

Viaggio alla scoperta di uno dei gioielli nascosti della sanità romana

Il Policlinico Universitario di Tor Vergata

a cura della redazione

In un momento difficile per la sanità regionale afflitta da debiti, con un deficit di circa 4 miliardi di euro, e in attesa di sapere quale sarà il futuro della sua gestione, se un commissariamento o un affiancamento, abbiamo deciso di aprire una finestra su una struttura ospedaliera che nel suo insieme rappresenta un esempio di buona sanità. Un intreccio, spesso difficile da ottenere, che mette insieme l'umanità, la tecnologia, l'organizzazione e l'eccellenza nella diagnostica e nella cura. Potrebbe sembrare il ritratto della sanità di un altro paese, spesso sognato e troppe volte annunciato, ma è invece ciò che viene messo a disposizione ogni giorno a chi varca la soglia del Policlinico Universitario di Tor Vergata.

Inaugurato nel gennaio del 2001 in questi pochi anni di vita è riuscito a trasformarsi in un'isola nel mare agitato dalle acque del sistema sanitario laziale lanciando una sfida importante e ambiziosa: diventare un modello di riferimento nazionale.

Un numero non elevato di posti letto, di alto contenuto tecnologico ed elevata specializzazione garantendo un percorso assistenziale completo ed efficiente senza mai perdere di vista il valore unico della cura e del rispetto per la persona. Abbiamo intervistato i protagonisti di questo miracolo, coloro che quo-

tidianamente fanno in modo che la grande macchina ospedaliera proceda in un'unica direzione: la cura del malato, superando a volte ostacoli insormontabili e difficoltà economiche, ma continuando ad impegnarsi per la centralità del paziente.

Prof. Enrico Bollero (Direttore Generale Policlinico Universitario Tor Vergata)...Crediamo di poter dimostrare che un servizio pubblico è affidabile e può essere competitivo con qualsiasi tipo di struttura privata.

D.) Prof. Bollero come nasce il Policlinico di Tor Vergata ?

R.) Nel 1999 con l'accordo programmatico con la Regione Lazio, Giunta Badaloni Assessore alla Sanità Lionello Casentino Si stabilisce di avviare un ulteriore finanziamento per questa articolazione operativa dell'Ateneo che consenta al Policlinico di nascere, per questo accordo il sottoscritto viene



nominato Direttore Generale e il 13 aprile del 2000 firma il contratto con il Rettore e con l'assenso dell'allora presidente Badaloni e dell'assessore Cosentino. Abbiamo Iniziato l'attività vera e propria il primo giugno del 2000. Ovviamente la prima domanda che ho fatto all'assessore è stata quella se ci fosse la disponibilità economica per avviare le attività del policlinico e fino a che

punto avevo la garanzia del finanziamento. Ebbi assicurazione che in parte con i fondi di Roma Capitale e con quelli per il Giubileo ci sarebbero stati i fondi per lanciare il nuovo policlinico degli anni 2000.

Quando nel luglio del 2000 presentammo l'ottimizzazione del progetto all'allora Ministro della Sanità Veronesi e al nuovo assessore alla sanità della Regione Lazio Vincenzo Saraceni, in cui ci impegnavamo nella realizzazione del policlinico universitario che doveva avere un numero di posti letto non elevatissimo ma di alta specializzazione con due caratteristiche: quello di contenere nella stessa struttura edilizia la high care, considerata ad alta intensità di cura, e la low care, quella che viene considerata a bassa intensità di cura, ciò significa che nonostante un basso numero di posti letto ma di alta specializzazione la riabilitazione consente di aumentare il turn over in quei ridotti posti letto di alta specializzazione. Questo concetto, che poi fu ripreso dal progetto Piano-Veronesi, in cui l'ospedale ideale non deve superare i 600 posti letto e all'interno dei quali devono essere contenuti il day hospital, le riabilitazioni, sia l'alta intensità di cura, il ministro Veronesi conferì 60 miliardi di lire, e la Regione Lazio alla quale avevamo chiesto 146 miliardi per finalizzare la Torre 8 e per completare i lavori ne fornì altri 85 di-

cendo che poi nel corso degli anni li avrebbero adeguati. D'accordo con il Rettore accettammo questo finanziamento perché eravamo convinti di realizzare le opere e man mano che si realizzavano di poter chiedere come poi è realmente successo un adeguamento dei finanziamenti. Credo che sia uno dei casi in cui si è creata la disponibilità economica e poi si è realizzata l'opera. Noi siamo partiti da zero a giugno del 2000 e da lì abbiamo costruito tutto il resto. Oggi siamo a 1800 dipendenti, 350 posti letto di alta specializzazione, con un pronto soccorso che fa praticamente le funzioni di una logistica congrua con un DEA. A distanza di cinque anni possiamo dire di poter offrire tutte le alte specializzazioni: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia: toracica, vascolare, urologia, laringoiatria, oculistica, se ci consentiranno i finanziamenti che attendiamo apriremo l'area dei trapianti, e ovviamente abbiamo tutte le altre specializzazioni che riguardano l'area medica a cominciare da quella malattie dismetaboliche, la gastroenterologia, la cardiologia, fino all'ematologia che sta diventando un polo di attrazione enorme perché è un'offerta rara da un certo punto di vista per le competenze professionali.

D.) Alcune vostre ultime iniziative, come quella del ciclotrone e della PET sono state realizzate tramite una formula particolare quella del consorzio, ci può spiegare come?

R.) Nella Sanità il problema è cercare di dare una progressività ai progetti in un contesto che molte volte rende difficile una contestualità dei finanziamenti. Noi siamo partiti con una richiesta di finanziamento dalla quale mancavano 60 miliardi, la scelta era tra fermarsi o proseguire le attività messe in cantiere. Per fortuna ci è stato consentito grazie all'impegno dell'Ateneo che ha anticipato le erogazioni per il blocco operativo B con

tre camere operatorie dedicate alla cardiocirurgia più due dedicate all'alta specializzazione. Prima dell'estate dovremmo avere tre radioterapie.

Questi investimenti che sono stati fatti dall'Ateneo evidentemente non erano sufficienti rispetto alla strategia aziendale e così ci siamo industrializzati per trovare delle soluzioni innovative con il cosiddetto sistema misto pubblico-privato che però non fosse tutto a favore del privato ma fosse prevalentemente a favore del pubblico, mantenendo un giusto profitto sia per il pubblico che per il privato, equo e compatibile per il privato che investe. Qui abbiamo utilizzato un consorzio tra Ateneo, che ha messo la struttura, una ditta che produce il ciclotrone e il policlinico che ha messo la parte gestionale. Dal momento in cui si è fatto questo consorzio non abbiamo chiesto una lira alla Regione,

non abbiamo fatto niente altro che attivare un meccanismo trasparente per cui la ditta ha inserito qui un ciclotrone che sarà indispensabile per l'attività del laboratorio di Radiofarmacia, cioè questi prodotti nuovi che sono radiofarmaci e vengono prodotti in sito, e che darà all'azienda 10 dosi gratuite per fare dieci esami dal punto di vista assistenziale e due dosi per la ricerca. Tutto questo per utilizzare una tecnica diagnostica innovativa che si chiama PET TC, che per adesso non esiste sul territorio regionale, e per la quale c'è una richiesta fortissima.

Ovviamente il privato da questo punto di vista pensa di poter utilizzare le dosi in più localmente quando si insedieranno le altre PET TC per poterle vendere all'interno della nostra Regione o nelle Regioni circostanti, sapendo bene che la durata di vita del radiofarmaco di due ore.

Questo credo che sia un esempio di gestione trasparente e sana. Siamo

sempre andati avanti senza fermarci a primo ostacolo.

A giugno 2008 dovremmo aver completato l'opera in cui avremo circa 500 posti letto, 150 di day hospital e 126 posti letto della cosiddetta catena della cronicità.

L'ambizione di questo policlinico che è condivisa dalla Facoltà di Medicina è che per la prima volta il medico che si forma presso la facoltà è un medico che ha vissuto tutte le fasi del percorso assistenziale, dalla medicina generale alle alte specializzazioni.

D.) Il Policlinico Universitario di Tor Vergata ha uno status differente rispetto ad altre aziende sanitarie che lavorano nel sistema sanitario regionale, può spiegarci questa differenza?

R.) La Facoltà di Medicina forma i medici e altre professioni, un'area di formazione molto elevata e molto importante. Oggi nel servizio sanitario nazionale operano a rapporto di dipendenza complessivamente tra medici, personale infermieristico, tecnici, di riabilitazione e amministrativi, circa 800mila persone. Sono tutti dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Se la facoltà di medicina deve formare evidentemente esiste una sentenza della Corte Costituzionale che asserisce e quindi vincola all'attività formativa l'attività assistenziale. Ciò significa che l'attività assistenziale dovuta è formativa. Una volta che queste lauree sono professionalizzanti non sono lauree teoriche, questo perché il laureando deve aver potuto esercitare, lavorare, fare le prestazioni che servono a completare il suo processo formativo.

Si sviluppa un volume di prestazioni, remunerate come sono dal servizio sanitario nazionale e regionale, a mio parere però dovrebbero essere imputate in un'area di bilancio che è quello della formazione. Per questo motivo il volume di prestazioni assistenziali dovrebbero essere retribuite in più rispetto

al fondo sanitario nazionale. Questo consentirebbe a Roma e alla Regione Lazio di avere un riconoscimento in modo tale che possa esserci per questo specifico caso, basta ricordare la presenza sul nostro territorio di cinque Facoltà di Medicina, cioè produce 5 volte medici e tecnici. Una volta che viene riconosciuta l'attivazione della Facoltà va allora riconosciuta una spesa per assistenza sanitaria che è in più a carico delle Aziende. Questo consentirebbe di avere un bilancio finalizzato della parte del fondo sanitario regionale delle attività didattiche assistenziali e si potrebbe comunque realizzare una specificità della Regione Lazio.

D.) Lei, Prof. Bollero, è passato dalla Giunta Regionale, guidata da Piero Badaloni, ai cinque anni di Francesco Storace, fino ad arrivare a Piero Marrazzo. In questi anni è sempre rimasto al suo posto, compito non facile, per cui ci vuole un'alta professionalità, e un riconoscimento sia dalla parte civile che da quella politica.

R.) Apprezzo molto i suoi commenti, ma il merito è di tutto il personale che lavora con qualche elemento di sofferenza ma con una grande condivisione. Nel tentativo di coinvolgere tutti in questa avventura ho sempre detto ai miei collaboratori che stiamo costruendo un pezzo della storia di Roma, Noi abbiamo insieme alla mia piccola squadra instaurato una competizione dentro la Regione Lazio, una parola, umanizzazione. Prendersi cura della persona. Nel nostro logo, ad esempio, c'è da una parte l'alloro il simbolo della scienza e del sapere, e dall'altra l'uomo.

Come abbiamo fatto? Facendo bene il nostro lavoro, ognuno di noi ha le sue idee politiche ma quando serviamo le istituzioni siamo dei tecnici al servizio delle istituzioni. Noi cerchiamo di lavorare bene.

Crediamo di poter dimostrare che un servizio pubblico è affidabile e può essere competitivo con qualsiasi tipo di struttura privata. Ovviamente con delle sofferenze dal punto di vista economico e finanziario. Sono convinto però che se da una parte si punta alla qualità dell'assistenza che significa un certo numero di medici, di infermieri, di amministrativi, e che ognuno di loro è sicuramente partecipe di un'attività e di una funzione che è essenziale per la salute, sono sicuro che le risorse economiche comunque si troveranno. Per questo non mi preoccupa se il mio Direttore Amministrativo mi incita a rivedere dei capitoli di spesa sul personale o per il comfort ospedaliero, lui ha ragione ma in qualche misura lo coinvolgo dicendo che intanto cerchiamo di dare la migliore assistenza ai pazienti, e poi dimostreremo che queste tariffe non sono adeguate ai livelli di assistenza che tutti noi vorremmo. Il problema è la questione dei Drg, che sono fermi dal 1996 e rivedere le tariffe. Noi facciamo circa 30 milioni di euro per il totale delle nostre prestazioni ambulatoriali, due di questi 30 milioni sono per le visite ma su quei due milioni che noi produciamo ci rimettiamo 8 milioni. Questo è naturale quando una visita viene pagata 13 euro, vuole dire che qualcuno ci deve rimettere.

Questo non è un problema che deve interessare il cittadino, deve interessare noi e le istituzioni ed è un problema generale che va rivisto. Il cittadino deve essere solo più responsabile, la dove può contribuire alla spesa in maniera trasparente ed equilibrata.

- o -

**Prof Giovanni Simonetti
(Direttore Dipartimento di
Diagnostica per Immagini,
Imaging Molecolare, Ra-
diologia Interventistica e**



Radioterapia)... la sanità pubblica romana non deve andare sempre a verificare al nord qualcosa di nuovo, io sono fiero del mio dipartimento, della tecnologia, della professionalità che ci sono, e penso di avere il miglior dipartimento di diagnostica per immagini della chirurgia interventistica che c'è in tutta Italia..

D.) Il Prof. Giovanni Simonetti sta portando avanti in tutta Italia una grande battaglia: le procedure della radiologia interventistica. Nessuno sapeva che a Roma si stava sperimentando questo tipo di radiologia e qualche giorno fa abbiamo mandato un cittadino del Lazio a fare una Pet a Bologna con rimborsi più o meno certi quando Tor Vergata può fare scuola. Da quanto tempo sta portando avanti quello che ancora voglio chiamare "esperimento" ma che non è più tale perché credo che lei abbia fatto più di 250 interventi ?

R.) Innanzi tutto una premessa. Se parliamo di Radiologia Interventistica dobbiamo pensare che è un qualcosa che nasce all'inizio degli anni 70. Io stesso ho iniziato in quegli anni, quindi non si può parlare di una cosa sperimentale. Per quanto riguarda il problema specifico del salvataggio d'arto, noi ce ne occupiamo esattamente da quattro - cinque anni, cioè da quando, aperto il Policlinico Tor Vergata, si sono riunite le competenze che riguardavano i Diabetologi, quindi il Dott. Luigi Uccioli, i Radiologi Interventisti che erano già erano adusi al trattamento delle vasculopatie, e poi anche a supporto dell'equipe chirurgica vascolare, che ci vuole ovviamente, perché quando si fanno queste procedure non ci sono solo rose ci sono anche delle spine quindi possibili complicanze. Per quanto riguarda il salvataggio d'arto del piede diabetico è

una procedura che abbiamo iniziato circa cinque anni fa, abbiamo trattato più di 250 casi con successo terapeutico notevole, abbiamo limitato il numero di amputazioni che si hanno in questi malati ad un numero veramente esiguo e oggi possiamo dire che almeno 15 – 20 pazienti con piede diabetico, e quindi con lesioni ulcerative, trofiche, di vario grado che potevano andare incontro ad amputazione, noi l'abbiamo evitata con la ricanalizzazione. Cosa si intende per ricanalizzazione? Si intende il procedere attraverso delle guide particolari, dei cateteri a palloncino, a riaprire in maniera diretta o creando un "lume" cosiddetto "falso" quindi una dissecazione della parete, un nuovo tramite, gonfiando questi cateteri a palloncino si crea una strada che porta il sangue alla periferia, che quindi porta a rivascularizzare il piede. Ciò evita il progredire della malattia, ossia le ulcere, le necrosi, l'amputazione delle dita, dell'avampiede, sino ad amputazioni più o meno alte come quelle di ginocchio, di cosce, ecc. Questa procedura è molto delicata, potremmo assimilarla ad un lavoro artigianale come possono fare quelli che lavorano con la filigrana, un lavoro difficile, il rientrare in questi vasi estremamente tortuosi, rigidi, ci vuole del materiale idoneo ovviamente, ci vuole una capacità manuale notevolissima, io ho un'equipe di persone che sono "capitanate" dal Dott. Roberto Gandini che è il mio primo aiuto, una persona molto capace, è cresciuto con me e vive con me da quando si è laureato ed è una persona di cui io mi fido totalmente, poi c'è il Dott. Enrico Pampana, c'è il Dott. Sebastiano Fabiano, c'è il Dott. Carlo Reale, c'è il Dott. Alessio Spinelli, tutta una squadra. Poi ci sono dei "lupetti" come li chiamo io, ossia dei giovanissimi, questi che ho nominato sono giovani perchè hanno 35 – 40 anni

ma sono più anni che lavorano con me, mentre abbiamo delle nuove leve che sono ancora più aggressive e che chiaramente usufruiscono del know-how di quelli che li hanno preceduti, dal sottoscritto a quelli che ho nominato poco fa. Questo lavoro viene fatto in sala angiografica, noi abbiamo delle sale che sono equiparabili a due camere operatorie, sterile, con flussi laminari quindi con la possibilità di sterilizzare l'ambiente in maniera totale, lampade germicide, percorsi per il lavaggio degli operatori prima dell'accesso in sala, una cosa estremamente moderna e funzionale. Questa procedura avviene grazie ad una mappatura che normalmente noi otteniamo preliminarmente sia con la valutazione ecocolor Doppler sia con un esame che si chiama angio-Rm, cioè un'angiografia in risonanza magnetica. Abbiamo quindi una strada che conosciamo, una "pianina" attraverso la quale sappiamo dove poter passare anche bypassando delle eventuali ostruzioni o eventuali deviazioni che ci possono essere. Ovviamente ciò viene fatto, come dicevo, in maniera "artigianale", punto per punto. Fatta questa strada il sangue arriva alla periferia e quindi il fenomeno della nutrizione migliora, la vascolarizzazione porta ossigeno e quindi l'arto si salva nella maggior parte dei casi, questa è una delle tante procedure della chirurgia interventistica che noi facciamo.

D.) Quale sostegno viene fornito alla sua struttura, dall'Università, dalla Regione Lazio e dallo Stato?

R.) Prima di rispondere alla sua domanda devo dire un dato statistico estremamente violento. Al di là di quello che noi stiamo facendo, stiamo cercando di spingere che anche altri centri romani e del Lazio si portino a fare questo tipo di procedure di salvataggio d'arto nel piede diabetico, parlo di cen-

tri come il San Giovanni, il San Camillo, il Policlinico Umberto I, il Sant'Eugenio, centri dove è possibile soddisfare la necessità e l'esigenza, anche al Sant'Andrea c'è un ottimo operatore che è della nostra scuola che lavora in questo senso, comunque sia al di là dello sforzo ogni anno nella Regione Lazio vengono amputate circa 500 persone per il problema del piede diabetico. Ora rispondo alla sua domanda: quello che mi dà come supporto la mia struttura e quello che mi dà come supporto la Regione. La mia struttura è guidata da un illuminato Direttore Generale che ha la grande fortuna di essere un medico, e quindi come medico capisce e conosce i problemi dal punto di vista dell'"addetto ai lavori".

D.) Parliamo del Prof. Bollero?

R.) Sì, parliamo del Professor Enrico Bollero. Lui ha visto subito in questo problema una delle questioni che poteva essere sviluppata dall'ospedale essendo questo un nuovo ospedale che funziona da cinque anni. Ha messo insieme su un'equipe di Diabetologi, di Radiologi Interventisti, e di Chirurghi Vascolari, nonché Anestesisti, rianimatori, un'equipe specialistica che si occupa specificamente del piede diabetico. La Regione ha individuato in Tor Vergata un centro di malattie alterosclerotiche, e che in effetti parlando di piede diabetico la patologia è poi sui vasi e si espleta sull'arteriosclerosi. In questo centro chi si occupa in maniera specifica della problematica del diabete è il Professor Luigi Uccioli, quindi in effetti la Regione Lazio è molto sensibile a questo tipo di problema ma, come ho già detto, la gravità che sottende il problema stesso sono questi 500 amputati, noi dovremmo evitare queste amputazioni e soprattutto che la Regione Lazio se ne faccia carico per soddisfare l'esigenza di pazienti che vengono anche dal centro-sud d'Italia.

D.) Da un po' di tempo si è parlato di creare a Tor Vergata un Centro di Riferimento Nazionale per il Diabete del piede ed è stata anche nominata una commissione che a quanto ci risulta ma poi non si è più riunita, come mai?

R.) Io non posso rispondere.

D.) Io conosco la sua battaglia Professore, non cerco colpevoli ma avendo vissuto all'interno di questa struttura capisco l'urgenza e condivido pienamente la sua battaglia, è una battaglia che però non si deve fare domani ma bensì ieri.

R.) Sì, ha ragione, io ho avuto la fortuna di conoscere l'Assessore regionale alla sanità Augusto Battaglia, con cui non ho avuto grandi frequentazioni ma da quello che ho potuto vedere non mi sembra una persona insensibile e non attenta a determinati problemi, l'ho sempre conosciuto indirettamente perché lui si è occupato di disabili con un'associazione, la Capodarco, con la quale ho lavorato, perché questi ragazzi sono stati miei collaboratori nella cura dei referti, amministrativa, di organizzazione del mio dipartimento sia quando stavo al Sant'Eugenio sia ora al Policlinico Tor Vergata. L'assessore è una persona che si occupa sensibilmente di disabili, a maggior ragione o almeno con lo stesso interesse si dovrebbe interessare dei diabetici e di quello che potrebbe essere una problematica sociale così devastante. Noi non abbiamo chiesto di fare un centro o di fare qualcosa senza avere prima un know-how, penso che oggi noi ce lo abbiamo e anzi qualcuno ce lo invidia e non solo a Roma, quando presentiamo i nostri risultati in convegni internazionali ho visto che sono molto apprezzati. Penso che ci sia interesse da parte della Regione Lazio e anche da parte dell'Assessore Battaglia e del Presidente Marrazzo, che è una persona sensibile ed intelligente, a

sfruttare quelle che sono considerate "il fiore all'occhiello", la sanità pubblica si deve fare per professionalità e questa è un'occasione da sfruttare. Prima facevamo riferimento al problema Pet TC, oggi l'equipe che io dirigo per inciso stiamo finendo di installare la seconda macchina TC Pet, facciamo dodici pazienti al giorno e arriveremo a farne ventiquattro al giorno di media, so che hanno iniziato anche al Sant'Andrea lavorano un po' poco ma aumenteranno anche lì, la sanità pubblica romana non deve andare sempre a verificare al nord qualcosa di nuovo, io sono fiero del mio dipartimento, della tecnologia, della professionalità che ci sono, e penso di avere il miglior dipartimento di diagnostica per immagine della chirurgia interventistica che c'è in tutta Italia, senza modestia. Nel caso specifico del centro del salvataggio del piede diabetico penso che debba essere una battaglia del Presidente della Regione Lazio, dell'Assessore alla sanità della Regione Lazio, senza escludere il mio Direttore Generale.

D.) Confermo che c'è la volontà dell'Assessore della Regione. Ritengo di aver visto con i miei occhi come al Policlinico di Tor Vergata ci sia il miglior reparto di radiologia esistente nella Regione Lazio.

R.) Sono battagliero per carattere consideri che faccio questo mestiere dagli anni 70, la chirurgia interventistica l'abbiamo iniziata io, Livio Rossi, e Roberto Passariello, i famosi "tre moschettieri" al Policlinico Umberto I. Feci nel 1973 la prima angioplastica di un'arteria iliaca in un sarto di Ascoli Piceno che mi mandò il clinico del Policlinico Umberto I, Giuseppe Giucchi, sapeva che ero stato negli Stati Uniti e avevo imparato questa tecnica di angioplastica,

quindi di dilatazione delle arterie, e già da allora facevo le angioplastiche. Per quanto riguarda il problema della famosa commissione per il piede diabetico la mia preoccupazione è che questa commissione venga fatta da persone capaci, non mi sto auto-candidando a fare il presidente della commissione...

D.) Lei è già nominato in quella commissione

R.) A me non risulta, non lo so, non ho alcuna necessità di entrare in una commissione, magari se credono in qualche mia capacità specifica sarò ben lieto di poter indirizzare, individuare e suggerire nominativi di persone valide che si occupino di questo per me.

D.) Per concludere, lei crede nel futuro di questa scoperta anche se è trentennale?

R.) Nel caso specifico del salvataggio d'arto assolutamente sì, questo lo abbiamo fatto con un lavoro scientifico, curato, sia dall'economia sanitaria della nostra facoltà di medicina sia dal dipartimento di medicina interna, sia dal gruppo dei miei collaboratori abbiamo dimostrato con i numeri che questa storia del salvataggio d'arto del piede diabetico è una storia molto positiva, mi batterò sino alla morte per tutti gli arti che potranno essere salvati e non amputati.

- o -

Prof. Luigi Uccioli (Presidente Società Italiana Diabetologia Regione Lazio)...

Noi abbiamo sensibilizzato la classe politica regionale per promuovere dei progetti ad hoc, perché pensiamo che il valore stabile di amputazioni che si registra da dieci anni sia essenzial-



mente qualcosa da modificare. Per farlo è necessario un progetto, condividere dei protocolli, dei centri specializzati e monitorare tutto quello che avviene..

D.) Prof. Uccioli ci può illustrare il reparto di Diabetologia di Tor Vergata partendo dal prossimo futuro: un centro unico regionale per il Diabete e un centro di riferimento per l'Italia meridionale per il diabete del piede?

R.) Il diabete è una malattia che coinvolge sempre un numero elevato di persone e visto che in Italia mediamente è ben curato si muore di meno e si vive di più con il diabete questo significa che le complicanze cardiovascolari che importantissime sono le più frequenti e sono piuttosto gravi. Tra queste le complicanze a carico degli arti inferiori dove evidentemente una riduzione del flusso di sangue comporta tutta una serie di problemi tra cui quello finale del rischio di amputazione. Noi a Tor Vergata abbiamo sviluppato un programma di lavoro integrato con i colleghi di radiologia interventistica, i chirurghi vascolari, con gli ortopedici con la struttura dell'ospedale nel suo insieme per offrire un trattamento integrato di questa complicanza essendo il problema del piede che può essere visto da tanti punti di vista noi qui lavoriamo perché il paziente possa aver una persona che lo segue durante il percorso fino alla guarigione.

D.) Il Policlinico di Tor Vergata fa anche ricerca. Quali sono i vostri progetti?

R.) Sì, è uno dei progetti. Noi abbiamo sensibilizzato la classe politica regionale per promuovere dei progetti ad hoc, perché pensiamo che il valore stabili di amputazioni che si registra da dieci anni sia essenzialmente qualcosa da modificare. Per farlo è necessario un progetto, condivi-

dere dei protocolli, dei centri specializzati e monitorare tutto quello che avviene.

D.) Quanti sono i casi di diabete nel Lazio, e nel particolare del diabete al piede?

I casi di diabete nel Lazio sono a 3,5% della popolazione, quindi circa 120mila persone, la complicanza del piede è presente nel 10% della popolazione ambulatoriale. Il problema grosso è che molto spesso le lesioni sono trascurate e i pazienti si rivolgono a noi molto tardi. Pensano di poter risolvere il problema con delle creme e tirare avanti. Un intervento precoce può permetterci di salvare il piede, un intervento dal vivo non permetterci di fare niente.

D.) Qual'è la situazione delle liste d'attesa nel vostro reparto?

R.) Purtroppo essendo un reparto specializzato le liste d'attesa sono abbastanza significative, quindi noi cerchiamo il più possibile i tempi di ricovero ma c'è anche una richiesta da fuori regione

D.) Possiamo dire che essendo Tor Vergata un policlinico universitario il suo reparto è un punto d'eccellenza in tutto Italia?

R.) La tradizione del nostro reparto nella cura del piede diabetico è più che ventennale. Io stesso sono stato coordinatore del gruppo di studio della Società Italiana di diabetologia nonché tesoriere del gruppo europeo del piede. Pubblichiamo tantissimo nel settore scientifico. In realtà essendo entusiasti del lavoro che facciamo vorremmo avere più opportunità e fare di più.

D.) Prof Uccioli lei lavora a stretto contatto con la Radiologia Interventistica, come viene sostenuto, seguito, e quali potrebbero essere i risultati di questa nuova specializzazione che ha pochi anni di vita?

R.) Con il Prof. Simonetti dividiamo la cura dei pazienti,

lui si occupa della parte della rivascolarizzazione, io ho l'incombenza che viene prima quella di caratterizzare i pazienti che devono essere rivascolarizzati e di seguirli dopo fino alla guarigione. Quello che c'è da dire è che il progresso della Radiologia Interventistica è sicuramente un'opportunità aggiuntiva considerando il numero di pazienti. Se consideriamo che sono passati dieci anni dai dati che abbiamo illustrato, ma andando indietro nel tempo non ci sono variazioni. Sostanzialmente la Chirurgia vascolare non c'è la fa come carico di lavoro a rispondere la numero di richieste che arrivano dai medici e dei pazienti diabetici. Questo significa che la Radiologia Interventistica offrendo una metodica più semplice meno aggressiva e meno invasiva fruibile anche da pazienti in condizioni non ottimali, è una metodica che ci permette di trattare più pazienti e qui a Tor Vergata noi abbiamo avuto più di 200 pazienti. Ovviamente aumentando il numero noi possiamo pensare che un numero sempre maggiore di pazienti ne possa trarre beneficio.

D.) Perché il Lazio ha dei posti sparpagliati di Diabetologia e non si è mai pensato di centralizzare le cure in un'unica struttura magari qui a Tor Vergata visto il vostro ottimo lavoro sul campo?

R.) Sicuramente è una scelta politica. Ogni struttura ospedaliera cerca di organizzare la propria realtà. Importante è che le tante strutture lavorino in collaborazione, ogni centro deve valutare appieno quali sono le possibilità che può offrire e poi eventualmente rivolgersi a delle strutture adeguate la dove non riesce ad aiutare il paziente. Un discorso che dovrebbe essere fatto a 360 gradi.

* * *