Usa e il Giappone, secondo i dati riportati da *Le Figaro*. Per il uso utilizzo sono stati formati 44 mila medici nel mondo. La società californiana è diventata una vera pepita della medtech. Possiede 2.750 brevetti. In borsa dal 2000, Intuitive Surgical ha una capitalizzazione di 65 miliardi di dollari. Il prezzo di un **robot Da Vinci**, con la piattaforma e i software inclusi, costa dai 750 mila euro a 1,85 milioni di euro, secondo i modelli.



© Riproduzione riservata



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

All'ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa trattati anche i pazienti considerati più a rischio grazie a metodiche mini-invasive nel trattamento renale. Con i nuovi laser trattata l'ipertrofia prostatica benigna anche di grandi dimensioni

Tumori cancellati senza "invasione"

UROLOGIA

L'Urologia dell'Ospedale di Bassano del Grappa, presidio dell'Azienda Ulss7 Pedemontana, è stata, sin dai primi anni '90, uno dei centri pionieristici della chirurgia mini-invasiva urologica nel panorama italiano ed europeo. Dalla prima nefrectomia laparoscopica, eseguita in Italia nell'ottobre del 1991, l'urologia bassanese è sempre rimasta un centro nevralgico sia nel territorio sia nel panorama nazionale ed internazionale.

Dapprima centro laparoscopico avanzato che ha permesso, grazie alla collaborazione con le più carismatiche personalità urologiche e ai numerosi corsi teorico-pratici, la diffusione delle conoscenze e tecniche chirurgiche proprie di questa metodica e successivamente dal 2007 centro di **chirurgia robotica** avanzata, con una delle prime piattaforme robotiche nel NordEst. Dal 2012, sotto la guida del dott. Antonio Celia parallelamente allo sviluppo e all'implementazione esponenziale della chirurgia mini-invasiva, si sono susseguite numerose nuove tecnologie che hanno permesso al paziente di vedersi "cucire addosso" una terapia sempre più personalizzata.

IL LASER

L'utilizzo dei nuovi laser (Olmio, Tullio e Green Laser) e della **chirurgia robotica** (Adenomectomia) nel trattamento dell'ipertrofia Prostatica Benigna hanno permesso di affron-

tare volumi prostatici di grandi dimensioni riducendo il disagio del paziente e i tempi operatori. Inoltre i laser di nuova generazione permettono di trattare oltre alla calcolosi urinaria anche neoplasie localizzate lungo la via escretrice (vescica, uretere e pelvi renale) diminuendo il rischio di sanguinamento e il tempo di degenza in ospedale. In ambito oncologico, una delle novità più importanti è stata l'introduzione dell'approccio percutaneo nel trattamento dei piccoli tumori renali (attraverso la Crioterapia o le Microonde) che ha permesso di trattare anche pazienti ad elevato rischio operatorio (per esempio quelli che assumono terapia anticoagulante). Proprio in tale ambito l'Urologia del San Bassiano è stata una delle prime strutture nazionali ad utilizzare questo tipo di trattamento sfociato poi nella fondazione di un gruppo di lavoro che coinvolge ormai numerose Unità di Urologia del Nord-Est.

Ad oggi sono un centinaio i pazienti che hanno beneficiato di tale metodica con ottimi risultati consolidati da oltre 10 anni. Anche nella diagnosi e nel trattamento del tumore alla prostata negli ultimi anni sono stati compiuti importanti passi avanti. L'arrivo del Sistema Integrato alla Risonanza Magnetica "Watson", che permette al Radiologo di definire con massima precisione la presenza e la sede del tumore prostatico e quindi di indirizzare l'Urologo durante l'esecuzione delle biopsie prostatiche attraverso la fusione delle immagini in tempo reale, ha permesso di aumentare l'individuazione

di tumori prostatici significativi. L'utilizzo intensivo nella pratica quotidiana di questo sistema di biopsie, integrato alla valutazione da parte di un team multidisciplinare della patologia oncologica prostatica (Urologi, Radiologi, Oncologi, Radioterapisti ed Anatomopatologi) hanno posto le basi per la continua ricerca di nuove tecnologie e nuovi trattamenti con lo scopo di migliorare i risultati riducendo gli effetti collaterali in termini di continenza urinaria e potenza sessuale.

La **chirurgia robotica** e, in particolare, il **robot da Vinci**, rappresentano la piattaforma più evoluta per la chirurgia mini-invasiva presente ad oggi sul mercato. Dal 2007 sono circa 1500 gli interventi eseguiti per il trattamento del tumore prostatico presso la nostra struttura e tale numero è destinato a crescere in maniera esponenziale. In questo contesto, grazie anche alle numerose collaborazioni in ambito nazionale ed internazionale, si è sviluppato nell'ultimo anno il progetto per l'esecuzione della Terapia Focale nella cura del tumore prostatico in Pazienti selezionati: una metodica mirata a trattare solamente la zona tumorale, cercando così di preservare quanto più tessuto sano possibile.

COLLABORAZIONE

Questo programma è frutto della collaborazione con il Dipartimento di Urologia dell'University College London Hospital di Londra e vede inserita l'Urologia del San Bassiano all'interno di uno studio europeo per la valutazione e osservazione del trattamento focale

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

prostatico. Con questa tecnica
Pazienti altamente selezionati
potranno beneficiare di un trat-
tamento mirato che ha come

obiettivi il trattamento radica-
le della malattia oncologica e
la riduzione degli effetti colla-

terali propri delle metodiche
più invasive quali l'incontinen-
za urinaria e il deficit erettile.

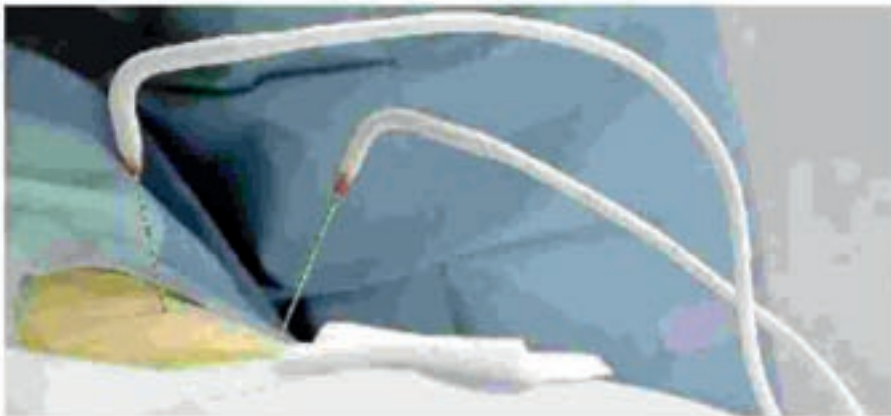
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'APPROCCIO
PERCUTANEO HA
PERMESSO DI
TRATTARE ANCHE
PAZIENTI AD ELEVATO
RISCHIO OPERATORIO**

**IL ROBOT DA VINCI
RAPPRESENTA
OGGI
LA PIATTAFORMA
PIÙ EVOLUTA
NELLA CHIRURGIA**



Il Dr. Antonio Cella, Direttore dell'UOC di Urologia dell'Ospedale San Bassiano dell'Azienda Ulss7 Pedemontana



Un intervento di chirurgia mini invasiva renale all'ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

IN SANITAS • Livello 2 • Tumore alla prostata, al Bonino Pulejo di Messina ecco la chirurgia robotica con il "Da Vinci"

OSPEDALI

Tumore alla prostata, al Bonino Pulejo di Messina ecco la chirurgia robotica con il "Da Vinci"

23 ottobre 2018

Attiva da un paio di settimane, è il sistema più efficace per la prostatectomia radicale ed evita l'incisione chirurgica tipica dell'approccio "a cielo aperto".

di Redazione



MESSINA. La chirurgia robotica per il trattamento del **tumore alla prostata** è attiva da un paio di settimane anche all'IRCCS Bonino Pulejo di Messina.

«A oggi» spiega il dott. **Antonio Iannello** (nella foto), proveniente dall'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Roma, centro di riferimento per la **chirurgia mininvasiva** del Centro Sud e oggi professionista di riferimento per la robotica all'Istituto Bonino Pulejo - il sistema più efficace per la **prostatectomia** radicale robotica disponibile è il robot "Da Vinci", attraverso il quale si evita l'incisione chirurgica tipica dell'approccio "a cielo aperto", poiché l'intervento viene eseguito con gli strumenti chirurgici che entrano nel corpo del paziente attraverso alcuni piccoli tubicini cavi, previa piccolissime incisioni addominali di 8mm-1cm».

Ed aggiunge: «Il chirurgo controlla il robot "Da Vinci" seduto davanti ad una console, con l'aiuto di "joystick" dal quale comanda il movimento dei bracci robotici. Dentro i bracci robotici sono inseriti strumenti operativi chiamati **poli ruotanti**, che consentono di raggiungere luoghi del corpo umano difficili, incidere e suturare con precisione. Il sistema robotico "Da Vinci" include inoltre una **doppia telecamera** che permette al chirurgo una **visione tridimensionale ad alta definizione** del campo operatorio e una visione ingrandita 10 volte. Ovviamente, un chirurgo che vede meglio, opera meglio».

Prima dell'uso del robot il maggior rischio era rappresentato dalla possibilità di perdere il controllo della **minzione**, e quindi divenire parzialmente o completamente incontinenti, e della **funzione sessuale**. Negli ultimi anni le innovazioni nel campo della medicina hanno aperto nuovi orizzonti e proprio l'introduzione della chirurgia robotica ha radicalmente cambiato il modo di fare chirurgia.

Ovviamente il reparto di **urologia** dell'IRCCS Bonino Pulejo, secondo quanto stabilito dall'Assessorato della Salute e dall'IRCCS e in armonia con la mission aziendale, svolgerà anche attività di ricerca e cura nel campo della **neuro-urologia**.

Seguici su Facebook



Di che ti piace prima di tutti i tuoi amici

Il centro della Federico II è l'unico in Italia ad esportare utero e ovaie con il "Da Vinci" Valerio (Onig): «Ma le sofferenze delle persone transgender sono causate dai contesti»

Quell'identità ritrovata anche grazie a un robot

Maria Pirro

La ricerca della felicità passa anche attraverso un robot: chi nasce donna e si sente uomo può operarsi al Policlinico della Federico II, e sono oltre venti gli interventi di isterectomia totale già eseguiti, non in laparoscopia ma con la nuova tecnica mini-invasiva.

Il centro universitario è l'unico in Italia a praticare questo tipo di chirurgia, da aprile 2016, ora sono disponibili i primi risultati scientifici: i dati, senza precedenti in letteratura, sono stati presentati dai medici Luca Perna e Francesco Improta al congresso "La popolazione transgender e gender non conforming" (il 19 e 20 ottobre a Napoli). E, presto, saranno pubblicati dal Journal of minimally invasive gynecology. A operare l'équipe coordinata da Giuseppe Bifulco, professore ordinario che spiega: «L'asportazione di utero e ovaie avviene usando la piattaforma Da Vinci Xi con una metodica innovativa che riduce al minimo l'impatto estetico e consiste nel praticare 4 incisioni di circa un centimetro sulla parete addominale». Ma l'utilizzo delle braccia robotiche, aggiunge ifulco, «riduce al minimo anche il trauma sui tessuti, garantendo minore perdita di san-

gue e un eccellente decorso post-operatorio». È infatti possibile dimettere i pazienti dopo 24-36 ore anziché i 5 giorni di degenza necessari con la chirurgia tradizionale. Così il tasso di complicanze: «Risulta nettamente inferiore». Il tutto avviene nell'ambito del dipartimento materno-infantile diretto da Sabino de Placido.

E aumentano i minori transgender o gender non conforming (la cui identità di genere, cioè, non corrisponde al sesso biologico assegnato alla nascita) che chiedono di iniziare percorsi di transizione nei centri Onig. «Ne abbiamo presi in carico già 31 quest'anno, anziché il singolo caso registrato nel 2005» dice Paolo Valerio, professore ordinario di psicologia clinica alla Federico II e presidente dell'Osservatorio nazionale sull'identità di genere che ha organizzato il congresso internazionale nel capoluogo campano. «Il vero obiettivo oggi è cancellare lo stigma», dice Alain Giami, emerito dell'Iserm, l'istituto nazionale di salute e ricerca medica a Parigi, ricordando che in tutta la Francia alle persone transessuali è ancora richiesta la diagnosi di malattia mentale per beneficiare del sistema sanitario e dei trattamenti di buona qualità». Invece, un approccio "depatologizzante", come rico-

nosciuto dalla comunità scientifica, andrebbe applicato in tutti i contesti. «Va sottolineato», spiega Valerio, «che le sofferenze psicologiche non derivano dall'essere transessuali in sé, quanto più dall'esserlo in situazioni di rifiuto e discriminazione». Il "marchio" può spingere i ragazzi ad abbandonare la scuola e a tentare il suicidio. E, in questi casi, il lavoro psicologico con i genitori è fondamentale per creare uno spazio protetto in cui costruire una nuova relazione con il proprio figlio finalizzata a una migliore integrazione nella società. Ma non può bastare: «Occorre una mobilitazione generale», avverte Valerio, ricordando un segnale concreto. L'opportunità per gli studenti e le studentesse transgender di ottenere un'identità "alias" in Ateneo: un nome in sintonia con il genere percepito, indipendentemente da quello indicato sulla carta di identità. Altri accorgimenti per diminuire i fattori di stress vengono adottati anche nel ricoverare i pazienti per l'isterectomia: alla Federico II la degenza avviene in urologia, nel reparto maschile, ed è importante per chi purtroppo è abituato a ricevere standard di cure minori rispetto alle persone cis gender, quelle che si riconoscono invece nel genere assegnato alla nascita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



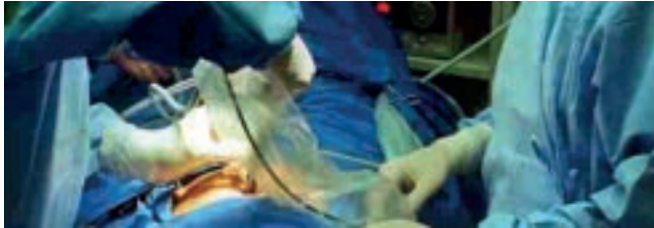
RITRATTI
Gianmarco Negri, 38 anni, avvocato, è uno dei protagonisti della mostra fotografica "Tra Le Nuvole-Elovun El Art"; immagine di Paola Arpone e Georgia Garofalo

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Il Mattino > Napoli > Cronaca

Napoli, l'intervento da record al Policlinico: ricostruita parete addominale con separazione dei componenti



Durante la settimana appena trascorsa è stato effettuato, per la prima volta nel Sud Italia, un intervento di ricostruzione della parete addominale con separazione dei componenti mediante l'utilizzo del Robot.



Ad eseguire l'intervento, una Robotic TAPP per un laparocelo complesso sottombelicale, è stata l'equipe di Chirurgia Endoscopica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, diretta dal professore Giovanni Domenico De Palma.



Il paziente era affetto da due difetti della parete addominale nei quadranti inferiori, insorti in seguito ad interventi urologici. È stato possibile, attraverso l'utilizzo del Robot Da Vinci Xi, ricostruire la parete addominale, con 3 piccole incisioni di 8 mm ciascuna, con l'importante vantaggio, rispetto alla tecnica laparoscopica, di posizionare una protesi non a contatto con i visceri. Il paziente è stato dimesso in terza giornata postoperatoria in buone condizioni e senza la necessità di apporre drenaggi. I dottori Bracale, D'ambra, Milone e Luglio

da più di un anno stanno eseguendo settimanalmente, attraverso l'utilizzo del Robot, interventi di chirurgia digestiva- molti ad alta complessità- e della parete addominale.

Lunedì 29 Ottobre 2018, 10:19 - Ultimo aggiornamento: 29-10-2018 10:21

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



SPECIALE SALUTE E BENESSERE

A CURA DI A. MANZONI & C



TELEMEDICINA

GRAZIE AL MONITORAGGIO A DISTANZA SI PREVEDE DI RIDURRE L'ECESSIVO RICORSO AL PRONTO SOCCORSO

Ospedale e abitazione, il controllo è costante e sicuro

INNOVATIVI SISTEMI DI TELEMEDICINA PERMETTONO DI MONITORARE UN PAZIENTE VIA WI-FI OLTRE CHE IN OSPEDALE ANCHE A CASA DOPO LE SUE DIMISSIONI. LA POSITIVA ESPERIENZA DI UN OSPEDALE IN LAZIO

Medici, infermieri e pazienti sempre connessi tra di loro, anche al di fuori delle mura dell'ospedale. Di che cosa si tratta? Di una tecnologia innovativa che permette di monitorare il paziente, così come in ospedale, anche nei giorni dopo le dimissioni. Se le condizioni lo permettono, il paziente può ritornare a casa con indosso uno speciale dispositivo e venire controllato dal personale specializzato via wi-fi. Questa soluzione è un importante passo avanti per la continuità assistenziale del paziente.

Si tratta di un dispositivo indossabile sempre connesso a una rete wireless per il monitoraggio in tempo reale e continuo di numerosi parametri fisiologici del paziente. I dati raccolti arrivano a un software che acquisisce e gestisce le informazioni. I risultati sono così facilmente accessibili, in qualsiasi momento e su ogni dispositivo fisso o mobile (smartphone, tablet...) in possesso del personale medico e infermieristico. Con un solo device si riesce a tenere sotto controllo una serie di dati fondamentali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno nel sangue e pulsazioni, temperatura corporea e postura.

La tecnologia in questione permette infatti, con lo stesso dispositivo utilizzato nella struttura ospedaliera durante il ricovero, nei reparti a bassa e media intensità di cura, di seguire il paziente anche a casa. In tal modo, nei primi giorni dopo la dimissione, il paziente viene monitorato dal personale medico e infermieristico della struttura ospedaliera in stretta

collaborazione con i Servizi Territoriali che erogano assistenza domiciliare (CAD). I suoi parametri vitali vengono visualizzati presso una Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 in modo da controllare il paziente mentre è a casa propria.

La dottoressa Filomena Pietrantonio, Direttore della Unità Operativa Complessa di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero H2 Albano ASL Roma 6, sta attualmente sperimentando la telemedicina domiciliare nel territorio della Azienda Sanitaria Locale Roma 6 che insiste sul territorio dei Castelli Romani.

Spiega la dottoressa Pietrantonio: "Questo sistema wireless permette di monitorare i pazienti anche tramite portatili come tablet e smartphone in dotazione al personale medico e infermieristico. Il progetto rappresenta una vera novità in ambito di integrazione ospedale-territorio".

"Nella Centrale Operativa dell'Azienda Asl Roma 6 - continua la dottoressa - se il dispositivo registra un problema, suona l'allarme e si interviene subito. Stiamo ora iniziando uno studio per verificare quanto il dispositivo permetta l'individuazione precoce delle complicanze nei pazienti seguiti a distanza presso la propria abitazione, rispetto ai controlli tradizionali. Grazie a un finanziamento ottenuto dalla Regione Lazio, con questo sistema abbiamo iniziato a tenere sotto controllo i pazienti cronici polipatologici complessi appena dimessi dall'ospedale. Dopo essere stato stabilizzato in ospedale mantenendo adeguata la durata della degenza, il paziente viene dimesso in sicurezza anche al di fuori delle mura dell'ospedale attraverso il sistema di monitoraggio domiciliare".

rispetto della privacy. Sul dispositivo non ci sono campanelli o allarmi che attivandosi possano preoccupare o disturbare il paziente. Se il dispositivo segnala qualche parametro che non va, siamo in grado di intervenire immediatamente. Il paziente rimane così in carico all'ospedale anche dopo essere stato dimesso con la possibilità di gestire in sicurezza possibili complicanze nel delicato periodo del post-dimissione.



Assistenza costante al paziente dimesso
"Per il nostro progetto la ASL Roma 6 ha predisposto l'attivazione di una Centrale Operativa h24, la redazione di un protocollo specifico, corsi di formazione per il personale medico e infermieristico, la predisposizione di turni di reperibilità di medici e infermieri per garantire una assistenza al paziente 24h/24. Se il device segnala qualche anomalia, la centrale si mette in contatto con il paziente e verifica di cosa si tratta. Se accetta un effettivo problema, contatta il medico o l'infermiere di turno. Grazie a questi controlli a distanza si dovrebbe riuscire a evitare anche l'eccessivo ricorso al Pronto Soccorso. Il dispositivo è indossato in media per cinque giorni, poi dopo un controllo a distanza (teleconsulto), viene rimosso, e il paziente rivalutato dal servizio di Assistenza Domiciliare (CAD) di competenza per la propria successiva in collaborazione con il suo medico di base.

ANZIANI E PLURIPATOLOGIE

Con il passare degli anni, aumenta il numero di chi soffre di più patologie. Lo stato di salute della popolazione anziana in Italia peggiora notevolmente nel periodo dai 65 agli 80 anni, specie in caso di patologie croniche. Il 37,6% delle persone di 65-69 anni è affetto da almeno tre patologie croniche o comorbidità, a fronte del 64,0% degli ultraottantenni. Nel caso delle limitazioni motorie, l'incremento delle prevalenze è ancora più rilevante, passando dal 7,7% tra gli anziani di 65-69 anni al 46,5% tra gli ultra 80enni. Tra le donne anziane si osservano maggiori prevalenze di multicronicità (55,2% contro 42,4% degli uomini) e limitazioni motorie (28,7% contro 15,7%). Maggiore, invece, la prevalenza di malattie croniche gravi per gli uomini (46,4% contro 43,4%). (fonte: Istat 2015)

"Questi sistemi innovativi sono molto utili su pazienti con più patologie (ad esempio cardiopatie, diabete, insufficienza respiratoria) perché è molto frequente che una delle patologie ogni tanto si riacutizzi. Grazie a questo dispositivo è possibile monitorare più strettamente il paziente e accorgersi di alterazioni dei parametri vitali che possono determinare complicazioni e gestirle prima che il problema diventi acuto e necessiti interventi in urgenza. La scienza medica ha fatto grandi progressi e l'età media si è molto allungata. Oggi il numero degli anziani affetti da più

patologie è in costante crescita, e l'esigenza di controllo diventerà sempre più diffusa.

"Un dispositivo wireless casa-ospedale come questo permette di erogare assistenza a domicilio in telemedicina realizzando una efficace integrazione ospedale-territorio. In futuro vorremmo creare un sistema integrato più completo coinvolgendo anche le strutture territoriali e il medico di base, per realizzare una vera e propria Rete della Medicina Interna e garantire un'assistenza a 360 gradi. Speriamo di avere nuovi finanziamenti per proseguire nell'esperienza". ■



IL CONTESTO ATTUALE

- Il 17% dei ricoveri ospedalieri vanno incontro a complicazioni legate a eventi avversi
- Il 10% dei casi portano a disabilità permanenti o addirittura alla morte
- Il 60% dei decessi, degli arresti cardiaci e di ammissioni in terapie intensive non pianificate sono preceduti da segnali fisiologici anormali
- L'11% dei decessi riportati nel sistema sanitario inglese sono causati da deterioramento dei pazienti che non viene individuato (del tutto o temporaneamente)
- Per ogni ora in cui si ritarda il trattamento di Sepsis, il rischio di decesso per il paziente aumenta del 7,6%

Una piccola "scatola" sorveglia lo stato di salute

Prosegue la dottoressa: "Naturalmente ci accertiamo che il paziente abbia le condizioni adatte: deve avere una propria abitazione, un caregiver, riuscire a capire come e perché gli viene applicato il dispositivo. Ad esempio, non è possibile utilizzare il device se il paziente ha un grave deterioramento cognitivo (demenza) e non è in grado di tollerare il dispositivo. Lo strumento consiste in una piccola 'scatola' dotata di attacchi per i sistemi di monitoraggio collegati a braccio, dito, torace e ascella. I dati vengono letti solo su dispositivi (computer, tablet e smartphone) da personale autorizzato, nel

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



CHIRURGIA

Il robot Rio Mako opera a Villa Maria

La **chirurgia robotica** entra nella Casa di cura Villa Maria. È stato portato a termine il primo intervento di protesi al ginocchio. Ad effettuarlo l'equipe del dottor Davide Bertolini, luminare nella pratica chirurgica con il robot Rio Mako. La rivoluzione in sala operatoria è possibile grazie ad una tecnologia statunitense, da alcuni anni utilizzata anche in Italia, ma disponibile solo in pochissimi centri sul territorio naziona-

le.

«L'obiettivo è quello di assicurare a tutti i nostri pazienti servizi sempre più sicuri, mirati e all'avanguardia», spiega l'amministratore delegato di Villa Maria, Vincenzo Papes, «Con la dotazione della seconda sala operatoria a Villa Maria siamo orgogliosi di presentare un'innovazione senza precedenti nella storia decennale di questa clinica, capace di valorizzare l'attività che già viene svolta di

alta complessità investendo in tecnologia. Un ulteriore passo avanti nell'assicurare il massimo del comfort ai pazienti, con la dotazione di 18 nuovi posti letto di degenza post operatoria». La pianificazione dell'intervento sfrutta la ricostruzione 3D computerizzata del ginocchio. Con una fresa teleguidata viene poi inciso l'alloggiamento della protesi. «C'è un risparmio dei tessuti che vengono interessati dall'intervento», spiega il dottor Bertolini, «un maggior controllo del dolore e tempi di recupero più rapidi per i pazienti, che dopo appena due giorni camminano già con le loro gambe e possono essere dimessi dalla struttura». —

Elisa Fais



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Attualità

Lotta ai tumori, doppio "miracolo" in corsia

A Perugia e Terni l'equipe del professor Mearini ha eseguito su due pazienti un intervento con la **chirurgia robotica** mai provato prima



redazione
02 NOVEMBRE 2018 11:54



Ettore Mearini

I più letti di oggi

Un nuovo successo dei medici. Sono stati eseguiti, a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro, due interventi chirurgici di straordinaria complessità su due pazienti di 69 e 65 anni. Gli interventi sono stati eseguiti dalle equipe del professor **Ettore Mearini**, direttore interaziendale delle strutture complesse di Chirurgia Urologia a indirizzo oncologico di Perugia e Terni.

Per quanto riguarda il paziente operato al **Santa Maria della Misericordia** si è proceduto su una duplice neoplasia, renale e surrenale sinistra, con utilizzo della tecnica mini-invasiva robotica, con accesso posteriore. Si tratta di un intervento chirurgico mai eseguito prima, come riferisce una nota dell'azienda ospedaliera di Perugia, confermato dalla letteratura mondiale, intervento che sarà descritto in un articolo pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica internazionale. Dopo una degenza di una settimana, il paziente è stato dimesso e dopo i controlli post chirurgici, ha riferito ai sanitari di aver ripreso le normali attività lavorative.

Nel corso della stessa settimana dello scorso mese di ottobre, l'equipe del professor Mearini è intervenuta anche presso **l'azienda ospedaliera di Terni** con la stessa tecnica per eseguire un intervento chirurgico con la rimozione "contemporanea" di duplice neoplasia renale e alla prostata su un paziente umbro di **65 anni**. Anche in questo caso, questo dopo una degenza di alcuni giorni, il paziente è stato dimesso in buone condizioni generali.

"I risultati conseguiti negli ultimi anni - spiega Mearini, tra i primi in Umbria e in Italia a perfezionarsi nella chirurgia robotica - sono da stimolo per proseguire sulla strada intrapresa già quando era in atto il confronto tra le diverse procedure chirurgiche ed era dominante il convincimento sulla modesta efficacia terapeutica della chirurgia robotica, visto che le linee guida prendevano in considerazione unicamente la 'chirurgia aperta'. Dapprima **la chirurgia mini invasiva laparoscopica e poi con l'impiego del robot hanno ribaltato la situazione**, grazie alla innovazione e alla tenacia dei professionisti che hanno visto affermate le loro tesi anche in contesti internazionali".

Il confronto tra le diverse tecniche chirurgiche in campo urologico resta aperto anche se il professor Mearini sottolinea: **"Perché possano essere ottenuti risultati eccellenti è indispensabile che utilizzo del robot sia costante**, perché il potenziale della tecnologia si sviluppa al meglio se il lavoro di equipe viene svolto quotidianamente; la sporadicità rappresenta al contrario un freno alla innovazione. Convogliare le risorse in un centro - ha aggiunto Mearini - è un obiettivo perseguibile. Casistica e conoscenza dei sistemi più avanzati della tecnologia garantiscono risultati oncologici e funzionali sempre più efficaci, uniti a riduzione dei costi sociali e precoce ritorno dei pazienti alle loro attività".



NOVITÀ AL SAN BORTOLO

Il robot-chirurgo Da Vinci è la nuova frontiera PAG 19



SANITÀ. Entrerà in funzione nei prossimi giorni il macchinario all'avanguardia che costa oltre due milioni di euro ed è realizzato dal colosso americano Intuitive surgical

Ospedale hi-tech: arriva il robot-chirurgo

Si chiama "Da Vinci" come il genio rinascimentale
È la nuova frontiera per le operazioni mini-invasive
e potrà essere utilizzato in molte discipline mediche

Franco Pepe

Arriva nei prossimi giorni. Al San Bortolo inizia l'era del robot chirurgico. Dove avevano sbattuto la testa contro il muro i suoi predecessori anche per scarsa convinzione, arrendendosi dinanzi ai primi ostacoli, è riuscito lui, Giovanni Pavesi, il direttore generale della Berica, grazie anche ad alcuni elementi favorevoli che ne hanno premiato la determinazione: il via libera dato dalla Regione con l'autorizzazione venuta dalla giunta e dalla Crite, una strategia ad hoc che ha attenuato l'impatto economico, il criterio di utilizzare il sistema per più specialità. Non, perciò, come accade quasi dappertutto, solo in urologia, dove il robot la fa da padrone nelle prostatectomie. Ma pure in diverse altre discipline.

IL MACCHINARIO. Si chiama Da Vinci XI come omaggio al genio di Leonardo che già nel 1400 immaginava una macchina automatica azionata

da carrucole e fili, lo produce il colosso americano Intuitive surgical, in Italia viene distribuito da **Abmedica**, ed è la nuova frontiera per la chirurgia mini-invasiva. Per il paziente una chirurgia "dolce". I benefici, oltre al fatto che le quattro mani d'acciaio che si muovono all'interno della struttura anatomica da operare non falliscono mai, sono parecchi. Il chirurgo-robot, come estensione degli occhi e delle mani del chirurgo, rappresenta l'avanguardia dell'offerta di salute. In più la macchina che arriva al San Bortolo comporta altri vantaggi: un accesso rivoluzionario rispetto agli esemplari precedenti, una visione tridimensionale Hd che consente di avere immagini fluorescenti inquadrando l'obiettivo a una grandezza extra-large, una piattaforma tecnologica avanzata, una precisione a prova di laser.

LE OPERAZIONI. Insomma, l'Ulss Berica è arrivata buon'ultima ad avere il ro-

bot, il San Bortolo era l'unico **ospedale-hub** del Veneto a non averlo, ma ora, in compenso, ha il modello più evoluto ormai alla quarta generazione, quello che riesce a raggiungere le sedi anatomiche più impervie. Per chi deve essere operato alla prostata il robot è davvero il non plus ultra. Nessun rischio di resecare i nervi che l'avvolgono con spiacevoli e irreversibili conseguenze sulla continenza e sulla funzione erettile. Suture lineari. Niente sanguinamento. Il paziente va a casa il giorno dopo l'intervento. Ma il robot si rivela una scelta azzeccata, come benefit pre-intro-post operatori dal punto di vista clinico, anche per i tumori del colon retto, per la ricostruzione della testa del pancreas, per la colecisti, l'ipofisi, la gastroplastica, l'isterectomia. Per questo a Vicenza l'utilizzo sarà multidisciplinare. La prima esperienza del genere nel Veneto. Fa le poche in Italia.

LA SQUADRA. Il team è già for-

mato. Al San Bortolo e al Cazzavillan. In città il primario Ferrarese e il vicario Abatangelo per l'urologia; il primario De Marchi e l'aiuto Cola per la chirurgia; il primario Zanni e l'aiuto Stella per la ginecologia. Ad Arzignano il primario facente funzioni Ruffato per l'urologia e il primario Tumaini per la ginecologia. Sono otto specialisti che, prima di iniziare a cimentarsi con la **chirurgia robotica** del Da Vinci XI, frequenteranno un corso di formazione a Napoli. A far scattare l'operazione pure la convenienza economica. Per i primi sei mesi il robot, che costa 2,2 milioni di euro, verrà usato in prova gratuita. L'Ulss pagherà solo i kit, che costano 5 mila euro a intervento. Vantaggi cost-effectiveness pure per l'azienda: drastica riduzione dei giorni di ricovero, recupero più veloce, trasfusioni ridotte al minimo, meno complicanze e infezioni, minor ricorso a farmaci e terapie. E, quindi, un deciso taglio alla spesa sanitaria. •

È il primo modello multidisciplinare impiegato nel Veneto e tra i primi in tutta Italia

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Le caratteristiche

**POLSI RUOTANTI
E 4 MANI D'ACCIAIO**

Il sistema Da Vinci, diffuso dal 1999 in tutto il mondo, ha ormai superato da un pezzo la fase di sperimentazione ed è ampiamente collaudato. Il robot, alleanza perfetta fra chirurgo e intelligenza artificiale, ha polsi di androide che ruotano a 360 gradi e 4 mani d'acciaio "armate" di bisturi per tagliare, sterilizzare, suturare. Il chirurgo lo manovra a distanza, seduto a una console computerizzata, come se operasse a cielo aperto, grazie a una coppia di manipolatori e a una telecamera infilata su un endoscopio che proietta immagini tridimensionali. Il robot, con le sue braccia metalliche alle quali vengono fissati pinze, forbici e dissectori, non fa altro che replicare le traiettorie disegnate dall'operatore con il movimento delle mani mentre al monitor esplora l'anatomia. Un chirurgo-clone e mani che non tremano. Impossibile sbagliare. Solo tre forellini di 8 millimetri per arrivare fino alla struttura da operare. Niente tagli. Zero rischi per il paziente. E, come detto, una precisione assoluta. **F.P.**



Il robot-chirurgo Da Vinci XI è dotato di quattro mani guidate dal medico davanti a una console



Il modello consegnato al San Bortolo è il più avanzato nel Veneto



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

DISABILIABILI.NET (WEB2)



Data 05-11-2018

Pagina

Foglio 1 / 3

SERVIZIO CLIENTI (+39) 055.36.05.62

SPEDIZIONE GRATUITA DA 90€ + IVA

PROVE GRATUITE ANCHE A DOMICILIO

ASSISTENZA VELOCE

**disabili
abili**

CERCA UN PRODOTTO

HAI DIRITTO ALL'
**IVA AL
4%?**



CARROZZINE PERSONALIZZABILI ▾ SHOP ▾ BLOG EVENTI ▾ CHI SIAMO CONTATTI   



A Villa Maria l'avvento della robotica, primo intervento di protesi al ginocchio

Fitaglie stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797



Ad affettuarlo l'equipe del dottor Davide Bertolini, luminare nella pratica chirurgica con il robot Rio Mako

A distanza di meno di due anni dalla ripresa della attività chirurgica, la Casa di cura Villa Maria rivoluziona la sala operatoria con l'avvento della robotica. È stato effettuato dall'equipe del dottor Davide Bertolini il primo intervento di chirurgia protesica di ginocchio con il robot Rio Mako.

Una tecnologia statunitense da alcuni anni utilizzata anche in Italia ma disponibile solo in pochissimi centri sul territorio nazionale.

"L'obiettivo è quello di assicurare a tutti i nostri pazienti servizi sempre più sicuri, mirati e all'avanguardia per quanto riguarda tutte le branche autorizzate. Con la dotazione della seconda sala operatoria a Villa Maria siamo orgogliosi di presentare un'innovazione senza precedenti nella storia decennale di questa clinica, capace di valorizzare l'attività che già viene svolta di alta complessità investendo in tecnologia - spiega l'amministratore delegato Vincenzo Papes - A questo si aggiunge un ulteriore passo avanti nell'assicurare il massimo del comfort ai pazienti, con la dotazione di 18 nuovi posti letto di degenza post operatoria.

IN SALA OPERATORIA - Sono tre le protesi monocompartmentali impiantate dall'equipe chirurgica del dottor Davide Bertolini, pioniere della **chirurgia robotica** in Italia con oltre 600 interventi realizzati. Tra i primi in Europa ad utilizzare questa tecnologia, che ora è disponibile anche a Padova. "Il valore aggiunto di questa metodica sta nella pianificazione iperdettagliata dell'intervento, che sfrutta la ricostruzione 3D computerizzata del ginocchio e consente un'estrema precisione in sala dove valutiamo la corrispondenza anatomica della protesi con la tensione articolare legamento. Con una fresa teleguidata viene inciso l'alloggiamento della protesi - spiega il chirurgo ortopedico, dottor Davide Bertolini, che si è avvalso nell'intervento dell'equipe infermieristica di sala della Casa di cura, coordinata da Massimo Cavasin - Questo consente un risparmio dei tessuti che vengono interessati dall'intervento, un maggior controllo del dolore e tempi di recupero più rapidi per i pazienti, che dopo appena due giorni camminano già con le loro gambe e possono essere dimessi dalla struttura. Per i suoi buoni esiti questa metodica rappresenterà sempre più il futuro della chirurgia ortopedica".

LA ROBOTICA IN SALA - L'operazione si basa sulla proiezione computerizzata di una TAC tridimensionale sulla quale il chirurgo può programmare il posizionamento ottimale della protesi. Una volta pianificato l'intervento al computer si passa al tavolo operatorio, dove un sistema di telecamere a infrarossi permette al chirurgo di riprodurre fedelmente il lavoro preimpostato. L'operazione viene seguita su un monitor simulando il lavoro in artroscopia ed il medico mediante un braccio guidato dal software effettua l'intervento. Il metodo consente di limitare gli errori, con un risparmio di tessuto osseo. "Oramai molti

DISABILIABILI.NET (WEB2)



Data 05-11-2018

Pagina

Foglio 3 / 3

pazienti chiedono di essere trattati con il robot, che dà sicuramente garanzie in termini di sicurezza e pronta ripresa del post intervento con la drastica riduzione dei tempi di degenza – così il primario del Reparto di Chirurgia della Casa di cura, dott. Christos Frangos – Oggi l'intervento di protesi monocompartimentale, domani potremo affrontare anche quelli di protesica totale del ginocchio e dell'anca. Grazie anche all'utilizzo di questa nuova metodica la nostra struttura entra di diritto nel gruppo delle eccellenze della chirurgia protesica italiana”.

IL REPARTO RINNOVATO IN AGOSTO – L'estate del 2018 ha visto la Casa di cura investire anche nella ristrutturazione del reparto di chirurgia ortopedica, con un investimento di 1.2 milioni di euro. Il rinnovamento ha coinvolto il primo piano, che ospita il nuovo Reparto di chirurgia ortopedica, con la realizzazione di una seconda sala operatoria in ISO 5.

Le sale operatorie ora sono 2, interamente ammodernate e attrezzate con strumentazioni tecnologicamente all'avanguardia per garantire interventi chirurgici di alta complessità, tra cui la chirurgia vertebrale e quella protesica. Sul medesimo piano sono stati realizzati 18 posti letto per la degenza post operatoria, dotati di ogni comfort. Punto di forza del Reparto è la presenza di un gruppo qualificato di Anestesiisti 24 h su 24, così come il lavoro eccellente di coordinamento delle équipe specialistiche e la collaborazione di strumentisti esperti in tutte le branche chirurgiche.

Il Reparto di Chirurgia opera in regime privato, è autorizzato dalla Regione del Veneto ed accreditato per l'alta complessità extra regione.

VILLA MARIA – I NUMERI: La storica struttura, fondata nel 1956 dal dott. Luigi Volpe e dal 2013 entrata a far parte del Gruppo Centro di Medicina (con sedi nelle province di Treviso, Venezia, Verona, Padova e Belluno), è una realtà in cui operano oltre 200 addetti tra personale dipendente (140) e medici specialisti (60). La Casa di Cura Villa Maria dispone di una capacità ricettiva di 140 posti letto, di cui 88 accreditati nelle branche di Riabilitazione ortopedica e neurologica, Medicina generale, Lungodegenza riabilitativa, e 13 accreditati per pazienti provenienti da fuori regione.

Ogni anno sono oltre 35 mila le giornate di degenza.

La Casa di Cura Villa Maria è inoltre assegnataria dalla Regione del Veneto di 16 posti letto di ODC (Ospedale di Comunità).

È autorizzata per l'attività chirurgica con ricovero nelle branche di chirurgia generale, oculistica, chirurgia ortopedica e traumatologia, chirurgia plastica ed estetica, day surgery, chirurgia vascolare, chirurgia urologica, chirurgia otorinolaringoiatrica (ORL).

Tra gli altri servizi disponibili troviamo la Radiologia ed ecografia, Laboratorio Analisi, Poliambulatorio specialistico.

Il direttore generale è il dott. Battista Camporese, il direttore sanitario la dott.ssa Gemma d'Ettore.

Foglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Questo sito utilizza cookie tecnici e, previo tuo consenso, cookie di profilazione, di terze parti, a scopi pubblicitari e per migliorare servizi ed esperienza dei lettori. Per maggiori informazioni o negare il consenso, leggi l'informativa estesa. Se decidi di continuare la navigazione o chiudendo questo banner, invece, presti il consenso all'uso di tutti i cookie. [Ok](#) [Informativa estesa](#)

Mediterraneo Europa-Ue NuovaEuropa America Latina Brasil English Mobile Seguici su:

ANSA Basilicata

Fai la ricerca Vai alla Borsa Vai al Meteo Corporate Prodotti

PROGRAMMI EUROPEI Scegli la Regione +

CRONACA • POLITICA • ECONOMIA • SPORT • SPETTACOLO • ANSA VIAGGIART

ANSA.it • Basilicata • [San Carlo, intervento **chirurgia robotica**](#)

San Carlo, intervento **chirurgia robotica**

Una cistectomia radicale, è la prima volta in Basilicata

Redazione ANSA

POTENZA

06 novembre 2018

16:02

NEWS

Suggerisci

Facebook

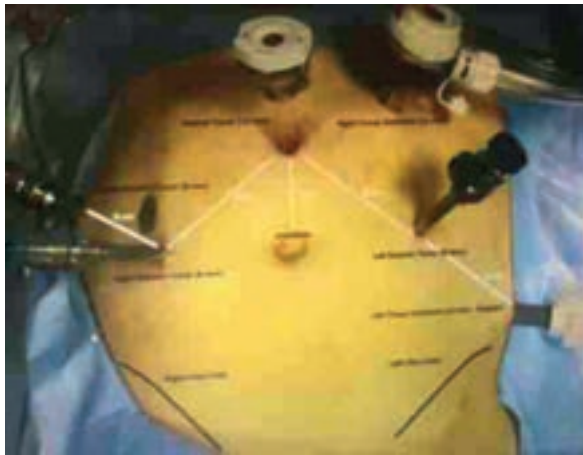
Twitter

Google+

Altri

Stampa

Scrivi alla redazione



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE +

(ANSA) - POTENZA, 06 NOV - Per la prima volta in Basilicata è stato effettuato, nell'ospedale San Carlo di Potenza, un intervento chirurgico di cistectomia radicale robotica con confezionamento di neo vescica ileale intra corporea su un paziente di 51 anni, al quale era stato diagnosticato un tumore infiltrante alla vescica. L'intervento è stato eseguito dal dirigente medico specializzato in [chirurgia robotica](#) della Sic di Urologia del San Carlo, Roberto Falabella, e dal direttore dell'Urologia del Policlinico di Abano Terme (Padova), Angelo Porreca.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Condividi | Suggerisci

Archiviato in

Ospedali, Cliniche

Specializzazioni mediche

Paziente

Angelo Porreca

Roberto Falabella

San Carlo

Approfondimento

DOLORI MUSCOLARI: RIMEDI PER COMBATTERLI

di **Andrea Porta**

L'80 per cento degli adulti ha sofferto nel corso della vita di mal di schiena. Se poi consideriamo le altre parti del corpo, praticamente chiunque ha sofferto di dolori muscoloscheletrici. Se è vero che secondo un'indagine condotta alcuni anni fa da Doxa Marketing Advice l'86 per cento degli italiani tra i 18 e i 54

anni dichiara di fare regolarmente attività fisica, la possibilità di imbattersi in dolori (da sforzo, contratture, crampi e strariventi) è elevata. Certamente la forma di dolore osteoarticolare più frequente è il mal di schiena nelle sue varie forme. Quello più diffuso è localizzato nella parte bassa (colonna lombare). Il dolore in questa zona, chiamato lombalgia, colpisce prevalentemente le donne mentre gli uomini sono più

predisposti alla lombosciatalgia. Ovviamente quando il dolore non passa, gli antinfiammatori (secondo indicazione del medico) possono aiutare. Quando invece il dolore è legato a una contrattura da sport o attività fisica, il discorso è diverso: si tratta infatti di un meccanismo di risposta allo sforzo molto intenso e può dipendere dalle eccessive sollecitazioni sui fasci muscolari, da uno stato di affaticamento del muscolo, dall'insufficiente allenamento o riscaldamento o dalla scarsa preparazione fisica. Dopo un'attività i muscoli volontari normalmente si rilassano: nelle contratture questo non avviene, provocando un'impotenza funzionale. Occorre quindi fermarsi e riposare per evitare che la condizione degeneri in uno strappo, che rappresenta invece un danno fisico più duraturo.

Dossier

ERNIA DEL DISCO E PROTESICA DELL'ANCA DALL'INNOVAZIONE PERCUTANEA ALLA ROBOTICA

di **Luca Borghi**

Secondo una recente indagine statistica promossa dal ministero della Salute e dell'Economia, il dolore muscolo scheletrico affligge circa il 97% degli italiani. Una sorta di presenza fissa, con ripercussioni pesanti sulla vita personale e lavorativa. Anche perché, leggendo i numeri, è

persone su 10 ne soffrono almeno una volta la settimana. Se la lombalgia – per tutti più nota come mal di schiena – è imputabile a postura sbagliata, eccesso di peso e spesso ernia del disco, il dolore a carico di anca e ginocchia può essere sintomo di eventi post-traumatici, artrosi primitive oppure secondarie. Cioè patologie che sono alla base dell'usura delle cartilagini, un grave deficit che

fa sì che le superfici articolari non siano più levigate e quindi non permettano all'articolazione di muoversi in modo adeguato, provocando molto spesso delle serie limitazioni funzionali come camminare, vestirsi, fare le scale. In entrambi i casi, soprattutto quando il dolore persiste nonostante l'assunzione di terapie specifiche, è necessario ricorrere a trattamenti più efficaci. Per quanto riguarda la lombalgia – sempre a seconda dei singoli casi e della loro gravità –, gli approcci a disposizione sono essenzialmente due: la chirurgia o l'opzione percutanea. Quest'ultima è una tecnica innovativa, a minimo impatto, idonea per la cura di protrusioni ed ernie discali non ancora del tutto espulse.

Focus

ERNIA DEL DISCO: I VANTAGGI DELLA TECNICA PERCUTANEA

di **Luca Borghi**

La lombalgia – più comunemente nota come mal di schiena – è spesso imputabile all'ernia del disco. "La nostra colonna vertebrale – spiega Gianpaolo Carrafiello, Professore Ordinario di Diagnostica per Immagini, Radioterapia e Neuroradiologia dell'Università degli Studi di Milano e Direttore della Struttura



Il professor **Gianpaolo Carrafiello**

Complessa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica dell'Ospedale San Paolo di Milano – è composta da 33-34 vertebre separate da dischi cartilaginei, la cui parte interna funge da ammortizzatore. Postura sbagliata, traumi e invecchiamento possono compromettere questi dischi fino a provocare la rottura e la fuoriuscita proprio della parte interna". Risultato: dolore che

si acutizza in modo sistematico, con possibili disturbi motori che possono sfociare in paralisi e amiotrofia. "I trattamenti – sottolinea il professor Carrafiello – sono diversificati a seconda dei casi. Certo è che oggi esistono delle tecniche innovative a minimo impatto e alternative alla chirurgia. Soprattutto per la cura delle protrusioni e delle ernie discali non ancora del tutto espulse. In questi casi i trattamenti percutanei sono molto efficaci. Una tipologia di trattamento percutaneo viene effettuato mediante iniezione di un gel a base di alcool che ha il duplice effetto ovvero di disidratazione del disco con relativo rientro della componente erniata, sia l'effetto di una protesi soffice (soft prothesis) che consente di ridare spessore al disco trattato in modo che lo stesso possa riprendere la sua funzione di ammortizzatore.

Questo supplemento è stato realizzato da Box Media Italia.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

L'AZIENDA DI CERRO MAGGIORE

Ab Medica a Focus Live



= CERRO MAGGIORE =

«SE IL TUO collega è un robot» è il titolo dell'evento di cui sarà protagonista **Ab Medica**, azienda leader nel settore della produzione e della distribuzione di tecnologie medicali e robotiche legate alla medicina, all'interno della prima edizione di Focus Live. La

rassegna, che si svolge da oggi a domenica al Museo della scienza e della tecnologia di Milano, vedrà gli esperti di **Ab Medica** parlare soprattutto di robotica, con il sistema Da Vinci di cui l'azienda cerrese è distributrice in diverse strutture ospedaliere d'Italia e d'Europa, e di **telemedicina**.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Ospedale, col nuovo robot Da Vinci più del doppio degli interventi

► Dati positivi dopo la pesante flessione degli ultimi anni

► Da Barberini e Fiaschini rassicurazioni sul San Matteo

SANITÀ

Da Spoleto parte la sfida per la **Chirurgia robotica**: “I numeri sono in aumento e questa struttura ha tutte le potenzialità per raggiungere numeri, già nel 2019, che potrebbero attestarla come prima in Umbria”. Lo slancio di ottimismo, ieri, è arrivato dall'assessore regionale Luca Barberini, che ha partecipato, insieme al direttore generale Imolo Fiaschini, alla seduta della Commissione sanità dedicata al San Matteo degli Infermi. “Il nuovo **robot Da Vinci**, di ultimissima generazione – ha detto l'assessore – sta dando grande soddisfazione: solo nel primo semestre del 2018 sono stati eseguiti 162 interventi di **chirurgia robotica** e si stima di concludere l'anno con oltre 200”. Numeri in aumento, soprattutto se raffrontati con quelli degli ultimi anni (col vecchio robot appena 40 interventi nel 2014, 59 nel 2015, 52 nel 2016 e 72 nel 2017), dove a pesare, in particolare modo, c'è stata la partenza di diverse punte di diamante, che ha di fatto impoverito la

struttura complessa, antesignana in Umbria (col dottor Casciola) nella **tecnica robotica**. Barberini, ribadendo che nel nuovo piano sanitario regionale il San Matteo resterà a pieno titolo nella rete dell'emergenza urgenza, ha anche elencato una serie di investimenti, “fatti e programmati per la riqualificazione e la sicurezza dell'ospedale, per l'acquisto di nuove attrezzature e apparecchiature tecnologiche (tra cui a breve un innovativo acceleratore lineare per la radioterapia), per oltre 17 milioni di euro”.

GLI ORGANICI

A fornire una carrellata di dati sulle coperture degli organici, è stato invece il dottor Imolo Fiaschini, ribadendo in sostanza che sono state coperte o sono in via di copertura tutte le strutture complesse. “Nonostante le difficoltà – è stato detto – si lavora per potenziare il personale”. Il piatto piange al Pronto Soccorso, dove la carenza di infermieri potrebbe cessare nei primi mesi del nuovo anno, quando sarà completata la procedura per l'assunzione di due nuove unità. Si lavo-

ra anche per rafforzare l'organico medico. Due radioterapisti in arrivo a Radiologia. Completata, invece, la casella degli anestesisti, due unità mediche in più sono arrivate a Cardiologia, una a Ostetricia, mentre resta da sostituire un medico a Medicina, che a breve tornerà ad avere anche un direttore di struttura (prima in graduatoria al Concorso si è classificata la dottoressa Grasselli) e potrà quindi contare anche su una ulteriore unità. All'incontro, oltre ai consiglieri della IV commissione (presidente Marina Morelli, commissari Antonio Di Cintio, Mario Mancini, Massimiliano Montesi, Debora Pompili, Carla Erbaioli, Marco Tripetti e Roberto Settini) hanno partecipato anche i capigruppo Camilla Laureti, Maria Elena Bececco, Luigina Renzi, Filippo Ugolini e David Militoni. Presenti anche il dottor Enzo Ercolani, in rappresentanza del Tribunale per i diritti del Malato e il portavoce dello Spoleto City Forum (che rappresenta 47 associazioni) Sergio Grifoni, che ha ripercorso le varie tappe che, negli ultimi anni, hanno di fatto portato a un depotenziamento del San Matteo. L'attenzione resta alta.

Ilaria Bosi

Aumentano i casi di chi sopravvive oltre 5 anni dopo la diagnosi Al Nord più tumori che al Sud, ma si guarisce

di MELANIA RIZZOLI

Nel nostro Paese ogni benedetto giorno oltre 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore, e quest'anno, da gennaio a settembre, sono stati registrati 4.300 casi in più rispetto al 2017, per un totale di 373.300 neo-diagnosticati in Italia nel 2018. (...)

segue a pagina 17

Ogni giorno mille nuove diagnosi: Lombardia, Lazio e Veneto le regioni più colpite

Il cancro fa sempre paura, ma si guarisce di più

Al Nord si muore di meno, al Sud di più anche a causa della minor prevenzione. Il fumo è ancora tra le principali cause

... segue dalla prima

MELANIA RIZZOLI

(...) Questi sono i dati presentati la scorsa settimana al Ministero della Salute dall'Aiom, la Associazione Italiana Oncologia Medica, la quale, insieme alla Associazione italiana registri tumori (Airtum), monitora l'andamento di questa patologia su tutto il territorio nazionale.

È cambiata anche la classifica delle neoplasie più diffuse, poiché il tumore più frequente che ha raggiunto il primo posto delle nuove diagnosi è la neoplasia della mammella, con 52.800 nuovi casi nel 2018 contro i 51.000 del 2017, seguita dal cancro del colon-retto (51.300 casi contro i 53mila del 2017) che risulta il più diagnosticato, e da quello del polmone che registra quasi 300 casi in meno del 2017, ovvero circa 42mila diagnosi.

Negli uomini sono in diminuzione le diagnosi di cancro del polmone e di quello della prostata, mentre nelle donne calano i casi di tumore dell'utero e dell'ovaio.

CHI SALE E CHI SCENDE

Nella popolazione generale

invece diminuiscono in percentuale le neoplasie dello stomaco e del colon-retto, ma crescono però quelle del pancreas, della tiroide, del cervello e il melanoma, mentre nelle donne è evidente l'aumento dei tumori della mammella e del polmone, quest'ultimo per la sempre maggior abitudine al fumo tra la popolazione femminile.

Il dato più positivo comunque è quello della sopravvivenza, poiché quasi 3,4 milioni di cittadini (3.368.569 contro i 2.224mila del 2006) vivono dopo 5 anni dalla diagnosi, un dato in costante aumento che però fotografa un Paese spaccato in due; al Nord infatti si registrano i tassi migliori, e in particolare nelle prime tre postazioni si collocano Emilia Romagna, Toscana e Veneto (56% uomini e 65% donne); in calo invece il Sud, con Sicilia (52% uomini e 60% donne), Sardegna (49% e 60%) e Campania (50% e 59%), differenze che possono essere spiegate solo con la scarsa adesione in queste regioni ai programmi di screening, gli unici che consentono di individuare la malattia al suo stadio iniziale, quando le possibilità di guarigione sono più alte, e con la diffusione preoccupante in queste aree del fumo, della sedentarietà e dell'eccesso di

peso.

Eppure i tumori colpiscono meno nel Meridione, con un tasso di incidenza più bassa del 13% tra gli uomini e del 16% tra le donne, ma il Sud resta il fanalino di coda in fatto di prevenzione, registrando per questo una mortalità più elevata, imputabile alla diagnosi spesso tardive rispetto alla curabilità della malattia. Cioè, il nostro Paese, se valutato nel complesso, presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea, ma, scendendo nel dettaglio regionale, la residenza risulta un fattore prognostico sfavorevole, perché c'è una evidente disomogeneità nell'accesso ai programmi di prevenzione, di diagnosi precoci e alle cure di alta qualità, con una discriminazione dei cittadini del Meridione purtroppo ancora presente, e dove non si registra la riduzione della mortalità e dell'incidenza di quei tumori riportata sopra.

LE PEGGIORI

Le tre regioni con il più alto tasso di diagnosi stimate nel 2018 sono la Lombardia (64.200), il Lazio (33.850), e il Veneto (31.850), ma sono le regioni in cui si sopravvive di più rispetto al Sud, e dove l'aspetta-

tiva di vita spesso raggiunge il livello della popolazione non affetta da tumore.

La prima causa di morte oncologica è costituita dal carcinoma del polmone (33.836 decessi nel 2015), seguito dal colon-retto (18.935), mammella (12.381), pancreas (11.463), e fegato (9.675), ed il principale fattore di rischio resta il fumo di tabacco, al quale sono attribuite ogni anno circa 93mila morti, ovvero il 14% di tutti i decessi del nostro Paese. Tra le giovani donne che vivono nelle regioni del Sud si registra, negli ultimi anni, un preoccupante incremento delle fumatrici, così alto da essere considerato in grado di annullare il vantaggio storico, per bassa prevalenza di abitudine, rispetto alle donne del Centro-Nord. A questo quadro si aggiungono in queste aree le percentuali dei fattori di rischio e la bassa copertura dei controlli preventivi, per cui già dal prossimo anno è previsto un aumento dei casi di tumori femminili.

Questo, che può sembrare un bollettino di guerra, nasconde però una buona notizia: negli ultimi anni sono migliorate le percentuali di guarigione completa dal cancro (63% delle donne e 54% degli uomini),

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

merito soprattutto della maggior adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia nel suo stadio iniziale, oltre che della maggior efficacia delle terapie. L'invecchiamento della popolazione è associato al rischio oncologico, cioè più si va avanti con gli anni e più si rischia di incontrare il cancro, ed in me-

dia in età senile un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 muoiono a causa di un tumore. La mortalità per neoplasia è invece molto diminuita nei bambini e ragazzi tra 0 e 19 anni, e i decessi sono meno di un terzo di quelli registrati nei primi anni 70.

DIAGNOSI PRECOCE

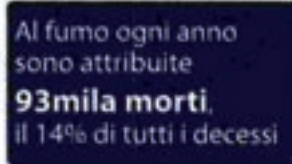
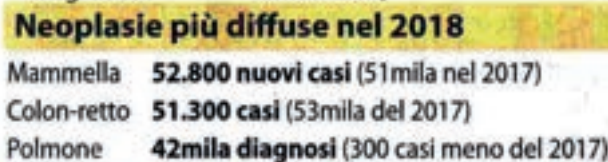
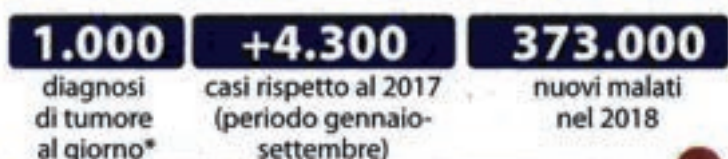
Di fatto sono aumentate le

diagnosi, poiché con le nuove tecnologie oggi a disposizione, individuare un tumore maligno nel suo stadio iniziale è semplice, ed in questi casi le neoplasie sono non solo operabili e curabili, ma addirittura guaribili, e questi pazienti tornano ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale non affetta. Insomma

la maggiore capacità di scovare e trattare questa malattia, consente un prolungamento della vita, e chi vuole arrivare in età senile in buona salute non ha che una possibilità per raggiungere l'obiettivo: fare prevenzione, controllarsi ciclicamente, e, quando possibile, evitare i noti fattori di rischio per non mandare la vita in fumo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I TUMORI IN ITALIA



P&GIL

*Dati Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica), Airtum (Associazione italiana registri tumori)



Codice abbonamento: 134797

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

- Home
- Chi siamo
- News
- Luoghi della Salute
- InFormaTv
- Pianeta Salute
- Rosso Positivo
- Video
- Link

Cerca



- Assistenza a distanza
- Aziende e soluzioni
- Diagnostica e analisi
- Fiere ed eventi
- Internet e mobile
- Medicina e chirurgia
- Piattaforme IT e TLC
- Ricerca e università
- Sanità e presidi



NOV **Le scelte innovative dell'IRCCS Bonino Pulejo**

Redazione Sanità e presidi

Si è appena conclusa a Milano la prima edizione di Focus Live, dove il ricco e intenso programma degli incontri e dibattiti nel Main Stage ha visto la presenza come speaker, tra le personalità di spicco nel campo dell'innovazione, del Prof. Dino Bramanti, Direttore Scientifico del l'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina. Nel talk Se il tuo collega è un robot un'attenzione particolare è stata posta all'applicazione dei robot in medicina e chirurgia; il Professor Bramanti ha rappresentato quanto di più innovativo e moderno è installato nella sede peloritana. Si va dal robot diagnostico-terapeutico a quello chirurgico, passando per quello applicato alla riabilitazione. Un esempio di come si possa coniugare ricerca e innovazione nell'interesse del malato. "La ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica sono due pilastri per la sanità del futuro", ha affermato il Prof. Bramanti, "All'IRCCS Bonino Pulejo di Messina abbiamo creduto e continuiamo a credere nell'applicazione dell'innovazione tecnologica della robotica e della telemedicina, posizionando il nostro istituto come una delle realtà più vivaci e all'avanguardia del panorama nazionale in questo particolare settore, e altri importanti investimenti sono programmati". Al dibattito guidato dal Direttore di Focus Jacopo Loredan hanno preso parte anche gli ingegneri-ricercatori di meccanismi robotici, il Prof. Bruno Siciliano dell'Università Federico II di Napoli e il Prof. Emanuele Menegatti dell'Università di Padova.

Nel proprio intervento il Prof. Bramanti ha evidenziato l'importanza dell'utilizzo di devices robotici in ambito clinico e raccontato l'esperienza dell'IRCCS Bonino Pulejo; "Il costante impegno nel presentare progetti e attrarre risorse ha consentito non solo di acquistare le tecnologie ma anche di sperimentare l'utilizzo e dimostrare, con l'applicazione di un metodo scientifico, i benefici per i pazienti e le potenziali ricadute, anche economiche, per il Servizio Sanitario Nazionale. Infine, conclude Bramanti, "Sono stati avviati di recente, in collaborazione con il Ministero della Salute e la Rete degli IRCCS, progetti su scala nazionale, e presto internazionale, che saranno presentati nei prossimi giorni. Infatti sarò impegnato a parlare d'innovazione tecnologica a Padova al congresso dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere e a Firenze al Forum Risk Management".

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il debutto su due pazienti al Policlinico dove ci sono già 160 in lista di attesa: programmati oltre 100 interventi

In sala operatoria c'è Mako, il robot chirurgo specializzato in protesi a ginocchio e anca

INNOVAZIONE

ALESSANDRA GESCHIA

Ha debuttato rifacendo le ginocchia a due pensionati e ha impiantato loro due protesi totali. Ma da oggi Mako ora lavora a pieno regime e conta di portare a termine un centinaio di interventi da qui alla fine del 2019, ampliando la gamma delle sue prestazioni chirurgiche.

Lui è il "robot chirurgo" più evoluto e utilizzato al mondo ed è diventato il protagonista del progetto di chirurgia robotizzata avviato dall'Ortopedia del Policlinico Città di Udine. La **chirurgia robotica** rappresenta allo stato attuale l'ultimo gradino nello sviluppo delle innovazioni tecnologiche applicate alla chirurgia. Il suo primo impegno in sala operatoria è stato quello che lo ha visto impiantare due protesi "bi-compartmentali" (cioè totali) di ginocchio, rispettivamente su una donna di 72 anni e su un uomo di 71. Un avvio promettente, visto che la sua agenda per il 2019 è piuttosto fitta.

Il programma prevede la sistematica calendarizzazione, per tutto l'anno, di una o due sedute operatorie settimanali dedicate alla **chirurgia robotica**, così da maturare entro la fine del prossimo anno, una casistica di oltre un centinaio di protesi.

Interventi sempre più richiesti visto che il Policlinico ha una lista di attesa di oltre 160 pazienti per l'artroprotesi e fra questi oltre una settantina sono candidati alla protesi di ginocchio.

Mako non sarà solo ovviamente, è previsto infatti prima e durante gli interventi, il supporto di un'équipe ingegneristica dell'azienda che ha sviluppato il sistema, per la gestione del software.

L'obiettivo è quello di estendere l'attività chirurgica con il sistema Mako, oltre che alle protesi totali di ginocchio, anche alle protesi monocompartimentali sempre per il ginocchio e alle protesi d'anca.

«Intanto partiamo con il ginocchio - spiega Fabrizio Bassini, responsabile dell'Ortopedia del Policlinico - perché statisticamente questo è l'intervento di artroprotesi che, pur a fronte di procedure apparente-

mente perfette quando vengono eseguite con metodi tradizionali e in assenza di complicanze, talvolta riscontra pazienti non pienamente soddisfatti dell'esito dell'operazione. Ed è proprio in quel contesto - è la precisazione di Bassini - che il robot può assicurare una marcia in più, grazie alla possibilità di simulare virtualmente l'operazione su un modello tridimensionale elaborato a partire dalla Tac del paziente».

In questo modo può essere possibile scegliere la taglia di protesi più adatta al paziente e, soprattutto, tenendo conto anche della tensione dei legamenti, decidere il posizionamento ideale per quel singolo malato, prima ancora di condurlo in sala operatoria dove, grazie soprattutto alla grande quantità di dati rilevati ed elaborati, e alla precisione delle sue sei articolazioni servo-assistite, il robot supporta il chirurgo nella parte propriamente operativa.

I risultati sono eccellenti: i tagli ossei e il posizionamento degli impianti sono più precisi rispetto al tradizionale approccio completamente manuale; ne deriva un miglior bilanciamento

dei legamenti ed una minor invasività, come spiega lo stesso Bassini.

L'attività del Policlinico Città di Udine nel campo della protesica è in continua crescita: nei primi 9 mesi del 2018, all'interno della struttura sono già state impiantate 273 protesi: 136 di anca, 127 di ginocchio (di queste, 93 "totali"), e 10 di spalla. In questo momento, ci sono oltre 160 pazienti in lista per artroprotesi.

L'intervento di protesi di ginocchio eseguito attraverso l'impiego del robot sta suscitando grande interesse nella comunità ortopedica internazionale: le evidenze parlano di riprese funzionali più rapide e di migliori risultati clinici, grazie soprattutto alla minore invasività e alla maggiore precisione d'impianto rispetto alla tecnica tradizionale. Un altro aspetto non secondario della tecnologia Mako si traduce nella possibilità di effettuare una valutazione oggettiva degli esiti di ciascun intervento e la successiva correlazione con i risultati clinici e gli studi prospettici orientati a migliorare l'approccio tecnologico e operatorio nel campo della chirurgia protesica. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il robot e il team chirurgico: da sinistra Marco Pogano, Fabrizio Bassini, Alessandro Regeni e Oriano Ingrassia

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL REPORT

Ortopedia da record, 259 interventi in un anno grazie al robot “Mako”

Silva Collecchia /SARZANA

A un anno dai primi casi in Italia di protesi al ginocchio con l'utilizzo del robot, i risultati ottenuti all'ospedale San Bartolomeo di Sarzana sono entusiasmanti.

L'equipe guidata dal primario di Ortopedia Alberto Sancin sta offrendo un servizio chirurgico all'avanguardia che proietta il centro ortopedico di Sarzana nel Gotha del settore.

«L'attività con il robot è iniziata nel nostro centro dal giugno 2017, quindi da circa un anno e mezzo, con interventi di anca e protesi parziale di ginocchio – spiega il dottor Sancin –, invece, è stata introdotta esattamente da un anno l'applicazione per la protesi totale di ginocchio (prima disponibile solo negli Usa) e il nostro centro è stato sede per il lancio in Italia e in Europa, insieme a Verona e Modena. Abbiamo ottenuto risultati importanti grazie al lavoro l'intera equipe che ci ha consentito di offrire una tecnologia avanzata ai nostri pazienti che dovevano essere operati, con una maggiore precisione e accuratezza dell'atto chirur-

gico con posizionamento della protesi migliore e semplificata».

I numeri sono chiari. Dal primo giugno al 17 novembre scorso gli interventi chirurgici al San Bartolomeo con l'utilizzo in sala operatoria del robot “Mako” sono stati in tutto 259. Di cui: 131 protesi anca, 128 protesi totali ginocchio 35 protesi parziali ginocchio.

Non solo. Il protocollo prevede tempi rapidissimi dal momento dell'intervento chirurgico all'inizio della riabilitazione. In questo modo il paziente riesce a recuperare l'utilizzo dell'arto più rapidamente rispetto al passato. Con l'utilizzo di Mako negli interventi che riguardano il posizionamento delle protesi Asl 5 cerca di mitigare il fenomeno delle fughe dei pazienti soprattutto nella vicina Toscana e magari di invertire il trend portando anche pazienti della Lunigiana e della costa apuana a operarsi all'ospedale San Bartolomeo di Sarzana.

Nel 2014 la mobilità passiva per le protesi degli spezzini è costata ad Asl 5 poco meno di 4 milioni di euro.

Furono eseguiti all'esterno 83 interventi di protesi per arti superiori; 359 per anca e ginocchio e 46 sostituzioni. Nel 2015 l'importo è sceso di quasi 300 mila euro, ma restava sempre alto e pertanto l'Azienda, grazie al sostegno di Alisa, ha cercato di correre ai ripari.

«La tecnologia robotica è un'innovazione a livello italiano che consente Questo comporta una notevole riduzione della quantità di osso rimossa durante l'intervento e minor dolore per il paziente – ha aggiunto Sancin – Con l'utilizzo della tecnologia robotica inoltre nel paziente vi è meno sanguinamento e le dimissioni possono essere precoci». Non solo. Grazie alla robotica le protesi saranno meglio impiantate nei pazienti e dureranno di più consentendo all'Azienda anche un notevole risparmio. Al momento dell'inaugurazione di “Mako” i vertici della Regione annunciarono la volontà di creare a Sarzana un Polo ortopedico di sperimentazione di tecnologia robotica Hta che si colloca tra i primi dieci in Italia. —

collecchia@ilsecoloxix.it

© BY NC ND AL CUN I DIRITTI RISERVATI



ECCELLENZA
L'utilizzo dal 2017 del robot 'Da Vinci' a Marche Nord ha spinto il presidente Ceriscioli a seguire un intervento

MARCHE NORD PRESIDENTE REGIONE ASSISTE AD INTERVENTO

Ceriscioli in sala operatoria come 'osservatore' del robot

IERI MATTINA il presidente della Regione Marche Luca Ceriscioli ha assistito a Pesaro ad una seduta operatoria realizzata con il robot **Da Vinci**, l'apparecchiatura di nuova generazione per la chirurgia mini-invasiva arrivata all'ospedale Marche Nord nel febbraio 2017. Accompagnato dalla direzione dell'azienda e dai primari di Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia e Ginecologia, Luca Ceriscioli (di professione insegnante di matematica) ha preso parte ad un intervento realizzato dal primario Alberto Patrìti. «È una macchina del valore di circa due milioni e mezzo di euro - ha spiegato Luca Ceriscioli - ed è presente solo nella struttura ospedaliera di Pisa e al Careggi di Firenze. È stata una scelta importante portarla a Marche Nord, che deve essere

un freno alla mobilità passiva verso nord, un luogo di eccellenza dove i tutti i marchigiani possano trovare le risposte adeguate alle loro esigenze di salute». Da febbraio 2017 ad oggi sono stati 294 gli interventi effettuati con il robot, una tecnologia che ha reso l'azienda ospedaliera all'avanguardia per la chirurgia mini-invasiva, destinata alle attività di chirurgia, urologia e ginecologia. Nel 2017 ci sono stati 92 interventi ma quest'anno i numeri sono cresciuti in modo esponenziale: 202 i pazienti trattati con questo metodo che migliora notevolmente la qualità della vita dei malati. Ma è bene anche dire che sono stati 33 i degenti arrivati da fuori provincia e regione per curarsi col robot **Da Vinci** utilizzato dal primario di chirurgia Alberto Patrìti.

Si spa



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

La chirurgia protesica L'ortopedico Catalani racconta l'evoluzione di un impianto in sala operatoria «A Villa Igea, solo nel 2017, 800 interventi tra ginocchio e anca. E con il fast track si esce camminando»

«Vi presento il mio amico robot»

Quanto incide l'utilizzo di un robot nella chirurgia ortopedica? Lo abbiamo chiesto a Nazzareno Catalani, chirurgo ortopedico senigalliese di lungo corso, consulente della casa di cura Villa Igea che oggi il reparto con la più alta casistica regionale in termini di protesica di ginocchio, nonché punto di riferimento del centro Italia per la **Chirurgia Robotica**.

Dottor Catalani, come si caratterizza l'utilizzo di un robot in un intervento di chirurgia protesica?
«L'intervento, in sé, rimane lo stesso. Bisogna però immaginarsi una sorta di chirurgo potenziato».

Ci faccia capire meglio.
«La tecnica standard o "manuale" prevede che vengano eseguiti dei tagli ossei per poter impiantare correttamente la protesi e la correttezza di questi si basa per la maggior parte sulla mano e sull'esperienza del chirurgo operatore. L'uso del robot, invece, permette di pianificare i tagli da effettuare in maniera precisa e riproducibile. È come poter vedere nel futuro, cioè sapere, prima an-



900

La proiezione per il 2018 di interventi di chirurgia protesica a Villa Igea

«La macchina pianifica e realizza i tagli sulle ossa interessate con margini di errore di decimi di millimetro»

cora di incidere la cute con il bisturi, quale sarà la posizione migliore di quella determinata protesi, in quel determinato paziente. L'uso del robot permette di sapere, da subito, quali saranno le potenzialità di movimento, le tensioni, e l'accoppiamento che riguarderà le componenti protesiche da impiantare».

Ma non c'è solo la pianificazione.
«Esattamente. Il robot mi aiuta ad eseguire i tagli ossei necessari per ottenere quel determinato risultato che mi sono preposto con un errore possibile di decimi di millimetro. Una precisione impossibile da ottenere a mano libera».

Ma, quindi, il robot va considerato come un supervisore, come una guida?
«No, assolutamente. Il supervisore rimane il chirurgo. Il robot ha il compito di limitare l'errore naturalmente presente in ogni calcolo umano e di limitare la possibilità di un posizionamento meno perfetto. La vera guida rimane il chirurgo».

Se il margine di errore è di decimi di millimetro è una garanzia per la riuscita dell'intervento.

«La tecnologia è un sussidio che ci ha permesso di crescere molto, e per questo ringrazio la nostra struttura. Però



vorrei sottolineare che innovazione non è solo sviluppo tecnologico».

In che senso?

«Da gennaio utilizziamo per tutti i nostri pazienti protesici un nuovo approccio dal prelicovero alle dimissioni. Si chiama fast-track. È un approccio multimodale che permette un'ospedalizzazione senza (o con ridotto) dolore, una chirurgia meno invasiva, una riabilitazione precoce. Il paziente riesce a camminare già 3 ore dopo l'intervento, e alla dimissione riesce a fare le scale in autonomia».

Qual è la differenza tra una tecnica e l'altra?

«Le protesi cosiddette "totali" sono protesi riservate agli stadi più avanzati di artrosi di ginocchio, o ai casi di artrosi moderata con limitazione marcata della funzionalità, o con dolore importante.

«Così il paziente riesce a camminare a tre ore dall'intervento e alle dimissioni fa le scale da solo»

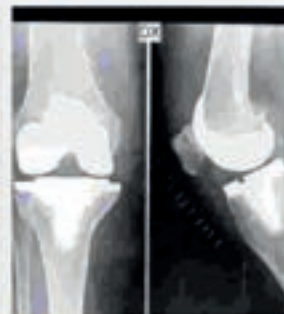
In alto l'ortopedico Nazzareno Catalani in sala operatoria a Villa Igea e durante l'utilizzo del robot Mako che supporta l'equipe in alcuni interventi

Sono interventi che richiedono la sostituzione di tutte le componenti articolari, quindi del femore, della tibia, ed eventualmente della rotula. Interventi invasivi e definiti "maggiori" in ortopedia, che richiedono l'esecuzione di tagli molto precisi sulle ossa, così da poter impiantare delle componenti in materiale altamente ingegnerizzato e dai coefficienti di usura molto ridotti, per poter garantire al paziente il ritorno a delle condizioni di mobilità e di forza simili (ma non identiche) alle condizioni antecedenti alla patologia artrosica».

La monocompartimentale invece?

«Sono protesi poco invasive riservate ai pazienti che abbiano sviluppato l'artrosi in un solo compartimento del ginocchio, più spesso il mediale ovvero la parte interna del ginocchio. Nel nostro reparto eseguiamo un'elevata percentua-

La casistica



Osteomi, ginocchio varo e tutte le ricostruzioni

«La clinica e casa di cura Villa Igea si occupa non solo di protesi di ginocchio ma anche artroscopie per il trattamento delle patologie menisicali (asportazione o sutura del menisco) e ricostruzione dei legamenti crociati (anteriore o posteriore). Altro intervento spesso dimenticato è quello della articolazione femoro-rotulea, spesso dimenticata. Ecco allora le osteotomie per la correzione del ginocchio varo, o le ricostruzioni legamentose che necessitano di prelievi da cadavere, innesti ossei, o correzioni di deformità. In media gli stessi interventi di chirurgia protesica sono riservati alle altre procedure, in particolare quelle artroscopiche. Non mancano anche specialisti della patologia dell'anca e del piede, della spalla, del rachide e della mano. Si va dai trattamenti non chirurgici, a procedure artroscopiche o chirurgia protesica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

le di interventi monocompartimentali poiché la ridotta invasività e i brevi tempi di recupero sono indubbi vantaggi per il paziente. Da quando abbiamo introdotto la **tecnica robotica**, inoltre, stiamo riscontrando un tasso maggiore di benessere del paziente».

Un salto incredibile nel futuro.

«Sicuramente. Solo nel 2017 ad Ortopedia di Villa Igea si sono stati effettuati circa 800 interventi di artroprotesi tra ginocchio e anca (900 interventi la proiezione per il 2018). Io ho contribuito a circa 350 di questi, divisi tra protesi "totali" di ginocchio con tecnica standard, protesi "monocompartimentali" eseguite con assistenza robotica (150 interventi con Mako Rio nel 2018) e protesi d'anca».

Federica Buroni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



L'intervista

Lorenzo Masieri, chirurgo urologo all'ospedale pediatrico di Firenze

**La tecnologia avanzata
I laser nuovi alleati**

«Grazie a questi strumenti possiamo correggere patologie multifasiche come la valvola dell'uretra posteriore, molto grave per la funzionalità renale»

**Il futuro della ricerca
In arrivo un altro robot**

«Ci consentirà di operare praticando un unico buchino: una possibilità fondamentale perché gli spazi nei piccoli sono sempre microscopici»

MEYER
L'OSPEDALE DEI BAMBINI



Il chirurgo urologo Lorenzo Masieri, membro del Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in urologia che opera al Meyer di Firenze. In alto l'equipe del professore dell'università di Firenze e in basso lo stesso chirurgo seduto al "robot" che gli consente di intervenire anche su pazienti di meno di 12 mesi con precisione millimetrica

Un robot per amico e il problema sparisce

Al Meyer un professore opera i bambini con problemi urologici utilizzando un "automa" e il joystick. Con tre fori di 8 millimetri l'uno entra nell'addome anche di chi ha meno di 12 mesi e si muove preciso

MARCO SABIA

Usare un amico "speciale" per aiutare i bambini che hanno problemi urologici: fra le abilità del chirurgo urologo dell'università di Firenze **Lorenzo Masieri** c'è quella di operare bambini - anche al di sotto dei 12 mesi - utilizzando le ultime tecnologie. Perché in corpicini così piccoli lo spazio "di manovra" è ridotto al minimo e ogni movimento deve essere calibrato al millimetro. Masieri, con due joystick e una pedaliera, riesce a trasmettere le sue "conoscenze" a un robot che gli permette di agire con precisione milli-

metrica praticando solo 3 fori. Il chirurgo 45enne fa parte del "Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in urologia", nato dalla collaborazione fra Meyer, Unifi e Careggi.

Professore, operare un bambino significa essere estremamente precisi: come ci riesce?

«Operare un bambino significa muoversi in ambienti molto stretti, cercando di essere quanto più delicati e fermi. Il robot mi viene incontro, perché riproduce i miei movimenti fedelmente, oltre a garantirmi una visione binoculare dell'interno, come se fossi dentro l'addome. Invece pratichiamo 3 fori di circa 8 milli-

metri di diametro, per far entrare gli strumenti. Poi nel bimbo bisogna essere particolarmente attenti nella parte ricostruttiva dell'operazione, perché quell'organo deve svilupparsi regolarmente nel futuro della vita del piccolo. E anche qui il robot mi aiuta ad essere preciso. Ma senza aver fatto esperienza con gli adulti, di cui continuo a occuparmi, non sarei qui».

Quali sono le principali patologie da combattere?

«Grazie al robot operiamo per la stenosi del giunto pielo ureterale (malattia a causa della quale la pipì non riesce a defluire correttamente dal rene all'uretere per un'ostruzione, ndr) che qui al Meyer riguar-

da circa 70 bambini l'anno; poi ci sono i problemi legati al mearetere ostruttivo, ostruzione congenita della porzione terminale dell'uretere (circa 30 casi/anno al Meyer). E poi il reflusso vescicoureterale, che trattiamo per via endoscopica o robotica. Sono patologie che causano sofferenza renale e che, se non trattate correttamente, portano il rene a morire».

Come vengono trattate queste patologie?

«Il centro ha incrementato l'attività di endoscopia avanzata grazie anche alla disponibilità di un laser ad olmio (grande potenza, ma scarsa penetrabilità nei tessuti: così è molto controllabile, ndr)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL TIRRENO

Quotidiano

Data 29-11-2018

Pagina 6

Foglio 2 / 2



per un approccio sempre meno invasivo. I laser chirurgici con fibre ottiche e la diffusione degli strumenti endoscopici miniaturizzati fanno oggi della chirurgia laser un ottimo alleato per l'urologo. I laser di ultima generazione offrono vantaggi legati alla riduzione di eventuali emorragie intraoperatorie, diminuzione dei tempi di degenza e cateterizzazione dei pazienti, garantendo agli interventi endoscopici elevata sicurezza e minore invasività rispetto alle tradizionali tecniche chirurgiche».

E in pediatria?

«Molteplici le applicazioni anche in urologia pediatrica. La chirurgia endoscopica laser può essere applicata per trattare patologie malformative come la valvola dell'uretra posteriore, patologia molto grave per la funzionalità renale; per l'incisione dell'ureterocele, anomalia congenita a carico dell'apparato urinario spesso associata a sofferenza renale. Ma la chirurgia laser serve a gestire pure le calcolosi, in grande aumento anche tra i pazienti pediatrici».

Ma un bambino senza rene come vive?

«Può vivere, perché l'altro rene compensa diventando ipertrofico e funzionando di più, sopperendo a quello mancante. Noi sosteniamo la famiglia con percorsi specifici».

Perché le diagnosi di patologie pediatriche sono in aumento?

«Gli studi sono ancora in corso ma sappiamo che i fattori genetici hanno un loro peso e infatti vengono eseguite visite genetiche prenatali. Poi si pensa che possa avere un peso anche l'inquinamento atmosferico, già nella gestazione. D'altronde il 70% delle malformazioni pediatriche riguarda l'apparato urinario».

Il futuro della ricerca cosa prevede?

«Sto aspettando un nuovo robot che ci permetterà di praticare un unico piccolo foro per far passare strumenti rispetto ai 3 (minimo) di oggi. È un passo in avanti, perché gli spazi per praticare gli accessi sono ridotti nel corpo di un bambino».

Tutto grazie al joystick?

«Sì, il joystick aiuta molto. E pensare che quello dei videogiochi io non l'ho mai amato particolarmente». —

100

gli interventi di chirurgia minilaparoscopica e laparoscopica robot assistita nei tre anni di vita del centro interaziendale effettuati in urologia pediatrica al Meyer

15

gli interventi di endoscopia avanzata intrarenale endoscopica per calcolosi effettuati, oltre a 20 folgorazioni con tecnica laser di valvole uretra posteriore



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

Sanità: in Veneto primo prelievo di rene in **chirurgia robotica**

11 Maggio 0035

Padova, 29 nov. (AdnKronos) - Per la prima volta in Veneto è stato eseguito all'Ospedale di Padova un prelievo di rene in **chirurgia robotica** avanzata. L'intervento eseguito alcuni giorni fa con successo, è durato meno di 2 ore. La nuova tecnica, che coniuga i vantaggi della laparoscopia già da tempo applicata in questo centro, presenta ora con il robot evidenti vantaggi sia per le basse percentuali di complicanze che per il recupero molto veloce del paziente, sia per il dolore post operatorio minore che per i migliori risultati estetici (soli 6 cm. la ferita) oltre che per l'eccellente funzionalità del trapianto effettuato. La signora di 63 anni è stata dimessa appena dopo alcuni giorni.

L'equipe guidata da Lucrezia Furian e Cristina Silvestre, ha deciso di eseguire l'espanto del rene sano in **chirurgia robotica** (Robotic Assisted Surgery).

Furian, con training in Belgio, primo operatore ha eseguito l'intervento chirurgico manovrando a distanza ravvicinata il robot che, al suo comando, eseguiva le manovre più delicate di chirurgia mini invasiva.

All'equipe ha preso parte personale anestesilogico: Paolo Feltracco, Stefania Barbieri, Alessandro De Cassai. Impegnato inoltre personale infermieristico e operatori tecnici: Sergio Boccella, Maria Cristina Berto, Silvano Massaro, Gloria Zambolin, Matilde Schiavolin, Romeo Vanzetto, Daria Marcolongo, Silvana Chinello.

diagnostica per immagini



Giovanni Lughezzani

Urologo, Istituto Clinico Humanitas,
Rozzano - Milano

autore

Tumore alla prostata: la tecnologia a supporto della diagnostica

Il progresso tecnologico ha aperto nuove (promettenti) strade sia in ambito diagnostico che terapeutico. In questo approfondimento il dott. Giovanni Lughezzani, urologo presso l'Humanitas Research, descrive per noi i risultati di un innovativo strumento ecografico, prezioso perché offre una visione estremamente dettagliata del tessuto prostatico. Entriamo nel merito

Sebbene il fattore anagrafico si confermi determinante, come dimostra l'incremento di casi di tumore dopo i 50 anni (ma soprattutto superati i 65), ci sono anche altri aspetti che richiedono un'attenta valutazione: ci riferiamo, ad esempio, allo stile di vita che ciascuno abbraccia (sedentarietà, dieta ipercalorica...) e, non da ultimo, alla familiarità; risulta infatti più elevato il rischio di presentare un tumore prostatico laddove nella famiglia i consanguinei ne siano già stati colpiti.

In realtà, per incidenza si tratta di gran lunga della prima neoplasia negli individui di sesso maschile, precedendo i tumori del polmone e colon-retto; tuttavia mostra un tasso di sopravvivenza che attualmente ha raggiunto l'88%, a 5 anni dalla diagnosi. Questo dato si spiega guardando alle campagne di prevenzione e screening sempre più diffuse e che, progressivamente, stanno modificando radicalmente le abitudini degli uomini, da sempre meno propensi e inclini, a differenza delle donne, a sottoporsi ad esami e visite di controllo.

Alla luce di questi risultati rincuoranti, si comprende come siano importanti, al fine di un miglior risultato non solo le opzioni di trattamento (che possono andare dall'approccio robotico, passando alla radioterapia fino alla terapia farmacologica...), ma anche le azioni preventive. A partire dai 50 anni (e se viene riscontrata familiarità, dai 40) sarebbe consigliabile sottoporsi con regolarità ad esami di controllo. Le visite urologiche specialistiche dovrebbero avere cadenza annuale e accompagnarsi a esami di screening quali l'esplorazione rettale (DRE) che accerti il volume e la consistenza della prostata, verificando l'eventuale

diagnostica per immagini

presenza di noduli.

Negli ultimi anni sta diventando prassi effettuare la misurazione del PSA (Antigene Prostatico Specifico) che consiste in un banale prelievo di sangue. Per quanto l'elevazione del PSA possa essere associata a patologie tumorali, un suo incremento può essere anche associato a problematiche benigne come l'ingrossamento o l'infiammazione della prostata, e pertanto tale dato deve essere sempre interpretato e contestualizzato dallo specialista.

In base ai risultati ottenuti con questi screening iniziali, il medico può ritenere utile condurre un'ulteriore accertamento diagnostico eseguendo una biopsia della prostata su guida ecografica.

È proprio in ambito di diagnostica che si presenta una novità tecnologica made in Canada: ExactVu™, prodotto dall'azienda americana Exact imaging e distribuito da ab medica sul mercato medico italiano. "Stiamo parlando di un sistema ecografico che lavora a una frequenza di 29 Mhz in confronto alle frequenze di 8-10 Mhz degli ecografi tradizionali. Questo si traduce in una visione estremamente dettagliata del tessuto prostatico, con un grado di risoluzione sino a 70 micron", spiega il dottor Giovanni Lughezzani, urologo presso Humanitas Research Hospital.

Proprio grazie all'elevato grado di dettaglio fornito dall'ecografo è stato possibile sviluppare un punteggio (PRI-MUS score) capace, analogamente a quanto accade con la risonanza magnetica prostatica, di caratterizzare le lesioni ecograficamente visibili a livello della prostata. Tale punteggio risulta correlato sia alla presenza che all'aggressività della neoplasia.

Ma l'innovazione di questo strumento va anche oltre: "Ci riferiamo al sistema FusionVu con RM, per l'appunto un sistema di fusione d'immagini con la risonanza magnetica multiparametrica che consente di eseguire delle biopsie prostatiche mirate sia sulla scorta dei dati fornito dall'ecografo che dalla risonanza", aggiunge il dott. Lughezzani. L'evoluzione rispetto al passato è notevole: con gli ecografi tradizionali infatti solo un'estrema minoranza di neoplasie prostatiche risulta visibile e pertanto, in particolar modo in una prima biopsia prostatica,

è inevitabile procedere con biopsie randomizzate 'a sestanti' (ossia procedere ad almeno 12 prelievi casuali sulla prostata, con la possibilità da una parte di mancare lesioni tumorali e dall'altra di diagnosticare neoplasie prostatiche clinicamente non significative). Al contrario, chiarisce il dottor Lughezzani, "Grazie ad ExactVu, alla visualizzazione di un elevato numero di lesioni sospette si collega la possibilità di effettuare esami bioptici assolutamente mirati. È indubbiamente un duplice vantaggio, sia per l'urologo che decide in tempo reale se e dove effettuare un prelievo campione, sia per il paziente che vede ridotti i numeri di biopsie, senza però rinunciare ad una diagnosi accurata".

E dopo un primo esito positivo? Attualmente il gold standard è rappresentato dalla risonanza magnetica multiparametrica della prostata e dalle biopsie mirate sulle aree d'interesse eventualmente visualizzate. Questi prelievi ad hoc possono essere eseguiti in modo cognitivo, con tecnica di fusione di immagini ecografiche e da RM o direttamente all'interno della RM ('in-bore'). I limiti di tale approccio rimangono i tempi prolungati e i costi necessari per eseguire l'esame stesso e la successiva biopsia.

Dalle potenzialità all'efficacia, la tappa obbligata sono gli studi clinici, proprio come quelli condotti presso il Dipartimento di Urologia e Patologia dell'Istituto Clinico Humanitas; "I risultati fino ad ora raccolti, a partire dalla nostra casistica iniziale, hanno evidenziato un'elevata sensibilità della metodica, tale per cui se l'esame risulta negativo, difficilmente il paziente presenterà una neoplasia prostatica clinicamente significativa. Inoltre è stata dimostrata una buona corrispondenza tra le lesioni visibili alla risonanza magnetica e quelle visibili tramite l'ecografo ad alta risoluzione, ulteriore dato a conferma della spiccata capacità di visualizzazione del sistema ecografico ad alta risoluzione", conclude con soddisfazione il dottor Lughezzani, autore dei sopracitati lavori clinici. ■





Un tablet in mano a un medico di base per inviare dati a uno specialista lontano: un progresso che avanza a livello mondiale

Tecnologia e medicina

Che il mondo sia sempre più interconnesso e tecnologico è ormai cosa nota, che l'high-tech possa fare la differenza tra vivere e morire anche nei paesi più isolati è un fatto inimmaginabile anche fino a poco tempo fa. La robotica e la telemedicina sono sicuramente il futuro in un mondo globalizzato dove l'aspettativa di vita della popolazione è in costante crescita: in questo mondo l'equità di accesso alle cure è un traguardo ancora da conquistare. La strada la può tracciare la tecnologia ma anche i governi ed i decisori pubblici sono chiamati a svolgere un ruolo da protagonisti.

La telemedicina: l'innovazione che consente di avere cure e controlli costanti, veloci, di qualità

Un grande cambiamento che risolve il problema della lontananza medico-paziente

La conferenza mondiale dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, ha riconosciuto nella tecnologia uno dei pilastri del rilancio della sanità

La rivoluzione digitale non poteva non toccare uno dei pilastri del progresso umano, le cure mediche garantite a tutti, anche a coloro che vivono in paesini sperduti tra le montagne o che non hanno i mezzi economici sufficienti per pagarsi costosi viaggi per raggiungere l'ospedale più attrezzato o il medico specializzato. Oggi la telemedicina è una necessità, per questo rientra nelle politiche dell'Unione Europea che si è prefissata l'obiettivo di migliorare la salute dei cittadini, elevando la qualità dell'assistenza sanitaria e rendendo disponibile ogni tipo di intervento, da quello domiciliare a quello on line. In Europa Francia, Danimarca e Svezia sono già sul podio dei primi della classe, mentre fuori dall'Unione abbiamo il caso di Israele, con una assistenza on line che arriva a fare ecografie fetali a distanza. In Italia, dai dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale Sanità del Politecnico di Milano, risulta che solo il 21 per cento dei cittadini sa di che cosa si tratta, uno su tre ne ha sentito parlare, il 37 per cento tra i malati cronici è informato. Ma la direzione intrapresa è già quella giusta anche nel nostro paese.



smartphone hanno reso possibile che software semplici per le persone siano collegati a server di grandi strutture, così ogni singolo paziente può essere raggiunto. Ma per organizzare un sistema di telemedicina a livello nazionale resta forse da risolvere il problema di come farlo e anche di far cambiare la mentalità dei cittadini e degli operatori sanitari. "I due piani su cui stiamo lavorando sono quello organizzativo e quello che riguarda l'aggiornamento: in molti ospedali le cartelle cliniche sono ancora scritte a penna, se spiegata bene la telemedicina è un vantaggio di cui i pazienti sono contentissimi. Ma anche il personale medico e amministrativo ne ha un vantaggio: ad esempio quello di avere contatti in tempo reale invece di dover perdere ore e intere giornate per recarsi dal paziente. Non dimentichiamo che la dura realtà per tanti ammalati è di farsi centinaia di chilometri per i controlli, perché abitano in paesini che non superano i 100

abitanti e sono distanti da ospedali e centri medici attrezzati per le loro patologie. Si farebbe prima ad arrivare in elicottero, ma ciò sarebbe insostenibile. Bisogna quindi aggiornare le procedure mediche alla luce delle possibilità che le nuove tecnologie offrono".

UN SISTEMA SANITARIO O INTERCONNESSO
Negli ultimi dieci anni ci sono state esperienze singole sganciate dalle altre realtà, questo deve essere superato. "Bisogna lavorare secondo un metodo che consenta a ogni Regione di sviluppare il proprio stile, ma basandosi su pilastri che siano condivisi, uniformi, in modo che i differenti servizi di telemedicina rappresentino un insieme compatto a supporto del SSN. Mi occupo da vent'anni di innovazione in medicina, negli ultimi dieci abbiamo avuto soluzioni veramente nuove come la robotica, ma troppo spesso ci siamo limitati ad esperienze singole, anche

di successo ma isolate e realizzate solo grazie ai fondi europei e a elargizioni filantropiche. E' mancato un coordinamento che faccia sistema. Oggi alcune Asl e qualche ospedale sono avviati in questa direzione, un centinaio di esperienze in tutta Italia, che vanno potenziate e diffuse. Occorre la supervisione di un'entità nazionale che sia un punto di riferimento, che analizi, studi, valuti, le esperienze regionali fatte, analizzando i costi-benefici e l'efficacia clinica e la sicurezza, per capire quali sono le migliori, e che sia capace anche di fare da consulente delle organizzazioni sanitarie. Questa è la missione del Centro Nazionale di Telemedicina. Il problema al momento è rendere tutto questo attuabile, bisogna lavorare, adattare sistemi informatici diversi in modo che possano comunicare tra loro, sarebbe opportuno avere un modello unico di riferimento, perché abbiamo avuto l'esperienza del fascicolo sanitario elettronico, realizzato su sistemi regionali differenti che non parlano tra loro. Inoltre, attendiamo l'estensione della banda larga sul territorio italiano, che è sempre più necessaria e che favorirà il superamento di molti problemi nell'erogazione dei servizi", spiega Gabrielli.

NELLE MALATTIE ACUTE È QUESTIONE DI TEMPI
La telemedicina si applica in modo diverso secondo le situazioni. In generale si possono distinguere due gruppi di attività: quelle nelle emergenze e quelle nelle malattie croniche. Nel caso di infarto o ictus, per esempio, il fattore tempo è fondamentale per scongiurare il decesso o conseguenze gravi e invalidanti. La telemedicina fa da supporto all'operatore che ha preso in carico la persona, consentendo un collegamento immediato con uno specialista che spiegherà a distanza

Il Futuro della Sanità

Uno spaccato dello stato dell'arte dell'innovazione nella sanità italiana ci viene direttamente dal palco de Il Futuro della Sanità, l'evento che abmedica annualmente organizza, e che giovedì 22 novembre ha celebrato la sua XV edizione. Grazie ad un ricco e variegato parterre di ospiti, la conduzione di Nicola Porro ha raccontato di un sistema sanitario che, nonostante le sue difficoltà, quest'anno compie 40 anni e accetta nuove e stimolanti sfide. Indubbiamente la tecnologia è un ingrediente fondamentale per assicurarsi una sanità moderna, dove la tecnologia rappresenti un valore, o meglio un diritto per tutti. Dalla chirurgia robotica che con la sua mininvasività, precisione ed efficacia permette di eseguire interventi complessi, salvaguardando la qualità di vita del paziente, alla telemedicina che assicura costanza e continuità alle cure, in ospedale come al domicilio anche per le figure più fragili. Ma proprio sulla strada verso la meta di un sistema sanitario all'avanguardia che c'è un ostacolo rappresentato da una mancata equità di accesso alle cure e alle stesse tecnologie. Se è vero che reddito ed educazione costituiscono un discriminante sulla qualità di vita, a ciò si aggiunge un'ulteriore variabile, ossia il luogo in cui si vive. È accettabile che un fattore geografico incida pesantemente sulla qualità di vita di una persona? La domanda è retorica ma la sua risposta non è così banale: nasce da qui l'esigenza di ripensare a modelli organizzativi che contribuiscano fattivamente a diffondere l'innovazione tecnologica, mettendola a disposizione di ogni cittadino, senza discriminazione alcuna. Un percorso fattibile potrebbe prevedere che il SSN conduca una preventiva valutazione delle grandi tecnologie (come può essere la chirurgia robotica o la telemedicina) a livello centrale, per inserire queste ultime in adeguati protocolli terapeutici o percorsi diagnostici. A questo punto, si sarebbe pensabile procedere invece ad una programmazione su base regionale, così da rispettare criteri epidemiologici e demografici, caratteristici di ogni singolo territorio.

Occorre passare da una concezione "ospedalocentrica" alla medicina diffusa

come procedere per bloccare prima possibile l'aggravarsi del problema. Anche un familiare può eseguire manovre utili pur non essendo presente sul posto un neurologo o un cardiologo. Il vantaggio è evidente: agendo immediatamente si risparmia tempo prezioso, il che sarebbe impossibile mettendo in atto le lungaggini che richiede il trasporto in ospedale. Si stima che nei prossimi 20 anni le malattie croniche rappresenteranno l'80 per cento di tutte le patologie diffuse a livello mondiale. Le cure mediche e i nuovi farmaci hanno consentito un innalzamento dell'aspettativa di vita mai visto nei secoli passati: sconfitte le gravi epidemie e grazie alla ricerca di cure sempre più efficaci si vive a lungo e i centenari non sono più una rarità. Ma l'organico non resta quello dei 30 anni, comunque invecchia, e va incontro a disturbi di varia natura che bisogna tenere sempre a bada, dai deficit respiratori alle aritmie, dal diabete all'asma, dalle insufficienze renali croniche alle malattie epatiche, l'elenco è lungo. La telemedicina consentirà

seguire il paziente nella quotidianità, inviando le informazioni sui suoi parametri a un centro sanitario tramite alcuni device: è possibile prevenire le complicanze o agire subito alle prime avvisaglie. Si può correggere la terapia ed evitare il ricovero ospedaliero. Tutto ciò, come già dimostrato, riduce le riacutizzazioni, abbassa l'impatto delle comorbidità, prolunga lo stato di salute. "L'innovazione nella ricerca scientifica ha permesso di scoprire molecole che sono in grado di curare malattie come l'epatite virale, il nuovo tipo di radioterapia con acceleratori di particelle contro i tumori e tante altre, ma sono molto costose. Quindi dobbiamo gestirle meglio e lavorare per mantenere il servizio pubblico. La telemedicina è una realtà concreta, non è fantascienza, e può essere il punto di forza, con l'uso adeguato della tecnologia, per ottimizzare i risorse. Poi i dati del paziente saranno utilizzati con sistemi di Intelligenza Artificiale per potenziare le possibilità di cura fin dalla fase diagnostica o meglio ancora dalla prevenzione. Il Servizio Sanitario Nazionale potrà ancora essere sostenibile e i cittadini avranno un pool di medici che garantirà esami, accertamenti, visite", conclude Gabrielli.

La telemedicina arriva anche nei reparti ospedalieri

I ricoverati indossano dispositivi wireless

Il campanello posto vicino al letto del malato può andare in pensione. Se ancora non è proprio così ci stiamo avvicinando a queste novità. Oggi la tecnologia consente realtà prima impensabili. Sono stati creati dispositivi wireless da indossare tutto il giorno che consentono il monitoraggio in tempo reale e continuo di numerosi parametri fisiologici. Il sistema, in grado di fornire molti dati che possono essere utilizzati all'interno della pratica clinica, è già utilizzato con successo nei reparti a bassa intensità di cura, come le aree mediche, le pneumologie e i posti chirurgici: nei reparti che hanno bisogno di isolare il malato (reparti infettivi, terapie radiometaboliche, reparti a bassa carica microbica) in cui il sistema risulta essere un prezioso alleato per prevenire contaminazioni ambientali e rischi di contatto con il personale sanitario; reparti di lungo degenza come le RSA, Ospedale di comunità e Geriatriche, grazie al wireless si conosce il quadro delle condizioni del paziente in tempo reale. Ogni malato, a letto e in movimento all'interno dell'ospedale, viene controllato tramite una semplice interfaccia grafica e un sistema di avvisi che segnalano le situazioni anomale.

Il server centrale, che si trova in una stanza di controllo, acquisisce, elabora e memorizza i dati ricevuti

ambientali e rischi di contatto con il personale sanitario; reparti di lungo degenza come le RSA, Ospedale di comunità e Geriatriche, grazie al wireless si conosce il quadro delle condizioni del paziente in tempo reale. Ogni malato, a letto e in movimento all'interno dell'ospedale, viene controllato tramite una semplice interfaccia grafica e un sistema di avvisi che segnalano le situazioni anomale.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Nella foto
Giovanni Ferrari,
Giampaolo
Bianchi, il sindaco
di Modena Gian
Carlo Muzzarelli,
il direttore
generale Hesperia
Giovanni Battista
Pisani, il direttore
sanitario Stefano
Reggiani



SANITÀ L'INNOVATIVO STRUMENTO SI CHIAMA DA VINCI XI

Un nuovo robot chirurgico per l'Hesperia Hospital

Darà un grande contributo in ambito urologico

UN robot chirurgico di ultima generazione. Nome: Da Vinci Xi. E' l'ultimo arrivato in casa Hesperia Hospital, ed è stato presentato al sindaco di Modena Gian Carlo Muzzarelli nei giorni scorsi. Il robot chirurgico dà i migliori risultati nell'ambito della chirurgia urologia, in chirurgia generale e in chirurgia ginecologica. La **chirurgia robotica**, infatti, in particolare in ambito urologico ha completamente sostituito la chirurgia a cielo aperto e laparoscopica per il trattamento del tumore della prostata e per la chirurgia conservativa del tumore del rene. «Si può affermare – spiegano dall'Hesperia – che gran parte della chirurgia urologia può essere affrontata con questa tecnica innovativa che presenta maggiore precisione chirurgica e minori complicanze. I vantaggi non sono dati soltanto dall'assenza dell'incisione chirurgica, ma per quanto riguarda la

prostata, in migliori risultati oncologici e funzionali (conservazione della continenza e della funzione erettile) e per quanto riguarda il rene nella riduzione del tempo d'ischemia dell'organo». Il nuovo robot chirurgico sarà da subito a disposizione dell'equipe urologi-

IMPORTANTE CONTRIBUTO
Il prof Bianchi di recente
ha avviato una collaborazione
con la struttura privata

ca dell'Hesperia Hospital diretta dal professor Giovanni Ferrari, già esperto utilizzatore di **chirurgia robotica** nonché leader in Italia e all'estero nell'utilizzo del laser (Green Laser) per la cura dell'ipertrofia prostatica. Dal mese di novembre, inoltre, il professor Giampaolo Bianchi, già direttore del reparto di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Univer-

sitaria del Policlinico, ha iniziato la collaborazione con Hesperia Hospital. Il prof Bianchi ha iniziato la **chirurgia robotica** per il trattamento del tumore della prostata a Modena nel 2007 e tra i primi in Italia. Ha al suo attivo più di mille interventi di **chirurgia robotica** per le patologie della prostata, del rene e delle alte vie urinarie. Recentemente, nell'ambito di un convegno scientifico, il prof Bianchi ha utilizzato il microscopio confocale 'in vivo' ed 'ex vivo' che consente di fare un'esame istologico nel tempo di un solo minuto, anziché dei trenta minuti del classico esame estemporaneo. La tecnologia robotica acquisita da Hesperia Hospital può rappresentare un'opportunità di cura non soltanto per i pazienti modenesi ma anche per quelli di tutta la regione Emilia-Romagna, nell'ambito dei rapporti di collaborazione tra sanità pubblica e privata accreditata che hanno sempre caratterizzato l'offerta sanitaria in regione.

Il robot chirurgo all'opera: mezzo mondo collegato con l'ospedale Marche Nord

Interventi in diretta per il congresso di Roma

IL DOTTOR Alberto Patriti, e l'equipe chirurgica dell'ospedale Marche Nord, ieri mattina hanno eseguito con il **robot Da Vinci** due interventi in diretta streaming a cui hanno assistito in tempo reale i duemila chirurghi che hanno partecipato alla ventinovesima edizione del congresso internazionale di chirurgia dell'apparato digerente, che si è chiuso ieri a Roma.



ALBERTO PATRITI
«Abbiamo fatto il punto sulla chirurgia digestiva con aggiornamenti scientifici»

«**SIAMO** molto onorati - ha affermato Alberto Patriti, primario del reparto di Chirurgia - di essere tra i duecento collegamenti che sono stati scelti per le dirette di uno dei congressi più importanti del settore. Quello di Roma è stato infatti un evento scientifico unico nel suo genere, arricchito sia dall'elevato livello del corpo docente italiano, sia dalla partecipazione di chirurghi stranieri di fama internazionale, che ha fatto il punto sulla chirurgia digestiva con tecnica open e con approccio laparoscopico, esponendo aggiornamenti sia scientifici che prati-

cis. L'evento romano - si legge sul sito ufficiale del congresso - si è sviluppato in due giornate di dirette dalle sale operatorie di cinque continenti. Grazie alla tecnologia alcune trasmissioni video sono state effettuate con l'innovativa tecnica Hd- high definition, che ha collegato le equipe chirurgiche da Stati Uniti, Giappone, Francia, Inghilterra, Belgio, Olanda, Svezia, Spagna, Portogallo,

Australia, Cina, Corea, Singapore, Sud Africa, Argentina. Sono stati trasmessi in contemporanea fino a quindici interventi proiettati sui maxi schermi della sala congressuale a Roma. Una delle operazioni eseguite a Pesaro ha riguardato una semplice colicistectomia, dove però il Da Vinci, il macchinario di ultima generazione per gli interventi di chirurgia mini-invasiva in uso da circa un anno nel blocco operatorio pesarese, ha giocato un ruolo fondamentale.

«**GRAZIE** all'utilizzo del robot - ha spiegato il chirurgo Francesco Guerra - si utilizzano nuovi strumenti mini-invasivi che consentono di effettuare sul paziente incisioni piccolissime, appena di un millimetro, per le quali non c'è bisogno di sutura al termine dell'intervento. In particolare i benefici sono, per esempio su questa paziente giovane, non solo di natura estetica ma anche funzionali, in quanto azzerano i disagi post-operatori».

Simona Spagnoli



CHIAMATO 'DA VINCI' Robot in azione

L'automa progettato per fare miracoli

IL ROBOT Da Vinci, la macchina per la chirurgia mini-invasiva arrivata a Marche Nord nel febbraio 2017, introduce nel corpo del paziente una telecamera che consente al chirurgo una visione tridimensionale in grado di moltiplicare fino a dieci volte la normale osservazione dell'occhio umano. Inoltre il robot permette di trattare malattie in sedi anatomiche difficili da raggiungere. Viene utilizzato per interventi in ambito urologico, ginecologico, cardiocirurgico, toracico e oggi anche nei trapianti.



LA SQUADRA SCHEMATATA L'equipe chirurgica del Marche Nord, al centro Patriti, anche nella foto a sinistra. Sotto, Elisabetta Prato



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ALESSANDRIA

MAURO FACCILO

Beve soda caustica bimbo guarito con il robot chirurgico

P. 44



L'INTERVENTO ALL'OSPEDALE DI ALESSANDRIA: SAREBBE IL PRIMO DI QUESTO GENERE IN ITALIA

Esofago rifatto col robot chirurgico a bimbo ustionato dalla soda caustica

Il paziente ha 2 anni, gli è stato impiantato un segmento di colon: tornato a casa, sta bene

MAURO FACCILO
ALESSANDRIA

Mentre si celebrano i 40 anni del servizio sanitario nazionale e al Piemonte viene assegnato il riconoscimento di miglior regione in Italia per la sanità, da Alessandria arriva un ulteriore esempio di eccellenza da parte di una struttura pubblica: all'ospedale civile è stato ricostruito l'esofago a un bambino di due anni che aveva ingerito una sostanza corrosiva. L'esofago ormai compromesso è stato sostituito con un segmento di colon. L'intervento è stato eseguito con il robot

chirurgico. Per quanto si sa, è la prima volta in Italia, e forse non solo, che un'operazione complessa di questo genere viene eseguita con il robot, senza «aprire» il paziente.

Il bambino, che in ospedale hanno chiamato convenzionalmente «Paolo», era stato ricoverato all'Infantile circa 6 mesi fa. Era arrivato al pronto soccorso in condizioni critiche dopo aver ingerito accidentalmente soda caustica. La sostanza aveva gravemente compromesso l'esofago. Per far fronte all'emergenza erano stati mobilitati più specialisti. Ogni tentativo di pre-

servare l'esofago, che presentava profonde e diffuse perforazioni, però è risultato inutile. A settembre, si è così deciso di intervenire chirurgicamente per sostituire con un tratto di colon la parte corrosa. È un intervento particolarmente complesso, che si è deciso di affrontare in modo completamente nuovo: utilizzando il robot.

Il piccolo paziente è stato trasferito nel nuovo blocco operatorio dell'ospedale civile. Nell'arco di 9 ore, su di lui sono intervenute tre équipe chirurgiche: otorinolaringoiatri, cardiocirurgo e chirur-

go toracico, chirurghi pediatrici per la fase finale con la trasposizione del segmento di colon. Commenta Alessio Pini Prato, direttore della Chirurgia pediatrica: «Il piccolo Paolo è stato dimesso e può finalmente re iniziare a vivere una vita "normale". La sua storia rappresenta in tutto e per tutto l'esempio virtuoso di un sistema sanitario nazionale che se vuole, riesce a mettere in campo eccellenze uniche». E sulla multidisciplinarietà e «la passione dimostrata da tutti gli operatori» pone l'accento il direttore generale Giacomo Centini. —

© BY NOND ALGUN DIRITTI RISERVATI



Il direttore di Chirurgia pediatrica Alessio Pini Prato



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Futuro della Sanità, l'innovazione tecnologica non aspetta

Redazione 3 dicembre 2018

Anche quest'anno è tornato Futuro della Sanità, l'appuntamento voluto da abmedica per parlare con i propri stakeholder di sanità. L'edizione 2018, la quindicesima, ha coinciso con i 40 anni del SSN, il che ha portato a fare un bilancio della strada percorsa dalla sanità italiana.

L'ultima classifica (Bloomberg Health Care Efficiency) posiziona l'Italia al quarto posto a livello mondiale, preceduta da Hong Kong, Singapore e Spagna: un risultato rincuorante, che segna un miglioramento rispetto al 2017. Ciononostante la nostra sanità ha davanti a sé ancora molte sfide da affrontare per restare al passo con i tempi.

Futuro della Sanità 2018 è stato per questo un'occasione di confronto sullo stato dell'arte per comprendere come introdurre l'innovazione tecnologica.

Sarà compito di Nicola Porro, conduttore e moderatore di questa serata, orchestrare le voci di coloro che programmano, acquistano e usano device e soluzioni tecnologiche.

Figure istituzionali del calibro di Francesco Gabbrielli, dirigente presso l'Istituto Superiore della Sanità, si sono confrontate con nomi noti della chirurgia robotica, come il dott. Carlo Mililli e il dott. Franco Gaboardi.

Le prospettive economiche della prof.ssa Rosanna Tarricone, direttore CERGAS Bocconi, si sono intracciate alle esperienze di telemedicina ospedaliera e domiciliare progettate dal dott. Marco Pozzi e dalla dott.ssa Filomena Pietrantonio. Contributi e servizi video hanno permesso di approfondire case history di successo come la rete hub&spoke creatasi in Abruzzo tra gli ospedali di Pescara, Chieti, Lanciano e i presidi di Popoli, Penne, Guardiagrele e Casoli.

La discussione ha portato anche a volgere lo sguardo al futuro, immaginando le nuove richieste formative del personale medico di domani che dovrà apprendere a collaborare con la tecnologia: uno scenario che si sta delineando presso lo STORM Lab dell'Università di Leeds sotto la direzione del prof. Pietro Valdastri.

E in Italia? La formazione robotica sta prendendo piede, come conferma l'esperienza dell'Università di Catania e del Policlinico che si è dotato del robot da Vinci con doppia console, esperienza presentata dal prof. Antonio Biondi, portavoce del rettore Francesco Basile.

Non ultimo, si sono indagate le commistioni tra medicina, intelligenza artificiale e soluzioni IT e ICT, attraverso le esperienze esemplari di Daniela Scaramuccia, direttore Health&Life Science di IBM, e Marco Pennarola, direttore marketing enterprise di Fastweb.

Una mastectomia unica al mondo

Intervento eseguito all'ospedale di Torrette lo scorso 31 ottobre dalla squadra di Carlo Mariotti
«Siamo la quinta équipe, ma la prima ad associare una ricostruzione immediata prepettorale»

L'ECCELLENZA

ANCONA Un intervento di mastectomia preventiva unico al mondo, perché praticamente non lascia tracce e consente tempi di recupero velocissimi. Ad effettuarlo, all'ospedale regionale di Torrette, è stata, lo scorso 31 ottobre, l'équipe chirurgica di Carlo Mariotti, composta dall'aiuto chirurgo Eugenia Raffaelli, dall'infermiera strumentista Viktoria Sijusar e dall'anestesista Valentina Baiocco.

Le caratteristiche

«Siamo la quinta équipe al mondo a eseguire un intervento di mastectomia Nipple-Sparing robotica - fa sapere Mariotti - ma la prima ad associarvi una ricostruzione immediata prepettorale. Tutto ciò è stato possibile grazie alle caratteristiche fisiche della paziente, dato che per questo tipo di operazione esistono dei vincoli anatomici, e alla lungimiranza della direzione

che ci ha dato il via libera». La paziente è una ascolana di 42 anni che si era già sottoposta 16 mesi prima a una mastectomia per la rimozione della mammella destra a causa di un carcinoma in fase iniziale. Successivamente la signora ha manifestato la volontà di rimuovere anche la mammella sinistra, al duplice scopo di ridurre le possibilità di sviluppo di una nuova neoplasia e di ottenere un migliore risultato cosmetico.

I vantaggi

Così l'équipe, dopo aver fatto le opportune valutazioni, ha deciso di procedere con una mastectomia profilattica controlaterale robotica. Il primo vantaggio di questa tecnica sono le dimensioni molto ridotte dell'incisione, in questo caso pari ad appe-

La tecnica innovativa non lascia tracce e consente tempi di recupero velocissimi



Il chirurgo Carlo Mariotti

na 2,5 centimetri. Incisione che per altro viene effettuata sotto l'ascella, risultando praticamente invisibile. Nonostante ciò la precisione chirurgica è assoluta, grazie alla visione magnificata e tridimensionale e all'utilizzo del **Robot da Vinci**, che in questo caso impiega due soli ferri chirurgici: il grasper per trattenerne la ghiandola e l'elettrobisturi per portare avanti la dissezione. Una volta completato l'intervento, la ghiandola mamma-

ri è stata estratta dal taglio e subito al suo posto è stata inserita la protesi, ricoperta con una rete sintetica titanizzata. L'operazione è durata cinque ore, tre di intervento e due di preparazione. La paziente è stata dimessa tre giorni dopo e fino a oggi non si sono verificate complicazioni. «Oltre all'eccellente risultato dal punto di vista estetico, dal momento che non solo salvaguarda areola e capezolo, ma anche la cute, minimiz-

La prevenzione

«Purtroppo questo è un tipo di intervento che non può essere effettuato su tutte le pazienti - afferma Mariotti -, ma è una strada che va battuta in futuro». Come sempre più battuta è la strada della prevenzione. Nei primi 9 mesi del 2018 i test e le consulenze di genetica oncologica sono stati il 23% in più rispetto all'anno scorso e il 200% in più rispetto al 2015, segno che c'è sempre maggiore attenzione verso questa malattia che, spesso, ha una base ereditaria.

Michele Rocchetti

giornalista@corriereadriatico.it



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Ospedale La sanità del futuro

Ecco il robot, farà 200 interventi l'anno

È arrivato ieri. È il nuovo robot chirurgico di ultima generazione. L'ospedale di Pordenone ha dovuto combattere otto anni per averlo. Ieri la consegna. Farà circa 200 interventi l'anno e alzerà di molto gli standard di qualità del Santa Maria degli Angeli. **Lisetto a pagina III**

La sanità del futuro

Arrivato il robot chirurgico

Battaglia durata otto anni

► Da ieri mattina il macchinario in sala operatoria. Vicenda travagliata: chiesto dai medici già nel 2010

► Primi interventi previsti dopo la metà di gennaio. L'assessore Riccardi: attrattivo per la sanità regionale

OBIETTIVO RAGGIUNTO

PORDENONE La battaglia, in ospedale a Pordenone, per ottenere il robot chirurgico era cominciata circa otto anni fa. Era il 2010 quando per la prima volta alcuni primari iniziarono a parlare di robot chirurgico aprendo di fatto il dossier. Sono passate diverse direzioni generali e si sono alternate giunte politiche di colori diversi in Regione. Ieri l'obiettivo è stato raggiunto: l'innovativo robot chirurgico è arrivato al Santa Maria degli Angeli ed è stato installato in una delle sale operatorie che era stata predisposta lo scorso mese di agosto. Ora saranno necessari i tempi tecnici di attivazione: il collaudo e alcune prove, poi il via libera al primo intervento che po-

trebbe essere organizzato dopo la prima metà di gennaio. Alcuni dei medici chirurghi dell'ospedale hanno già svolto la formazione necessaria per l'utilizzo della nuova macchina, altri la completeranno nelle prossime settimane.

NUOVO POOL

Si è anche già costituito un nuovo gruppo di **chirurgia robotica**. Ne faranno parte specialisti della Chirurgia generale adominale, di Urologia, di Otori-

nolaringoiatria e di Ginecologia. Con il robot si potranno effettuare dai 150 ai 200 interventi all'anno. Gli interventi nell'ambito dell'Urologia contribuiranno anche a frenare la fuga verso gli ospedali veneti per quel tipo di operazioni. «Sarà operativo - ha puntualizzato il direttore generale Giorgio Simon, presente ieri mattina all'arrivo del macchinario - nelle prossime settimane il team della **chirurgia robotica** che punterà su un'attività multidisciplinare. In futuro, come era stato stabilito, potrà esserci una collaborazione, sul fronte dell'oncologia, anche con il Cro di Aviano». «Si tratta di un robot chirurgico di ultima generazione - ha dichiarato il vicepresidente regionale Riccardo Riccardi - che aumenta in modo significativo la dotazione tecnologica della sanità pordenonese e regionale, inserendosi in un'ottica di innalzamento dell'attrattività del nostro sistema». L'acquisto del robot chirurgico è stato perfezionato accendendo un leasing e portato a termine in meno di un mese. «Si tratta - ha concluso il vicegovernatore Riccardi - di un arricchimento tecnologico sicuramente molto importante, che consentirà oltretutto di sviluppare, per la parte oncologica, una possibile più ampia collaborazione con il Centro di riferimento oncologico di Aviano».

LA STORIA

Una storia lunga e complicata, quella del macchinario chirurgico. Sono alcuni primari, in particolare l'ex primario dell'Urologia Antonio Garboglio, a chiederlo. Da allora però c'è il silenzio. È nel novembre del 2016 che il caso esplose: nell'ospedale di Pordenone i medici vengono a sapere che il robot chiesto dall'Azienda del Friuli occidentale sarebbe andato a Udine. Scoppia una furibonda polemica politica. L'allora assessore alla Salute Telesca prende impegni per dotare Pordenone dell'apparecchiatura. E si arriva all'aprile del 2018: nel piano annuale dell'Aas5 il robot trova, nero su bianco, la formalizzazione attraverso la previsione del noleggio e lo stanziamento di 800 mila euro per tre anni. Ma non è la parola fine. Nel frattempo cambia la giunta regionale e una delle altre battaglie del territorio - a inizio estate - è quella sull'avanzo di 3,2 milioni che l'Aas5 chiede che vengano lasciati sul territorio anche per il robot. Niente, quei soldi finiscono nel "bilancio generale" della Regione. E siamo all'autunno di quest'anno: l'Azienda sosteneva la mancanza del via libera definitivo della Regione, l'assessore regionale diceva che si poteva procedere. Parte l'iter e dopo un mese e mezzo il robot è in sala operatoria.

Davide Lisetto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pordenone
IL GAZZETTINO



Quotidiano

Data 22-12-2018

Pagina 1+3

Foglio 2 / 2



L'AVANZO DEL NORD Il nuovo macchinario Ieri mattina è arrivato al Santa Maria degli Angeli: è stato collocato in una delle sale operatorie del sesto piano e sarà operativo da metà gennaio



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 134797

S. Anna, il robot chirurgo non si ferma mai

Sanità. Anno record per gli interventi effettuati dal sistema "da Vinci": nel 2018 sono stati 75, già 250 dal 2014. Molti i vantaggi per i pazienti: «Minore invasività, dolori contenuti e ripresa post operatoria accelerata»

DANIELA MAMBRETTI

Incisioni minime, limitata perdita di sangue, ridotto dolore post-operatorio e abbreviazione dei tempi di ricovero in ospedale sono solo alcuni dei vantaggi offerti dall'utilizzo della **chirurgia robotica** che è attiva, dal 2014 anche presso l'Asst Lariana - Ospedale Sant'Anna di Como.

In quattro anni, questo innovativo approccio chirurgico è diventato operativamente rilevante e le sue prospettive di sviluppo sono promettenti. Se inizialmente il **robot "da Vinci"** era dedicato prevalentemente alla Ginecologia e Urologia oncologiche, oggi ne usufruisce anche la Chirurgia Generale, con particolare riferimento alle patologie oncologiche del colon, ma l'intenzione è quella di ampliare ulteriormente le aree di competenza.

Investimento oneroso

L'investimento è stato oneroso anche sotto il profilo organizzativo, poiché l'introduzione della piattaforma robotica ha comportato la strutturazione di un'intera équipe appositamente formata che può contare su una sala operatoria totalmente dedicata al da Vinci, in condivisione tra le diverse specialità coinvolte nel suo utilizzo.

«A oggi, sono più di 250 gli interventi di **chirurgia robotica** eseguiti presso la nostra struttura. Quest'anno ne abbiamo effettuati circa 75, ma l'obiettivo è

di superare i 100. Del resto, l'esperienza va sempre più consolidandosi, tanto che, per esempio, i tempi operatori, inizialmente piuttosto lunghi, sono stati abbattuti circa del 70%» - spiega **Giario Conti**, direttore dell'Unità Operativa di Urologia e referente per la **Chirurgia robotica** presso l'Asst Lariana - Ospedale Sant'Anna di Como. Fino allo scorso anno, il robot era condiviso con l'Asst Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ma, dal 2018, la piattaforma è rientrata definitivamente a Como, senza essere più soggetta agli spostamenti trimestrali e, di conseguenza, la programmazione degli interventi è diventata meno complessa e non si devono più movimentare le diverse unità che compongono il robot. «Il cuore del sistema "da Vinci" è la consolle, una postazione situata a breve distanza dal paziente. Attraverso l'osservazione del suo monitor, il chirurgo ha una visione tridimensionale del campo operatorio. Muovendo i due joystick e i pedali, aziona i quattro bracci robotici inseriti nell'addome attraverso piccole incisioni. I bracci alternano

Attraverso il monitor il chirurgo ha una visione tridimensionale del campo

l'utilizzo degli strumenti chirurgici miniaturizzati, sono dotati di telecamera per la trasmissione delle immagini e sono muniti di "poli" in grado di ruotare di 360°, tanto da raggiungere aree anatomiche difficilmente accessibili» dice **Emidio Cretarola**, urologo e operatore di **chirurgia robotica** dell'Asst Lariana. Inoltre, il sistema elimina totalmente il tremore fisiologico della mano, conferendo massima precisione al gesto chirurgico. Completa la piattaforma un carrello munito di unità centrale per la gestione delle immagini che consente al secondo operatore, posizionato accanto al paziente, di seguire visivamente le diverse fasi e di intervenire su richiesta del chirurgo alla consolle.

Grande precisione

«La mini-invasività, l'approccio conservativo rispetto a funzionalità a rischio di compromissione, le piccole cicatrici chirurgiche e il minor dolore post-operatorio permettono al paziente una rapida ripresa» sottolinea Cretarola.

Come ogni chirurgia, anche quella robotica presenta alcune controindicazioni come, per esempio, pregressi interventi addominali o particolari problematiche respiratorie o cardiologiche, ma la versatilità dei chirurghi, specializzati sia nella metodica classica, sia in quella robotica, consente di offrire al paziente il miglior approccio personalizzato.




abmedica[®]
 storie di persone



Da 34 anni ci miglioriamo continuamente per offrire una medicina innovativa, tecnologica e all'avanguardia.

Al servizio del paziente, a fianco di medici, ingegneri, ricercatori e di chi come noi crede che la miglior qualità di cura e di vita sia un traguardo possibile per tutti.



abex
EXCELENCIA
ROBÓTICA

aethra
telecommunications

GEOMNIA

Medical Labs

OFFICINE ORTOPEDICHE
RIZZOLI

PACINOTTI
dentale

Telbios

win winmedical

Rassegna Stampa ²⁰¹⁸



ab medica

Headquarters

Via J.F. Kennedy, 10/12
20023 Cerro Maggiore (MI)
tel +39 02 933051
fax +39 02 93305400
www.abmedica.it
abmedica@abmedica.it

