

ORE12 SANITÀ

ITALIA

**L'obiettivo europeo
di Confimi Sanità**

**Alcol, giovani
sempre più a rischio**

**Come contrastare
l'emergenza obesità**

**Perché non siamo
un Paese per anziani**

**COSI' L'ISS
CI TUTELA LA SALUTE**



HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

**LAMS montato su un sistema
di rilascio con elettrocauterizzazione
(procedura one-step)**



*Il sistema di rilascio intuitivo rende la procedura
di drenaggio ecoguidato semplice, agevole e sicura*

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE S.r.l.

ENDOASCULAR SERVICE

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma

Partita IVA 09175331009

E-mail info@endoser.it

PEC endovascularservice@pecposta.it

Tel. +39 06 3629081

Certificazione ISO 9001 2015



Hic et nunc

L'Italia è già spaccata, fare di peggio è difficile

di *Pietro Romano*



I clan camorristici napoletani hanno messo le mani anche sulle liste d'attesa ospedaliere. Lo dimostra una inchiesta di carabinieri e direzione della procura di Napoli dalla quale scaturisce che il potente clan Contini in cambio di denaro rivoluzionava anche le visite e gli accertamenti medici nelle strutture pubbliche.

Un segnale preoccupante. Per il fatto in sé: l'ennesima infiltrazione delinquenziale in un settore delicato della società. E anche perché la grande criminalità organizzata percepisce gli umori generali e si inserisce nei mercati offrendo merci tanto rare quanto (economicamente, socialmente, politicamente) preziose. E in Italia in generale, e nel Sud in particolare, il problema delle liste di attesa, grave da sempre, gravissimo da qualche anno, sta assumendo contorni da paura tanto più dopo i ritardi derivati dall'esplosione del Covid tra il 2020 e il 2022.

A mettere nero su bianco numeri aggiornati da accapponare la pelle è una indagine condotta da Federconsumatori e Federazione Isscon diffusa di recente. Una indagine dalla quale vengono fuori picchi vergognosi: si va dai 176 giorni per una visita oncologica a un sospetto di tumore a Crotone ai 612 giorni per una visita endocrinologica a Messina, dai 545 per un'ecografia all'addome a Milazzo ai 735 giorni per un'eco doppler cardiaco a Napoli. Oltre ai picchi, il problema

è che la quotidianità è complessivamente insoddisfacente. In buona parte del Mezzogiorno ma anche in altre aree d'Italia. Poi al Sud quasi sempre grandina quando altrove piove. E' un dato di fatto frutto di tante ragioni principalmente politiche, ma anche sociali, e non di oggi. Tutt'altro. Quindi pare assurdo che all'improvviso si lanci l'allarme per un provvedimento del governo (l'autonomia differenziata) che spaccherebbe l'Italia quando l'Italia è evidentemente già spaccata. E altrettanto evidentemente la spaccatura è stata creata, anche con la riforma del Titolo Quinto della Costituzione, della quale il disegno di legge sull'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario punta proprio a definire l'attuazione. Allargherà la crepa questo provvedimento? Non si sa. Lo scopriremo solo vedendolo applicato perché si inserisce in una cornice ampia. E se sarà ancora maggiormente dannoso del pezzo di riforma già applicata sarà il caso (è quanto spero) di abrogare tutt'assieme riforma di centro-destra e di centro-sinistra.

Come degli effetti nefasti dei tagli ai fondi sanitari, che durano da una dozzina di anni, in molti sembrano accorgersi solo ora così sta capitando anche per i problemi creati dal federalismo pasticcione all'italiana. Sulla sanità perlomeno il discorso è invece più sfaccettato.

Segnali di crisi dei servizi sanitari pubblici attraversano diversi Paesi europei, buona parte se non quasi tutti quelli, in particolarità, dove la gratuità e l'universalità sono più estesi.

Detto questo, come ha evidenziato Paolo Vineis (professore ordinario di epidemiologia all'Imperial College di Londra e Accademico dei Lincei, esperto di sistemi sanitari), il Servizio sanitario nazionale italiano rimane uno dei migliori del mondo, come si evince dai buoni livelli di speranza di vita e di altri indicatori della salute. Ma il sistema, anche per un certo consumismo sanitario e per una sacrosanta ricerca della salute che però assume anche atteggiamenti parossistici, ha bisogno come minimo di una profonda verifica. E' evidente che per affrontare le sfide del futuro sarà necessario concentrarsi di più sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute con uno sforzo più concertato per comprendere e affrontare i molteplici fattori sociali, ambientali ed economici che sono alla base delle disuguaglianze. Un finanziamento incrementale dovrebbe invece essere destinato alle regioni che si trovano al di sotto degli standard di performance ma con un controllo attento e continuo sulle politiche di ripresa. Ma la politica sembra in altre faccende affaccendata, purtroppo.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Direzione Web e Social

Annachiara Albanese
direzioneweb@ore12web.it

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Maria Concetta Di Mario è giornalista

Satya Marino è giornalista

Danilo Quinto è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di una giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Federica Troiani è giornalista

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via degli Orti della Farnesina, 9/A
00135 Roma
tipografiabrandisnc@gmail.com

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu - privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

Warning

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi diritto non raggiunti o impossibili da rintracciare



Publicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione tribunale di Roma n. 229 del 7/12/2016
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

1 HIC ET NUNC

5 LA LETTERA

7 CHIRURGIA
VASCOLARE

11 CONFIMI

13 ALCOL
E SALUTE

17 OBESITÀ

21 NON SIAMO UN
PAESE PER ANZIANI

23 ISS

27 IL CASO
LOMBARDIA

SOMM



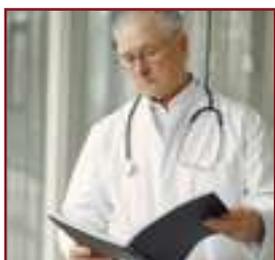
29

PRONTO SOCCORSO IN CRISI



39

ANTIBIOTICO RESISTENZA



33

I PIÙ ANZIANI
D'EUROPA

41

GLIOBASTIOMA

35

PROBLEMI
DELLA SANITÀ



43

DUE MALATTIE
RARE

37

EPATITE
E TUBERCOLOSI

46

ABUSI SUI MINORI

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:





VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS



LASER - VAPORIZE PLAQUE

Laser ad eccimeri con tecnologia comprovata da oltre 20 anni di esperienza clinica, semplice e versatile, con applicazioni nelle procedure di interventistica coronarica, di interventistica vascolare/chirurgia vascolare e di elettrofisiologia interventistica.

See clearly. Treat optimally.

CONTATTACI



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

• NUMERO 3 •



Dopo l'ennesima aggressione che si è verificata in un Pronto Soccorso, quello dell'Ospedale di Venere di Bari, alla fine del mese di aprile, il presidente dell'Ordine dei Medici ha auspicato che accanto al percorso delle vie legali – che in base alla legge 113 del 2020 le aziende ospedaliere possono avviare anche senza presenza di querela di parte – ed all'inasprimento delle pene, venga introdotta la figura del mediatore culturale, che dialoghi con i pazienti e le famiglie per spiegare la situazione e prevenire le occasioni di conflitto.

La situazione è del resto gravissima e merita interventi urgenti. Nello scorso mese di marzo, ANAAO ASSOMED ha sottoposto ai suoi iscritti un sondaggio, dal quale è emerso che i due settori a maggior rischio di aggressione sono la Psichiatria e i Pronto Soccorso. Nei dipartimenti di emergenza sono soprattutto i parenti ad aggredire il personale, scaricando su questo i disagi che le Aziende sanitarie vivono: il sovraffollamento, la carenza di posti letto e di personale. Nei reparti di Psichiatria è il paziente ad aggredire, in condizione di crisi psicopatologica, quando non è ancora compensato dalla terapia farmacologica o quando è in uno stato di intossicazione da sostanze. Negli ultimi anni le diagnosi psichiatriche sono aumentate notevolmente, mentre i medici psichiatri sono diminuiti e sono stati chiusi servizi territoriali. L'81% degli intervistati ha riferito di essere stato vittima di aggressioni fisiche o verbali. Le aggressioni sono compiute nella metà dei casi (51,3%) dal paziente, mentre i parenti sono responsabili del 42,3% degli eventi. Il dato ancor più sconvolgente è che il 69% dei sanitari non denuncia l'aggressore, soprattutto per la sfiducia che essa possa portare ad un risultato concreto. Nel 26% dei casi sono state attivate le forze dell'Ordine, mentre il 73% dei sanitari gestisce le violenze da solo o con l'aiuto di colleghi. Il 29% degli intervistati ha dichiarato di essere a conoscenza di casi di aggressione da cui ne è scaturita l'invalidità permanente o il decesso. Per oltre la metà degli intervistati, la causa non è attribuibile direttamente all'aggressore. Infatti, il 31,4% individua il defianziamento del SSN come causa principale, per il 16,7% le carenze organizzative e per il 6,7% la carenza di comunicazione. Il 35,5% invece attribuisce le aggressioni a fattori socio-culturali, di deprivazione sociale o di svilimento del ruolo del medico.

Sono due le forme di deterrenza per arginare questo fenomeno: finanziamenti adeguati del SSN, che potenzino i servizi di Psichiatria e di Pronto Soccorso e i posti letto, oltre a consentire nuove assunzioni; la protezione degli operatori sanitari, soprattutto nei Pronto Soccorso, da parte di personale professionale addetto alla sicurezza.



Soteria
Medical



Prokast

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma
Email info@prokast.it
Tel. 0636290832

ECCELLENZE in chirurgia vascolare

di Danilo Quinto

GIAN FRANCO VERALDI



I Professor Gian Franco Veraldi ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università "La Sapienza" di Roma, specializzandosi in seguito con lode in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso e in Chirurgia Vascolare. Ha quindi conseguito l'Abilitazione Scientifica Nazionale alle funzioni di Professore Universitario di II Fascia nei Settori Concorsuali 06/C1 - Chirurgia Generale e 06/E1 Chirurgia Cardio-Toraco-Vascolare. Ha conseguito i Diplomi di Master EMMAS XII (Executive Master in Management delle Aziende Socio-Sanitarie e Socio-Assistenziali) presso la Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Commerciale "Luigi Bocconi" di Milano,

DAL SAPERE ACCADEMICO
ALL'INNOVAZIONE CLINICA:
UN VIAGGIO TRA FORMAZIONE,
RICERCA E PRATICA CHIRURGICA
DI ALTO LIVELLO

il Certificato di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa e l'Attestato di Formazione Manageriale per Direttori Generali presso la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica della Regione Veneto. Risulta iscritto nell'elenco degli abilitati al ruolo di Direttore Sanitario della Regione Veneto. Nel 1989, 1996, 2001, 2002 e 2017 ha trascorso periodi di studio all'estero lavorando negli Stati Uniti, in Francia e nel Regno Unito. Dal 2015 è Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. È Segretario della Consulta dei Primari dell'AOUI di Verona ed è stato nel Consiglio Direttivo del Collegio Nazionale dei Primari di



Chirurgia Vascolare. Dal 1988 ad oggi ha eseguito, in elezione e in urgenza, circa 8.500 interventi chirurgici, di cui oltre 6.000 da primo operatore. In particolare, nel settore della Chirurgia Vascolare ha eseguito circa 2000 ricostruzioni aortiche, oltre 2.000 rivascolarizzazioni periferiche e oltre 1.500 rivascolarizzazioni cerebrali, con tecnica chirurgica tradizionale e con metodiche endovascolari o ibride. È Professore a contratto (SSD MED 22) presso le Scuole di Specializzazione di Chirurgia Vascolare dell'Università degli Studi di Padova e presso le Scuole di Specializzazione in Ortopedia, Cardiocirurgia e presso il Corso di Laurea in Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona. È Autore di 217 Pubblicazioni Scientifiche con H-Index=18, Reviewer per le più importanti Riviste Mondiali di Chirurgia Vascolare, fa parte dell'Editorial Board del Journal of Vascular Surgery Cases Innovations and Techniques ed è socio di numerose Società Chirurgiche e Scientifiche Nazionali e Internazionali.

“Mi scusi, ma oggi è una mattinata dedicata alle visite”.

Di che cosa si trattava in questo caso?

“Era un grosso aneurisma dell'aorta addominale, iuxta-renale. Il paziente è portatore di una “shaggy aorta” cioè un'aorta “spazzatura”, contenente un'enorme quantità di trombo murale. In un altro Ospedale di un'altra Regione era stato proposto un trattamento endovascolare, che io assolutamente non farò. Procederò con un trattamento chirurgico aperto, perché in questo caso se si

procedesse con guide, introduttori e cateteri, si correrebbe il rischio di causare degli emboli, mobilizzando i trombi che possono anche uccidere il paziente. In questo caso, bisognerà fare un campaggio sovrenale, fare la perfusione con Custodiol di entrambi i reni e ricostruire tutta l'aorta dalle renali fino alla biforcazione delle arterie iliache, facendo quindi un innesto protesico aorto-bisiliaco. Un intervento molto impegnativo, che nell'Unità Operativa che dirigo sappiamo eseguire molto bene. Consideri che ogni anno operiamo circa 150 pazienti affetti da questa patologia”.

Qual è l'importanza della diagnosi precoce?

“È fondamentale, perché l'aneurisma dell'aorta è una malattia assolutamente silente e quando provoca disturbi, purtroppo “i buoi sono già scappati”, nel senso che di solito la diagnosi è occasionale, a seguito di un'ecografia che viene eseguita abitualmente per altri motivi. Per esempio, nel caso di una donna, se ha dolori pelvici, nel caso di un

uomo se ha dolori addominali, magari provocati da una sospetta calcolosi della colecisti. Il paziente di questa mattina, ad esempio, sapeva di avere l'aneurisma perché aveva fatto un'ecografia consigliata dall'Urologo per problemi alla prostata. Quando l'aneurisma viene trovato, il paziente va educato a fare il monitoraggio, perché non sempre si ha un'indicazione immediata all'intervento chirurgico: si deve fare periodicamente un'ecografia e quando l'aneurisma raggiunge la dimensione di 5-5,5 cm. si passa ad un esame TAC, in modo tale da avere la “cartina stradale” per poter procedere con l'intervento chirurgico”.

Lei parlava un momento fa del trattamento open. Sono in molti a ritenere che sia un grave problema il fatto che le nuove generazioni di medici non sappiano praticare il trattamento open. Lei è d'accordo?

“Assolutamente sì. È un grosso problema. Tenga presente che nella mia Divisione facciamo ogni anno il 60% di trattamenti endovascolari e un 40% di trattamenti open. Per mia formazione iniziale, arrivo dalla chirurgia open, poi nel corso degli anni ho dovuto aggiornarmi, evolvermi e andare ad imparare tutti i trattamenti endovascolari, fino a quelli più avanzati, in modo tale da fornire al paziente il miglior trattamento possibile. Perché è evidente che se un chirurgo sa fare solo un tipo di intervento, proporrà al paziente esclusivamente quel tipo di intervento che è capace di fare, il che è sbagliato per l'interesse del paziente. Esistono le indicazioni al trattamento chirurgico aperto e quelle al trattamento chirurgico endovascolare. Il chirurgo vascolare moderno deve essere in grado di

poter fornire entrambi i tipi di metodica per il bene del paziente. Sto cercando nella mia Divisione di far crescere i miei Aiuti in modo tale che siano in grado di attuare entrambi i tipi di trattamento”.

La dotazione tecnologica della sua Divisione è sufficiente?

“Come sa la tecnologia è in continua evoluzione e qualsiasi reparto chirurgico è costretto ad adeguare le sue strutture ed ad acquisire gli strumenti per operare che diventano sempre più sofisticati. La dotazione di cui ci avvaliamo ci consente di svolgere interventi di altissimo profilo”.

A suo avviso, in Italia vengono valorizzate le eccellenze come la sua? Faccio questa domanda perché dal suo curriculum si evince che lei conosce molte realtà di altri Paesi.

“Per quanto mi riguarda sono assolutamente contento. Ritengo di rappresentare un'eccellenza per l'Università

di Verona e per l'Ospedale dove lavoro e ritengo di essere stato e di essere valorizzato adeguatamente rispetto all'attività professionale svolta. Ho sempre lavorato in reparti universitari e pur essendo ospedaliero di vecchissima data – circa trent'anni – ho sempre avuto ottimi rapporti con l'Università e sono ben felice di lavorare qui a Verona”.

Che impatto ha avuto la pandemia da Coronavirus sul settore cardiovascolare?

Ha creato problemi inenarrabili. Dovevamo pensare agli infetti ed è saltato completamente tutto il sistema di follow-up, i controlli dei pazienti, perché chi aveva un aneurisma dell'aorta non si è più controllato. Mi sono capitati in urgenza pazienti che, sapendo di avere l'aorta rotta, mi hanno detto con un fil di voce 'non ho fatto il controllo'. Il Coronavirus, per lo meno nella prima e nella seconda ondata, aveva un forte tropismo per i vasi ed ho avuto esperienza personale di pazienti che operavamo per ischemia acuta degli arti inferiori che recidivavano in una maniera impressionante. Venivano riaperte le arterie che si richiudevano nel giro di qualche ora. C'è stato un tasso di amputazioni molto importante e fuori dal comune, ma questo non legato al fatto che non fossimo più capaci di operare, a nostre negligenze per intenderci, ma alla virulenza del virus, che ha massacrato un'intera generazione. È stato un dramma. Grazie a Dio ne siamo fuori e ne sono veramente felice”.

Quali sono i problemi principali della sanità italiana?

“Il problema più importante che vedo è relativo alle giovani generazioni. Tra i giovani medici quasi nessuno vuole più fare il chirurgo perché è una professione difficile, che richiede lunghi anni di studio, di sacrifici e di acquisizione delle metodiche d'intervento. E' un mestiere con cui si guadagna poco, si rimane tante notti in piedi, col sacrificio di tanti week-end, con il rischio concreto di ritrovarsi a doversi difendere da denunce che, in oltre il 95% dei casi, documentano assenza di malpractice. Le giovani generazioni sono, nella maggior parte dei casi, evidentemente poco propense ad affrontare una vita di questo tipo. Noi che cerchiamo di formarli, dobbiamo cercare di trasmettere loro la grande soddisfazione di fare interventi importanti, che siano svolti di giorno o di notte. Perché con questi interventi si crea un manufatto artigianale, sia che si faccia in open, sia che venga fatto con la tecnica endovascolare. Si crea un'opera d'arte che è unica per quel paziente. Questi sono gli aspetti positivi di questo mestiere, che è fatto con le mani, per cui ci vuole tanta esperienza, tanta dedizione e spirito di sacrificio. La soddisfazione di dare a questo tipo di malati una prospettiva di vita, tirandoli fuori da problemi che possono pregiudicarla, ridonare il sorriso e la serenità ai malati e ai loro parenti, ripaga di tutti gli sforzi che si possono fare”.



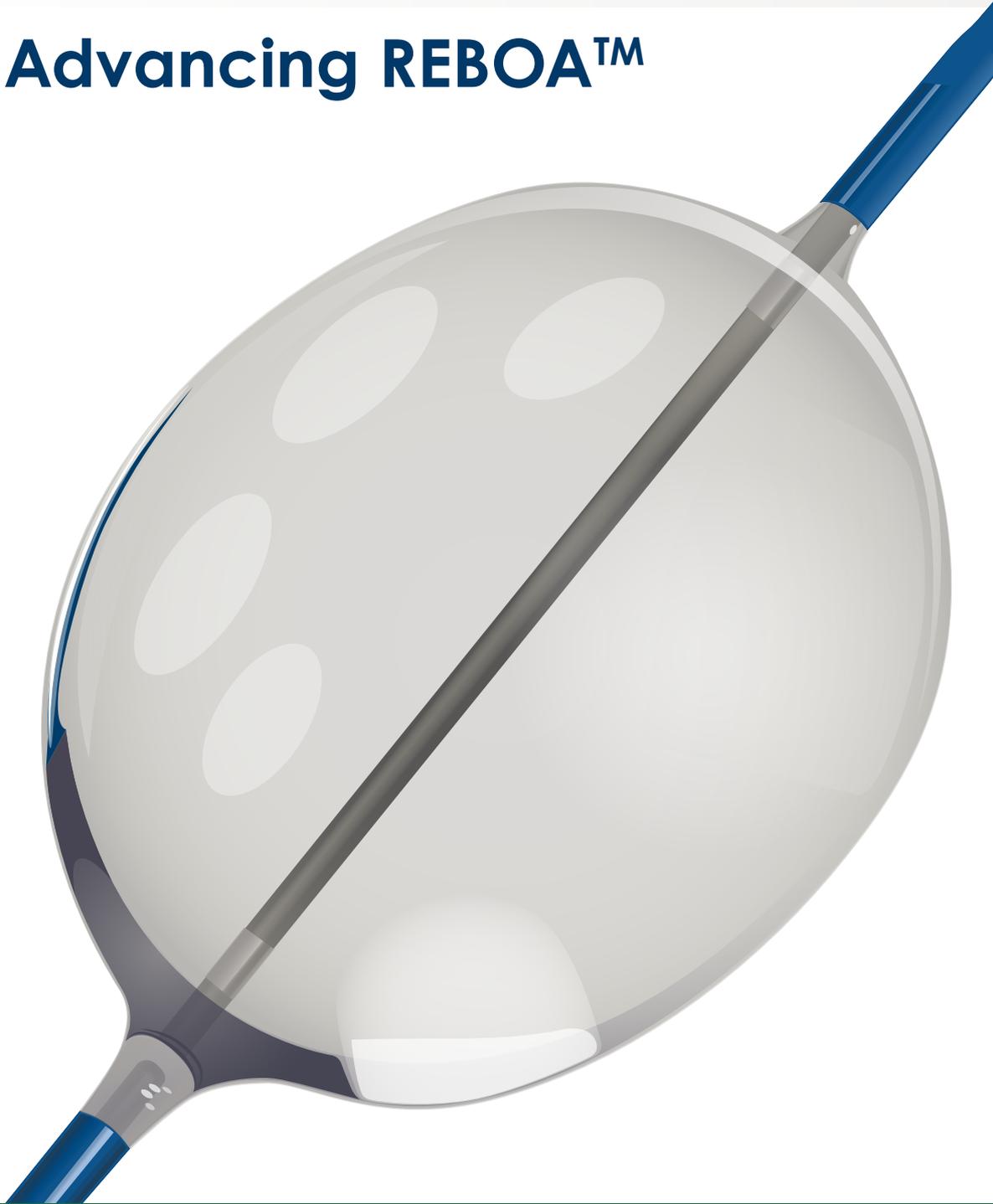


PRYTIME
MEDICAL™

KASTER
Medical Technology

ER-REBOA™ PLUS

Advancing REBOA™



KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma

Certified SQS ISO 9001 2015

E-mail info@kaster.it
Tel. +39 063629081

Partita IVA 04966401004

AGENDA 2030: IL BENESSERE DEL PIANETA PASSA PER LA SALUTE DEI SINGOLI INDIVIDUI

L'obiettivo europeo di Confimi Sanità è anche la salute della manifattura

di Caterina Del Principe

Quando queste righe saranno stampate l'Europa avrà un nuovo Parlamento. I rappresentanti dell'organo legislativo eletti durante le votazioni dei cittadini dell'Unione del 8-9 giugno resteranno in carica per cinque anni, fino al 2029. Appena un anno prima rispetto agli obiettivi dell'Agenda 2030, il programma di Sviluppo sostenibile sottoscritto dai Paesi dell'Onu ormai nove anni fa.

Tra i 17 obiettivi dell'Agenda, il numero 3 recita:

“Assicurare la salute e il benessere per tutti e tutte le età”. Perché il benessere del Pianeta si misura sulla salute dei suoi abitanti. Ma se è così, perché tra i sotto obiettivi del punto compare a più riprese la parola “farmaco” ma non si ha traccia dei “dispositivi medici”?

Proprio l'Ue infatti si è preoccupata di regolamentare il mercato interno dei dispositivi medici. A partire dal 2017 quando è stato sviluppato il Nuovo regolamento





Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità

dispositivi medici che sarebbe dovuto entrare in vigore nel 2020 e che è stato posticipato a causa della pandemia prima al 2021 e poi al 2024. Con alcune eccezioni che prenderanno il via nel 2027 e 2028. Una pluralità di date che di per sé rendono complicata l'applicazione.

Al momento le aziende produttrici – e con loro le forniture per il SSN – stanno subendo un cambio di paradigma: dal 2017 fino a maggio 2021 si è convissuto con le direttive sui dispositivi medici che avevano ben saldi due principi: la tutela della salute pubblica e la valorizzazione del settore produttivo. Oggi invece sono alle prese con un Regolamento europeo che, seppure abbia alla base la volontà di creare un quadro normativo solido, trasparente e sostenibile che migliori la sicurezza clinica, mette in serie difficoltà i fabbricanti.

Per capire meglio le preoccupazioni avanzate, anche tramite interrogazione all'europarlamento, da Confimi Sanità è bene citare qualche numero che consenta di inquadrare il settore: in Europa ogni anno vengono prodotti circa 28 mila tipologie di dispositivi medici da oltre 33mila aziende di cui 4500 italiane.

Nel nostro Paese, il 95% delle aziende produttrici di DM sono per lo più PMI che, nonostante le piccole dimensioni, occupano oltre 110mila lavoratori. Cittadini che contribuiscono a garantire la salute del Paese e che ora rischiano il proprio lavoro.

Eppure, a certificare i dispositivi per esser immessi sul mercato in tutta Europa ci sono al momento (maggio 2024) solo 49 organismi preposti contro i 50 della precedente direttiva. Altri 15 sono in attesa di accreditamento. Comunque un numero troppo basso per fare fronte alle esigenze del mercato ed ai tempi dilatati per ottenere il certificato MDR (almeno raddoppiati).

Questo è uno degli aspetti più drammatici. Confimi Sanità infatti stima che solo il 25/30% dei dispositivi medici sia stato certificato entro maggio 2024, deadline di mercato per i DM marcati con la precedente direttiva.

In più, è stato introdotto un ulteriore periodo transitorio per i certificati sotto vecchia direttiva 93/42, che dovranno

adeguarsi entro fine 2027/2028. Una pezza per far fronte alla situazione di emergenza.

Così, il 70-75% dei dispositivi resta pendente in attesa di ottenimento di MDR con il rischio concreto di restare fuori dal mercato, compromettendo il sistema sanità e di conseguenza i cittadini-pazienti.

Ma non è tutto. Ci sono altre due criticità che non si possono non sottolineare: la burocrazia e i costi. Sono state emanate oltre 120 linee guida per fabbricanti e organismi notificanti che invece di chiarire i punti più controversi del regolamento hanno creato confusione nella comprensione del percorso certificativo, con conseguenti allungamenti di tempi e aumento di costi. Venendo a questi ultimi, gli imprenditori del medical device si trovano di fronte a tariffe orarie degli ON comprese tra i 290€ e i 390€, con un numero di ore triplicato per la valutazione di ciascun fascicolo tecnico. Il cambio di regolamento costa alle aziende tra le 5 e le 10 volte in più per ciascun dispositivo.

Intanto, i fabbricanti negli ultimi cinque anni hanno ridotto gli investimenti in R&S e dirottato il personale verso il regolatorio. La conseguenza è una grave perdita di competitività rispetto agli altri due competitors: USA e Cina.

E se questo è lo scenario, ben chiare sono le richieste politiche del comparto. “È quanto mai necessario e urgente che si aprano canali rapidi per la certificazione di nuovi organismi notificanti, basti considerare che in Europa ne abbiamo altri 15 in attesa di accreditamento e per la sola Italia ne serviranno almeno altri 5”, spiega Massimo Pulin, presidente nazionale di Confimi Industria Sanità.

“Non ascoltare il comparto avrà un costo sociale altissimo: da una parte avremo un sistema sociosanitario privato della strumentistica di qualità frutto della ricerca costante e degli investimenti in innovazione realizzati dall'impresa privata italiana, e dall'altro significa la chiusura di migliaia di imprese nel giro di pochi anni con i conseguenti costi sociali di disoccupazione” aggiunge Pulin.

In sintesi, lo stato attuale in cui versano le imprese produttrici di dispositivi medici è presto descritto: “Le imprese sono messe fuori mercato perché impossibilitate ad adeguarsi al regolamento e se le imprese sono a rischio lo sono i lavoratori. E senza lavoro non è certo garantito il benessere dell'obiettivo 3”, conclude Massimo Pulin.

Il futuro del Parlamento europeo e la sfida della regolamentazione dei dispositivi medici



Alcol e salute: un problema crescente tra i più vulnerabili

IL RAPPORTO BES 2023 DELL'ISTAT SVELA PREOCCUPANTI TENDENZE DI CONSUMO RISCHIOSO PER MINORI, GIOVANI, DONNE E ANZIANI, CON UN AUMENTO DELLE DIFFERENZE TERRITORIALI E DI GENERE

di *Flavia Scicchitano*

Il consumo di alcol a rischio non diminuisce e raggiunge frequenze sempre più elevate nei target maggiormente vulnerabili della popolazione: minori, giovani, donne e anziani.

Come emerge dal Rapporto Bes 2023, curato dall'Istat e pubblicato ad aprile scorso, l'abitudine al consumo a rischio di bevande alcoliche, dopo aver fatto registrare un trend molto oscillante per tutto il periodo 2020-2022, in cui si sono susseguiti aumenti e riduzioni, nel 2023 ha riguardato il 15,6% della popolazione di 14 anni e più, mantenendosi stabile rispetto all'anno precedente. Le prevalenze più elevate di consumo a rischio si confermano nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-est (19,4%), rispetto al Centro (15,1%) e al Mezzogiorno (12,2%); nel confronto con il 2022 si è osservato un aumento nella prevalenza dei consumatori a rischio nelle regioni del Nord e viceversa una riduzione in quelle del Centro, con un conseguente ulteriore ampliamento delle differenze territoriali. Si mantiene elevato anche il differenziale di genere, con una quota maggiore di uomini con abitudini di consumo a rischio di bevande alcoliche (21,8% contro

il 9,8% delle donne), ma con un trend di consumo sempre più in aumento per il genere femminile: nel 2010 la distanza uomo-donna era pari a 17,6 punti percentuali contro i 12 attuali.

A destare preoccupazione sono poi i dati relativi a giovani e anziani. Tra i minori di 14-17 anni si confermano quote elevate di consumatori a rischio pari al 24,5% e tra i giovani di 18-24 anni pari al 15,7%. Tra le persone di 65 anni e più si attesta al 18,1%. I comportamenti di consumo a rischio che caratterizzano i giovani e gli anziani sono però nettamente differenti: più legato al consumo eccessivo, specialmente nel fine settimana, il comportamento dei primi, mentre di tipo giornaliero non moderato quello dei secondi.

Dati allarmanti sono stati divulgati anche dall'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità (Onalss), che ha rielaborato attraverso il Sisma (Sistema di monitoraggio alcol), anche per il Programma statistico nazionale, i dati della Multiscopo Istat, in occasione dell'Alcohol prevention day 2024, sostenuto e finanziato dal Ministero della Salute, con l'obiettivo di favorire

un'adeguata consapevolezza e responsabilità individuale e sociale rispetto a tali consumi. I dati sono pubblicati all'interno del rapporto Istisan 24/3 "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio nazionale alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano nazionale alcol e salute e del Piano nazionale di prevenzione. Rapporto 2024".

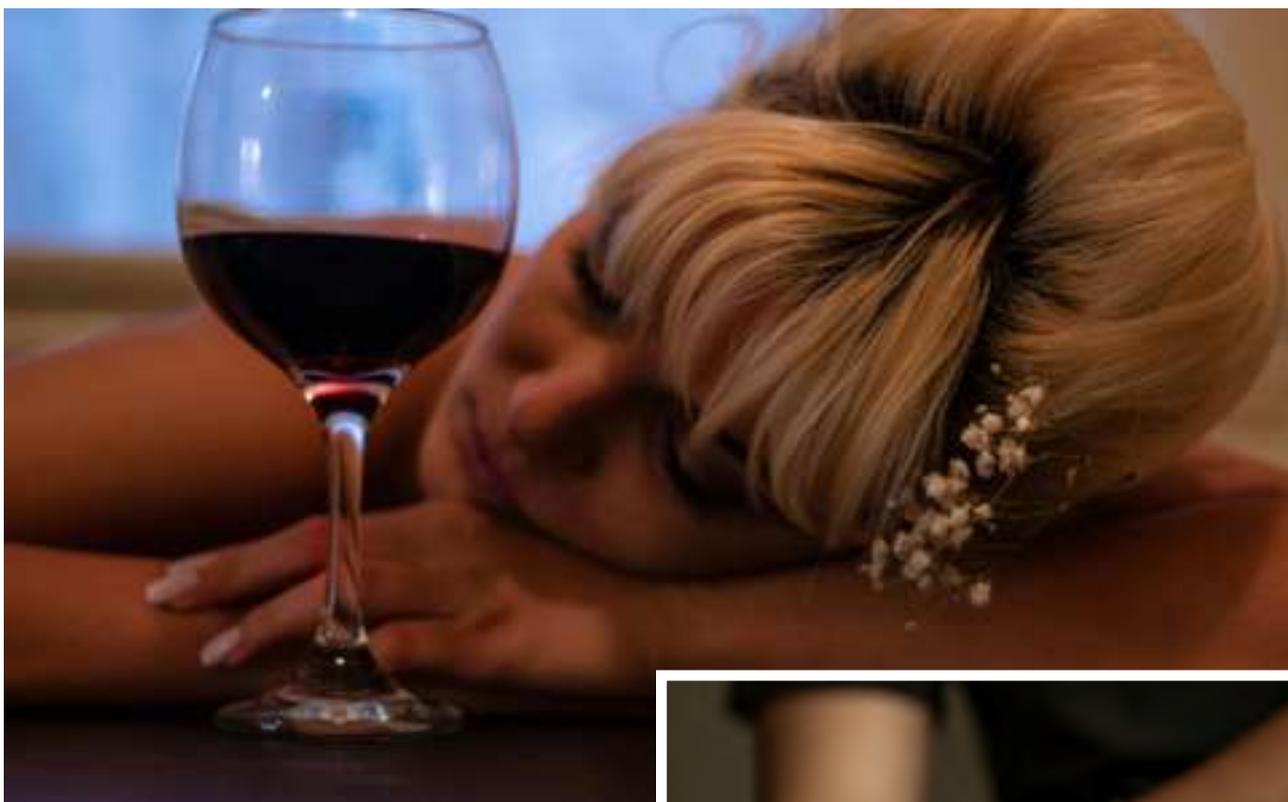
Nel dettaglio, si può osservare che nel 2022 circa 8 milioni di italiani di età superiore a 11 anni (pari al 21,2% degli uomini e al 9,1% delle donne) hanno bevuto quantità di alcol tali da esporre la propria salute a rischio. Tre milioni e 700 mila persone hanno bevuto per ubriacarsi e 770.000 sono stati i consumatori dannosi, coloro cioè che hanno consumato alcol provocando un danno alla loro salute, a livello fisico o mentale. Rimane quindi distante il raggiungimento degli obiettivi di salute sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

"I consumi di alcol in Italia evidenziano una situazione consolidata e preoccupante di aumento del rischio che dilaga nelle fasce più vulnerabili della popolazione: minori, adolescenti, donne e anziani - afferma Emanuele Scafato, direttore dell'Ona-Iss - Al fine di delineare la roadmap di una rinnovata prevenzione nazionale e regionale, la più efficace possibile, è necessario intercettare precocemente tutti i consumatori a rischio e assicurare alle cure quelli con danno e alcolodipendenti, a sostegno delle persone, delle famiglie e degli obiettivi delle strategie europee e globali in cui siamo impegnati".

Tra i consumatori a rischio, preoccupano soprattutto i giovani (circa 1.310.000 tra gli 11 e 24 anni, di cui 650.000 minorenni) e le donne (circa 2,5 milioni, con il 15,5% di consumatrici a rischio tra le minorenni 11-17enni). Spiccano i 3,7 milioni di binge drinker, soprattutto maschi di tutte le età (104.000 sono minori); anche qui si registra una diminuzione in direzione dei livelli del 2020, ma non per le donne che sono stabili, senza alcun accenno dunque al calo dei consumi tesi all'intossicazione. Fra le donne si continuano a registrare numeri elevati, sono infatti 290.000 le consumatrici con danno da alcol. Dei 770.000 consumatori dannosi con disturbi da uso di alcol in necessità di trattamento, solo l'8,2% è stato intercettato clinicamente, per un totale di 62.886 alcolodipendenti in carico ai servizi del sistema sanitario nazionale, con costante e preoccupante diminuzione rispetto ai consumatori dannosi attesi.

Nelle nuove strategie - Action Plan to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2022-2030) ed European framework for action on alcohol (2022-2025) - l'Oms invita i governi a prevenire decessi e patologie alcol correlate come previsto dagli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Sono attesi, entro il 2025, la riduzione del 10% dei consumi dannosi e l'incremento della copertura dei trattamenti farmacologici e bio-psico-sociali. "Una vera sfida per il sistema sanitario nazionale - spiega l'Istituto superiore di sanità - per riuscire a diminuire l'impatto sociale e di salute dell'alcol e ridurre i costi elevati che la società deve affrontare".





Alle competenti autorità nazionali di tutela della salute l'Organizzazione mondiale della sanità chiede un rinnovato sforzo per incrementare i livelli di consapevolezza sui rischi legati al bere, nell'evidenza che non esistono livelli sicuri per la salute di consumo di alcol, in particolare nell'ottica della lotta al cancro per cui la risoluzione del Parlamento europeo sull'EU Beating Cancer Plan chiede strategia alcol zero per i minori, regolamentazione di pubblicità e sponsorizzazione e informazioni in etichetta. L'Oms, inoltre, richiede anche la diminuzione del marketing e della disponibilità fisica ed economica di tutte le bevande alcoliche tramite tassazione e politica dei prezzi per un'Europa più sicura (Safer). La regione europea dell'Oms ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. Il consumo di alcol - come sottolinea l'Iss - è un fattore di rischio prevenibile che può causare morte prematura e oltre 200 malattie tra cui sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e diverse malattie infettive. In tale regione l'alcol provoca quasi 1 milione di morti ogni anno, contribuendo in modo significativo a lesioni involontarie e non intenzionali. Inoltre, l'alcol è responsabile di 1 decesso su quattro nella fascia di età compresa tra i 20 e i 24 anni, influenzando non solo le tendenze demografiche ma rappresentando anche una delle principali cause di anni di vita lavorativa persi e quindi di perdite di sviluppo economico e produttività. Al di là di possibili effetti protettivi del consumo di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, l'ictus



ischemico e il diabete, gli effetti nocivi sulla salute dell'uso di alcol sono sempre prevalenti - osserva ancora l'Iss - L'impatto sulla salute mentale e le conseguenze sociali causate dall'uso di alcol, esacerbate tra i più vulnerabili dall'isolamento dovuto al lockdown durante la pandemia di Covid-19 sono sempre più evidenti nelle cronache quotidiane con effetti sostanziali sulle famiglie e sulla comunità a causa del deterioramento delle relazioni personali e professionali, della perdita di lavoro e di produttività, di violenze e maltrattamenti intra- ed extra-familiari.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008





Emergenza obesità

Cittadinanzattiva e Federfarma lanciano la campagna 'Feel Good' per contrastare l'aumento del sovrappeso tra adulti e giovani

di *Flavia Scicchitano*

La quota di persone in eccesso di peso tra la popolazione dai 18 anni in su, nel 2023, è pari a 44,6%, stabile sia rispetto all'anno precedente sia nel confronto con il 2019, sebbene nel tempo l'indicatore abbia subito un peggioramento relativamente alla componente dell'obesità. Si conferma, infatti, la tendenza in aumento nel medio e lungo periodo delle persone in condizioni di obesità, che nel 2023 raggiungono l'11,3%, mentre nel 2005 erano pari al 10%. I numeri, che emergono dal Rapporto Bes 2023 curato dall'Istat e pubblicato nel mese di aprile, mostrano poi l'andamento sul fronte degli stili di vita e alimentari: se nel 2023 la quota di

popolazione sedentaria over14 scende al 34,2% (36,3% nel 2022), nello stesso anno la percentuale di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno quattro porzioni di frutta o verdura è pari al 16,5%, in lieve calo rispetto al 2022. Dati che interessano tanto gli adulti quanto i più giovani: secondo l'Istituto superiore di Sanità, nel 2022 il 18% dei ragazzi fra gli 11 e i 17 anni era in sovrappeso ed il 4% risultava obeso, con ripercussioni non solo sanitarie ma anche psicologiche e sociali, in età particolarmente delicate. Nasce da qui la campagna 'Feel Good', promossa da Cittadinanzattiva e Federfarma con l'obiettivo di

aumentare l'informazione e la sensibilizzazione sul tema dell'obesità, nel riscontro di quanto emerso da un'indagine condotta in 5 scuole secondarie di secondo grado e in 105 farmacie in Piemonte, Lazio e Sicilia.

Il 93,1% delle ragazze e dei ragazzi intervistati ritiene, infatti, sia utile parlare di obesità e sovrappeso patologico e al 59,4% di loro piacerebbe partecipare ad un progetto dedicato a questi temi. Il 67,8% riconosce che i ragazzi e le ragazze affette da obesità hanno più difficoltà ad inserirsi in un gruppo, e ancora il 91,3% dichiara che sono anche più soggetti ad atti di bullismo. Fra la popolazione adulta, invece, un numero significativo di persone (29%) ammette di avere poca o nessuna conoscenza riguardo al tema del sovrappeso, dell'obesità e dei rischi correlati. Più della metà degli intervistati riconosce l'importanza dei fattori genetici o della predisposizione familiare, mentre i fattori psicologici e le condizioni socioeconomiche non sono percepiti da molti come una causa significativa.

Allo studio hanno partecipato 325 studenti iscritti all'Istituto di istruzione superiore Tommaso D'Oria di Ciriè (To), Istituto di istruzione superiore Giovanni Sulpicio di Veroli (Fr), Liceo scientifico Giuseppe Peano di Roma, Liceo ginnasio Mario Cutelli e Carmelo Salanitro di Catania, Istituto professionale Pietro Piazza di Palermo. Sette studenti su dieci asseriscono che l'obesità può influenzare la qualità della vita, circa la metà la considera "una patologia in grado di determinare una situazione di malattia", mentre quasi due su cinque (38,9%) affermano che sia un disturbo alimentare. Il 54,5% sostiene che nel nostro Paese l'obesità è un fenomeno preoccupante soprattutto tra i bambini e al sud, mentre per il 68,4% di loro non esiste un'unica causa che determina l'obesità, ma più cause legate tra loro (predisposizione genetica, cause ambientali, patologie, farmaci, ecc.).

"L'obesità - dichiara Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva - è una patologia dalle forti implicazioni sociali, oltre che impattante per i costi sanitari, individuali e collettivi. C'è molto da investire, soprattutto nella popolazione giovanile, anche in termini di educazione sanitaria, per rimuovere barriere di carattere soggettivo che frenano ancora troppe persone nel considerare la gravità delle conseguenze cui si può andare incontro. Per farlo, la scuola ed anche i social media possono essere il contesto privilegiato per i ragazzi e le ragazze. Accanto a questo elemento, è imprescindibile che le istituzioni sanitarie del nostro Paese investano per favorire i percorsi di diagnosi e cura per chi ne è affetto. Innanzitutto riconoscendo l'obesità nei Lea e rafforzando centri ed equipe specializzate ed integrate che ad oggi sono insufficienti e presenti in maniera non uniforme sul territorio nazionale".

La campagna ha previsto poi un percorso informativo-

formativo interattivo on line realizzato nelle scuole (body shaming); la realizzazione di appositi corner informativi, con i ragazzi nel ruolo di "informatori di salute"; la formazione su fattori di rischio e stili di vita, con il coinvolgimento di genitori e docenti per il ruolo di prevenzione e sostegno alla cura; la somministrazione, nelle farmacie aderenti, di un questionario per rilevare il grado di consapevolezza e percezione dei fattori di rischio ed interventi personalizzati di educazione sanitaria. Le 105 farmacie aderenti, collocate nelle province di riferimento delle scuole, hanno dunque raccolto 1043 questionari di cittadini, con un campione a forte prevalenza femminile, principalmente nel pieno della propria vita lavorativa e mediamente molto istruito. Ciò malgrado, a fronte del 63,6% che dichiara di saperne abbastanza, e di un ulteriore 7,4% che riferisce di saperne molto, ben il 29% ammette di saperne poco o nulla quando sente parlare di sovrappeso, obesità e rischi





correlati. Tra le cause che ne determinano l'insorgenza, 4 su 5 le identificano in errati comportamenti personali o in stili di vita non congrui, 3 su 4 nella compresenza di patologie o alterazioni metaboliche, circa 3 su 5 nella presenza di fattori genetici o predisposizione familiare. Seguono i fattori psicologici (52,9%) e le condizioni socio-economiche e ambientali (42,1%). Che l'obesità non dipenda solo dalla buona volontà del singolo è anch'essa una consapevolezza ampiamente diffusa (80,2%); allo stesso tempo il 67,8% dei cittadini intervistati in farmacia la considera una vera e propria malattia e l'84,3% la ritiene impattante al pari di altre patologie croniche.

“La farmacia è il primo luogo di contatto del cittadino con il Ssn, è quell'anello di congiunzione che permette a tutti i cittadini di accedere, ovunque sul territorio, agli stessi servizi e prestazioni sanitarie - afferma il presidente di Federfarma nazionale, Marco Cossolo - L'obesità è una patologia da non sottovalutare e le farmacie vogliono dare il loro contributo”.

Per un approccio efficace e inclusivo alla lotta contro l'obesità, Cittadinanzattiva ha individuato nove priorità che prevedono un impegno congiunto da parte del governo, delle autorità sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni civiche e di pazienti. Innanzitutto, implementare una campagna istituzionale di sensibilizzazione e informazione sull'obesità, che preveda di raggiungere bambini, adolescenti e genitori e riconoscere l'obesità come malattia cronica, garantendo l'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza. Poi: rafforzare la rete di servizi e professionisti a livello territoriale, con particolare riguardo al medico di famiglia e al pediatra, in grado di rispondere in modo multidimensionale e multiprofessionale ai bisogni delle persone con obesità; riconoscere e valorizzare il contributo della farmacia di comunità nella sensibilizzazione della popolazione, nell'offerta di servizi e nella presa in carico dei bisogni di salute delle persone con obesità; contrastare l'aumento del sovrappeso e dell'obesità in Italia nel bambino e nell'adolescente



incentivando nei curricula scolastici programmi di educazione civica volti alla promozione della salute e del benessere così come indicato dalla legge 92/2019, art. 3 comma 2; vigilare attraverso le Commissioni mensa da un lato e le Asl dall'altro, affinché siano rispettati i menù previsti dai contratti in essere, per garantire pasti sani ed equilibrati per le diverse fasce di età. Infine: mitigare l'impatto delle disuguaglianze socio-economiche sull'obesità, sviluppando interventi mirati e inclusivi con l'obiettivo di rendere l'accesso ad un'alimentazione sana e all'attività fisica più equo e universale; contrastare lo stigma sociale associato all'obesità promuovendo nei media e nelle politiche pubbliche una rappresentazione più equilibrata ed inclusiva rispetto a questa condizione, coinvolgendo e valorizzando il ruolo delle organizzazioni civiche e delle associazioni dei pazienti; garantire un approccio intersettoriale e interministeriale nella pianificazione e realizzazione di interventi integrati di contrasto all'obesità quale problema di salute pubblica.



Non siamo un Paese per anziani

di Federica Toiani

TRA SOLITUDINE E AGEISMO



L'ITALIA DETIENE IL POCO ESALTANTE RECORD EUROPEO DI SUICIDI TRA GLI ULTRA 65ENNI CHE SI TOLGONO LA VITA A UN TASSO QUASI DOPPIO DEI PIU' GIOVANI. ECCO PERCHE' E COSA SI PUO' FARE PER INVERTIRE QUESTA TENDENZA

L'Italia è uno dei Paesi occidentali in cui diventare vecchi sembra più drammatico. Lo dimostrano i dati relativi alla solitudine e ai suicidi, che nel 38% dei casi riguardano persone con più di 65 anni, sebbene queste ultime siano poco più del 20% della popolazione. Un tasso doppio rispetto ai Paesi anglosassoni.

Solitudine e suicidi negli anziani sono stati tra i temi al centro del 24° congresso dell'Associazione italiana di psichiatria, che si è tenuto a Firenze dall'11

al 13 aprile. Al congresso, intitolato "Integrazione e innovazione. Fondamenti del sapere psichiogeriatrico", hanno partecipato oltre 500 specialisti e ben 145 relatori. L'avvento dell'Intelligenza artificiale apporterà modifiche nella cura degli anziani. La cura delle demenze sta offrendo scenari innovativi con il ruolo dei biomarcatori nell'approccio diagnostico. La recente approvazione della legge 33 sulla non-autosufficienza rappresenta un'altra opportunità di innovazione nell'assistenza, che si sposta dal sanitario al sociale aprendo nuove prospettive. Vi sono poi le novità farmacologiche riguardanti problematiche come il controllo di agitazione e delirium

e quelle sui trapianti d'organo. Grande attenzione poi a fenomeni globali come i cambiamenti climatici, che hanno un notevole impatto proprio sulla salute dei più fragili, che possono subire maggiormente gli effetti della disidratazione, dei colpi di calore o semplicemente essere meno reattivi di fronte a calamità naturali per limiti sensoriali o per il basso livello di digitalizzazione, che in Italia nella popolazione anziana non raggiunge il 65% e talvolta implica solo la competenza di saper mandare una e-mail.

SOLITUDINE E AGEISMO LE CAUSE DEI SUICIDI IN TERZA ETA' – L'elevato tasso di suicidi tra gli anziani in Italia ha le sue ragioni nella solitudine in cui vengono ridotti gli anziani e nell'ageismo con cui vengono spesso discriminati, con diritti basilari che esistono solo sulla carta. Il tasso di solitudine è il doppio rispetto alla media dei Paesi europei: coloro che non hanno nessuno a cui chiedere aiuto in Italia rappresentano il 14% del totale, mentre quanti non hanno nessuno a cui raccontare cose personali il 12%, a fronte di una media europea del 6,1%. La solitudine non costituisce solo un problema sociale, ma anche clinico, essendo associata a un aumento del rischio di depressione, disturbi del sonno, demenza e malattie cardiovascolari.

A mettere in stretta correlazione ageismo - deriva da ageism, talora in italiano etatismo, termine con il quale s'intende la discriminazione nei confronti di una persona o più persone in base all'età, sia giovane che avanzata e solitudine sono diversi studi internazionali. Uno studio israeliano individua un legame tra il crescere dell'età e la maggiore solitudine, con l'associazione positiva tra i due fenomeni che diventa significativa nelle persone di età superiore ai 70 anni. Uno studio cileno mostra un'associazione diretta e indiretta dell'ageismo con gli esiti sulla salute mentale: l'ageismo è correlato alla solitudine e, di conseguenza, all'aumento dei sintomi depressivi e ansiosi. Analogamente, un documento di ottobre 2021 evidenzia due iniziative innovative dei Paesi Bassi, che dimostrano che i diritti degli anziani possono essere mantenuti in soluzioni abitative collettive.

“Gli anziani spesso vengono estromessi da misure di salvaguardia sanitaria, come avvenuto durante la pandemia, quando i posti in terapia intensiva erano destinati ai più giovani – spiega il professor Diego De Leo, presidente dell'Aip –. Questa impostazione è stata introiettata dagli anziani stessi, convinti che non possano essere utili alla società né attivi: questo non è frutto di un impoverimento cognitivo, ma di un'impressione del loro



patrimonio intellettuale come detta la società. Occorre pertanto ribaltare questo modello. Oltre all'ageismo, vi è una vera e propria epidemia di solitudine: i Paesi occidentali contano il 30% degli anziani afflitti da solitudine cronica e il 10% da una solitudine molto severa, che porta alla depressione e poi in alcuni casi proprio al suicidio. L'altro Paese più vecchio al mondo insieme all'Italia, il Giappone, ha computato 45mila persone che ogni anno muoiono in completo isolamento, tanto che sono state create squadre di 'death cleaners' che si occupano di bonificare i luoghi in cui sono avvenute queste morti in solitudine”.

90 ANNI DI SALUTE PUBBLICA: LA STORIA E LE SFIDE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

DALLE EMERGENZE DEL PASSATO ALLE NUOVE FRONTIERE DELLA RICERCA:
UN VIAGGIO ATTRAVERSO LE CONQUISTE E L'IMPEGNO DELL'ISS
PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ITALIANI

di *Flavia Scicchitano*

Dalla nube tossica di Seveso, all'esplosione di Chernobyl, all'epidemia di Aids, la mucca pazza e l'ultima drammatica pandemia da Covid 19. Tante le emergenze affrontate e le misure adottate per prevenire e contenere gli impatti sulla salute degli italiani in quasi un secolo di storia. L'Istituto superiore di sanità, organo tecnico-scientifico del ministero della Salute, celebra i suoi primi novanta anni, raccontando la storia delle donne e degli uomini, scienziati, che hanno

contribuito a renderlo il principale ente di ricerca per la salute pubblica in Italia. Fondato il 21 aprile del 1934, in piena epoca fascista, alle dipendenze del ministero dell'Interno e con il nome di Istituto di sanità pubblica, per fronteggiare la malaria in un Paese ancora afflitto da un'alta percentuale di analfabeti, grandissime differenze tra regioni e di genere, e una vita media di poco più di 50 anni, l'Iss - oggi presieduto da Rocco



Bellantone - ha raccolto innumerevoli sfide e molte ne ha ancora davanti. E' un video, proiettato nel corso della cerimonia di apertura degli eventi celebrativi della ricorrenza, alla presenza del presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, del ministro della Salute, Orazio Schillaci, di ex presidenti e ricercatori dell'Istituto, a fornire una panoramica delle imprese del passato. Innanzitutto, il contributo dei premi Nobel, Enrico Fermi, Rita Levi-Montalcini, Ernst Boris Chain e Daniel Bovet, che hanno lavorato per l'Istituto segnando anni di grandi successi. E poi storie di passione scientifica e di orgoglio nazionale, come quella di Daria Bocciarelli, scienzista del laboratorio di fisica, che nel 1943, sapendo che i tedeschi si sarebbero presentati per requisire il primo microscopio elettronico di fattura italiana, passò l'intera nottata prima del loro arrivo a smontarlo e rimontarlo per poterlo poi riprodurre. O come la realizzazione della prima fabbrica pubblica di penicillina, operativa a pieno ritmo dal 1951. Fu solo nel 1959, già in pieno dopoguerra, che l'Istituto passò al neo-istituto ministero della Sanità. In quei primi anni le principali attività riguardavano la microbiologia per il

controllo delle malattie infettive, la fisica sanitaria e il controllo delle sostanze radioattive, la chimica, principalmente per il controllo degli alimenti, e la malariologia. Furono gli anni in cui vennero messe a punto strategie sempre più efficaci per la lotta agli insetti vettori della malattia, che portarono ad una netta diminuzione dei casi di malaria soprattutto grazie all'impiego del Ddt (di cui ancora non si conosceva la pericolosità). Finché, nel 1971, l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarò l'Italia Paese completamente libero dalla malaria. L'Istituto - nel quale oggi lavorano 2500 persone - crebbe molto velocemente nel suo impegno per la salute pubblica, assumendo responsabilità in diversi ambiti, dal controllo dei farmaci e vaccini, allo studio delle malattie e dell'ambiente, alla sicurezza degli alimenti e degli animali. Nel 1973, l'Iss fu in prima linea nel contrasto all'epidemia di colera a Napoli. Le donne e gli uomini dell'Istituto arrivarono a Napoli in 24 ore, in 48 ore confermarono la diagnosi di colera e in due giorni, con l'aiuto dell'esercito americano, vaccinarono due milioni di persone. Tre anni dopo, il 10 luglio 1976 i suoi esperti

furono tra i primi a intervenire in occasione dell'incidente dello stabilimento Icmesa di Seveso, nel quale fu rilasciata una nube tossica di diossina. Il 23 novembre 1980, dopo il terremoto dell'Irpinia, l'Iss elaborò un piano per superare le emergenze sanitarie e intervenne sul campo con i propri esperti. Nel 1986, a seguito del disastro di Chernobyl, valutò i dati sulla contaminazione sul territorio italiano. Gli anni 1990-2000 furono, invece, quelli dei progetti di ricerca per la lotta all'Aids, con importanti finanziamenti del ministero della Salute e storie di successo nella partecipazione a sperimentazioni cliniche sui nuovi farmaci antiretrovirali. Anni di impegno per la lotta ai tumori, con la firma di accordi Italia-Usa e la ricerca sulle cellule staminali. Mentre nel 2000-2010 importante è stato l'impegno nel contrasto alla Sars, all'influenza aviaria, alla malattia di Creutzfeldt-Jacob (la cosiddetta mucca pazza). In quello stesso periodo è stato rafforzato il ruolo dell'Iss nell'ambito delle reti epidemiologiche, per il monitoraggio di virus e batteri, malattie infettive emergenti e riemergenti, fattori di rischio ambientali per la tutela dei cittadini e dei lavoratori (si pensi alle sorgenti elettromagnetiche o alle esposizioni ad amianto). Fino ad arrivare ai giorni nostri, quando nel 2020 l'emergenza pandemica ha visto l'Istituto superiore di sanità in prima linea nel monitoraggio dell'infezione di Sars-Cov-2, con la messa a punto di uno specifico sistema di sorveglianza, in collaborazione

con le Regioni, oltre all'elaborazione di protocolli di contenimento dell'epidemia nei diversi ambiti sociali e sanitari. Nel 2022 il più recente progetto 'Sea Care', in collaborazione con la Marina Militare, testimonia infine l'attenzione dell'Istituto per la salvaguardia della salute in un'ottica 'One Health'. “Nella necessaria trasformazione che accompagnerà i prossimi anni della storia di questo Istituto, ciò che rimarrà immutato sarà la sua vocazione alla ricerca pubblica – ha affermato Rocco Bellantone, nel suo intervento di apertura della cerimonia per la celebrazione dei novanta anni - Non cambierà il suo obiettivo di individuare le migliori prassi sanitarie basate sulle migliori evidenze scientifiche. Non muterà il suo dovere di formare gli operatori e informare la popolazione, di costruire strategie per la tutela della salute. Non cambierà soprattutto la sua determinazione a essere accanto al Paese ogni volta che è necessario sia nelle situazioni ordinarie sia in quelle straordinarie. Sfide ancora ci attendono, prima fra tutte è il rinnovo di questo ente che ancora una volta deve ridisegnare il suo assetto per rispondere a nuovi scenari che mai come in questo scorcio di secolo cambiano così rapidamente chiedendoci di rimodulare competenze e obiettivi”. Quindi il passaggio sull'accesso universale alle cure, la loro sicurezza e la sostenibilità di un sistema che includa tutti e non escluda nessuno. L'importanza delle evidenze scientifiche, l'ottimizzazione delle risorse e la prevenzione, l'uso



Il presidente dell'Iss, Rocco Bellantone



consapevole della tecnologia. “Nel futuro – ha detto ancora Bellantone - penso a un Istituto che abbia come centro la ricerca, che punti a studiare le malattie rare insieme a quelle dei grandi numeri, che rafforzi il suo impegno sulle emergenze infettive ma che contemporaneamente punti sulla cultura della prevenzione per sostenere il futuro del sistema di cure. Perché la prevenzione si impara. Si impara a mangiare bene sin da piccoli e sin da piccoli si impara a lavarsi le mani, a bilanciare l’attività fisica e le ore di studio. Scuola e famiglia hanno insieme a noi questa missione educativa mirata a due cose fondamentali: diventare anziani in salute e liberare risorse per chi ha bisogno di più assistenza. Il futuro passa inoltre attraverso cure sempre più personalizzate e perciò più costose che richiedono nuove politiche di welfare ma anche una nuova consapevolezza che fare prevenzione e custodire la propria salute significa contribuire a garantire le cure per tutti i cittadini. Questa strada non può che passare per la crescita del livello di alfabetizzazione scientifica che nel nostro Paese è ancora basso. Tutto evolve – ha concluso - ma il cambiamento non nega l’identità e l’Istituto, con il suo stesso dna, oggi deve necessariamente traghettare

verso nuove sfide e nuove frontiere”. “Celebriamo novanta anni di traguardi ma guardiamo alle nuove sfide che abbiamo davanti e che insieme sapremo affrontare per raggiungere altri importanti risultati - ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci - Qui possiamo contare su un lavoro di alto valore scientifico al quale abbiamo voluto dare un riconoscimento concreto attraverso il finanziamento previsto nella legge di bilancio 2024 in favore del personale”. Il ministro ha quindi ribadito l’importanza di “puntare sulla ricerca, l’innovazione e la valorizzazione delle risorse migliori”, riaffermando ancora una volta “il ruolo prezioso che l’Istituto svolge al servizio dell’Italia, nella promozione e tutela della salute di tutti i cittadini” nonché come “punto di riferimento nazionale per la ricerca, il controllo, la consulenza tecnico-scientifica e anche per la formazione”.

La sanità riparta dal territorio

di Maria Concetta Di Mario

IL CASO LOMBARDIA



All'indomani della pandemia in Lombardia sono emerse numerose priorità da affrontare nella sanità territoriale. A metterle sotto i riflettori il congresso regionale della Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg) tornato a tenersi dopo ben cinque anni con uno scenario profondamente mutato rispetto al 2019 tra tagli, riassetto generale, pensionamenti, cambio generazionale.

La Simg ha lanciato l'allarme sui problemi della sanità lombarda proprio dall'assise congressuale, un'occasione significativa anche a livello nazionale,

in quanto la realtà lombarda rappresenta uno spaccato dell'Italia, con grandi aree metropolitane, città di media dimensione, zone oro-geograficamente difficili da raggiungere con piccoli nuclei abitati sparsi e difficilmente correlabili. Pertanto, all'avanzata qualità dei servizi offerti, si affiancano problemi di carattere nazionale come lunghe liste d'attesa o difficoltà ad accedere ad alcune prestazioni, su cui la Simg si impegna a collaborare con le istituzioni per dare risposte ai cittadini.

Dalla ricognizione compiuta da Regione Lombardia tra le Asst (Aziende socio sanitarie territoriali) lombarde, a cui dal primo gennaio è passata la competenza per la gestione prima in carico alle Ats (Agenzie di tutela della salute), mancano nel complesso 1435 medici di famiglia,



in aumento rispetto al 2023 quando dal monitoraggio realizzato tra tutte le Ats mancavano 1326 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Ma il problema della medicina generale non è solo numerico, tanto più che dal 2030 questo aspetto si dovrebbe alleviare.

“In questa fase, in Lombardia come nel resto d’Italia, c’è un problema numerico: sia nella medicina generale che in molte specialità non ci sono medici sufficienti per coprire le posizioni scoperte – sottolinea Massimiliano Franco, presidente del congresso e medico di medicina generale a Pavia –. Nella provincia di Pavia, per esempio, quest’anno, su 25 posti disponibili per iniziare il corso triennale di formazione in medicina generale ne sono stati occupati solo otto. A inizio maggio, sempre a Pavia, su 74 posizioni aperte nei cosiddetti ambiti carenti di assistenza primaria, ne sono state occupate solo sei: oltre il 90% è

rimasto vacante. Questo problema avrà un’inversione di tendenza solo nel 2030, quando, secondo le proiezioni, si avrà un numero maggiore di medici come conseguenza dell’aumento delle persone ammesse a Medicina. Tuttavia, rischiano di persistere altri problemi: oltre alla necessità di formare queste nuove generazioni, la medicina del territorio dovrà essere resa più attrattiva, più ancora che meglio remunerata, con regole precise e un personale infermieristico e amministrativo di supporto che permetta ai medici di svolgere esclusivamente l’attività clinica”.

Una delle strade proposte e avviate dalla medicina generale è quella dell’associazione tra diversi medici di famiglia, per ottimizzare spazi e risorse a disposizione. Proprio a tale scopo si sta definendo un’offerta formativa non solo sulle competenze medico-scientifiche, ma anche sulla dimensione organizzativa e manageriale della medicina generale, in base alle dimensioni delle diverse realtà. “L’associazionismo è il futuro della medicina generale – evidenzia Franco – le forme associative avanzate sono già una realtà, con accorpamenti che vanno da un minimo di tre medici a un massimo di 15. Spesso emergono ostacoli, come la reperibilità di spazi adeguati nei grandi centri e la scarsità di clinici nelle aree meno densamente popolate. L’aggregazione necessita quindi di un contributo organizzativo dalle Asst, che dovrebbero incoraggiare questo approccio e fornire personale di studio e infermieristico, al fine di rendere più efficace il lavoro sul territorio con ogni figura professionale preposta allo svolgimento dei propri compiti”.

Serve una politica sanitaria che favorisca la formazione, attragga giovani e fornisca a ogni ambulatorio il personale necessario



+ PRONTO SOCCORSO +

Pronto Soccorso in crisi: sovraffollamento e accessi impropri in aumento

**NUOVI DATI AGENAS RIVELANO LA NECESSITÀ DI POTENZIARE L'ASSISTENZA
TERRITORIALE PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA E MIGLIORARE
LA QUALITÀ DEI SERVIZI**

di *Flavia Scicchitano*

I pronto soccorso italiani continuano a essere sovraffollati e in sofferenza, confermandosi il grande anello debole del Servizio sanitario nazionale. Nel 2023 è infatti cresciuto il numero di accessi e con questo il numero di accessi inappropriati. In pratica sono sempre di più i codici bianchi e verdi alla visita medica, con l'esclusione dei traumi, giunti in struttura in modo autonomo o inviati dal medico di famiglia nei giorni feriali e festivi e in orari diurni, con dimissioni al domicilio o a strutture ambulatoriali. A confermarlo sono i nuovi dati pubblicati da Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che ha fotografato l'attività degli ospedali sede di pronto soccorso e di Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di

primo e secondo livello (Dea I e Dea II), con un focus sull'implementazione del dm 77/2022 sul potenziamento dell'assistenza territoriale per una migliore presa in carico dei pazienti. Nel dettaglio, lo scorso anno sono stati registrati 18,27 milioni di accessi, con un incremento del 6% rispetto al 2022. Valori, ad ogni modo, ancora lontani da quelli raggiunti prima della pandemia, quando si superarono i 21 milioni. Nel 68% dei casi gli accessi sono caratterizzati da codici triage bianchi e verdi e di questi circa 4 milioni si possono ritenere impropri ed evitabili, cioè i problemi di salute potevano essere risolti dal medico di medicina generale, dal medico di continuità assistenziale (ex guardia medica) o presso gli ambulatori



sul territorio. In totale gli accessi impropri sono oltre 1 su 5, pari al 22%. Si tratta in particolare di uomini tra i 25 e i 64 anni, quindi in età lavorativa, con sintomi generici, oppure di bambini tra 0 e 14 anni. L'afflusso maggiore si riscontra il lunedì nella fascia oraria 8:00 - 12:00. Mentre i ricoveri sono solo il 12% (il 2% tra i codici bianchi e il 5% tra i verdi).

Quanto al tempo necessario per raggiungere il pronto soccorso più vicino, i dati sull'accessibilità della Rete di emergenza-urgenza indicano come la copertura del servizio entro 30 minuti sia pari al 94%, quota che raggiunge il 99% entro i 45 minuti. Resta, tuttavia, una quota del 5,8% della popolazione (3,4 milioni) che non è in grado di raggiungere le strutture di emergenza entro 30 minuti. I più penalizzati sono in particolare i residenti delle aree interne della Valle d'Aosta, Basilicata, Trentino Alto Adige, Calabria e Sardegna.

Confrontando poi gli accessi con il dm 70/2015 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, emerge inoltre come

circa il 75% dei pronto soccorso italiani registra un numero di accessi annui al di sotto degli standard. In particolare, nel 29% dei casi si individuano meno di 15.000 accessi annui. Questo, chiarisce Maria Pia Randazzo, responsabile Statistica e Flussi Informativi Agenas, "si può spiegare con il fatto che sul territorio ci sono spesso tanti punti per l'emergenza e questo frammenta molto l'offerta".

Tra le altre criticità ci sono i tempi di attesa. I codici bianchi in media aspettano in pronto soccorso 164 minuti (calcolati dall'ingresso all'uscita) mentre i verdi 229 minuti, con una situazione molto varia tra le Regioni. Per i codici gialli la permanenza raggiunge in media 416 minuti.

Secondo lo studio, una svolta contro l'ingolfamento di ospedali e pronto soccorso arriverebbe dall'attuazione del dm 77/2022, che individua la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso un maggior impiego delle Case di comunità, previste anche dal Pnrr, per la gestione dei pazienti non in emergenza. Nelle Regioni in cui il decreto è stato

implementato, ha osservato Randazzo, “si denota un miglioramento della presa in carico dei pazienti e un efficientamento del personale sanitario”. Un esempio arriva dall’Abruzzo: “Ci sono ospedali con molti accessi impropri, ad esempio a Sulmona con il 34%, ma con le Case della comunità - rileva l’esperta - si registra una riduzione fino ad arrivare al 10% di accessi impropri. Sul territorio sono presenti 40 Case della comunità”.

Degno di nota è poi l’esperienza pilota della Regione Emilia Romagna, che ha avviato un riassetto della rete dell’emergenza-urgenza per il miglioramento delle tempistiche di accesso alle cure, nonché della qualità della presa in carico, con risultati positivi. Sul territorio, ha spiegato Luca Baldino, direttore generale Salute e welfare della regione, “abbiamo attivato i Centri di assistenza urgenza - Cau per rispondere ai pazienti

europea per le cure sanitarie non urgenti e altri servizi sanitari, diventerà il riferimento per il cittadino per la presa in carico non urgente per le problematiche sociosanitarie. “I numeri sugli accessi impropri nei pronto soccorso, oltre a dirci che la strada del potenziamento dell’assistenza territoriale, imboccata con il Pnrr, sia quella giusta, sono anche un’ulteriore conferma di quanto noi sosteniamo da tempo e cioè che valorizzare le professioni sanitarie non mediche, in particolare quella dell’infermiere, può dare risposta al bisogno di cure dei cittadini - ha commentato il segretario nazionale del Nursind, Andrea Bottega - Ad esempio, i malati cronici potrebbero prevenire ricadute ed evitare di fare ritorno nei ps proprio attraverso la presa in carico da parte dell’infermiere di famiglia nelle Case di comunità. Anche promuovere l’attività diretta degli infermieri in ambulatori ad hoc, una volta riconosciuto a



con problemi urgenti ma non gravi. A oggi sono attivi 33 Cau all’interno delle Case di comunità, con personale medico e infermieristico. In 4 mesi, da dicembre 2023 a marzo 2024, abbiamo registrato 132 mila accessi, per l’80% in età lavorativa con sintomi generici”. Grazie ai Cau, ha osservato ancora Baldino, “stiamo registrando un’importante riduzione degli accessi ai Ps. A Piacenza, ad esempio, il calo è del 30%. Abbiamo quindi dato una risposta che mancava e ciò ha portato a un alleggerimento significativo nei Ps. L’obiettivo - ha concluso - è fare in modo che al Ps si arrivi solo in ambulanza, cioè solo nei casi veramente gravi e che necessitano di un’assistenza di emergenza effettiva”. Da osservare come nel disegno di riassetto della medicina territoriale, il numero 116117, ovvero il recapito a valenza

age.na.s.
 AGENZIA NAZIONALE PER
 I SERVIZI SANITARI REGIONALI

questa professione competenze avanzate - ha aggiunto Bottega - può rivelarsi il vero punto di svolta, riuscendo a incidere sia su quel 22% di accessi impropri ai Ps, e quindi riducendo i tempi d’attesa, e sia sul fenomeno odioso delle aggressioni che nella maggior parte dei casi è l’effetto diretto, seppure sbagliato, di una mancata risposta alla domanda di cura”.



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

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

#UNASTORIADIMANI

DONA ORA AL
45514

DAL 1 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE



lega del filo d'oro

www.unastoriadimani.it

2 € con SMS da cellulare



5 o 10 € con chiamata da rete fissa



5 € con chiamata da rete fissa





I più anziani d'Europa

sono i medici italiani

E INTANTO SI PUÒ ANDARE IN PENSIONE A 72 ANNI

di *Federica Troiani*

Nel 2021, secondo i dati più recenti analizzati dall'ISTAT, il 55% dei medici in Italia aveva almeno 55 anni, contro il 44,5% in Francia, il 44,1% in Germania, il 32,7% in Spagna. Per quanto riguarda i medici specialisti assunti nel sistema sanitario pubblico e privato, nel 2022 l'età media era di 53,7 anni. Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti con più di 54 anni supera il 50% tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6%).

In diverse altre specializzazioni c'è stato un notevole invecchiamento nei dieci anni tra il 2012 e il 2022: la quota di medici con più di 54 anni è passata dal 26 al 41,8% nella Medicina d'Urgenza, dal 23,7% al

32,8% in Oncologia, dal 32,8% al 45,2% in Geriatria. «L'invecchiamento del personale medico rappresenta un elemento di criticità del sistema sanitario», afferma l'ISTAT. «A questo si aggiunge la carenza di professionisti che operano in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale, che riguarda in particolare i medici di medicina generale. Tale quadro si innesta, inoltre, sulla previsione di un incremento futuro della domanda di cure dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione».

Nonostante questa realtà, per limitare le conseguenze dei circa quarantamila pensionamenti previsti nei prossimi due anni, con il decreto Milleproroghe il Governo ha



previsto per le «aziende del Servizio Sanitario Nazionale, di poter trattenere in servizio, fino al 31 dicembre 2025, su istanza degli interessati, i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale», che oggi possono restare fino ai 70 anni d'età, ma sempre dietro l'autorizzazione dell'ASL. La norma prevede che l'impiego dei medici che sceglieranno di rimanere in attività – che potranno tornare a fronteggiare la grave carenza di personale nelle corsie degli Ospedali - sarà utile anche per far fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale: i medici più anziani potranno aiutare i più giovani. Chi deciderà di rinviare la pensione non potrà mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali, di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale, quindi svolgere le funzioni di primario. Potrà tornare in servizio anche chi è andato in pensione dal primo settembre 2023. Chi torna in servizio dovrà però optare per il mantenimento del trattamento previdenziale già in godimento ovvero per l'erogazione della retribuzione connessa all'incarico da conferire. È un punto da chiarire, sul quale dovrà intervenire una circolare esplicativa da parte dei ministeri della Salute e del Lavoro. La norma si riferisce non solo ai medici che lavorano nelle ASL, ma anche i dirigenti medici e sanitari

del Ministero della Salute (all'art. 17, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3) e i docenti universitari che svolgono attività assistenziali in Medicina e Chirurgia. L'Italia si colloca al quattordicesimo posto tra i Paesi dell'Unione europea per numero di medici ogni 100.000 abitanti (410,4). Si tratta comunque di una dotazione più elevata rispetto a quella della Francia (318,3) e del Belgio, anche se inferiore a quella registrata in Austria (540,9), Germania (453) e Spagna (448,7). La carenza di medici è meno marcata per gli specialisti, ambito in cui l'Italia, con 328,3 medici ogni 100 mila abitanti, si situa davanti a Austria (300,7), Spagna (277,6) e Francia (180,0). In questo ambito, negli ultimi anni, si osserva però un travaso di personale dal pubblico al privato. È invece più grave la mancanza di medici di medicina generale: in Italia sono 68,1 ogni 100 mila abitanti, rispetto ai 72,8 della Germania, ai 74,8 dell'Austria, ai 94,4 della Spagna e al 96,6 della Francia. I medici di famiglia negli ultimi 10 anni si sono ridotti di circa il 20%: erano più di 45mila nel 2012; oggi sono scesi a 40.250. Di conseguenza è aumentato il carico di lavoro per ogni medico. Ciascuno di loro, in media, oggi segue 1.260 pazienti e il 42,1% ha più di 1.500 assistiti, il limite massimo fissato dalla normativa (nel 2012 era il 27,3%).

LE NUOVE SCELTE

per affrontare i problemi del mondo della Sanità

UNA VALUTAZIONE ALLA FINE DEL PRIMO SEMESTRE IN MEDICINA

di Annachiara Albanese

L'abolizione delle iscrizioni a numero chiuso ai corsi di Medicina è un argomento di cui si dibatte da molti anni e sono molti a proporlo come la soluzione alla mancanza di medici. Viene usata la dizione a numero chiuso perché i test di ingresso organizzati ogni anno mettono a disposizione una quantità di posti inferiore alla domanda. Oltre al test d'ingresso, c'è una seconda barriera per chi vuol diventare medico, che

è relativa alla specializzazione richiesta per l'assunzione negli ospedali: dopo la laurea, per diventare specialisti, i medici devono vincere un concorso nazionale del Ministero dell'Istruzione ed ottenere una borsa di studio per praticare una specializzazione in Ospedale. Conseguita la specializzazione, possono partecipare ai concorsi per essere assunti a tempo indeterminato dal Servizio Sanitario Nazionale.

I problemi attuali che vive il mondo della Sanità sono quindi il frutto di una programmazione di carattere approssimativo da parte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi decenni. A fronte di questa situazione, la commissione Cultura del Senato da alcuni mesi sta discutendo una proposta di legge d'iniziativa parlamentare, che dovrà poi passare alla discussione in aula. Se approvata, il Governo dovrebbe





emanare un decreto legislativo in base al quale chiunque potrà iscriversi alla Facoltà di Medicina, frequentare i corsi e sostenere quattro esami nei primi sei mesi di scuola: al termine di questo periodo gli aspiranti medici dovranno essere valutati. Solo chi avrà un punteggio alto potrà accedere ai posti disponibili. In questo modo la barriera di accesso verrebbe spostata di sei mesi, dai test di ingresso alle graduatorie da compilare alla fine del primo semestre. Secondo quanto si è appreso gli esami del primo semestre si svolgeranno in via telematica con domande a risposta chiusa e per la collocazione utile nella graduatoria nazionale verranno considerati tre elementi: i crediti formativi universitari ottenuti con il conseguimento degli esami, il voto ricevuto e il numero di risposte esatte date. Il limite alle iscrizioni rimarrà e continuerà a essere pensato e programmato come avviene ora, incrociando i dati del Ministero dell'Università con quelli del Ministero della Salute.

Gli effetti della nuova proposta sarebbero soprattutto sull'accesso ai primi sei mesi della Facoltà di Medicina, con conseguenze importanti per le Università. Con le nuove regole ci saranno problemi di capienza, perché nelle Università non ci sono aule così grandi da accogliere tutti gli aspiranti medici e non ci sono neanche docenti né per tenere i corsi, né per garantire gli esami in tempo utile. L'ammissione al secondo semestre è comunque vincolata al raggiungimento di un certo numero di crediti formativi.

Il modello a cui si ispira la proposta della commissione Cultura infatti è quello francese, messo peraltro in discussione e poi in parte modificato, per l'eccessiva selezione che determina. Proprio in ragione di questo fatto, negli ultimi dieci anni molti studenti francesi sono emigrati per diventare medici all'estero: in Belgio, Romania, Ungheria e Australia. Dal 2021 in Francia sono quindi state introdotte modifiche – un nuovo diploma universitario chiamato Libre Accès Santé (libero accesso alla sanità) – per evitare selezioni troppo rigorose a università già iniziata.

Molti esperti sono contrari a questa proposta, così come l'Ordine dei Medici (FNOMCEO), a causa del cosiddetto imbuto lavorativo, cioè il rischio che tra dieci anni ci possano essere molti più medici rispetto ai posti disponibili negli ospedali. Ha dichiarato Filippo Anelli, presidente della federazione, al Sole 24 Ore: «Per formare un medico ci vogliono 10 anni, ovvero sei anni di corso di laurea in Medicina e 4 anni di specializzazione. Abbiamo stimato che fra 10 anni saranno andati in pensione circa 7mila medici. A fronte di questo "buco", già quest'anno la previsione di iscrizioni a Medicina raggiunge le 20mila unità. Questo vuol dire che fra 10 anni, nel 2034, noi potremo assumere 7mila medici, ovvero il numero di quelli andati in pensione, ma non potremo fare lavorare ben 13mila medici che risulteranno in più. Se verrà eliminato il numero chiuso, gli accessi a Medicina saranno molti di più, almeno il doppio».

EPATITE E TUBERCOLOSI IN EUROPA

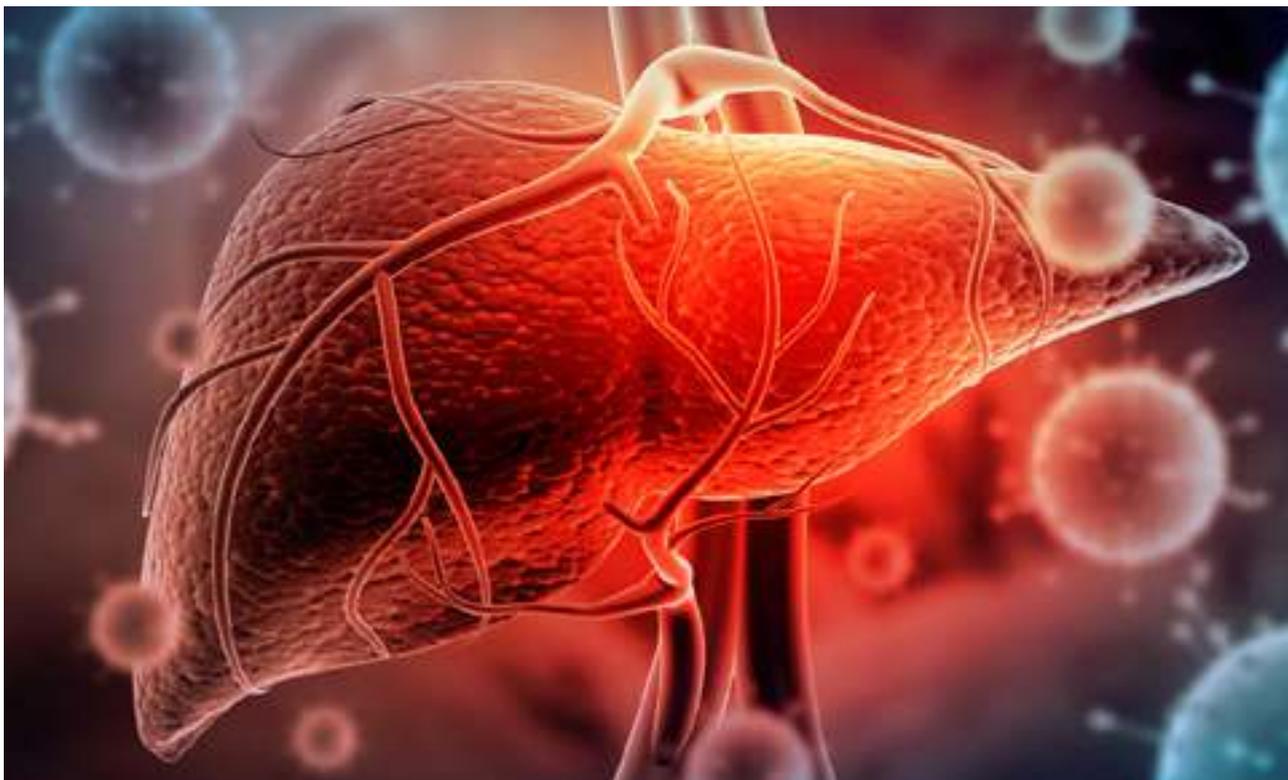
DATI PREOCCUPANTI E SFORZI ANCORA DA FARE

di *Maria Concetta Di Mario*

Le stime più recenti indicano che in Europa ci sono circa 3,6 milioni di individui cronicamente infetti da epatite B (HBV) e 1,8 milioni da epatite C (HCV). La prevalenza di entrambe le infezioni varia notevolmente tra i paesi e le varie popolazioni, con un peso particolarmente elevato tra i diversi gruppi vulnerabili come le persone che consumano droghe, i carcerati e alcune popolazioni migranti.

Sebbene i vaccini contro l'HBV e una serie di altre strategie di prevenzione e controllo, abbiano contribuito a ridurre l'incidenza di nuove infezioni da HBV e HCV, una nota dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) attesta che restano delle sfide da affrontare. Si ritiene necessario un urgente aumento dei test per identificare le persone con HBV e HCV nelle prime fasi dell'infezione e per collegare questi individui alle cure al fine di ridurre complicazioni come la cirrosi e il cancro al fegato.

La prevenzione della trasmissione dell'epatite B da madre a figlio è fondamentale per la sua eliminazione. Sebbene i dati indichino buoni progressi complessivi in tutta Europa in termini di screening prenatale e copertura del vaccino contro l'HBV, alcuni paesi necessitano ancora di dati migliori e di un potenziamento dei programmi. I dati indicano che molti casi di HBV e HCV rimangono non diagnosticati e un numero elevato viene diagnosticato tardi nel corso dell'infezione, quando questa ha già portato alla cirrosi o al cancro al fegato. Per quanto riguarda il trattamento, i dati mostrano alti livelli di soppressione virale dell'HBV e di guarigione dell'infezione da HCV tra i soggetti trattati. Tuttavia, molti di coloro che vivono con infezioni da HBV e HCV non ricevono ancora cure, compresi alcuni a cui è stata diagnosticata, il che riflette la necessità di maggiori sforzi per aumentare i test e il collegamento alle cure. L'Ecdc HA RIAFFERMATO il proprio impegno



verso gli obiettivi globali di eliminazione dell'HBV e dell'HCV stabiliti dall'Assemblea mondiale della sanità e "continuerà a collaborare strettamente con i paesi e le organizzazioni partner, a contribuire a rafforzare gli sforzi di monitoraggio e a condividere buone pratiche in tutta la regione sulla prevenzione e il controllo dell'epatite".

Dal Rapporto del marzo scorso sulla sorveglianza e il monitoraggio della tubercolosi dell'Ufficio regionale dell'Oms Europa e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), emerge che dal 2020 al 2022 in Europa sono stati quasi settemila i decessi in eccesso per tubercolosi rispetto a quanto previsto dagli esperti sulla base delle stime pre-2020. Quello che più preoccupa è che la prevalenza della tubercolosi resistente ai farmaci continua ad aumentare.

Nel 2022, 38 dei 53 Stati membri dell'Oms/Europa hanno segnalato un aumento delle notifiche di tubercolosi. Il numero totale ha superato i 170mila casi (rispetto agli oltre 166mila casi del 2021), di cui oltre 36mila casi sono stati segnalati nell'Ue/See (rispetto agli oltre 33.500 del 2021). Solo 6 trattamenti su 10 che utilizzano farmaci di prima linea hanno avuto successo nel curare l'infezione, mentre complessivamente nella regione europea 7 trattamenti su 10 per la tubercolosi hanno curato l'infezione dei pazienti. Si tratta dei tassi più bassi dell'ultimo decennio, che indicano possibili problemi con la compliance al trattamento e probabili lacune nel monitoraggio dei risultati del trattamento. Se correttamente pianificato ed eseguito, il trattamento della tubercolosi dovrebbe avere

successo in circa 9 pazienti su 10 infettati da ceppi che rispondono agli antibiotici rifampicina e isoniazide.

Destano preoccupazione anche i segnali che indicano che la gestione della co-infezione da TBC e HIV non è ottimale. Solo il 48% dei pazienti affetti da tubercolosi e HIV nella regione europea dell'Oms e il 54% nell'Ue/See che hanno iniziato il trattamento per la tubercolosi nel 2021 sono stati curati.

Nel 2022, la prevalenza dell'HIV nei casi di tubercolosi incidente è stata stimata al 12%, con una stima di 28mila casi di coinfezione nella regione europea. Nell'UE/SEE si sono verificati 13.436 casi di tubercolosi con stato HIV noto, quasi il 4% dei quali è stato segnalato come sieropositivo. I dati disponibili mostrano che una persona su cinque con co-infezione da HIV/TB nella regione europea non stava ricevendo alcuna terapia antiretrovirale (ART). Tuttavia, il quadro è lungi dall'essere completo, rileva il rapporto; solo 20 paesi hanno fornito informazioni sull'adozione della terapia antiretrovirale per l'HIV tra i pazienti affetti da tubercolosi e solo tre di questi si trovavano nell'Ue/See.

Per accelerare gli sforzi necessari a raggiungere gli obiettivi di presa in carico della tubercolosi, l'Oms e l'Ecdc raccomandano di: intensificare gli sforzi per trovare e trattare attivamente i casi non diagnosticati rafforzando i test per la tubercolosi e rendendo disponibili opzioni di trattamento preventivo a tutti coloro che ne hanno bisogno; realizzare la piena attuazione di regimi di trattamento aggiornati, brevi e completamente orali.

SETTEMILA DECESSI OGNI ANNO PER ANTIBIOTICO RESISTENZA

di Satya Marino

Un problema
che richiede
un intervento urgente

L'antibiotico-resistenza è una delle principali minacce alla salute pubblica. Secondo alcune stime, potrebbe causare la morte di dieci milioni di persone all'anno entro il 2050. Per questo la sua diffusione è un problema urgente che richiede un intervento globale e un piano d'azione coordinato.

Una delle principali sfide per contrastare l'antibiotico-resistenza è comprendere l'impatto del fenomeno, in particolare nelle regioni del mondo dove la sorveglianza è limitata e i dati sono scarsi.

Avere delle stime sul numero di decessi dovuti alle infezioni da patogeni resistenti agli antibiotici e sulle loro cause è importante perché permette di programmare interventi di prevenzione e controllo, di definire le priorità per vaccini e farmaci in fase di sviluppo, e conseguentemente di ridurre i decessi associati o attribuibili a queste infezioni. Queste stime non sono sempre disponibili per tutti i patogeni e non coprono tutti i Paesi o tutte le combinazioni patogeno-antibiotico. Ad oggi, gli studi sulle cause di mortalità dovuta a patogeni batterici comuni sono limitati, mentre esistono studi che riportano stime per agenti patogeni come *Mycobacterium tuberculosis*, *Plasmodium spp* e HIV. Uno studio pubblicato nel 2022 ha stimato la mortalità globale associata a 33 specie batteriche

considerando 11 sindromi infettive. Questo studio stima che nel 2019 si sono verificati 13,7 milioni di decessi per infezioni a livello globale, dei quali 7,7 milioni associati alle 33 specie batteriche sia sensibili che resistenti agli antibiotici. I risultati mostrano che più della metà dei decessi sono stati causati da cinque principali batteri patogeni: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*,





Streptococcus pneumoniae, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. Questi batteri erano associati al 13,6% di tutti i decessi a livello globale e al 56,2% di tutte le morti per sepsi nel 2019. In particolare, lo *S. aureus* è stato associato a più di un milione di morti. Un altro studio, sempre del 2022, descrive un'approfondita analisi dell'impatto sanitario dell'antibiotico-resistenza per 23 patogeni e 88 combinazioni patogeno-antibiotico in 204 paesi, utilizzando specifici modelli statistici anche per le regioni del mondo per le quali non ci sono dati disponibili. È stato stimato che nel 2019, 4,95 milioni di decessi sono stati associati all'AMR, di cui 1,27 milioni di decessi direttamente attribuibili alla resistenza, quasi la mortalità per malaria e HIV messi insieme.

Considerando tutte le età, il tasso più elevato di mortalità attribuibile alla resistenza è stato riportato nell'Africa subsahariana occidentale (27,3 decessi per 100.000 abitanti) e il più basso in Australasia (6,5 decessi per 100.000 abitanti). Le infezioni delle vie respiratorie inferiori hanno causato 1,5 milioni di decessi associati alla resistenza nel 2019, rappresentando una delle sindromi infettive più gravi.

Secondo questo studio, sei principali batteri patogeni (*E. coli*, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *P. aeruginosa* e *A. baumannii*) hanno provocato 929.000 decessi attribuibili alla resistenza agli antibiotici e 3,57 milioni di decessi associati alla resistenza agli antibiotici. In particolare, la combinazione patogeno-antibiotico, *S. aureus* con resistenza alla meticillina, ha causato più di 100.000 decessi.

A livello europeo, anche l'ECDC ha pubblicato un

rapporto con le stime del numero annuale di infezioni da batteri resistenti agli antibiotici, del numero di decessi attribuibili, del numero e del tasso di anni di vita aggiustati per disabilità (DALY) e i tassi DALY specifici per gruppo di età.

È stato stimato che tra il 2016 e il 2020, il numero annuo di casi di infezioni da batteri resistenti a determinate classi antibiotiche (dati EARS-Net) nei Paesi dell'UE/SEE variava da 685.433 nel 2016 a 865.767 nel 2019 e 801.517 nel 2020, con un numero annuo di decessi attribuibili che va da 30.730 nel 2016 a 38.710 nel 2019 e 35.813 nel 2020. Se analizzate come DALY, le infezioni hanno portato a un impatto sanitario annuale che va da 909.488 nel 2016 a 1.101.288 nel 2019 e 1.014.799 nel 2020.

È stato stimato che il 70,9% dei casi di infezioni da batteri resistenti agli antibiotici erano infezioni correlate all'assistenza.

Questo dimostra che dal 2016 al 2020 sono state osservate tendenze significativamente in aumento nel numero stimato di infezioni, decessi attribuibili e DALY per 100.000 abitanti a causa dell'antibiotico-resistenza, sebbene i numeri siano leggermente diminuiti dal 2019 al 2020. Il carico maggiore di malattia è stato causato da *E. coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione, seguito da *S. aureus* resistente alla meticillina e *K. pneumoniae* resistente alle cefalosporine di terza generazione. Il peso totale specifico per gruppo di età era più alto nei neonati e negli anziani (oltre 65 anni).

Aggiustato per la numerosità della popolazione, il carico complessivo di infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è stato stimato essere il più alto in Grecia, Italia e Romania, ognuna con in totale più di 2000 DALY, stimati per 100.000 abitanti, nel periodo 2016-2020.

I cambiamenti nelle stime annuali dell'impatto, riporta l'ECDC, possono essere stati influenzati da cambiamenti nella sorveglianza o da cambiamenti nelle pratiche sanitarie, come nel 2020, quando la pandemia di COVID-19 ha messo sotto pressione tutti i servizi sanitari nei Paesi dell'UE/SEE. Parte della diminuzione nel 2020 può anche essere spiegata dalle misure adottate per controllare la diffusione di COVID-19, compresi i cambiamenti nella prevenzione e nel controllo delle infezioni, e i cambiamenti nella gestione dei pazienti negli ospedali a causa delle diverse pratiche di ricovero durante la pandemia.

IL GLIOBASTIOMA, un tumore altamente maligno

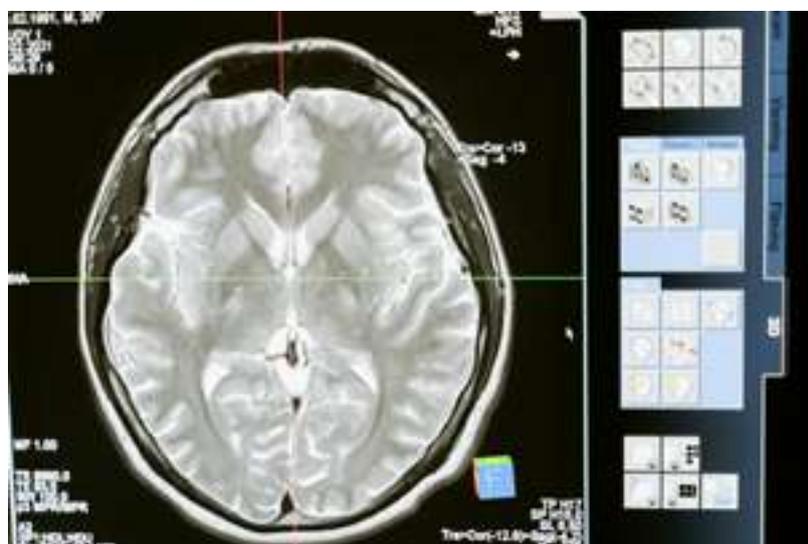
L'IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI IMMEDIATA

di *Riccardo Romani*

I gliomi sono un gruppo di neoplasie maligne che si possono sviluppare in qualsiasi distretto del sistema nervoso centrale: nel cervello o nel midollo spinale, anche se questo secondo caso è meno frequente. Con il termine glioma si riconosce uno spettro eterogeneo di malattie, che hanno caratteristiche diverse a seconda delle cellule del cervello da cui originano (astrociti, oligodendrociti o cellule ependimali) e del grado di aggressività (glioma di basso grado, glioma anaplastico, glioblastoma). La crescita dei gliomi avviene sia lungo i fasci di fibre nervose, sia in maniera proliferativa. Si formano quindi delle masse che sono responsabili dell'insorgenza di alcuni sintomi, conseguenti alla pressione effettuata sulle aree cerebrali coinvolte. I gliomi vengono classificati con una scala da 1 a 4: salendo, aumentano la velocità di crescita della neoplasia e la sua aggressività. I tumori ad alto grado di malignità vengono divisi, dal punto di vista istologico in gliomi di terzo e quarto grado. I tumori di secondo e terzo grado vengono divisi ulteriormente in astrocitomi e oligodendrogliomi, mentre i tumori di quarto grado sono noti come glioblastoma.

Il glioblastoma è un tumore altamente maligno, che si presenta nella maggior parte dei casi all'improvviso ed in una percentuale consistente rappresenta l'evoluzione di un glioma meno maligno: circa il 33% degli astrocitomi di grado I ed il 50% di quelli di grado

II diventano glioblastomi. Dal punto di vista anatomico-patologico si presenta come una massa di consistenza e colore diverso rispetto al parenchima cerebrale. L'età di massima incidenza è tra i cinquanta ed i sessant'anni. I sintomi evolvono quasi sempre rapidamente. Si tratta di cefalea, crisi convulsive, alterazioni psichiche e deficit motori. Tra questi, prevale la cefalea nella percentuale del 70%, in genere al mattino. Il paziente spesso ha disturbi del movimento in una metà del corpo (emiparesi), deficit dei nervi cranici, come ad esempio





distorsione della bocca, disturbi psichici, emianestesia (deficit della sensibilità da un lato del corpo), emianopsia (deficit della visione da un lato), disturbi del linguaggio.

Le indagini più importanti per verificare il glioblastoma sono la TAC (tomografia assiale computerizzata) e la RM (risonanza magnetica) del cranio. La RM ha una maggiore sensibilità per la diagnosi ed è più utile per il chirurgo. L'angiografia è raramente necessaria. La PET è un mezzo diagnostico importante per evidenziare le recidive e la radionecrosi. Un aumento del metabolismo nell'area tumorale è indice di una recidiva.

Il trattamento del glioblastoma di solito è chirurgico. L'apertura del cranio deve permettere un'agevole aggressione del tumore evitando di danneggiare aree eloquenti. Se il tumore non appare in superficie, esistono vari metodi di localizzazione: strumenti stereotassici, ultrasuoni intraoperatori e sistemi di neuronavigazione. La rimozione dev'essere massimale, fino alla lobectomia (asportazione di un lobo cerebrale). Quando l'estensione è eccessiva, si può optare per un trattamento palliativo. La diagnosi in questo caso deve essere eventualmente confermata con la biopsia. La radioterapia è per ora la sola valida alternativa all'intervento chirurgico.

La mortalità operatoria è del 3%. La sopravvivenza media va tra i sei ed i dodici mesi. La radioterapia allunga la vita. A due anni, l'11% di sopravvivenza degli irradiati si contrappone al più modesto 3% dei non



irradiati. La sopravvivenza a cinque anni è comunque eccezionale. Trova scarsa applicazione la chemioterapia, eventualmente a base di nitrosurea, un farmaco antitumorale che appartiene alla categoria degli agenti alchilanti; a questa classe appartengono la carmustina, somministrata per via endovenosa, la lomustina e la semustina, somministrate per via orale. Questi composti riescono a raggiungere concentrazioni pari al 30/40 % nel SNC, in particolare la carmustina, che può dare mielosoppressione in maniera molto tardiva rispetto agli altri alchilanti. La carumustina è instabile in soluzione acquosa e dev'essere somministrata per endovenosa; attraversa la barriera emato-encefalica, per cui può essere utilizzata per tumori cerebrali primitivi. Per le recidive, il reintervento viene raramente preso in considerazione, ma può essere indicato l'impianto di radioisotopi o di "wafers" caricati con citostatici, specie BCNU.



Due malattie rare con gravi conseguenze

MALFORMAZIONE DI CHIARI 1 E SIRINGOMIELIA

di Satya Marino

Le malattie Chiari 1 (AC1) e Siringomielia sono spesso associate.

AC1 è una malformazione, generalmente congenita, a livello della giunzione cranio-cervicale e deve il suo nome agli scienziati Julius Arnold e Hans Chiari, che nel 1890 l'hanno per primi scientificamente osservata, studiata e descritta.

All'interno del cervello si trova un sistema ventricolare dove è prodotto un liquido, il fluido cerebro-spinale (CSF), che circonda il cervello e il midollo spinale, scorrendo intorno ad essi prima di essere riassorbito nel sistema venoso. Per il sistema nervoso è fondamentale che il CSF possa fluire liberamente attraverso la giunzione cranio-cervicale e lungo tutto il midollo. AC1 è caratterizzata dalla discesa attraverso la grande apertura che si trova alla base del cranio (il foramen magnum), della parte inferiore del cervelletto, le tonsille cerebellari, che penetrano nel canale spinale provocando la riduzione o il blocco del passaggio del CSF. La causa principale di tale discesa è la mancanza di spazio sufficiente a livello della base del cranio, dovuta principalmente a malformazioni ossee o ad anomalie dei tessuti connettivi.

AC1 è considerata una malattia rara ma, in seguito alla diffusione della Risonanza Magnetica per immagini

(RMI), i casi si sono rivelati più numerosi di quanto si ritenesse.

Studi e ricerche sull'ereditarietà e sulla componente genetica di AC1 sono ancora agli inizi: negli USA, alla Duke University, si stanno facendo da alcuni anni ricerche mirate, come pure, in Italia, all'Istituto Gaslini di Genova. Anche se congenita, la malattia può essere asintomatica fino all'età adulta, ma i sintomi si possono presentare anche nell'adolescenza o nell'infanzia.

I sintomi maggiormente lamentati sono: forti dolori alla testa ed al collo, spesso accentuati da starnuti, colpi di tosse o sforzi fisici, problemi di equilibrio e difficoltà nel coordinamento dei movimenti fini delle mani. In alcuni casi, si manifestano problemi agli occhi (vista indistinta o sfocata, fotosensibilità, nistagmo), alle orecchie (ronzii e rumori, riduzione dell'udito) o alle corde vocali. Sintomi importanti che devono suonare come un campanello d'allarme sono: difficoltà a deglutire, apnee notturne, vomito incontrollabile e forti aritmie cardiache.

Viene diagnosticata tramite una RMI, esame non invasivo, che mette chiaramente in evidenza sia la parte ossea che le parti molli nell'area della giunzione cerebro-spinale e in particolare la posizione delle tonsille cerebellari. Poiché la definizione di Chiari è in

fase evolutiva, per diagnosticare AC1 è necessario che gli specialisti uniscano ai risultati della RMI un esame neurologico approfondito e i sintomi riferiti dal paziente. Come sottolinea il sito dell'AIMSAC (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold e Chiari) "Poiché i sintomi di AC1 sono comuni ad altre patologie più conosciute, accade frequentemente che il paziente abbia diagnosi errate prima di essere correttamente diagnosticato. D'altra parte, data la comunione dei sintomi con quelli di altre patologie, e non esistendo un esame obiettivo che possa far risalire con certezza i sintomi alla Malformazione di Chiari, ne consegue che i problemi in un paziente affetto da AC1 possono non essere legati a questa patologia". La Siringomielia (SM) è un'affezione cronica del midollo spinale caratterizzata dall'infiltrazione del fluido cerebrospinale (CSF) al suo interno con la formazione di una

cavità cistica (siringa), che può provocare compressioni e/o lesioni alle fibre nervose del midollo stesso.

Queste cavità nel midollo spinale sono molto più comuni di quanto si ritenesse fino a pochi anni fa, prima della diffusione della Risonanza Magnetica (RMI).

Nella maggior parte dei casi, la Siringomielia ha origine dalla Malformazione di Chiari 1, nella quale la discesa delle tonsille cerebellari nel canale spinale riduce o blocca il flusso del CSF a livello della giunzione cerebrospinale, causando una anormale pressione pulsante del fluido stesso che circonda il midollo e la conseguente formazione di cavità al suo interno.

L'ostacolo alla circolazione del flusso del CSF può verificarsi anche a diversi livelli della colonna, per un trauma, una stenosi vertebrale, un'ernia discale, uno stato infiammatorio delle membrane che circondano il



midollo, un tumore, una meningite, una complicazione di una puntura spinale.

Quando la cavità si genera nella porzione inferiore del tronco encefalico si ha la Siringobulbia, che può interessare i nervi cranici inferiori, con disturbi al viso, alla vista, all'udito, e, nei casi più gravi, a problemi di deglutizione e fonazione.

I sintomi della SM sono molteplici e dipendono dalla forma e dall'ubicazione della cavità e, in genere, si sommano a quelli della causa scatenante. Lo sviluppo della sintomatologia è lento; tuttavia i sintomi si possono manifestare improvvisamente in seguito a un colpo di tosse, a uno sforzo, a una caduta, a un trauma. I sintomi più comuni sono: mancanza di sensibilità (specialmente al caldo e al freddo), debolezza o spasmi muscolari, difficoltà motorie, stanchezza, parestesie, incontinenza. Inoltre, la maggior parte dei pazienti soffre di male di testa

e di altri dolori di origine neuropatica. In alcuni pazienti la Siringomielia può portare a gravi danni neurologici, fino alla paraplegia.

La SM viene diagnosticata tramite una RMI, esame non invasivo, che mette chiaramente in evidenza sia la parte ossea (colonna) che le parti molli (midollo e membrane meninge). La presenza di cavità siringomieliche all'interno del midollo richiede ulteriori esami per ricercare la causa della loro formazione: in particolare la coesistenza di AC1 e la possibile presenza di "midollo ancorato", rilevabile, in prima battuta, dal posizionamento del cono midollare, ossia della parte finale del midollo.

Chiari 1 e Siringomielia possono essere compresenti e correlate con altre forme patologiche, tra cui: scoliosi, craniostenosi, malformazioni della cerniera, sindrome del midollo ancorato, sindromi di Ehlers-Danlos, idrocefalo, ipertensione endocranica, ipotensione endocranica.



Bambini innocenti vittime di aggressioni

L'Ospedale Bambino Gesù evidenzia l'esperienza maturata in oltre 40 anni di lavoro con bambini e ragazzi maltrattati: incuria o eccesso di cura le forme più frequenti di abuso

di Annachiara Albanese

Sono oltre 100 ogni anno i nuovi casi di abuso e maltrattamento di minori gestiti dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Più di 3.000 i casi registrati nell'ultimo quindicennio, a partire dal quale le situazioni di rischio tra i minori che accedono al Bambino Gesù vengono intercettate con un'apposita procedura di screening. Incuria o eccesso di cura le forme più frequenti di abuso. L'età media è di 12 anni. Nella casistica anche bambini con traumi da guerra.

LE FORME DI ABUSO

La violenza sui minori si declina in alcune specifiche forme che vanno dal maltrattamento fisico e psicologico alla 'patologia delle cure', ovvero il tipo di violenza che passa dall'incuria all'eccesso di cura (ad es. la somministrazione di farmaci non necessari); dalla violenza assistita (il minore assiste alla violenza esercitata su figure di riferimento come un genitore o un fratello/sorella) all'abuso sessuale. La Giornata Internazionale dei bambini innocenti

vittime di aggressioni istituita nel 1982 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha come obiettivo quello di "sensibilizzare e prendere atto del dolore che affligge i bambini che in tutto il mondo sono vittime di abusi fisici, mentali ed emotivi".

I PERCORSI PER LA TUTELA DELL'INFANZIA

Dal 2009 l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù utilizza una procedura per la rilevazione degli abusi sui minori basata sull'analisi di una serie di indicatori. Questo strumento di screening viene applicato ai pazienti che accedono in Ospedale in qualsiasi regime assistenziale (pronto soccorso, ricovero ordinario o diurno, ambulatori). In presenza di segni sospetti si attiva un percorso clinico ad hoc: il caso viene valutato da un team di specialisti (in particolare medici di pronto soccorso, traumatologi, psicologi e neuropsichiatri, medici legali) che emette la diagnosi e definisce l'iter di cura più adeguato. I casi di sospetto abuso intercettati ogni anno in pronto soccorso sono in media 80. A questi si aggiungono i casi rilevati durante l'attività ambulatoriale o in regime di ricovero.

La gran parte dei pazienti per cui viene fatta una segnalazione per un abuso sospetto o accertato viene presa in carico dalla Neuropsichiatria del Bambino Gesù in un day hospital espressamente dedicato alle vittime di violenza (percorso 'Child Care'). Nello stesso percorso possono confluire anche i minori vittime di un abuso segnalati da strutture esterne (altri ospedali, strutture territoriali, Autorità Giudiziaria). Oltre il 50% dei pazienti seguiti nel day hospital neuropsichiatrico viene "intercettato" in pronto soccorso.

I DATI DEL BAMBINO GESÙ

In oltre 40 anni di esperienza sul fronte della cura dei bambini vittime di violenza, l'Ospedale Bambino Gesù ha registrato attraverso l'Unità operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza più di 5.000 casi, il 60% dei quali negli ultimi 15 anni. Tra questi, anche alcuni bambini e ragazzi in fuga da zone di guerra: Ucraina, Siria, Africa.

Nel dettaglio, tra il 2008 e il 2022 sono stati seguiti in day hospital neuropsichiatrico 3.200 bambini e ragazzi abusati o maltrattati: oltre 200 all'anno (di cui circa 130 nuovi casi e 70 in follow up), secondo un trend sostanzialmente costante. L'età media è di 12 anni.

Rispetto al tipo di abuso subito, il più frequente è la 'patologia delle cure', seguono la violenza assistita, l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico e psicologico. Nella casistica del Bambino Gesù, più dell'80% degli abusi, in tutte le declinazioni, è stato compiuto all'interno della famiglia.

Riguardo al genere, le varie forme di violenza vengono esercitate in misura sostanzialmente pari su maschi e femmine, eccetto l'abuso sessuale che, nella fascia d'età 7-18 anni, ha un'incidenza 3 volte superiore tra le femmine rispetto ai maschi.

GLI STRUMENTI DI PREVENZIONE E SUPPORTO

All'attività clinica con bambini e ragazzi vittime di violenza si affianca lo sviluppo di strumenti per il supporto a pazienti e famiglie in un'ottica di prevenzione. Sul portale dell'Ospedale sono disponibili alcuni contenuti realizzati dai neuropsichiatri del Bambino Gesù con le informazioni, dedicate ai ragazzi, per riconoscere le situazioni potenzialmente rischiose e l'indicazione dei segnali a cui devono fare attenzione i genitori per intercettare il problema.

L'Helpline Lucy 06 6859 2265 è invece il servizio gratuito di assistenza e consulenza telefonica per famiglie e minori in difficoltà, attivo tutti i giorni, 24 ore su 24. Un team di psicologi dell'Unità operativa di Neuropsichiatria del Bambino Gesù risponde alle richieste di aiuto che riguardano, in situazioni d'emergenza, la sofferenza psichica di bambini e adolescenti.

Sul fronte della ricerca, infine, l'Ospedale promuove progetti per lo studio dell'impatto di abuso e maltrattamento sulla salute mentale in età evolutiva e per la definizione di programmi terapeutici adeguati. Sono in fase di sviluppo un protocollo di supporto a bambini e adolescenti esposti a violenza domestica durante la pandemia Covid 19 e una serie di interventi psicoeducativi nelle scuole sui temi della violenza, bullismo e cyber-bullismo.

'SORRIDO NEL BUIO':

I DISEGNI CHE RACCONTANO LA VIOLENZA

Un gruppo di bambini tra gli 8 e 12 anni seguiti dalla Neuropsichiatria del Bambino Gesù, con un percorso





difficile alle spalle malgrado la giovanissima età, è stato coinvolto in un progetto creativo per raccontare la violenza attraverso i disegni.

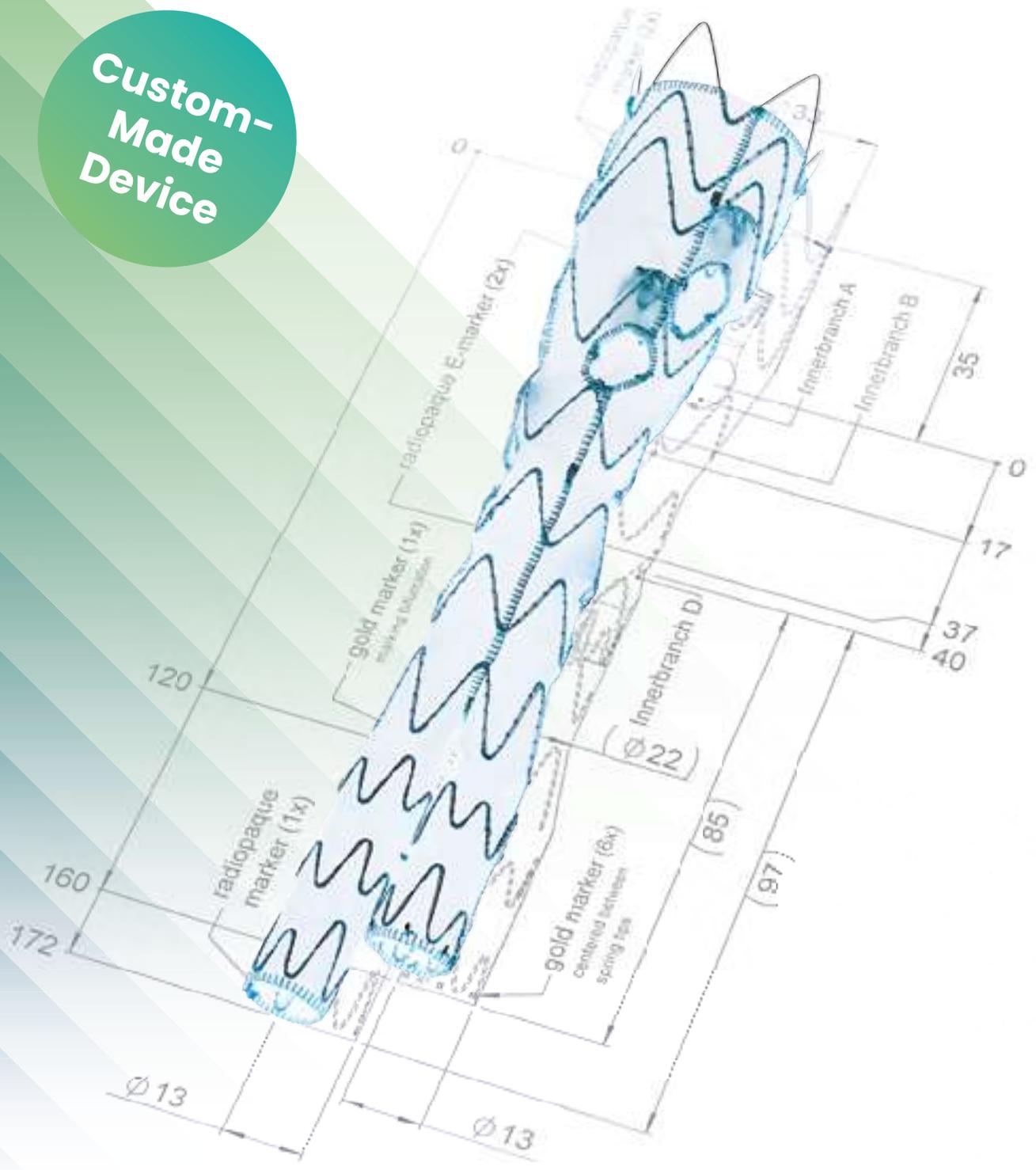
Nei fogli colorati da questi bambini, tutti accolti nella casa famiglia "Il Tetto Casal fattoria", si vede un viso sorridente circondato dal colore nero (Sorrìdi nel buio), un cocodrillo che mangia un cuore, un albero rosso sangue, figure 'spaventose' e persone che urlano.

Spiega la dott.ssa Paola De Rose, neuropsichiatra del Bambino Gesù referente del percorso "Child Care": «I ragazzi che vengono nel nostro Servizio portano nella mente e nel cuore i segni della violenza; alcuni li esprimono chiudendosi e buttandosi giù, altri mettendo in atto comportamenti dirompenti, alcuni congelano le emozioni, altri le fanno esplodere. Tutti, però, hanno la possibilità e il diritto di cambiare la traiettoria a cui la vita fino a questo momento li ha esposti. Ed è proprio il compito di noi adulti contribuire alla cura di queste ferite».



Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System

ULTRASOUND GUIDED MICROENDOSCOPY

THE NEW GENERATION



1.
ULTRASOUND
TRACKING

2.
ENDOSCOPIC
APPROACH

3.
DIRECT
VISION

**FACILITATE AND SECURE
MICRO-INVASIVE WITH 18 GAUGE
INTERVENTIONAL PROCEDURES**



HD HealthDefence S.r.l.

DISTRIBUTORE LAZIO

Via Portuense, 959 - 00148 Roma

tel. 06 65002930 - info@healthdefence.it

www.tssmedical.com