

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONA MENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 1/2 2025 - prezzo di copertina. € 10,00

Fromceo Lazio:

così si garantisce il Ssn

**Carceri, ecco come
evitare le emergenze**

**Forniture sanitarie,
le proposte di Confimi**

**Nato per accogliere,
il modello Santo Spirito**

LA MIA SFIDA PER LA SANITÀ DEL FUTURO



COBRA-OS®




COBRA-OS®

Control Of Bleeding, Resuscitation, Arterial Occlusion System



COBRA-OS®



Caratteristiche

- Profilo 4 French profile
- Marker Zona 1 (48 cm)
- Marker Zona 3 (28 cm)
- Punta J flessibile ed *automatica*
- Markers Radiopachi sul Pallone
- Tab Sutura
- Siringa 10cc con impugnatura a spada



INCLUSO

Per la Tua Comodità



- Guida 0.018" con punta floppy
- Introduttore 4Fr resistente al kinking con una transizione eccellente
- Ago angiografico smussato 21G 7 cm
- Siringa da 10cc con impugnatura a spada

Hic et nunc

Oms, un'Agenzia che non è al di sopra di ogni sospetto

di *Pietro Romano*

Gli assenti hanno sempre torto. E quindi di fronte a una domanda brusca: l'Italia dovrebbe uscire dall'Oms? La risposta è prevedibile: no. Ma non perché, come si diceva un tempo, va tutto bene madame la marchesa. Anzi, il no potrebbe/dovrebbe essere a tempo. Il perché cerchiamo di spiegarlo in qualche flash seguente.

Appena insediato alla Casa Bianca il nuovo presidente statunitense Donald Trump ha annunciato che porterà gli Usa fuori dall'Organizzazione mondiale della sanità, WHO l'acronimo inglese. Un annuncio in linea con la posizione sull'Agenzia dell'Onu per la sanità tenuta dall'esponente repubblicano nel suo primo mandato presidenziale, cominciato nel 2017. E rafforzate – secondo Trump - dalla “cattiva gestione della pandemia da Covid-19 e di altre crisi globali, per il fallimento nell'adozione di riforme urgenti e per l'inadeguatezza nel mostrarsi indipendente da inopportune politiche di influenza da parte di Stati membri”. Critiche evidentemente che non possono più coesistere con la presenza in una organizzazione alla quale, altrimenti, gli Usa dovrebbero continuare a versare oltre il 10% dei fondi che le permettono di vivere.

Per tornare in Italia un recente sondaggio del Termometro Politico ha rilevato che il 40% esatto dei cittadini pensa che Trump faccia bene a ritirarsi dall'organizzazione e una quota di poco inferiore ritiene che sbagli. Ma esiste un 20% circa (il 19,8% per la precisione) che pensa: “Trump ha sbagliato ma l'Oms ha fatto molti errori, va riformato non abbandonato”. E se non fosse possibile riformarlo? La risposta non era prevista ma è lecito ipotizzare che buona parte di quel 20% potrebbe cambiare idea. Umori che si rispecchiano anche nelle parole del ministro della Sanità, Orazio Schillaci. Schillaci, replicando in Parlamento a una domanda sulla presentazione di un Ddl della Lega che prevede l'uscita del nostro Paese dall'Agenzia, ha risposto che l'uscita dall'Oms non è contemplata nel programma di governo ma “credo che sia legittimo e costruttivo un dibattito che miri ad analizzare criticamente il suo ruolo, con particolare riferimento all'allocazione, all'utilizzo delle risorse e alla governance”. Ragionamento che non fa una grinza ma è molto più articolato dei titoli visti sui giornali o ascoltati da

radio e tv, perlopiù ridotti a un laconico, ma non veritiero, “Il ministro Schillaci: no all'uscita dall'Oms”.

La mia esperienza di giornalista con l'Oms mi ha fatto imbattere in numerose occasioni e in un lungo arco di tempo in scandali che hanno riguardato l'Agenzia: dalle spese folli dei suoi dirigenti alle violenze sulle popolazioni “aiutate” da parte dei propri operatori (a esempio gli stupri in Congo), dagli allarmi ingiustificati sulla influenza suina in Messico alla disastrosa gestione dell'ebola in Africa, soprattutto alla generale mancanza di opacità che ha raggiunto l'apice proprio in occasione della pandemia con al centro degli eventi il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus. Ghebreyesus, etiope dal solido curriculum, ha un paio di “vizi di origine”: a proporlo fu il sanguinario dittatore della Zimbabwe, Robert Mugabe, e a pandemia appena scoppiata addirittura elogiò Pechino. Tanto che questa sua posizione è anche stata collegata ai rapporti economici (e non solo) privilegiati tra il suo Paese, l'Etiopia, e Pechino. Di questa opacità è stato vittima, tra gli altri, il ricercatore italiano Francesco Zambon che nel 2021 realizzò, proprio per conto dell'Oms, un report sulla gestione italiana della prima fase della pandemia. Fu costretto a ritirarlo però perché sulla direzione generale pare abbia fatto pressioni il governo italiano dell'epoca tanto che l'allora dg del ministero, con esperienze di lavoro anche all'Oms, parlò di “irritazione” del ministro.

E' emerso negli ultimi anni, inoltre, il ruolo crescente dei privati a cominciare dalla Fondazione di Bill & Melinda Gates, il secondo finanziatore dell'Oms (che a sua volta riceve contributi pubblici e privati in maniera diretta e indiretta) che – lo ha denunciato la trasmissione “Report” – a sua volta investe in case farmaceutiche innescando un conflitto d'interesse grande come una casa. Meglio, come l'enorme sede dell'Oms a Ginevra.

Ebbene, non è lecito mettere in discussione la realtà dell'Oms alla luce di questi flash? Di certo, come altre Agenzie dell'Onu e le Nazioni Unite stesse, non può essere più ritenuta al di sopra di tutti i dubbi che fa sorgere. Se ne convincano i detentori di legittimi sogni universalistici. Altrimenti il loro risveglio potrebbe essere traumatico.



SANITÀ A MISURA DI FUTURO

di Orazio Schillaci



IL DOMANI DEL NOSTRO SISTEMA

di Antonio Magi

01 HIC ET NUNC

05 LA LETTERA



MODELLO SANTO SPIRITO

di Giuseppe Quintavalle



APPROVVIGIONAMENTO, IL SISTEMA VA RIFORMATO

di Flavia Scicchitano

23 RIABILITAZIONE,
GRAZIE PMI

25 LA MEDICINA GENERALE
VA RIVISTA: COSÌ

SOMM



FARMACISTI IN CADUTA LIBERA

di Felice Vincenzi



DISTACCO DELLA RETINA, COME SALVARE LA VISTA

di Caterina Del Principe



CARCERI, PRONTO UN PIANO

di Maria Concetta Di Mario

38

PROTESI DELL'ANCA



GUERRA ALL'ALZHEIMER

di Annachiara Albanese

40

OBESITA', KILLER SILENTE

44

ADOLESCENTI, LA MANO DALLO SPORT

34

COME RIPRISTINARE IL RITMO CARDIACO

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:



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

Marialuisa Roscino è giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Federica Troiani è giornalista

Felice Vincenzi è lo pseudonimo di una 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



Pubblicato 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

LE FIRME



Dott. Antonio Magi
Presidente Fromceo



Dott. Giuseppe Quintavalle
Direttore Generale Asl Roma 1



On. Orazio Schillaci
Ministro della Salute

• NUMERO •



Il numero di gennaio di The Lancet Europa, una delle più prestigiose riviste mediche internazionali, ha pubblicato un editoriale sulla situazione della sanità italiana. Un'analisi impietosa e durissima, nella quale si parla di "feudalesimo": "una sanità spezzatino – si legge - in cui le Regioni non riescono neppure a comunicarsi i dati necessari a curare i pazienti, in cui ospedali e strutture sanitarie si affidano a sistemi di raccolta dei dati incompatibili tra loro e vetusti". Questo comporta – si aggiunge - l'impossibilità a trasferire referti anche all'interno di una stessa città. Per questa ragione, i pazienti sono costretti a ripetere gli esami quando devono migrare da una struttura o da una regione all'altra. Con un costo per le casse dello Stato che si aggira intorno ai 3, 3 miliardi. Si ricorda anche – quasi a mò di derisione - come il problema ancora irrisolto della raccolta dei dati fosse già emerso durante il periodo del Covid-19, quando alcune strutture sanitarie, soprattutto durante i primi mesi, scrivevano a mano le informazioni sui contagi.

Ma c'è di più: The Lancet sottolinea come la riforma dell'autonomia differenziata rappresenti un rischio ancora maggiore per il sistema sanitario italiano. Secondo l'editoriale, la riforma potrebbe amplificare le disparità tra le Regioni, con conseguenze gravi per le aree più svantaggiate. Le sette Regioni che dovrebbero rientrare dalle spese sanitarie, in base alla riforma, sono tutte situate nel Centro-Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia). Al contrario, i livelli essenziali di assistenza (LEA) risultano garantiti solo nelle Regioni del Centro-Nord, con la sola eccezione della Puglia.

Una prova dello spezzettamento della sanità italiana sarebbe il mancato utilizzo del fascicolo sanitario elettronico. Uno strumento – sostiene la rivista - che potrebbe unificare la storia sanitaria di ogni cittadino, ma che resta largamente inapplicato per l'estesa autonomia che permette alle Regioni di agire indipendentemente con frammentazioni e inefficienze.

Infine, l'editoriale si chiude con un interrogativo preoccupante: nel 2022, l'Italia ha speso 1,8 miliardi di euro per la sanità digitale, ma non è chiaro come e dove questi fondi siano stati impiegati. Un dubbio che lascia spazio a sospetti e critiche. Una riflessione amara, insomma, e una denuncia che – paradossalmente – arriva dall'estero. Ci volevano gli inglesi. È il caso di dire.



VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS



 Genomadix

GENOMADIX CUBE

**ANALIZZATORE ULTRARAPIDO DI DNA PER VALUTARE LA RESISTENZA REAL TIME
AGLI ANTIPIASTRINICI - IDENTIFICAZIONE DELLE VARIANTI DEL CYP2C19**

Il sistema Genomadix CUBE CYP2C19 è l'**unico test diagnostico qualitativo Point of Care**, oggi disponibile con marchio CE e con approvazione FDA negli USA, rapido e facile da usare per l'identificazione del CYP2C19 Genotipi *2, *3 e *17 di un paziente, determinati dal DNA genomico ottenuto da un tampone salivare. I risultati ottenuti dal test Genomadix valgono a vita, creando di conseguenza un "passaporto" genetico che può essere di grande utilità ai pazienti che dovessero andare incontro a nuove ospedalizzazioni nelle aree neuro-cardio vascolari.

CONTATTACI



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

SANITA' A MISURA DI FUTURO

LA SALUTE E' UNA RISORSA ITALIANA FONDAMENTALE. MA AL NOSTRO SISTEMA, CHE VANTA TANTE ECCELLENZE, NON MANCANO CRITICITA'. ECCO PERCHE' SI DEVE LAVORARE COLLEGIALMENTE PER RENDERLO CAPACE DI RISPONDERE A VECCHIE E NUOVE ESIGENZE

di *Orazio Schillaci*

ORAZIO SCHILLACI



La salute è un asset fondamentale del nostro Paese: se non si investe nella salute si mette a rischio la tenuta sociale ed economica nazionale, come abbiamo potuto vedere durante l'emergenza pandemica.

Il Servizio sanitario nazionale ha compiuto da poco 46 anni ed è evidente la necessità di una profonda trasformazione alla luce dei progressi della scienza e delle innovazioni tecnologiche ma

soprattutto dell'andamento demografico e dei nuovi bisogni sociosanitari che caratterizzano la nostra popolazione, tra le più longeve al mondo.

Il nostro sistema sanitario vanta senza dubbio numerose eccellenze ma non mancano fragilità, a partire dall'assistenza territoriale che durante la pandemia ha messo a dura prova il sistema sanitario.

È stata proprio l'emergenza sanitaria a riproporre con forza l'urgenza di una innovazione del sistema sanitario



Ministero della Salute



per salvaguardare le eccellenze riconosciute a livello internazionale – penso alla qualità delle cure oncologiche - e per potenziare la capacità di risposta alla domanda di salute.

Da subito questo Governo ha assicurato più risorse. Il Fondo sanitario ha raggiunto livelli di finanziamento inediti rispetto al passato pre Covid, destinando i finanziamenti innanzitutto alla soluzione delle principali criticità, seguendo il principio dell'efficienza, altrimenti è come versare continuamente acqua in un serbatoio che perde. Abbiamo investito nel personale sanitario per fronteggiare la carenza di organico, in particolare quello infermieristico. Oggi paghiamo di più le prestazioni aggiuntive e le tassiamo di meno; abbiamo aumentato le indennità di specificità e migliorato il trattamento economico degli specializzandi. E soprattutto stiamo superando il vecchio tetto di spesa al personale che per anni ha penalizzato soprattutto le Regioni in Piano di rientro, che non hanno potuto rafforzare gli organici necessari a garantire un livello qualitativo soddisfacente delle cure.

Per restituire attrattività alla sanità pubblica abbiamo dato una stretta ai gettonisti e previsto norme severe per fermare le aggressioni negli ospedali, anche con l'arresto in flagranza differita.

Tutto ciò serve non solo a far lavorare meglio medici, infermieri e operatori sanitari ma anche ad affrontare un altro problema che si trascina da decenni, quello delle liste d'attesa. La legge che abbiamo approvato dà indicazioni chiare alle Regioni per assicurare ai cittadini l'erogazione delle cure nei tempi giusti, fino a garantire al paziente la prestazione in intramoenia o nel privato accreditato se non è possibile ottenerla nel regime ordinario.

Ma è il progressivo invecchiamento della popolazione a rappresentare la sfida principale per il Servizio sanitario nazionale chiamato a una gestione efficiente della cronicità e a portare avanti l'evoluzione tecnologica che già da tempo ha investito l'ambito della salute.

In questo senso, è strategica l'attuazione de Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) che ha indicato nella medicina territoriale e nell'evoluzione tecnologica gli

“Se ognuno farà la propria parte saremo in grado di costruire un Servizio sanitario all’altezza delle sfide di oggi e di domani”

assi su cui investire per garantire più equità e sostenibilità. Stiamo rispettando la tabella di marcia degli investimenti per potenziare la medicina territoriale: è stato avviato il 70% dei cantieri delle case di comunità e degli ospedali di comunità. Così come per quanto riguarda l’assistenza domiciliare integrata che vede attualmente oltre 400mila over 65 nuovi assistiti al domicilio, numeri che descrivono il recupero nei ritardi accumulati in passato nell’attuazione di questa misura.

Siamo impegnati, dunque, nello sviluppo di un modello integrato di assistenza tra ospedali, medicina territoriale e assistenza sociale che è fondamentale per rispondere ai bisogni complessi di una popolazione che invecchia.

Anche riguardo all’altra direttrice del Pnrr, la digitalizzazione della sanità, abbiamo accelerato il processo di tecnologizzazione, rendendo operativo in tempi rapidi il nuovo Fascicolo sanitario elettronico che insieme alla telemedicina rappresenta uno strumento essenziale per migliorare l’efficienza e la tempestività delle cure.

Accanto a tutto ciò gioca un ruolo cruciale il rafforzamento della prevenzione, attraverso campagne di screening e di promozione di stili di vita sani, incentivando l’adozione di comportamenti salutari.

Oggi è il rilancio della prevenzione a segnare la discontinuità rispetto ai precedenti governi.

Se non investiamo in prevenzione, infatti, sarà difficile assicurare la sostenibilità a lungo termine del servizio sanitario perché ridurre il numero di malati cronici significa non solo più salute per la popolazione, specialmente nell’età anziana, ma anche meno costi per il sistema sanitario.

In questa direzione va anche il sostegno, costante e forte, alla ricerca e all’innovazione, grazie a alle quali negli ultimi decenni abbiamo ottenuto risultati inimmaginabili. E tanti altri traguardi si possono raggiungere per migliorare la qualità delle cure, penso alle malattie rare e a quelle oncologiche.

La salute è e deve essere un impegno condiviso del Governo, delle Regioni e degli operatori sanitari, delle imprese e dei cittadini per rendere il nostro sistema sanitario più forte e capace di rispondere a bisogni socio-sanitari che non sono più quelli di 46 anni fa quando nasceva il Servizio sanitario nazionale.

Continueremo a lavorare per la tutela del diritto alla salute, per le generazioni di oggi e per quelle di domani. È un percorso di rinnovamento complesso, che richiede tempo, ma se ognuno farà la propria parte, saremo in grado di costruire insieme un Servizio sanitario nazionale all’altezza delle sfide del presente e del futuro.



KASTER
Medical Technology

Meril

More to Life

LATITUD[™] | HIP SYSTEM
Freedom of Choice



OPUKENT
Knee System

KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma IT

E-mail info@kaster.it
Pec kastersrl@pecposta.it
Tel. +39 06 3629081
Web www.kastermt.it

IL FUTURO DELLA SANITÀ' ITALIANA

ECCO COME COSTRUIRE UN SISTEMA
EQUO, SOSTENIBILE E IN GRADO
DI AFFRONTARE LE PROSSIME SFIDE

di *Antonio Magi*

La sanità italiana si trova a un crocevia cruciale, tra le sfide poste dai cambiamenti demografici, l'innovazione tecnologica e le crescenti aspettative dei cittadini. Un elemento chiave di questa trasformazione è rappresentato dal potenziamento della sanità territoriale e dall'interazione ospedale territorio senza mai dimenticare un moderno modello socio-sanitario.

Una spinta significativa verso il rinnovamento della sanità italiana è stata impressa dai decreti ministeriali DM 70 e DM 77, che ridefiniscono gli standard qualitativi, strutturali e organizzativi dell'assistenza sanitaria.

Il DM 70/2015, noto anche come decreto sugli standard ospedalieri, ha introdotto

criteri specifici per la riorganizzazione delle strutture ospedaliere, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità delle cure. Tra le principali novità:

- La classificazione degli ospedali in base alla complessità delle prestazioni fornite (hub e spoke).
- La razionalizzazione delle strutture, con la chiusura o riconversione di piccoli ospedali non sostenibili.
- L'introduzione di criteri minimi di qualità, come la presenza di unità operative complesse e di specifiche competenze multidisciplinari.

Il DM 77/2022, invece, rappresenta un pilastro per l'assistenza territoriale,

promuovendo un modello di presa in carico più vicino al cittadino. Tra le innovazioni più rilevanti:

- La creazione delle Case della Comunità, strutture integrate per l'erogazione di servizi sanitari e sociali.
- L'istituzione degli Ospedali di Comunità, dedicati alla gestione di pazienti con bisogni assistenziali intermedi.
- Il rafforzamento della rete di assistenza domiciliare e della telemedicina.

Questi due decreti rappresentano il tentativo di costruire un sistema sanitario più equilibrato tra ospedale e territorio, capace di rispondere in maniera maggiormente efficace ai bisogni della popolazione ma hanno bisogno di ingenti investimenti sul personale medico e sanitario attualmente fortemente carente.

La sanità italiana si trova anche di fronte alla necessità di ridefinire il rapporto tra pubblico e privato. Se da un lato il sistema pubblico è il garante dell'accesso universale alle cure, dall'altro il settore privato può svolgere un ruolo complementare, fornendo innovazione e capacità aggiuntive. Tuttavia, è fondamentale che questa collaborazione avvenga in un quadro di regole chiaro e trasparente, evitando disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Tra le nuove prospettive, un tema centrale è la valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari, con un focus sulla formazione continua e sull'adozione di modelli organizzativi che favoriscano il lavoro in team. Inoltre, l'integrazione tra i diversi

livelli assistenziali, sostenuta dalle tecnologie digitali, rappresenta una delle chiavi per garantire la sostenibilità del sistema.

Altra sfida l'introduzione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) che segnano una pietra miliare nella definizione delle prestazioni garantite ai cittadini dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) attesi per oltre 15 anni e che introducono importanti novità, rispondendo alle esigenze di una società in evoluzione e alle nuove sfide epidemiologiche.

Tra le novità:

- Screening e prevenzione: sono stati ampliati i programmi di prevenzione, come quelli per il tumore al colon-retto, alla mammella e alla cervice uterina. Inoltre, è stata introdotta la vaccinazione gratuita contro il papilloma virus (HPV) anche per i ragazzi.
- Malattie rare e croniche: è stato aggiornato l'elenco delle malattie rare esenti da ticket, includendo patologie in precedenza trascurate. Anche per le malattie croniche è stato ampliato l'elenco delle condizioni esenti.
- Procreazione medicalmente assistita (Pma): i nuovi Lea garantiscono l'accesso alle tecniche di Pma, un passo in avanti significativo per le coppie con difficoltà riproduttive.
- Cure palliative e terapia del dolore: sono state rafforzate le prestazioni per garantire una migliore qualità della vita ai pazienti terminali o affetti da dolore cronico.

Per garantire un Ssn che continui a essere un pilastro fondamentale del nostro welfare necessaria una strategia di lungo periodo



Antonio Magi



Nonostante l'importanza delle novità introdotte, l'attuazione dei nuovi Lea potrebbe incontrare diverse difficoltà. Tra queste spiccano:

- **Disomogeneità regionale:** una delle principali criticità del Ssn è la variabilità nell'applicazione dei Lea tra le diverse regioni. Alcune aree del Paese faticano a garantire le prestazioni previste, creando disuguaglianze nell'accesso alle cure.
- **Risorse economiche:** l'aggiornamento dei Lea ha comportato un aumento dei costi per il Ssn. Tuttavia, il finanziamento non sempre è stato adeguato, mettendo a rischio la sostenibilità di alcune prestazioni.
- **Formazione del personale sanitario:** l'introduzione di nuove prestazioni richiede una formazione adeguata degli operatori sanitari, aspetto che non è sempre stato affrontato con la necessaria priorità.

Per affrontare queste sfide, è fondamentale sfruttare il potenziale offerto dall'innovazione tecnologica e rivedere i modelli assistenziali. La telemedicina, a esempio, può rappresentare uno strumento cruciale per ridurre le disuguaglianze geografiche e migliorare l'accesso alle cure, soprattutto nelle aree rurali e periferiche. Inoltre, l'integrazione tra ospedale e territorio, un tema centrale nel dibattito attuale, è essenziale per garantire continuità assistenziale e una presa in carico efficace dei pazienti cronici.

Anche l'Intelligenza artificiale (Ia) sta rivoluzionando il panorama sanitario. Dai sistemi di supporto decisionale per i medici alla gestione predittiva delle malattie, l'Ia può contribuire a migliorare l'efficienza del Ssn e la qualità delle cure offerte.

Il futuro della sanità italiana dipenderà quindi dalla capacità di superare le criticità attuali e di cogliere le opportunità offerte dalle nuove tecnologie e dai modelli organizzativi e dalla capacità di fare politiche sul personale efficaci.

Un aspetto cruciale sarà il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dei Lea, per garantire che rispondano alle reali esigenze della popolazione e alle evoluzioni del contesto epidemiologico.

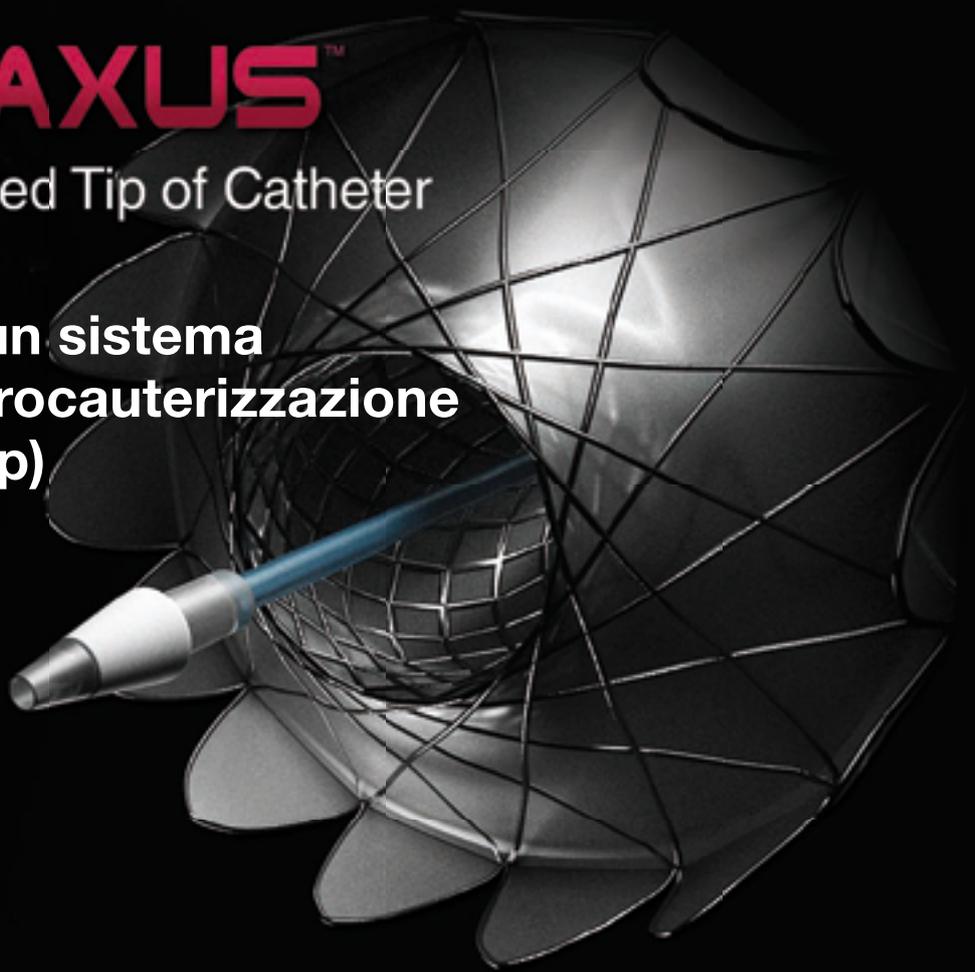
Inoltre, sarà fondamentale un maggiore coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni di pazienti nella definizione delle priorità sanitarie. Solo attraverso un approccio partecipativo condiviso tra istituzioni, professionisti e cittadini sarà possibile costruire un sistema sanitario equo, sostenibile e in grado di affrontare le sfide del futuro.

I nuovi Lea, insieme alle riforme introdotte dal DM 70 e dal DM 77, rappresentano quindi una base solida su cui costruire il futuro della sanità italiana, ma è necessaria una visione strategica a lungo termine per garantire che il Ssn continui a essere un pilastro fondamentale del welfare italiano, capace di rispondere alle aspettative di salute e al benessere di tutti i cittadini.

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*

**ENDOVASCULAR
SERVICE**
ENDOVASCULAR SERVICE s.r.l.

ENDOVASCULAR 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



GIUBILEO

ALL'OSPEDALE SANTO SPIRITO L'ACCOGLIENZA E' TRADIZIONE SECOLARE

di Giuseppe Quintavalle

Ben prima della apertura della Porta Santa, più volte mi è stato chiesto come pensavo di affrontare a livello organizzativo gli impegni sanitari dovuti all'iperafflusso dell'anno giubilare. Quello, però, che la maggior parte delle persone non conosce è quanto possa essere "ospitaliera e amorevole" la Città di Roma nell'affrontare eventi simili. Proprio queste sono le parole che l'abate Carlo Bartolomeo Piazza, degli Oblati di Milano, utilizzò nel suo trattato "Opere pie di Roma" nel 1679 e di certo - da quel momento - la secolare tradizione dell'accoglienza dell'Ospedale più antico d'Europa non è mai venuta meno.

Molti secoli prima infatti questo luogo era il "il ricovero dei Sassoni", strutture di accoglienza di pellegrini in visita alla tomba di Pietro, ridotta in rovina dagli incendi di Borgo e riedificata grazie all'intervento di papa Innocenzo III, che costruì l'ospedale (1198) e lo affidò a Guido di Montpellier e all'Ordine dei Confratelli Ospedalieri, contraddistinti da uno stemma ne riassume tutta la filosofia. Una doppia croce con le estremità bifide che simboleggiava la considerazione della malattia come una situazione della persona e non come una punizione divina e prevedeva un trattamento basato su uno spirito di carità, che escludeva ogni fine di guadagno.



L'ospedale di Santo Spirito venne fondato "ad usum infirmorum et pauperorum" da Innocenzo III nel 1201. Elogiato per la sua efficienza anche da Martin Lutero, disponeva di circa trecento letti e per secoli accolse pellegrini, malati e bambini abbandonati. Nella regola dell'ospedale, che ancora oggi è conservata all'Archivio di Stato, veniva persino specificato di cercare per le strade i poveri malati da curare con "somma premura" e che i poveri "fossero accolti volentieri e trattati caritatevolmente".

Il tema dell'accoglienza è dunque il fondamento dell'istituto e dovrebbe farci riflettere che delle sette opere di misericordia quasi tutte sono rivolte alla cura degli altri: dar da mangiare agli affamati, dar da bere agli assetati, vestire gli ignudi, alloggiare i pellegrini, visitare gli infermi. Oggi con il Giubileo della speranza abbiamo solo reso attuale le "regulae".

La Asl Roma 1 ha avviato e concluso quattro cantieri per migliorare i percorsi e la sicurezza del Pronto soccorso, situato a pochi passi da piazza San Pietro, grazie a un investimento significativo che ha permesso di estendere

la superficie e di adeguare la struttura a eventuali esigenze di emergenza. Un profondo restyling, che ha ristrutturato anche le terapie intensive e subintensive, rappresentazione di un impegno concreto di garanzia della qualità delle cure offerte.

Inoltre, con il sostegno della Regione Lazio e la collaborazione con ACO San Giovanni e ARES 118, questa grande azienda ha avvolto i luoghi di pellegrinaggio con l'apertura di quattro presidi di Guardia medica turistica per l'anno giubilare attivi ininterrottamente dalle 8 alle 20. Un abbraccio simbolico per fornire cure non di emergenza, ma equipollenti alla continuità assistenziale. Si tratta quindi di prevedere la continuità delle cure non urgenti ma non per questo rinviabili: visite mediche, prescrizione di farmaci per le terapie, proposte di ricovero ospedaliero in caso di necessità.

I quattro punti sono disponibili a questi indirizzi:

- Ospedale Santo Spirito in Sassia - Lungotevere in Sassia, 1 - Roma
- Casa della Salute Nuovo Regina Margherita - Via Roma Libera, 76 - Roma

- Casa della Salute Prati Trionfale - Via Fra Albenzio,10 - Roma
- Ospedale San Giovanni Addolorata - Presidio Santa Maria Via di S. Giovanni in Laterano, 155 – Roma.

Stiamo cercando, insomma, di intervenire a vari livelli sulle nostre strutture per stabilire un dialogo sempre più proficuo con i residenti ma anche con i turisti. La società è cambiata: gli indicatori demografici mostrano quanto sia necessario riorganizzare il sistema sanitario. Bisogna superare il concetto di ospedalizzazione pura e iniziare a parlare di un sistema ospedaliero integrato con il territorio. Non come due realtà separate, quindi, ma come due mondi che devono necessariamente trovare un punto di incontro. Ritengo fondamentale un'educazione sanitaria che porti la popolazione a utilizzare correttamente i servizi.

Si parla spesso di sovraffollamento nei Pronto soccorso ma il nostro straordinario sistema si fonda ancora oggi su principi di equità, universalità e gratuità. Sono orgoglioso di lavorare in un Paese che ha sempre difeso questi principi e con operatori sanitari che, nonostante le difficoltà, esprimono il massimo in termini di umanizzazione delle cure.

Il cambiamento demografico impone una revisione totale anche delle politiche socio-sanitarie. Nell'azienda che dirigo abbiamo distretti sanitari con residenti che vivono prevalentemente da soli. Per queste persone non parliamo solamente di esigenze sanitarie, ma anche di poter raggiungere un benessere sociale, che include interventi di contrasto alla solitudine, oltre al supporto psicologico se necessario.

Il Governo ha introdotto il DL 33, che apre a nuove soluzioni come il co-housing. Nella nostra esperienza, abbiamo iniziato a lavorare su modelli abitativi guidati, soprattutto per le persone più fragili. Abbiamo esempi di successo anche in passato, come il co-housing psichiatrico a Civitavecchia nel 2004, che ha permesso a molte persone di trovare un equilibrio grazie al supporto di "case manager" formati all'umanizzazione.

Disponiamo di tecnologia che ci permettono di fare molto, pensiamo alla telemedicina, con la quale raggiungiamo anche le zone più isolate, o alla chirurgia robotica. Un utilizzo intelligente di queste tecnologie deve rappresentare una priorità. Non si tratta quindi solo di spazi fisici, ma di un cambiamento culturale che ci permetta interventi tempestivi nei luoghi giusti. Non dobbiamo banalizzare i problemi limitandoli alla riduzione delle liste d'attesa o all'aumento del numero di medici all'interno delle strutture. Dobbiamo educare tutti noi a un utilizzo consapevole delle risorse, educare il cittadino ai percorsi corretti e appropriati, ricordare a tutti gli operatori sanitari quelle fondamentali regole di accoglienza che Guy de Montpellier ci ha lasciato.



Giuseppe Quintavalle



 **Make it clear with PCI Guidance Technology**

Imaging and physiology in combination with the AVVIGO+ guidance system provide a trusted blueprint to guide the best patient outcomes.



L'APPELLO DI CONFIMI INDUSTRIA SANITÀ: riformare il sistema di approvvigionamento sanitario

di Flavia Scicchitano

MARTA MUSSINI



CENTRALIZZARE E RAZIONALIZZARE
GLI ACQUISTI PER GARANTIRE QUALITÀ,
SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE

Marta Mussini è vicepresidente di Confimi Industria Sanità, la verticale di Confimi Industria che rappresenta oltre 1200 aziende nel settore sanitario: dal biomedicale alla produzione, distribuzione e commercio di macchinari, dispositivi e presidi medicali; dai laboratori all'assistenza sanitaria e sociale. Aziende private, dalla elevata componente tecnologica e di ricerca, di primaria importanza per la collettività, punto di riferimento per la salute pubblica. Negli anni, Confimi Industria Sanità è stata interlocutore attivo del Governo, sia partecipando ai principali tavoli di lavoro sia facendosi portavoce dei problemi di settore

con tutti gli organi istituzionali.

Dalla richiesta di annullamento del meccanismo dei *payback*, che rischia di diventare una scure sulle aziende del settore di un comparto già in crisi, arrivando all'adeguamento e riordino dei *Lea* dell'assistenza protesica: Confimi Sanità ha elaborato anche una proposta per superare le problematiche del settore partendo da una "riforma". Di cosa si tratta?

Oltre il 70% della spesa complessiva in dispositivi medici in Italia è indirizzata al segmento pubblico. In numeri questo significa che le 4400 imprese di settore, principalmente pmi, muovono all'interno della sanità pubblica un valore di circa 8 miliardi, adattandosi e rispettando il meccanismo



delle gare pubbliche. La maggior parte dei dispositivi utilizzati dai centri medici pubblici, e quindi dai pazienti, sono prodotti da piccole e medie aziende italiane.

Le cifre sono notevoli rispetto all'assetto e all'equilibrio del Sistema Paese, eppure, ad oggi, il tema dell'accesso alle gare pubbliche presenta non poche criticità, principalmente attinenti a profili di complicazione normativa, paralisi burocratica e farraginosità delle procedure.

Com'è strutturato oggi l'accesso delle Pmi agli appalti?

Nonostante, le disposizioni correttive del Codice degli appalti 2024 che includono la tutela, tramite la suddivisione in lotti, delle micro, piccole e medie imprese, purtroppo le pmi ancora faticano a partecipare alle gare a causa delle dimensioni degli appalti, dei requisiti troppo complessi o della necessità di garantire performance molto elevate. A questo si aggiunge un cervellotico sistema di approvvigionamento, ossia il numero delle piattaforme delle stazioni appaltanti che bandiscono gare in ambito sanitario.

“Per riformare la Sanità pubblica cominciamo dal sostegno alle piccole e medie imprese”

Ogni Regione ha una sua piattaforma a cui poi si aggiunge Consip e tutte le altre singolarmente accreditate (aziende ospedaliere, Asl, ecc..). Questo quadro eterogeneo, e difficilmente controllabile, rende il sistema delle gare pubbliche in ambito sanitario una corsa da parte degli operatori economici costretti a mantenere aggiornati i dati di qualifica come fornitore accreditato su tutte queste piattaforme, con l'aggravante che le gare bandite alternano diversi standard documentali.

Senza scendere troppo nello specifico: l'aver costituito presso Anac il Fascicolo virtuale dell'operatore economico ha già una sua valenza ma, come portato all'attenzione di tutte le istituzioni interessate, è fondamentale riunire sotto un unico portale gli accessi per gli accreditamenti di qualifica come fornitori e di gara. Con lo stesso supporto software potrebbe essere implementato il processo del controllo scorte su tutte le unità dislocate sul territorio e permettere quello scambio di

merce che al momento non è né considerato né tanto meno programmato.

Il sistema delle gare pubbliche potrebbe essere totalmente ripensato?

Sicuramente migliorato. Come associazione abbiamo espresso il nostro contributo per aggiornare le gare pubbliche e la gestione approvvigionamenti dei dispositivi medici. Perché se le Pmi dei dm rischiano la chiusura, a rimetterci non sono “soltanto” i lavoratori delle aziende e quindi l'economia del Paese ma anche, e soprattutto, i cittadini/pazienti.

Il sistema di approvvigionamento nella sanità italiana può avvenire attraverso un approccio integrato che unisca la digitalizzazione, la semplificazione delle procedure, il supporto alle Pmi, un monitoraggio rigoroso e un miglioramento della qualità; un'attenzione particolare al coinvolgimento delle risorse umane dove il faro di riferimento era e rimane il paziente da curare.

Quali sono le azioni strategiche che potrebbero essere intraprese?

Intanto si potrebbe partire da una riforma della programmazione e pianificazione degli appalti.

Ad oggi parte delle risorse (dispositivi medici, che vanno dai prodotti per la sterilizzazione a quelli per la diagnosi, la prevenzione e la cura) rimangono inutilizzate.

Una pianificazione più accurata e centralizzata degli appalti sanitari – utile a verificare quali e quanti dispositivi sono davvero necessari - potrebbe contribuire a evitare la frammentazione degli acquisti e degli appalti, che spesso porta a sprechi di risorse, o ad approvvigionamenti non

sempre utili all'applicazione medica.

La programmazione strategica pluriennale degli appalti così come è prevista oggi, deve essere orientata verso obiettivi di sostenibilità, qualità e innovazione.

Ma se la norma prevede una programmazione triennale, visti i rapidi tempi di cambiamento e innovazione, il sistema non funziona.

In tre anni, un dispositivo ha forte probabilità di diventare obsoleto sia rispetto alla sua specificità sia alle nuove tecnologie alternative nel frattempo realizzate e messe in commercio. Lo stesso prodotto, inizialmente strategico, potrebbe avere un'altra gamma di procedure concorrenti che potrebbero farlo uscire dagli standard di acquisto: si pensi solo al laser che sta sostituendo in molte pratiche mediche il bisturi.

Per questo, la proposta di Confimi industria, si riassume in due parole: centralizzare e razionalizzare.



Due parole chiave, per indicare quale processo?

Creare centrali di acquisto per categorie merceologiche comuni, come ad esempio forniture mediche, dispositivi sanitari o software per la gestione sanitaria. Questo permetterebbe agli ospedali di ottenere economie di scala e ridurre i costi. E non solo.

Sarebbe un modo per prevedere fabbisogni reali. Dei pazienti e della sanità pubblica.

L'adozione di sistemi avanzati di analisi dei dati e di previsioni sui fabbisogni a livello regionale e nazionale può evitare sia carenze che eccessi di acquisto.

Rimarchiamo la necessità di un sistema di comunicazione inter-regionale/nazionale.

Ovvero?

È evidente che bisogna risolvere un problema alla base della gestione dei fondi dell'organizzazione sanitaria, che porta a sprechi di denaro e al mancato servizio per i pazienti, se i magazzini di aziende ospedaliere sono pieni di prodotti inutilizzati, scaduti, acquistati senza una reale richiesta.

Confimi Sanità, nell'ottica dell'ottimizzazione della spesa che eviti processi di smaltimento di merci acquistate e non utilizzate o peggio ancora scadute, ha proposto un sistema di interscambio logistico interregionale-nazionale che permetta a tutti i soggetti pubblici di condividere le scorte di magazzino non in uso e altresì approvvigionarsi laddove si renda disponibile materiale da acquistare: meno sprechi, meno acquisti.

Un sistema che permetta di "sorvegliare" le scorte e renderle disponibili con obbligo da parte della stazione appaltante di verifica prima di bandire della gara.

La tecnologia ha un ruolo in questo schema?

Adottare tecnologie come i contratti intelligenti basati su blockchain per garantire una maggiore trasparenza e ridurre i rischi di corruzione e spreco: questi strumenti potrebbero essere utilizzati per monitorare la fornitura e l'esecuzione dei contratti, tracciando ogni fase e ogni pagamento ed essere un ottimo sistema di controllo dello sfioramento dei tetti di spesa e quindi controllo ai fini del payback.

In più, concentrarsi sulla qualità e sull'innovazione può contribuire a evitare sprechi legati all'acquisto di beni o servizi che non soddisfano i requisiti. Inoltre, promuovere soluzioni innovative, in particolare nelle tecnologie sanitarie, può portare a una gestione più efficiente delle risorse.

Confimi Industria Sanità si è fatta promotrice di una metodologia di implementazione affidamenti, anche alla luce del sistema health technology assessment, già applicata in diversi paesi europei: anziché passare per un sistema di gare e accordi quadri che comunque prevedono vincoli di acquisto, predisporre a livello nazionale un sistema di procedimento a prezzo negoziato.

**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



RIABILITAZIONE: IL SOCCORSO ALLA SANITÀ PUBBLICA ARRIVA DALLE AZIENDE PRIVATE

L'innovazione tecnologica è in mano alle piccole e medie imprese che oltre alla cura garantiscono il monitoraggio dei pazienti da remoto

di Caterina Del Principe

Mentre cresce l'aspettativa di vita si moltiplica il numero di pazienti affetti da malattie croniche. Se a questo si aggiunge la costante carenza di personale medico e un numero invariato dei centri di riabilitazione pubblici, si ha il quadro di una situazione che preoccupa. Perché anche se per il 2025 la manovra di Bilancio approvata dal governo contiene un pacchetto di misure per la

sanità, sarà un nuovo anno di "limiti" per tutto il settore che si occupa della salute del Paese. E di conseguenza, un altro anno nero per i pazienti.

I cittadini che avrebbero bisogno di servizi di riabilitazione sono oltre 27 milioni (dati Oms). Il 44,9% della popolazione italiana necessiterebbe di interventi riabilitativi, per il 61,2% si tratta di disfunzioni al sistema





Massimo Marcon, vice presidente di Confimi Industria Sanità

muscolo scheletrico e per un altro 18,9% di disturbi sensoriali. Numeri che rendono il Servizio sanitario nazionale attuale inadeguato alle esigenze di un numero di pazienti sempre maggiore.

Se è vero che nel 2022 il governo ha provato a ridisegnare il Ssn soprattutto per la telemedicina del territorio, è altrettanto vero che servono soluzioni ancora più smart.

Dall'applicazione dell'intelligenza artificiale in campo sanitario, passando per la cartella clinica elettronica (Cce), "l'innovazione tecnologica gioca un ruolo fondamentale per la cura dei pazienti", spiega Massimo Marcon, vicepresidente di Confimi Industria Sanità. In questo ambito si inserisce la telemedicina: servizi e modelli organizzativi, supportati da soluzioni tecnologiche, in grado di condividere le informazioni dei pazienti nei processi di prevenzione e cura tra personale medico e sanitari.

La telemedicina è uno dei tasselli che compone il panorama digitale. Le potenzialità vanno dal teleconsulto tra professionisti che hanno in carico un paziente affetto da più patologie croniche alla possibilità di verificare la coerenza terapeutica al proprio piano di cura attraverso soluzioni di telemonitoraggio.

Le aziende di produzione di dispositivi medici per la cura della persona (tens, magnetoterapia, laser, tecar, ultrasuoni, pressoterapia, per fare alcuni esempi di macchinari riabilitativi), sul territorio nazionale forniscono i centri medici, pubblici e privati. Negli ultimi anni, hanno adeguato gli standard tecnologici alla richiesta medica per sopperire alla crisi del settore sanitario pubblico, Ma oltre a fornire dispositivi medici spesso non sufficienti a garantire un livello di prestazione adeguato. Per questo, "grazie all'innovazione tecnologica, le pmi produttrici hanno dotato i supporti medici di blue tooth e collegato gli stessi ad applicazioni che permettono un'assistenza alla persona", dice Marcon.

Tramite le app si è in grado di ingaggiare il paziente, formarlo, motivarlo ed accompagnarlo in un percorso di gestione della patologia.

Tutti i dati d'uso del dispositivo possono essere integrati alle cartelle cliniche degli ospedali o dei medici di famiglia. Questo consente a chi si occupa direttamente della salute del paziente di monitorare la terapia e quindi, se necessario, adeguarla.

Non solo cura e monitoraggio, ma anche efficacia. Perché gestire un numero elevato di pazienti a casa con la tecnologia oggi disponibile, permette una riallocazione dei tempi ai medici per la presa in carico dei pazienti con bisogni urgenti o gravi.

L'impatto sul settore sanitario è considerevole: migliore compliance del paziente e dei caregivers, aderenza alle terapie, minori accessi agli ambulatori dei medici, minori spostamenti dei pazienti (soprattutto quelli con ridotta autonomia), riduzione delle ore di lavoro dedicate da parte dei familiari, e minor impatto ambientale.

Dal lato macroeconomico la gestione del paziente domiciliare, con minore intasamento del pronto soccorso riduce la spesa sanitaria nazionale, liberando risorse economiche e umane per interventi strettamente necessari.

Vantaggi anche per la gestione domiciliare dei pazienti fragili e cronici con la conseguente riduzione dell'impatto economico sul Ssn e riduzione delle emissioni di CO2 (minori spostamenti e spostamenti mirati).

Non ultimo, la assicurazione del paziente. Tramite la app, infatti, è assicurato anche il costante contatto con un operatore che può essere fornito da remoto: utile sia al paziente che al caregiver.

Insomma, il futuro è a portata di mano.

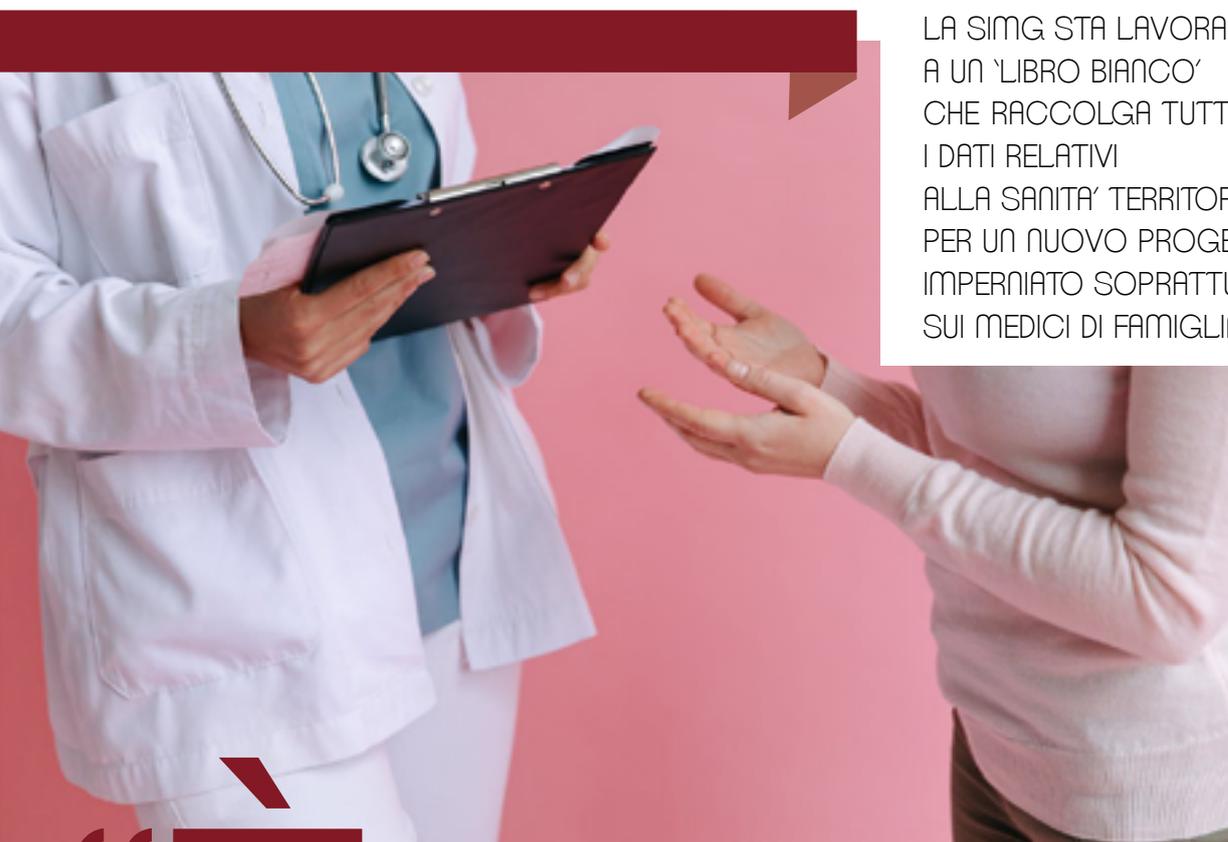
"La strada intrapresa è all'inizio – spiega Marcon - L'integrazione con altre piattaforme di controllo del paziente, come per esempio un monitoraggio in caso di incidenti nella propria abitazione, potranno essere applicati anche per adattarsi agli stili di vita e comportamenti quotidiani".

Apertura e chiusura delle finestre, controllo temperatura per l'efficientamento energetico e conseguente risparmio nelle abitazioni private o camere di comunità, sono alcuni esempi di come "le nostre tecnologie potranno integrarsi nel mondo del supporto a distanza delle persone con fragilità", conclude Marcon.

Pmi alla guida dell'innovazione sanitaria, la rivoluzione della telemedicina

Medicina Generale: ecco come avviare la riforma dell'attuale modello

di Federica Troiani



LA SIMG STA LAVORANDO A UN 'LIBRO BIANCO' CHE RACCOLGA TUTTI I DATI RELATIVI ALLA SANITÀ TERRITORIALE PER UN NUOVO PROGETTO IMPERNIATO SOPRATTUTTO SUI MEDICI DI FAMIGLIA

“È giunto il momento di una proposta per una maggiore efficacia ed efficienza della Medicina generale. Accoglieremo suggerimenti di istituzioni e società civile per costruire un Libro bianco con dati clinici, economici, sociali e demografici, che sia la base per un successivo progetto”. Così il professore Claudio Cricelli, presidente emerito Simg. In un momento di difficoltà del Servizio sanitario

nazionale, la Simg (Società italiana dei medici di Medicina generale e delle cure primarie) si impegna in un progetto di rifondazione della sanità territoriale: vuole prendere coscienza delle principali esigenze sanitarie e sociali della popolazione, ascoltare proposte e stimoli da tutti gli attori coinvolti, lanciare un progetto di rigenerazione della sanità territoriale. Questo il messaggio partito dal 41° congresso Simg tenuto a Firenze alla Fortezza da Basso, con oltre tremila medici di famiglia presenti, occasione anche per

approfondimenti scientifici e per iniziative innovative come la Simg Academy e il Simg Lab Village, strumenti all'avanguardia per la formazione delle nuove generazioni di medici di Medicina generale.

“È giunto il momento di elaborare una nuova proposta per un rilancio dell'efficacia e dell'efficienza della Medicina generale e del suo protagonista, il medico di famiglia. Questi si caratterizza per il rapporto di reciproca fiducia con il paziente, elemento cardine a supporto delle cure di prossimità – ha evidenziato Cricelli - L'esigenza di un cambiamento è sentita tanto dalle istituzioni quanto dai cittadini. Gli stessi medici la percepiscono e sono intenzionati a presentare una loro proposta. All'interno di questa riflessione abbiamo definito un'intesa, un protocollo di intenti, degli obiettivi condivisi con il segretario del principale sindacato dei medici di famiglia italiani, Silvestro Scotti alla Fimmg”. L'obiettivo della Simg è l'elaborazione di un progetto costruttivo. “Ci appelliamo a tutti i cittadini, alle forze politiche, a chi fosse interessato alla sopravvivenza del servizio sanitario pubblico in questo Paese per coinvolgerli in un processo di ristrutturazione – ha sottolineato Cricelli – In una prima fase, intendiamo acquisire dati e informazioni per delineare il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, capire come si impiegano le risorse, definire come sarà nella medicina del futuro la presa in carico dei pazienti, che non significa solo curare le patologie, ma anche affrontare gli aspetti sociali che condizionano la vita delle persone. Questi dati economici, finanziari, clinici, demografici, sociali andranno a costruire un 'Libro bianco' che si concentrerà

sulla Sanità Territoriale all'interno dello scenario del Servizio sanitario nazionale, analizzando e contenendo dati e riferimenti comparativi del nostro Servizio sanitario nazionale e dei sistemi sanitari internazionali. Da questi dati oggettivi si svilupperà la seconda parte del lavoro, un'analisi di questi stessi dati per elaborare la nuova proposta della medicina generale”.

“La raccolta di questi dati strutturali dovrà avvenire entro l'estate del 2025 – aggiunge Cricelli – Nel secondo semestre del prossimo anno, forze politiche e associazioni avranno la possibilità di migliorarlo con consigli e proposte. Una volta giunti a una versione definitiva del 'Libro bianco', lo presenteremo: nei primi mesi del 2026 organizzeremo una conferenza della medicina generale e delle cure primarie, che non avrà come destinatari solo i medici di famiglia, ma anche le forze politiche, sociali, produttive. Ci stiamo aprendo a un confronto con tutti coloro che abbiano a cuore la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale”.

“Dei servizi sanitari basati solo sugli ospedali non sono più sostenibili – ha concluso Cricelli – Le cure primarie sono l'arco di volta di qualunque sistema che abbia un contatto con la cittadinanza. Noi medici di famiglia non svolgiamo una funzione solo nella presa in carico dei pazienti, ma siamo gli strumenti attraverso cui gestire le risorse disponibili del Servizio sanitario nazionale. La sostenibilità è un concetto relativo: sappiamo quali risorse saranno disponibili nei prossimi anni, dobbiamo capire come farle bastare migliorando l'efficienza. A questo si rivolge il nostro progetto, con la massima trasparenza verso il mondo esterno”.



Farmacisti in caduta libera

di Felice Vincenzi



IN CINQUE ANNI I LAUREATI SONO DIMINUITI DI UN QUINTO, PASSANDO DA OLTRE 5MILA A POCO PIU' DI 4MILA. NON SOLO. ALLA FINE DEGLI STUDI IN TANTI EMIGRANO. PERCHE'...

Non solo medici, infermieri, Oss. Nell'universo sanitario cominciano a scarseggiare anche i farmacisti. Causa principale il calo demografico. A rilevarlo il Rapporto annuale su profilo e condizione occupazionale dei laureati in Italia realizzato dal Consorzio inter-universitario AlmaLaurea.

La perdita di forza attrattiva dei corsi di laurea della facoltà di Farmacia è nei numeri, lapidari come sempre e in questo caso impietosi.

Nel 2023 – evidenzia l'indagine - i laureati in Farmacia e in Farmacia industriale sono stati poco più di 4mila.

In cinque anni si è registrata una riduzione di oltre mille iscritti.

Il rapporto svela anche il processo di progressiva "femminilizzazione" della professione farmaceutica: al corso di laurea sono donne tre iscritti su quattro (75,1%).

E inoltre conferma la difficoltà del cursus studiorum: quasi il 60% degli studenti si laurea infatti fuori corso (l'età media alla laurea è pari a 26,8 anni), a completare gli studi nei tempi è il 41,3% degli studenti.

La flessione nel numero dei laureati si riflette positivamente, com'è ovvio, sul mercato del lavoro, dove i farmacisti non faticano a trovare occupazione con



rapidità: 84 su 100 ci riescono già entro un anno dalla laurea, percentuale che sale a 91 su 100 a cinque anni dal conseguimento del titolo. La tipologia dei contratti vede la netta prevalenza (71%) di quelli a tempo indeterminato. La rarefazione del numero dei laureati sul mercato spinge infatti i datori di lavoro a “tenersi stretti” i laureati assunti offrendo loro contratti lunghi. Sono decisamente inferiori le quote dei neo-laureati assunti a tempo determinato (9,1%) e quelli che a poca distanza dalla laurea tentano l’avventura di un’attività in proprio (5,6%). Sul fronte delle retribuzioni, il Rapporto registra uno stipendio mensile netto per i farmacisti pari a 1.478 euro a un anno dalla laurea e pari a 1.709 euro per gli occupati a cinque anni dal titolo.

A proposito di stipendi, è interessante il confronto (relativo a tutte le classi di laureati, è vero, ma tendenzialmente molto affidabile) con gli stipendi corrisposti ai laureati che hanno deciso di trasferirsi in altri Paesi. Partendo dai dati italiani (a un anno dal titolo, retribuzione mensile netta media pari a 1.384 euro

A laurearsi in Italia sono perlopiù donne: tre su quattro. Il lavoro si trova rapidamente e a tempo indeterminato. Ma gli stipendi...

per i laureati di primo livello e a 1.432 euro per quelli di secondo, che diventano a 1.706 euro per i laureati di primo livello e 1.768 euro per quelli di secondo livello a cinque anni dalla laurea), le cifre registrate all’estero dal Rapporto AlmaLaurea sono notevolmente superiori. Nel complesso, i laureati di secondo livello che si sono trasferiti all’estero percepiscono, a un anno dalla laurea, mediamente 2.174 euro mensili netti (ovvero il +56,1% rispetto a chi è rimasto in Italia); a cinque anni dalla laurea 2.710 euro, con un +58,7% rispetto allo stipendio italiano.

Tornando ai laureati della facoltà di Farmacia, dal Rapporto emerge anche un dato in controtendenza con la narrazione della “fuga dalla farmacia” che da tempo viene proposta mediaticamente e spiegata con un giudizio negativo sulla carriera del farmacista-collaboratore, ritenuta non appagante per la retribuzione inadeguata, le difficoltà a conciliare l’impegno professionale con la vita personale e familiare, le scarse prospettive di carriera. I dati di AlmaLaurea registrano però che i laureati in Farmacia e Farmacia industriale sono mediamente contenti della loro attività professionale e in media la “promuovono” con un voto alto, quasi 8 (7,9 su 10), a dimostrazione di una soddisfazione diffusa. In particolare, poco meno dei due terzi (72,8%) dei laureati in Farmacia apprezzano la possibilità di utilizzare in misura elevata, nello svolgimento dell’attività professionale, le competenze acquisite nel percorso universitario.



CARCERI, pronto un piano di sanità mirata

***LA SIMSPE PRESENTA AL MINISTERO DELLA SALUTE
UN PROGETTO PER EVITARE LE EMERGENZE
IN UNA POPOLAZIONE DI QUASI 230MILA PERSONE***

di Maria Concetta Di Mario

Il 2024 ha segnato una nuova emergenza per le carceri italiane. Problemi cronici come il sovraffollamento, la mancanza di personale, le strutture fatiscenti, le difficoltà per il personale sono rimasti irrisolti, mentre le condizioni di vita dei detenuti sono peggiorate. Le radici di questa situazione affondano in un quadro normativo frazionato da cui deriva che ogni Azienda sanitaria ha una propria organizzazione, senza un coordinamento tra ministero della Salute, regioni, amministrazione penitenziaria, magistratura. Per questo la Società Italiana di Medicina e Sanità penitenziaria - Sirmspe ha presentato al dicastero della Salute un Progetto nazionale di sanità penitenziaria: un approccio multidisciplinare per la presa in carico delle persone detenute con riferimento a un servizio unico.

La gestione del diritto alla salute nelle carceri italiane, dove ogni anno passano più di 100mila persone, è caratterizzata da difficoltà operative e da una frammentazione su scala nazionale. Secondo i dati del ministero della Giustizia, le persone con misura restrittiva della libertà al 30 ottobre 2024 erano 226.280, una popolazione analoga a quella del Molise. Di questi problemi si è parlato al 25esimo convegno nazionale "Agorà Penitenziaria 2024", promosso dalla Sirmspe per celebrare i 25 anni dalla sua fondazione, occasione per affrontare temi cruciali riguardanti la medicina e la sanità penitenziaria. Durante l'evento, sono stati discussi modelli organizzativi per garantire uniformità nell'assistenza sanitaria nelle carceri, strategie vaccinali e pratiche di prevenzione,

l'importanza di uno screening sanitario per le persone detenute. Inoltre, è stato sottolineato il ruolo della ricerca scientifica in ambiti come le malattie infettive, la salute mentale, le dipendenze e l'odontoiatria.

“Per tutelare la salute dei detenuti bisogna prendere in carico il detenuto quando entra in detenzione – sottolinea Antonio Maria Pagano, presidente della Simspe – Anzitutto vi sono da fronteggiare le patologie psichiche e la sofferenza psicologica, le più diffuse in carcere; a seguire vi sono le malattie gastrointestinali, incluse obesità e diabete, dovute a un'alimentazione insufficiente o non corretta o alla mancanza di vitamina D, che insieme alla sedentarietà porta anche all'osteoporosi. La mancanza di cure odontoiatriche è alla base di patologie che interessano la bocca e il tratto gastro-esofageo. La mancanza di screening porta a ritardi diagnostici su tumori e malattie infettive. Purtroppo non ci sono dati scientifici sulle patologie di cui soffrono i detenuti. È emblematico che l'ultimo report sulle tossicodipendenze realizzato da ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni rilevi l'assenza di questo fenomeno, mentre in base alla nostra esperienza possiamo stimare che almeno il 30% dei detenuti sono tossicodipendenti. Serve dunque un intervento di sistema per garantire prevenzione, cura e riabilitazione”.

I frequenti eventi di cronaca hanno evidenziato la correttezza delle proposte strategiche della Simspe,

come la creazione di una rete nazionale di reparti ospedalieri di medicina per detenuti; un potenziamento delle reti per la tutela della salute mentale e delle dipendenze sia intra che extra-penitenziaria per le persone in misura non detentiva ma comunque private della libertà, unita a una revisione legislativa dei relativi istituti giuridici; iniziative a sostegno del riconoscimento della specificità della medicina penitenziaria. Questo implica un lavoro in sinergia tra il Sistema sanitario nazionale, l'Amministrazione penitenziaria e giudiziaria, il Welfare.

“In Italia, l'assistenza sanitaria penitenziaria è frammentata tra vari servizi – spiega Pagano – Il Progetto nazionale di sanità penitenziaria che proponiamo prevede vari punti: anzitutto, in ogni Azienda Sanitaria ci deve essere un servizio che svolga il ruolo di interfaccia unica con l'Amministrazione penitenziaria e con l'Autorità garante per assicurare coerenza tra le misure per la sicurezza e quelle per la tutela della salute. In secondo luogo, serve che ogni Azienda Sanitaria si doti di un unico servizio di sanità penitenziaria che inglobi al suo interno le competenze per prevenzione, cura, riabilitazione, assistenza di base e specialistica, odontoiatria sociale, tossicodipendenze, salute mentale, minori di area penale. Inoltre, queste Unità operative di sanità penitenziaria dovranno coinvolgere professionisti dedicati esclusivamente all'assistenza delle persone private della libertà;





basarsi su un approccio multidisciplinare e creare percorsi universitari nelle scuole specialistiche maggiormente afferenti alla realtà carceraria per far comprendere la specificità delle carceri e i servizi necessari nei penitenziari. Questo è il nostro progetto che auspichiamo possa essere preso in considerazione per il prossimo Piano sanitario nazionale”.

“Le malattie infettive rappresentano una componente storicamente rilevante delle patologie diffuse nei penitenziari – sottolinea il professor Sergio Babudieri, direttore scientifico della Simspe – Per infezioni come l’HIV e l’Epatite C ci siamo giovati dei significativi progressi della ricerca. L’Epatite C, infatti, si può eradicare dall’organismo definitivamente, in poche settimane e senza effetti collaterali; i trattamenti antiretrovirali permettono di cronicizzare l’infezione da HIV, con una sopravvivenza e una qualità di vita simili alla popolazione generale. In questi anni, la

Ogni Azienda sanitaria dovrebbe dotarsi di un servizio dedicato, unità operative basate su un approccio multidisciplinare, evitando l’attuale frammentazione di competenze

Simspe ha realizzato diversi progetti per favorire gli screening e il linkage to care con importanti risultati: l’HCV è stato eliminato in diversi penitenziari, mentre gli screening per l’HIV hanno consentito di avviare i relativi trattamenti riducendo in vent’anni la prevalenza dal 10% all’1%. Appaiono significative le innovazioni diagnostiche per l’individuazione di pazienti detenuti con sospetto di tubercolosi, patologia che andrebbe sistematicamente ricercata a ogni ingresso negli istituti penitenziari”.

“Negli ultimi anni abbiamo riscontrato una recrudescenza di alcune infezioni – rileva il professor Giordano Madeddu, consigliere della Simspe – I detenuti stranieri rappresentano circa un terzo della popolazione carceraria: questo porta a un ritorno dei casi di tubercolosi (soprattutto per chi proviene dall’Africa) e di Epatite B (soprattutto per chi viene dall’Est Europa e dall’Africa). Inoltre, si assiste, come anche nella popolazione libera, a una ripresa delle infezioni da HIV legate a rapporti sessuali, mentre prima erano maggiormente dovute alla tossicodipendenza. Per questo la Simspe ha varato alcuni progetti per i prossimi anni finalizzati a rendere il periodo di detenzione un momento che favorisca screening e trattamenti su queste persone che accedono con maggiore difficoltà ai servizi di cura e assistenza. In particolare, stiamo lavorando a progetti rivolti all’implementazione dei nuovi trattamenti anti-HIV con i farmaci long acting, che consentono il mantenimento del controllo dell’infezione con somministrazioni intramuscolari ogni due mesi migliorando l’aderenza e riducendo lo stigma nelle persone con HIV detenute, e progetti innovativi per la micro-eliminazione dell’Epatite C”.

NUOVE FRONTIERE NELLA LOTTA ALL'ALZHEIMER, *scoperte innovative sui meccanismi cellulari*

**DALLA MICROGLIA ALLE PROTEINE TOSSICHE:
STUDI RIVELANO STRATEGIE PROMETTENTI PER RALLENTARE
O PREVENIRE LA NEURODEGENERAZIONE**

di *Annachiara Albanese*

Una ricerca guidata dal Graduate Center della City University di New York apre nuove prospettive per il trattamento dell'Alzheimer. Al centro della ricerca ci sono le cellule immunitarie del cervello, conosciute come microglia, che agiscono come guardiane del sistema nervoso centrale. Queste cellule, cruciali per la protezione del cervello, possono però avere un ruolo ambivalente: in presenza di stress producono molecole tossiche che danneggiano i neuroni, accelerando la progressione della patologia. I risultati dello studio, pubblicati sulla

rivista scientifica *Neuron*, hanno identificato nei topi un metodo per bloccare questa reazione, ottenendo miglioramenti significativi nei sintomi.

La microglia, costantemente in movimento per individuare minacce nel sistema nervoso centrale, diventa problematica in determinate condizioni di stress. Gli scienziati hanno analizzato campioni di tessuto cerebrale umano prelevati post-mortem da individui affetti da Alzheimer, scoprendo che alcune di queste cellule producono lipidi tossici, con effetti devastanti sulle cellule cerebrali. Questi lipidi

appaiono in quantità doppie nei malati rispetto a soggetti sani della stessa età. I ricercatori hanno quindi testato due strategie per ridurre gli effetti di questa microglia "nociva": bloccare l'attivazione del meccanismo o fermare la sintesi delle molecole tossiche. Entrambe le soluzioni hanno impedito l'accumulo della proteina tau, uno dei principali indicatori della malattia.

I ricercatori hanno evidenziato l'importanza di colpire specificamente questo meccanismo cellulare, sottolineando che la ricerca dimostra un legame essenziale tra lo stress cellulare e gli effetti tossici della





microglia e che tali trattamenti potrebbero rallentare o persino arrestare la progressione dell'Alzheimer. La comprensione del ruolo della microglia nel mantenimento della salute cerebrale rappresenta un elemento centrale per la ricerca futura. Intervenire sulla produzione delle molecole tossiche potrebbe fornire non solo un trattamento sintomatico, ma anche un approccio preventivo contro la neurodegenerazione.

Un'altra ricerca significativa sull'Alzheimer è stata condotta dall'Università Ebraica di Gerusalemme. Ha portato alla luce una strategia innovativa per contrastare l'accumulo di proteine tossiche. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Nature Cell Biology*, apre nuove prospettive per la lotta contro il declino cognitivo legato all'età. I ricercatori hanno individuato un metodo per "sbloccare" la proteostasi, il sistema che regola la produzione e la corretta piegatura delle proteine all'interno delle cellule, prevenendo l'accumulo di forme anomale e dannose.

L'approccio adottato nello studio si concentra sul complesso nucleolare Fib-1-Nol-56, localizzato nel nucleolo, una regione centrale del nucleo cellulare. Intervenendo sull'attività di questo complesso, gli scienziati sono riusciti a ridurre drasticamente gli effetti tossici di proteine come il peptide A β , uno dei principali colpevoli delle malattie neurodegenerative. Il meccanismo di difesa cellulare potenziato ha consentito una maggiore eliminazione delle proteine dannose, riducendo così l'impatto delle malattie degenerative sul sistema nervoso.

La proteostasi è un sistema essenziale per il corretto funzionamento delle cellule, garantendo che le proteine vengano prodotte e ripiegate correttamente. Con

l'avanzare dell'età, però, questo equilibrio inizia a cedere, portando all'accumulo di aggregati proteici, che sono alla base di diverse malattie neurodegenerative, tra cui Alzheimer, Parkinson e Huntington. I risultati dello studio suggeriscono che l'intervento sul complesso Fib-1-Nol-56 potrebbe essere un modo efficace per preservare l'integrità delle proteine e prevenire danni irreversibili al sistema nervoso.

Il team di ricercatori ha utilizzato modelli animali per testare gli effetti della soppressione dell'attività di Fib-1-Nol-56, scoprendo che questa azione riduce significativamente la tossicità associata a proteine patologiche come l'A β . La scoperta offre così una nuova strada per lo sviluppo di terapie mirate, che potrebbero, in futuro, rallentare o addirittura prevenire il progressivo deterioramento del cervello causato dall'accumulo di proteine tossiche.

La ricerca ha anche messo in evidenza come l'attività del complesso nucleolare non sia limitata alla semplice regolazione della proteostasi cellulare. Al contrario, esso ha un ruolo fondamentale nell'intero organismo, mantenendo l'equilibrio proteico a livello sistemico e quindi proteggendo il cervello ed altri organi vitali. Questo approfondimento permette di esplorare nuove modalità per migliorare l'invecchiamento sano e prevenire la comparsa di malattie degenerative legate all'età.

Le implicazioni della scoperta sono significative, poiché non solo arricchiscono la nostra comprensione dei processi biologici sottostanti le malattie neurodegenerative, ma offrono anche nuove opportunità per lo sviluppo di terapie che potrebbero incidere direttamente sulla qualità della vita degli anziani.

ABLAZIONE TRANSCATETERE: LA SOLUZIONE PER RIPRISTINARE IL RITMO CARDIACO

COME FUNZIONA, QUANDO È NECESSARIA E QUALI ARITMIE PUÒ TRATTARE
QUESTA PROCEDURA AVANZATA

di *Satya Marino*

L'ablazione transcateretere o ablazione cardiaca è una procedura mininvasiva, utilizzata per correggere i disturbi del ritmo cardiaco (aritmie). Viene effettuata in un laboratorio di elettrofisiologia mediante l'utilizzo di sonde che distruggono le strutture del cuore responsabili dell'aritmia. Per aritmia si intende un battito cardiaco troppo rapido (tachicardia), troppo lento (bradicardia) o irregolare (extrasistolia, fibrillazione atriale) rispetto alla frequenza cardiaca normale compresa tra i 60-100 battiti al minuto.

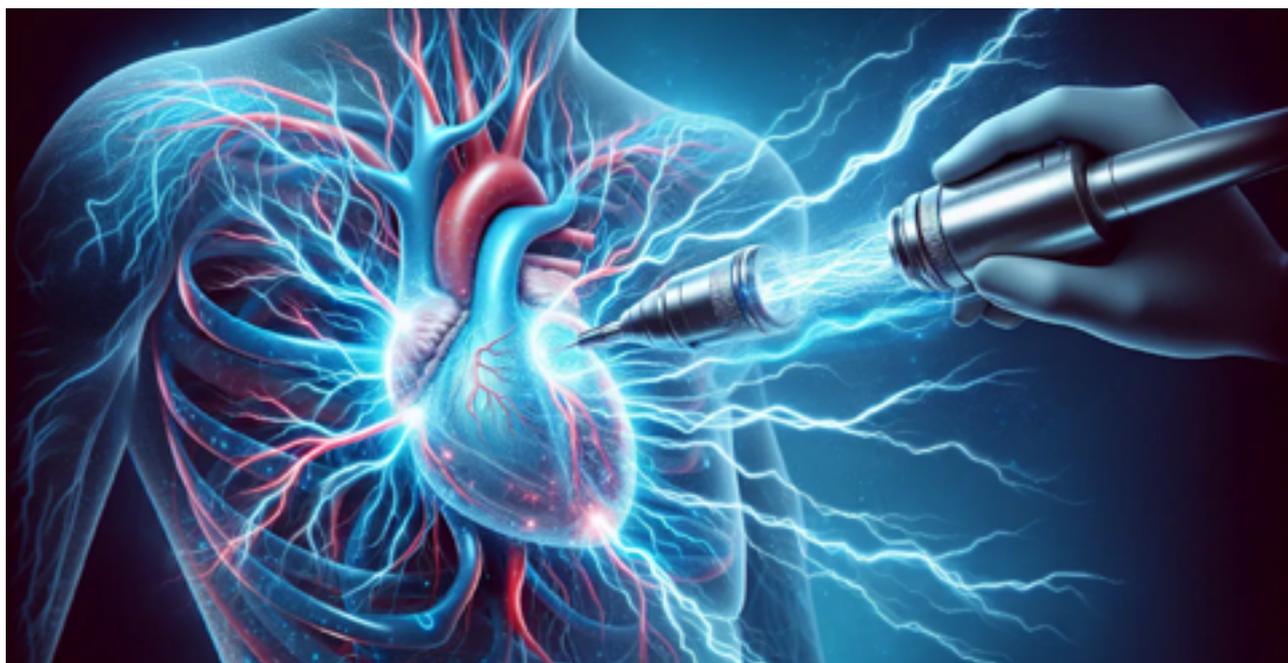
Una sonda lunga e flessibile (collegata ad un'apposita apparecchiatura) viene introdotta attraverso un vaso sanguigno periferico (generalmente dall'inguine o dal braccio) e viene guidata fino a farle raggiungere dei punti

specifici all'interno del cuore. La sonda emette energia sotto forma di calore o di freddo estremo e agisce cicatrizzando o distruggendo una piccola area del tessuto cardiaco per ripristinare il regolare ritmo del cuore, senza danneggiare i tessuti cardiaci sani.

L'ablazione transcateretere viene eseguita quando i farmaci per curare l'aritmia non sono efficaci o sono mal tollerati e i disturbi impediscono alla persona di fare una vita normale (invalidanti).

La procedura di ablazione è effettuata per il trattamento di aritmie quali: tachicardia sopraventricolare (SVT); tachicardia atriale ectopica; fibrillazione atriale; flutter atriale.

La procedura di ablazione è preceduta da



uno studio elettrofisiologico, generalmente eseguito nella stessa seduta operatoria. L'esame non richiede una particolare preparazione. Il cardiologo decide, qualche giorno prima dell'intervento, se e quando va sospesa l'assunzione dei farmaci. È necessario essere a digiuno dalla sera prima e non bere liquidi prima dell'esame. Il chirurgo dev'essere informato dell'eventuale presenza di un pacemaker per valutare se siano necessarie ulteriori precauzioni.

L'ablazione transcateretere è eseguita in una struttura ospedaliera, nel reparto o nell'ambulatorio di elettrofisiologia e, gran parte delle volte, con la persona cosciente. Solo in alcuni casi è effettuata in anestesia generale.

Durante l'intervento la persona è in continuo contatto con l'operatore, deve evitare i cambiamenti di posizione ed è costantemente controllata da apparecchiature che verificano l'attività del cuore. Potrebbe avvertire una sensazione di bruciore della durata di pochi secondi.

La procedura prevede il passaggio di un sottile tubicino (catetere) in un'arteria o una vena del collo, del braccio o dell'inguine fino a raggiungere i principali vasi sanguigni e le camere cardiache. L'uso del fluoroscopio, un'apparecchiatura a raggi X detta anche amplificatore di brillantezza, permette di ottenere immagini in tempo reale delle parti del corpo attraversate. Alcuni cateteri hanno elettrodi a filo che registrano e localizzano la fonte dei battiti cardiaci anomali. Attraverso il catetere, in corrispondenza delle aree identificate come responsabili dell'aritmia, l'apparecchio invia una corrente che genera calore (radiofrequenza, luce laser), oppure un gas a temperature estremamente basse (crioterapia) per creare una vera e propria cicatrice, chiamata linea di ablazione. La cicatrice forma una barriera che impedisce agli impulsi elettrici di

passare oltre impedendo così ai segnali elettrici anomali di causare aritmie.

Dopo l'ablazione, il medico estrae il catetere e chiude il vaso utilizzato (braccio, inguine o collo) con un bendaggio occlusivo. La procedura dura dalle 2 alle 4 ore.

Al termine dell'intervento la persona è tenuta in osservazione per un paio d'ore, nelle quali vengono controllati parametri vitali come la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna.

Dopo una breve permanenza in ospedale, la persona può essere riportata a casa dall'accompagnatore. I farmaci utilizzati durante la procedura di ablazione, infatti, potrebbero provocare sonnolenza e/o rallentamento dei riflessi. È opportuno, inoltre, che limiti i movimenti per prevenire emorragie nella zona in cui sono stati inseriti i cateteri.

Le complicazioni associate alla ablazione transcateretere sono piuttosto rare (0.5-4%) e sono legate a: aritmie; sanguinamento e infezione dei vasi sanguigni causati dal catetere; mobilizzazione di coaguli di sangue nel circolo periferico (tromboembolismo venoso, embolia polmonare, embolia cerebrale etc...); versamento pericardico (il pericardio è una struttura membranosa che riveste il cuore e l'origine dei grossi vasi); pneumotorace cioè un accumulo di aria all'interno dello spazio pleurico (ossia tra le due membrane che rivestono, rispettivamente, i polmoni e la parete toracica); emotorace (un versamento e accumulo di sangue all'interno della cavità pleurica); tamponamento cardiaco (un accumulo di sangue nel sacco pericardico).

Per mantenere il cuore in buona salute sarebbe necessario: non fumare; svolgere regolare attività fisica; osservare una dieta sana ed equilibrata; controllare i livelli di colesterolo; controllare i livelli di pressione arteriosa; non aumentare di peso; gestire i livelli di stress.



Distacco della retina: un'urgenza oculare che può salvare la vista

**SINTOMI, CAUSE E TRATTAMENTI DI UNA CONDIZIONE
CHE RICHIEDE UN INTERVENTO IMMEDIATO**

di *Caterina Del Principe*

Il distacco della retina è una delle emergenze oculari più gravi. Questa condizione può insorgere improvvisamente e, se non trattata rapidamente, può portare a una perdita definitiva della vista.

La retina è il sottile strato di tessuto nervoso sensibile alla luce situato nella parte posteriore dell'occhio. Per distacco della retina si intende la condizione in cui la retina si separa dalla sua posizione normale. Questa separazione impedisce alla retina di ricevere un adeguato apporto di sangue e nutrienti, essenziali per il suo funzionamento. I sintomi possono variare, ma ci sono alcuni segnali comuni che possono indicare la presenza di questa condizione: lampi di luce (fotopsie): sensazione di flash o bagliori di luce nel campo visivo, soprattutto alla periferia. Questi lampi possono essere più evidenti in ambienti bui; mosche volanti (miodesopsie): presenza di piccoli punti scuri, macchie o filamenti che sembrano

fluttuare nel campo visivo. Le mosche volanti possono apparire improvvisamente e in gran numero; sensazione di un'ombra o un velo scuro che si sposta attraverso una parte del campo visivo; perdita della visione periferica: riduzione o perdita della vista laterale, spesso descritta come una visione a tunnel; visione offuscata: riduzione della chiarezza visiva o visione distorta in una parte dell'occhio.

Le principali cause del distacco della retina sono: rottura o foro retinico; invecchiamento: un processo naturale che può portare alla degenerazione del vitreo gel causando rotture. Questa causa del distacco della retina è la più comune negli anziani; miopia elevata; traumi oculari; malattie infiammatorie: condizioni di infiammazione oculare, come la sclerite o la corioretinite; condizioni vascolari: possono causare perdite di fluidi dai vasi sanguigni sotto la retina causandone il distacco; tumori

ocularari (per esempio, il melanoma coroideale).

La classificazione del distacco della retina si basa sulle cause e le caratteristiche dello stesso. Le principali tipologie sono: distacco della retina regmatogeno, tipologia più comune di distacco di retina; distacco della retina trazionale, comune in persone con condizioni come la retinopatia diabetica proliferativa o in seguito a infiammazioni o infezioni; distacco della retina essudativo (o sieroso), causato da un accumulo di fluido sotto la retina.

La cura e il trattamento del distacco della retina partono da un'accurata diagnosi che richiede una valutazione clinica e strumentale comprensiva di anamnesi del paziente e dei sintomi, esame fisico visivo e altri eventuali esami valutati dall'oculista tra cui: esame con lampada a fessura; esame oftalmoscopico indiretto con depressione sclerale; ecografia B-Scan; Tomografia a Coerenza Ottica (OCT). Nel caso, si possono anche effettuare altri esami di Imaging, come il CT (tomografia computerizzata) o MRI (risonanza magnetica), tecniche che non sono generalmente necessarie per la valutazione del distacco della retina, a meno che non vi sia un sospetto di una massa intraoculare o di malignità.

Il trattamento e la gestione per la cura sono tipicamente chirurgici. Le tre principali tecniche utilizzate sono: la vitrectomia pars plana; il cerchiaggio sclerale; la retinopexia pneumatica. Per i distacchi retinici sierosi o essudativi, la gestione non è chirurgica.

La vitrectomia è la rimozione meccanica del gel vitreo con

una macchina per vitrectomia. Il chirurgo rimuove il vitreo che causa trazione sulla retina e utilizza la crioterapia o il laser intorno alle rotture o strappi retinici.

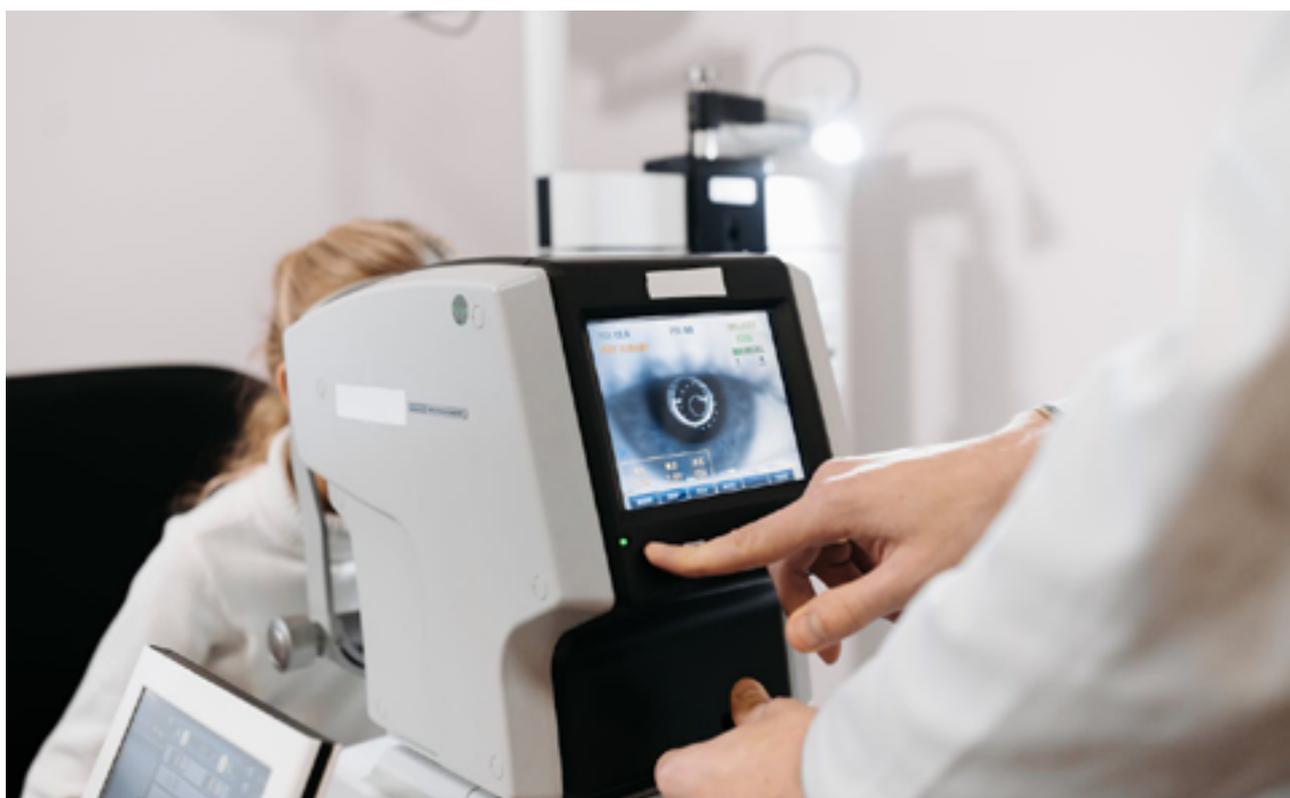
Il cerchiaggio sclerale è una fascia di silicone che chiude le rotture retiniche. Spesso, il chirurgo combina questo con una procedura di retinopexia (ri-attacco della retina alla parete posteriore dell'occhio).

La retinopexia pneumatica utilizza una bolla di gas intraoculare per riparare il distacco della retina.

La prognosi può variare notevolmente a seconda del tipo di distacco, della tempestività dell'intervento e di altre variabili cliniche come: lo stato della macula; la tempistica dell'intervento; l'estensione e la localizzazione del distacco della retina; la proliferazione vitreoretinica, una complicanza che può insorgere dopo la chirurgia del distacco di retina; condizioni associate come diabete o miopia elevata.

La capacità di recuperare una buona acuità visiva dipende in gran parte dallo stato della macula e dalla rapidità dell'intervento. Il recupero visivo continua per diversi mesi dopo l'intervento chirurgico. La visione può migliorare gradualmente fino a un anno dopo l'operazione.

Molto importanti sono l'educazione del paziente e la prevenzione. I pazienti devono essere istruiti a riconoscere i sintomi del distacco di retina e a cercare immediatamente assistenza medica. Devono essere consapevoli che il trattamento tempestivo è cruciale per preservare la vista. I pazienti con miopia elevata o storia familiare di distacco di retina devono sottoporsi a controlli oculistici regolari.





Protesi d'anca: nuove tecniche e materiali per un recupero migliore e duraturo

*DALLA CHIRURGIA MININVASIVA ALLA TECNICA BIKINI:
INNOVAZIONI CHE RIDUCONO I RISCHI E MIGLIORANO L'ESPERIENZA DEL PAZIENTE*

di Danilo Quinto

Negli ultimi anni, la protesica d'anca come intervento chirurgico ha raggiunto standard molto elevati in termini di rischi durante l'intervento e di recupero post-intervento. Anche la durata dell'impianto (per una futura revisione e sostituzione), che una volta era mediamente valutata verso i 15 anni, oggi si aggira addirittura attorno ai 30-40 anni, grazie ai nuovi materiali, alle nuove conoscenze e alle nuove tecniche operatorie, anche se vi sono dei fattori che purtroppo non si possono ignorare.

Il chirurgo deve avere numerose accortezze durante l'intervento: non solo prestare attenzione a garantire la massima sicurezza in sala operatoria, ma anche essere il meno invasivo possibile con un occhio di riguardo anche al lato estetico, senza dimenticare la possibilità di un fallimento dell'intervento stesso.

La tecnica mininvasiva rappresenta un'alternativa valida per il paziente per molte ragioni: garantire un recupero veloce e il risultato funzionale e visivo che soddisfi appieno le aspettative del paziente; la riduzione delle complicanze come, ad esempio, infezioni (0,3% dei casi di protesi di anca e ginocchio), soprattutto in presenza di fattori di rischio (diabete, obesità, immunodepressione, abuso di alcol o fumo di sigaretta). La chirurgia per via anteriore mininvasiva, conosciuta come AMIS - Anterior Minimally Invasive Surgery, si distingue per: mininvasività: il chirurgo accede all'articolazione danneggiata attraverso un piccolo taglio, senza ricorrere a un'aggressività muscolare; risparmio del tessuto muscolare e osseo: grazie alla presenza in sede della muscolatura originale, la via anteriore è la

procedura che presenta percentuali basse di lussazione (<1%), cioè fuoriuscita della protesi dalla sede; taglio osseo: attraverso questa procedura, viene impiantato all'interno del femore uno stelo corto che in una potenziale revisione futura permetterà al chirurgo di beneficiare del precedente lavoro per impiantare una nuova protesi senza difficoltà. Un'ulteriore variante alle vie d'accesso è quella anteriore per via smussa che prevede un'incisione inguinale, quindi su di un tratto cutaneo già preesistente (come quello, appunto, dell'inguine) e coperto, che rende la cicatrice meno visibile e facilmente nascondibile con il costume da bagno. Proprio per questa caratteristica, la tecnica prende il nome di Bikini.

A livello di tipologia, vi sono però alcune controindicazioni per determinati soggetti: nella paziente obesa per non accrescere le difficoltà durante l'intervento; nell'uomo perché, avendo massa muscolare più sviluppata, ci potrebbe essere un aumento delle complicanze perioperatorie portando il chirurgo a optare per un'incisione longitudinale classica, per via anteriore. A seguito di intervento con tecnica AMIS, è prevista la deambulazione con le stampelle per i primi giorni, da una a tre settimane, finché il paziente non ritrova la

postura più corretta durante la camminata; si procede in seguito con un carico totale sulla gamba operata senza nessun limite di mobilità dettato dal rischio di una possibile lussazione.

Nei momenti in cui si abbandonano le stampelle (nel giro di una settimana o di dieci giorni), il paziente se è in grado può riprendere a guidare.

Tanti sono i giovani sportivi che vengono operati con la tecnica minivasiva, anche se, normalmente, il target di pazienti candidabili a questo tipo di intervento si aggira intorno ai 65-70 anni. La tecnica AMIS può essere consigliata anche ai soggetti più anziani: non solo perché sarebbero rimessi in piedi in prima giornata senza rischi, con l'ausilio di un fisioterapista, ma sfaterebbe quel mito per cui tecniche troppo innovative non possano essere applicate a pazienti over 70, a causa della loro avanzata età.

Per quanto riguarda l'attività sportiva, questa rappresenta uno dei motivi più frequenti per cui i pazienti si sottopongono a questa operazione: alcuni di loro non si accontentano di essere operati solo per poter riprendere a camminare bene, ma anche, e soprattutto, per ritornare a praticare le performance sportive di un tempo





Obesità: l'epidemia silenziosa che minaccia la salute globale

Crescita allarmante, impatti sulla salute e nuove strategie tra prevenzione, farmaci e approcci multidisciplinari

di *Riccardo Romani*

L'obesità – chiamata epidemia silenziosa - colpisce più di un miliardo di persone nel mondo, compresi bambini e adolescenti.

Tra il 1990 e il 2022 il tasso di obesità globale è quadruplicato tra i bambini e gli adolescenti e raddoppiato tra gli adulti, secondo uno studio pubblicato sulla rivista britannica *The Lancet* e realizzato in collaborazione con l'OMS. Basandosi sui dati di circa 220 milioni di persone in più di 190 paesi, gli autori dello studio hanno stimato che nel 2022 nel mondo quasi 880 milioni di adulti (504 milioni di donne e 374 milioni

di uomini) e quasi 160 milioni di bambini e adolescenti (94 milioni di maschi e 65 milioni di femmine) erano obesi.

Dal 1990 il tasso di obesità è quasi triplicato tra gli uomini (passando dal 4,8% al 14%) e più che raddoppiato tra le donne (passando dall'8,8% al 18,5%).

L'obesità è associata a una riduzione dell'aspettativa di vita e può causare una serie di effetti negativi sulla salute, tra cui malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tipi di cancro. Lo studio sottolinea l'importanza di prevenire e gestire l'obesità dalla nascita fino all'età

adulta, attraverso l'alimentazione, l'attività fisica e le cure.

Tutti gli specialisti interessati dal problema convergono su un aspetto: l'obesità è una malattia e come tale va trattata. Un'esigenza che nasce da ragioni che sono innanzitutto mediche, anche se il riflesso riguarda la condizione psicologica della persona obesa.

A determinare un aumento di peso patologico sono spesso diversi fattori: nutrizionali, endocrinologici, psicologici, legati allo stile di vita. Ecco perché nei centri in cui si cura l'obesità oggi la presenza di un team multidisciplinare è considerata imprescindibile. Il primo passo per chi non ha mai provato a perdere il peso in eccesso consiste nella dieta e nell'educazione alimentare: tanto più efficace quanto più precoce. Ma non sempre la combinazione di adeguate regole alimentari e movimento può risultare sufficiente per contrastare i casi di obesità di grado importante: quelli a cui si associa un indice di massa corporea superiore a 35.

Quando questi approcci risultano fallimentari, gli specialisti possono praticare due strade. La prima è la terapia farmacologica, che stando anche a quanto riportato nella letteratura scientifica dà buoni risultati soprattutto sui pazienti obesi di primo grado (con un indice di massa corporea compreso tra 30 e 34). Al

momento sono disponibili due farmaci: l'Orlistat e la Liraglutide. Il primo va assunto per via orale trenta minuti prima di ogni pasto principale e agisce legando il trenta per cento dei grassi, per poi favorire l'espulsione con le feci. Mentre Liraglutide è un farmaco iniettivo che nasce come antidiabetico. Il principio attivo mima il modo in cui l'intestino comunica col cervello per regolare l'appetito. Entrambi i farmaci, assumibili per un periodo continuativo massimo di un anno, richiedono la prescrizione medica e risultano inseriti in fascia C: il loro costo è dunque interamente a carico del paziente. La terapia va supportata con una dieta ipocalorica e con un'attività fisica moderata. Nel mezzo dei due farmaci si colloca l'Alli: il principio attivo è lo stesso dell'Orlistat (120 milligrammi), ma un dosaggio inferiore (60 e 27 milligrammi) permette di venderlo come farmaco da banco.

Se l'obesità risulta più grave, l'unica soluzione è costituita dalla chirurgia. Negli ultimi decenni, grazie all'introduzione delle tecniche laparoscopiche, le procedure sono divenute più sicure e meno invasive, con l'avvertenza di rivolgersi a centri specialistici che presentano grandi volumi, perché gli interventi sono molto complessi.

Recentemente, sulla rivista *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, sono stati pubblicati i risultati di una





Commissione di 56 esperti mondiali, con l'endorsement di oltre 75 associazioni mediche: si propone di cambiare definizione e parametri per la diagnosi dell'obesità, prevedendo test più precisi che superano il vecchio concetto di Indice di massa corporea (Bmi). Il campanello d'allarme è fissato dagli esperti in 18 criteri, la cui presenza segnala che la condizione è patologica. Oltre al Bmi, l'attuale approccio medico per la diagnosi, vengono introdotte altre misure del grasso corporeo e si distingue tra due tipi di obesità con lo scopo di garantire un trattamento sempre più personalizzato ed evitare le sovradiagnosi.

Così, in aggiunta al Bmi, viene indicato di eseguire anche misure del grasso corporeo - ad esempio, circonferenza vita o misurazione diretta dell'adipe attraverso la DEXA (scansione della densitometria ossea) - per individuare l'obesità riducendo il rischio di una classificazione errata.

Inoltre, gli autori introducono due nuove categorie diagnostiche di obesità basate su misure oggettive di malattia: obesità clinica (malattia cronica associata con una concomitante disfunzione d'organo dovuta alla sola obesità) e obesità pre-clinica (associata con un grado variabile di rischio per la salute, ma senza patologie concomitanti).

La Commissione ha quindi fissato 18 criteri diagnostici per l'obesità clinica negli adulti e 13 criteri



specifici per bambini e adolescenti, comprendenti: dispnea (affanno), insufficienza cardiaca, dolore al ginocchio o alle anche, alcune alterazioni delle ossa e articolazioni nei bambini e negli adolescenti in grado di limitare i movimenti, altri segni e sintomi causati da disfunzioni a livello di altri organi (compresi reni, vie respiratorie, sistema nervoso, urinario, riproduttivo).



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

Abbonati ora alla versione cartacea o digitale

WWW.ORE12WEB.IT

ADOLESCENTI, COSI' LO SPORT LI AIUTA NELLA CRESCITA

di *Marialuisa Roscino*

ADELIA LUCATTINI

Lo sport è una risorsa preziosa per gli adolescenti, favorendo non solo il benessere fisico ma anche quello mentale. L'attività sportiva contribuisce a migliorare l'autostima, scaricare lo stress e potenziare la salute cerebrale grazie a meccanismi come la modulazione dell'ippocampo e il rilascio del fattore neurotrofico BDNF. Inoltre, lo sport promuove la socializzazione, lo sviluppo delle competenze relazionali e insegna a gestire emozioni e impulsività, qualità fondamentali per la crescita.

Dott.ssa Lucattini, a Suo avviso lo sport, inteso non solo come passatempo, ma come vero e proprio strumento educativo, può contribuire in modo significativo alla crescita e al benessere dei giovani?
Lo sport è uno strumento potentissimo non solo per la salute fisica, ma anche per lo sviluppo psicologico e sociale, contribuendo a formare giovani adulti più consapevoli e capaci di affrontare le complessità della vita. Dal punto di vista psicologico, lo sport aiuta i giovani a sviluppare l'autostima, migliorare la gestione delle emozioni e favorire il senso di appartenenza a un gruppo. Questi aspetti sono cruciali per il loro equilibrio emotivo e per la costruzione di una personalità resiliente. Inoltre, praticare sport permette di canalizzare l'energia e lo stress in modo costruttivo, prevenendo comportamenti disfunzionali

Benefici fisici, mentali e relazionali: come e perché incentivare i ragazzi a praticare attività sportiva





o isolamenti sociali. Inoltre, educa al valore del sacrificio e della costanza, elementi essenziali per affrontare le responsabilità della vita adulta. In un'epoca in cui molti giovani vivono immersi nel mondo digitale, l'attività sportiva offre anche un momento di disconnessione dalla tecnologia, dai social, dal tablet e dallo smartphone, favorendo il contatto con il proprio corpo e con l'ambiente circostante.

Ritiene dunque sia importante un'attività fisica non occasionale, ma organizzata e seguita da un esperto, per garantire agli adolescenti un approccio corretto e fare in tal modo, ottenere loro i massimi benefici?

Assolutamente sì. La guida di un allenatore o di un educatore sportivo qualificato permette ai giovani di apprendere tecniche adeguate, evitando infortuni o atteggiamenti scorretti che potrebbero compromettere la loro salute o il piacere dell'attività. Inoltre, un esperto sa come motivare i ragazzi, mantenendo alta la loro partecipazione e aiutandoli a superare momenti di insoddisfazione o insicurezza, che possono insorgere durante il percorso. Un'attività sportiva regolare, pianificata e monitorata favorisce l'instaurarsi di una

routine positiva, fondamentale per lo sviluppo di abitudini salutari e per una gestione equilibrata del tempo, tra studio, svago e altre responsabilità. Questo approccio organizzato permette inoltre di vivere lo sport come un percorso di crescita personale, valorizzando il confronto con se stessi e con gli altri, senza cadere in dinamiche competitive eccessive o dannose.

Famiglia e Scuola insieme possono contribuire a trasmettere il valore dello Sport e l'importanza di praticarlo sin dall'infanzia?

La famiglia è il primo contesto educativo in cui i bambini imparano l'importanza di uno stile di vita sano. Quando i genitori promuovono il movimento e l'attività fisica, non solo attraverso il gioco spontaneo, ma anche partecipando a momenti sportivi insieme, trasmettono ai figli un modello positivo e un'abitudine che può durare tutta la vita. Il loro sostegno emotivo e pratico, ad esempio, accompagnando i bambini agli allenamenti o partecipando alle loro gare rafforza la motivazione e il piacere di praticare sport. La scuola, d'altro canto, rappresenta un ambiente educativo ideale per far scoprire ai bambini e ai ragazzi le diverse discipline sportive e per sviluppare competenze fisiche e sociali. Attraverso l'educazione fisica, gli insegnanti possono promuovere i valori dello sport, come la collaborazione, il rispetto delle regole e il fair play (letteralmente "gioco corretto"), la buona educazione relazionale.

In che modo lo sport può contribuire a migliorare le performance scolastiche degli adolescenti? Esistono studi scientifici che confermano questa correlazione?

Gli sport possiedono una natura distintiva in quanto le componenti fisiche e psicologiche sono intrecciate in modo inestricabile. Dal punto di vista neuropsicologico, numerosi studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico produce cambiamenti neuropsicofisiologici nel cervello, migliora inoltre i processi di apprendimento e le prestazioni intellettuali, migliora la qualità della vita e aumenta il benessere generale. Inoltre, la funzionalità dell'ippocampo, facilita il rilascio del fattore neurotrofico il BDNF, direttamente correlato alla neurogenesi ovvero la generazione di nuovi neuroni, e alla sinaptogenesi ovvero facilita nuove connessioni tra neuroni. Il benessere psicologico, il piacere di fare sport, il buon rapporto con il proprio corpo, le buone relazioni con i compagni di squadra e i maestri influenzano direttamente il funzionamento neuronale. La mente, d'altro canto, è in grado di modulare e migliorare lo stesso funzionamento neuronale, migliorandolo.

Come possono i genitori sostenere i figli nella scelta e nella pratica dello sport?

È importante che tengano conto delle inclinazioni e



dei desideri dei figli adolescenti, lasciando la libertà di sperimentare diverse discipline sportive per giungere a trovare quella più adatta alla propria personalità e ai suoi talenti. Lo sport dovrebbe essere vissuto come un'attività piacevole e formativa, non come una causa di ansia o contaminata da una competizione esasperata. I genitori devono sforzarsi di evitare di scaricare le proprie ambizioni sui figli, focalizzandosi invece sul loro benessere e divertimento. Alcuni accorgimenti possono aiutare: ad esempio, accompagnare i figli agli allenamenti, partecipare agli eventi sportivi e aiutare a organizzare il tempo in modo da equilibrare gli impegni tra scuola, sport e altre attività, fondamentale per rendere la pratica sportiva sostenibile. Se i genitori praticano sport e hanno uno stile di vita attivo, trasmettono ai figli un messaggio importante (azioni parlanti) sull'importanza della cura del corpo e della salute. Inoltre, mantenere un dialogo aperto con gli esperti che seguono i figli permette di monitorare i loro progressi, di affrontare eventuali difficoltà e garantire che l'esperienza sportiva sia il più possibile positiva e adatta alla loro personalità.



In che modo, gli adolescenti possono conciliare la vita scolastica con l'attività sportiva?

Per gli adolescenti che praticano sport a livello agonistico o con un impegno regolare e strutturato, la scuola può offrire un Programma didattico personalizzato. Questo approccio consente di adattare il carico di lavoro scolastico alle esigenze sportive, e viceversa, pianificando lo studio a casa.

La possibilità della doppia carriera (dual career) è pensata proprio per studenti-atleti e mira a garantire che possano acquisire le competenze scolastica mentre portano avanti quelle sportive di alto livello. Questa modalità prevede una collaborazione attiva tra scuola e le società sportive, favorendo la gestione integrata del tempo e dei risultati. Gli adolescenti con Bes (Bisogni Educativi Speciali), che praticano sport agonistici e trovano risposte a alle loro esigenze specifiche. Infine, è fondamentale che gli adolescenti trovino tempo per il riposo e per momenti di relax. Una routine troppo intensa può portare a stress eccessivo e ridurre le prestazioni sia sportive, sia scolastiche.

Come si può garantire l'uguaglianza di accesso allo sport per tutti i ragazzi, indipendentemente dal loro background socioeconomico?

Le Istituzioni giocano un ruolo fondamentale finanziando e sviluppando progetti di formazione sportiva accessibili a tutte le fasce d'età, gratuite o a costi sostenibili. Iniziative di questo tipo, organizzate in collaborazione con scuole e associazioni sportive locali, permettono ai ragazzi di avvicinarsi allo sport senza che il costo rappresenti un ostacolo. È essenziale che le strutture sportive, come palestre, piscine e campi sportivi, siano messe a disposizione di tutti i ragazzi attraverso tariffe agevolate o accessi gratuiti per le famiglie in difficoltà economica. Questo può essere realizzato tramite il sostegno finanziario degli sponsor privati, fondazioni o fondi europei dedicati al welfare sportivo. L'istituzione di borse di studio sportive può incentivare i ragazzi talentuosi, ma con poche risorse economiche, a proseguire la pratica



sportiva anche a livelli agonistici, come accade anche con gli otto gruppi sportivi militari italiani.

Quali consigli si sente di dare ai genitori?

Educare i figli al valore dello sport, non solo come attività fisica, ma come esperienza educativa e formativa;

Valorizzare l'impegno più che i risultati. Aiutare i propri figli a comprendere che lo sport non è solo una questione di vittorie o medaglie, ma un percorso di crescita personale;

Sottolineare l'importanza del sacrificio, e della

costanza, non solo del risultato finale;

Partecipare alla loro vita sportiva, ad esempio assistendo alle partite o gare, ma senza essere troppo invadenti. Evitare di interferire con il lavoro degli allenatori;

Mantenere un dialogo aperto con i figli riguardo alla loro esperienza sportiva. Chiedere come si sentono, cosa li entusiasma e cosa li preoccupa;

Insegnare il valore del rispetto. Lo sport è un'occasione per imparare il rispetto delle regole, degli avversari, dei compagni di squadra e degli allenatori.



Un test rivoluzionario per le allergie alimentari

*IL NUOVO TEST DI ATTIVAZIONE DEI BASOFILI PREVEDE IL RISCHIO DI REAZIONE
AI CIBI CON UN SEMPLICE PRELIEVO DI SANGUE*

di *Annachiara Albanese*

Un nuovo passo avanti nella diagnosi delle allergie alimentari. L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha introdotto un innovativo test di attivazione dei basofili (BAT test), in grado di prevedere il rischio e la gravità delle reazioni allergiche nei bambini con un semplice prelievo di sangue. Questa tecnologia avanzata consentirà diagnosi più sicure e precise per oltre 5.000 giovani pazienti seguiti ogni anno dal team di allergologi dell'ospedale. «Una diagnosi tempestiva e una presa in carico specialistica possono fare la differenza nella gestione della malattia allergica» – sottolinea il prof. Alessandro Fiocchi, responsabile di Allergologia del Bambino Gesù – «riducendo il rischio di complicanze gravi e migliorando la qualità della vita di bambini e famiglie».

Allergie alimentari in aumento e sempre più complesse. Negli ultimi anni, le allergie alimentari nei bambini sono in crescita sia per numero di casi che per complessità. Accanto alle nuove allergie emergenti – come quelle alle farine di insetti, al miele di melata o al latte di capra – aumentano anche le reazioni a cibi già noti, come frutta a guscio, arachidi e latte vaccino. In particolare, negli ultimi dieci anni i casi pediatrici di allergia alla frutta a guscio sono passati dal 3% all'8%, quelli all'arachide dall'1% al 6%, mentre l'allergia al latte resta stabile sopra il 15%, ma con una gestione sempre più complessa. «Le allergie

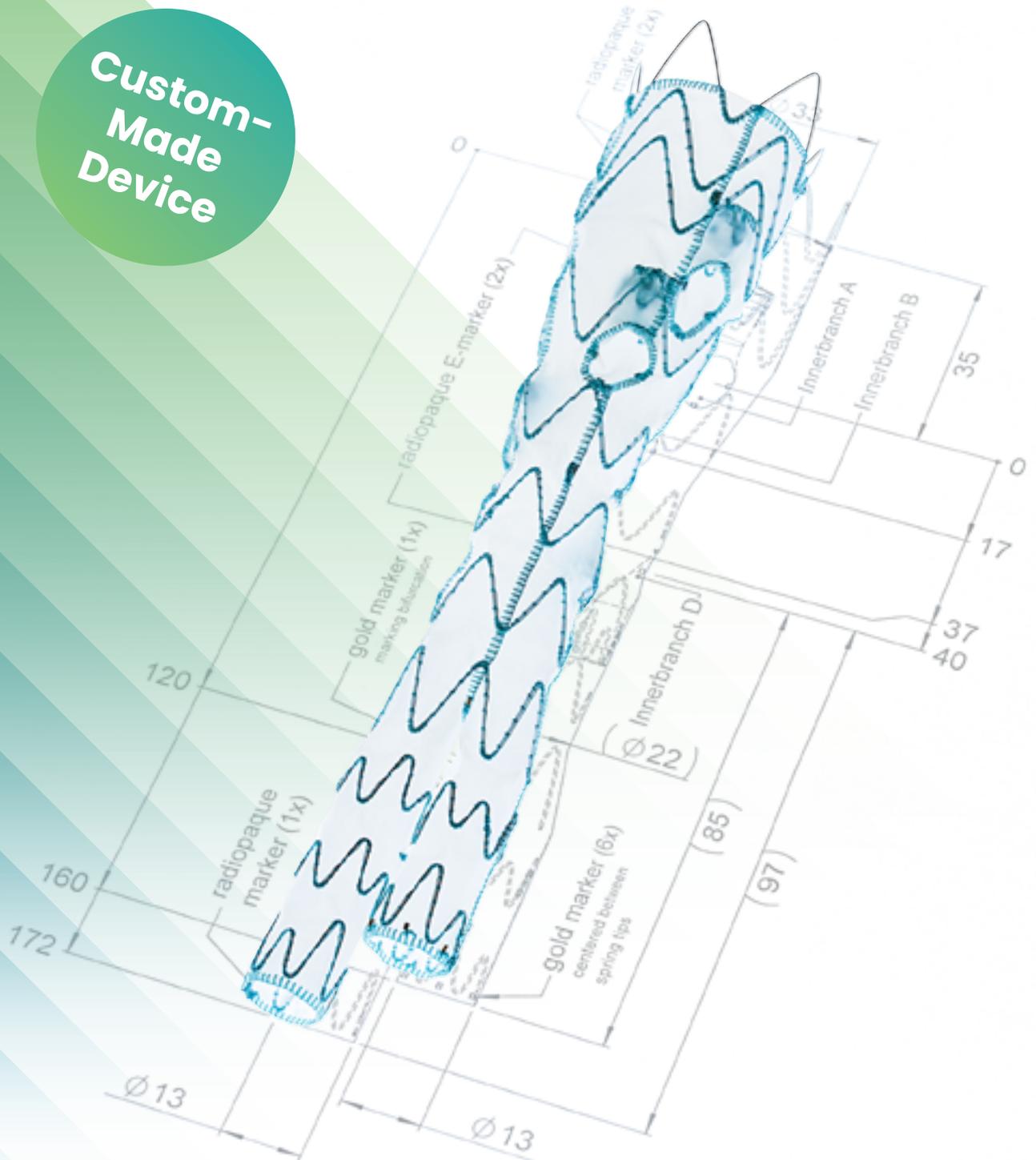
all'arachide e al latte – spiega Fiocchi – rimangono le più pericolose, perché spesso associate a reazioni gravi e potenzialmente fatali come l'anafilassi». Ogni anno, purtroppo, in Italia si registrano tra i 2 e i 4 decessi per allergie alimentari, colpendo soprattutto giovani sotto i 20 anni.

Il nuovo test che rivoluziona la diagnosi. Attualmente, circa un bambino su 50 in Italia è allergico a uno o più alimenti, e nel 16% dei casi la reazione è grave. Per questa categoria di pazienti, il BAT test rappresenta un'importante innovazione: permette di simulare in laboratorio la reazione allergica senza esporre il bambino a rischi. Il test viene eseguito su un campione di sangue, isolando le cellule coinvolte nella risposta allergica e mettendole a contatto con l'allergene. Se il bambino è allergico, sulla superficie delle cellule compaiono specifiche molecole rilevabili e misurabili.

Questa tecnologia si affianca ai metodi diagnostici tradizionali già disponibili al Bambino Gesù, come i test cutanei (prick test), il dosaggio delle IgE nel sangue e il test di provocazione orale, considerato il gold standard per la diagnosi delle allergie alimentari. Grazie al BAT test, ora è possibile ottenere informazioni cruciali sulla gravità della reazione allergica in modo più sicuro, migliorando la gestione clinica e riducendo i rischi per i piccoli pazienti.

Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION™

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System

FORA-B TF

Kit per il trattamento delle radicolopatie
tramite catetere con Fogarty integrato



Caratteristiche

*Catetere con Fogarty integrato per lo scollamento
atraumatico delle aderenze*

Canale infusivo radiopaco tramite catetere dedicato

*Punta atraumatica per una somministrazione diretta
sulla radice da trattare*

*Sviluppato con materiale inerte per infusione di
soluzione salina o altre sostanze*

Valvola unidirezionale con attacco luer lock

Mandrino con funzione dilatatore



Doppio
mandrino



Catetere con Fogarty integrato



ACCESSORI



Fibra ottica per controllo visivo

Kit Radiofrequenza per
neuromodulazione
radicolare

