

ORE12 SANITÀ

ITALIA

**Da Padova arrivano
i "monconi intelligenti"**

**Protesi articolari,
la nuova frontiera**

**Payback, Confimi
si appella al governo**

**Farmaci contraffatti,
una emergenza globale**

**OSS, UNA REALTA'
DA RICONOSCERE**

HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

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



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

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

ENDOASCULAR SERVICE

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma
Partita IVA 09175331009
E-mail info@endoser.it
PEC endoascularservice@pecposta.it
Tel. +39 06 3629081
Certificazione ISO 9001 2015

TaeWoong
MEDICAL 

Hic et nunc

Gli operatori socio-sanitari non sono figli di un dio minore

di *Pietro Romano*



Il Covid e l'irruzione del digitale stanno trasformando dalle fondamenta la sanità. In Italia e non solo. Eppure tanta parte della nostra sanità si regge ancora su un impianto normativo risalente a ben prima che queste trasformazioni si avviassero. Addirittura ad alcuni decenni fa.

La frammentazione della legislazione del settore, in capo alle regioni, in molti casi non aiuta neanche quando vengono introdotte modifiche, così che la situazione finisce addirittura per peggiorare. Un combinato disposto dalle conseguenze che gli Operatori socio sanitari conoscono bene. Purtroppo provandolo sulla propria pelle. Ma che non sopportano più. Le proteste di associazioni e sindacati infatti si stanno moltiplicando. E a ragione.

Prima di tutto chiariamo chi è l'operatore socio sanitario e che cosa fa in sostanza. L'operatore socio-sanitario: 1) svolge attività di cura con semplici apparecchi medicali e aiuta nell'assunzione dei farmaci; 2) rileva i parametri vitali dell'assistito e ne percepisce le comuni alterazioni; 3) procede alla raccolta dei rifiuti, al trasporto del materiale biologico, sanitario e dei

campioni per gli esami diagnostici; 4) esegue semplici medicazioni o altre minime prestazioni di carattere sanitario; 5) supporta e assiste la persona nelle attività quotidiane e di igiene personale, nella vestizione, nella mobilità e nell'assunzione dei cibi; 6) si adopera per mantenere le capacità motorie dell'assistito e per fargli assumere posture corrette; 7) realizza attività di animazione e socializzazione.

La figura dell'operatore socio-sanitario fu introdotta nell'ordinamento nazionale dall'accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, un accordo che in oltre ventitré anni non è stato rivisto per nulla, tranne che per l'ingresso degli operatori (de jure e non solo de facto) nell'area socio sanitaria. E mostra ora tutta la sua inadeguatezza, una inadeguatezza che mette in difficoltà gli operatori, relegati in un limbo, stretti tra demansionamento o abuso di professione a causa di piani di lavoro non ben definiti.

Insomma, è arrivato il momento di portare quest'attività al livello che gli operatori hanno dimostrato sul campo di meritare. Un governo che assicura di posporre i riti all'efficienza, la forma alla sostanza, ha il dovere di intervenire. Benché non sia facile, va ammesso.

Le associazioni e i sindacati hanno presentato da tempo le loro proposte che, una volta accolte, migliorerebbero l'organizzazione sanitaria e arrecherebbero benefici concreti ai pazienti. Le principali vanno dalla modifica dei titoli necessari all'accesso (non la terza media più brevi corsi ma un percorso di diploma specialistico) alla formazione. Proprio sulla formazione, però, la riforma rischia di arenarsi. Essendo di competenza regionale la formazione specifica per operatori socio-sanitari ha già mostrato le sue carenze.

Sarebbe necessaria una formazione su scala nazionale, perlomeno operata sulla scorta di criteri univoci e da esperti qualificati mentre attualmente la frantumazione regionale non sembra sempre assicurare il meglio. Alle spalle di pazienti e allievi operatori. Probabilmente sarà necessaria una prova di forza da parte del governo centrale per evitare soluzioni pasticciate a questo problema non secondario, anche sotto l'aspetto umano. Un problema che non si può risolvere con un semplice attestato che qualifichi gli operatori socio-sanitari quali assistenti infermieri, come proposto da alcune regioni. Tutt'altro.

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
Jessica Davis Pluss è giornalista
Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista
Maria Concetta Di Mario è giornalista
Satya Marino è giornalista
Daniilo Quinto è giornalista
Walter Rodinò è giornalista
Riccardo Romani è lo pseudonimo di una giornalista
Serena Sequi è giornalista
Flavia Scicchitano è giornalista
Federica Troiani è giornalista
Pauline Turuban è giornalista

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

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

Abbonamenti e Arretrati
Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

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



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

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

- 1 HIC ET NUNC
- 5 LA LETTERA
- 7 PROTESI ARTICOLARI
- 11 PAYBACK
- 13 I MONCONI INTELLIGENTI
- 17 CHIRURGIA VASCOLARE
- 21 SANITA' DIGITALE
- 25 CONTRAFFAZIONE FARMACI
- 27 ALZHEIMER CURE

SOMM



32 NUOVO TIPO DI ALZHEIMER



40 AUTISMO



34 MALATTIA
DI PARKINSON

42 INVECCHIAMENTO

36 CARENZA
DI INFERMIERI



44 TUMORE
COLON RETTO

38 OSS

46 BULLISMO
& CYBERBULLISMO

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:





Soteria
Medical



Prokast

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

• NUMERO 4 •



Nonostante i proclami dei Governi che si susseguono, la natalità continua a diminuire nel nostro Paese: nei primi tre mesi del 2024 si è registrato un ulteriore calo del 2% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Dal 2008, ultimo anno in cui si è assistito ad un aumento delle nascite, il calo è stato di 197.000 unità (-34,2%). Il numero medio di figli per donna nel 2023 è pari a 1,20, molto vicino al minimo storico di 1,19 figli registrato nel 1995. Ricordiamo che occorrerebbero 2,1 figli per donna per assicurare la stabilità a una popolazione. Sotto questo dato, si trovano quasi tutti i Paesi dell'OCSE, anche se l'entità del problema varia da paese a paese. A questo si aggiunge il fattore dell'invecchiamento: gli anziani sono destinati a diventare, nell'arco di un breve spazio temporale, 18-20 milioni. Questo accade in un contesto in cui la popolazione, nel suo insieme, dal 2013, diminuisce: al primo gennaio 2024 gli italiani sono diventati poco meno di 59 milioni, 7.000 in meno rispetto alla stessa data dell'anno precedente. Questa diminuzione quantitativa non è compensata dal contributo dell'immigrazione, che per essere efficace si stima debba prevedere l'ingresso in Italia di almeno 500.000 persone all'anno, con problemi enormi legati al governo di una situazione del genere.

Non c'è alternativa, perché un Paese viva, che aumentare il tasso di fecondità e quindi la natalità.

Le misure di spesa pubblica sono generalmente efficaci, nel medio-lungo periodo, se adottate tenendo conto della qualità della spesa e della loro stabilità nel tempo: ad esempio prezzi contenuti e sovvenzionati per quanto riguarda gli asili nido o misure che sostengano i redditi genitoriali, com'è accaduto in Germania, Ungheria e in alcuni Paesi dell'Est, che fino a qualche anno fa erano messi molto male in termini di natalità. Misure ben diverse da bonus o altri benefici da elargire per la nascita del figlio. Queste misure, in ogni caso, da sole, non sono sufficienti. È necessario promuovere - se così si può dire - un nuovo e più proficuo atteggiamento culturale, che incentivi le nascite, concorrendo a far scemare la paura del futuro che attanaglia l'intera società occidentale, in cerca della sua originaria identità.

Kokun Bone

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



Protesi articolari: nuove frontiere e tecnologie al servizio della salute

CON 200 MILA INTERVENTI ANNUI, L'ORTOPEDIA ITALIANA AFFRONTA L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE GRAZIE A TECNICHE MININVASIVE E NUOVE PROTESI, GARANTENDO MIGLIORI RISULTATI E QUALITÀ DELLA VITA PER I PAZIENTI

di *Flavia Scicchitano*

Dai dati dell'ultimo congresso della SIOT (Società italiana di ortopedia e traumatologia) relativi al 2023, emerge che ogni anno in Italia vengono eseguiti circa 200 mila interventi chirurgici per protesi articolari. Quasi la metà di queste, circa 100 mila, sono protesi d'anca, quasi 90 mila sono protesi di ginocchio e il resto riguarda articolazioni minori, quali spalla, caviglia e gomito. Un numero in forte aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione che però, negli ultimi anni, può beneficiare di tecniche innovative e mininvasive, nonché di impianti sostitutivi artificiali

sempre più performanti.

Luca Garro, Direttore dell'Ortopedia presso l'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale, quali sono le patologie ortopediche più diffuse nell'adulto?

Negli ultimi anni la chirurgia protesica, o meglio 'ricostruttiva', ha conosciuto un'esplosione, dovuta soprattutto all'invecchiamento della popolazione. E' un trend in crescita, più la popolazione invecchia più aumentano le patologie degenerative come le artrosi primarie. Per difetti assiali o per condizioni genetiche, la cartilagine va incontro ad usura e, laddove si crea

un contatto dell'osso contro osso, si interviene con protesi articolari. Esistono ovviamente anche protesi su frattura, per lo più riguardano l'anca o la spalla, ma sul totale incidono in modo marginale. Nel dettaglio, le patologie che richiedono l'impianto di protesi sono l'artrosi primaria di origine genetica, l'artrosi secondaria causata, ad esempio, da traumi articolari o fratture che comportano un'usura anticipata dell'articolazione oppure patologie degenerative articolari croniche, come l'artrite reumatoide.

Quali sono i maggiori interventi effettuati dalla sua equipe?

La mia equipe si occupa di chirurgia ricostruttiva, ovvero interventi di ricostruzione articolare, in particolare dell'anca e del ginocchio. In entrambi i casi utilizziamo tecniche mininvasive, laddove per mininvasività si intende il rispetto, e quindi il risparmio, dei tessuti muscolari e ossei. Il rispetto dei tessuti permette di rimettere in piedi il paziente tre ore dopo l'intervento e di restituire in tempi brevissimi una buona qualità della vita. I pazienti non perdono sangue e il percorso chirurgico risulta più tollerato. Noi adottiamo un protocollo fast track, che grazie a questa tecniche mininvasive ed alla somministrazione controllata di farmaci intraoperatori e post operatori, ci permette di mandare a casa il paziente tre o quattro giorni dopo l'intervento, gestendo la riabilitazione da casa. Inoltre, per quanto riguarda la chirurgia dell'anca il main course della mia equipe è l'accesso anteriore mininvasivo. Storicamente esistono due accessi all'anca, l'accesso posteriore e l'accesso laterale. In entrambi i casi, una volta eseguita l'incisione, si deve attraversare un muro muscolare per arrivare sull'osso: le conseguenze sono la perdita parziale o totale dell'utilizzo dei muscoli attraversati, che vengono sezionati, e la possibile lussazione della protesi. Per questo si tratta di approcci ormai datati. Ormai da qualche anno è stato messo a punto un accesso chirurgico mininvasivo nella regione anteriore dell'anca, il DAA (direct anterior approach): si esegue un'incisione all'altezza della tasca del pantalone per intenderci, in corrispondenza di un intervallo naturale tra due muscoli, si posizionano i divaricatori e si applicano le protesi. Tolti i divaricatori basta suturare fascia e cute. Tale accesso, grazie al mantenimento totale dello stock muscolare, permette di rimettere in piedi il paziente in tre ore.

Quali nuove tecnologie vengono in aiuto al chirurgo ortopedico nell'esecuzione dell'intervento di ricostruzione articolare?

La chirurgia protesica del ginocchio è quella che ha visto uno sviluppo tecnologico maggiore rispetto alle altre, grazie alla disponibilità di dispositivi computerizzati e robotici. I computer navigatori e la

chirurgia robotica garantiscono la massima precisione con un posizionamento delle protesi al millimetro, quindi una maggiore durata dell'impianto negli anni, e assicurano al paziente una migliore percezione del proprio ginocchio. Si tratta di un grande ausilio per il chirurgo nell'esecuzione dell'intervento. I navigatori sono dispositivi simili a una penna, con i quali il chirurgo può mappare l'articolazione. Il computer, che resta al di fuori del campo operatorio, riceve i parametri che guidano il medico nell'impianto della protesi. Il chirurgo fa dei check ad ogni passaggio per un corretto posizionamento finale dell'impianto. Sempre più diffuso è l'utilizzo di robot chirurgici. Nella fattispecie in ortopedia si utilizza un braccio robotico simile a quelli utilizzati nella meccanica, che aiuta il chirurgo nell'esecuzione dei tagli e nel bilanciamento degli impianti, garantendo sempre la massima precisione e durata nel tempo, minore dolore e migliore propriocezione del paziente.

Sul fronte delle protesi, invece, l'innovazione tecnologica cosa ha cambiato?

Negli ultimi dieci, quindici anni si è registrata una grossa crescita di interventi protesici nella popolazione giovane, ovvero al di sotto dei 60 anni di età. La motivazione riguarda un cambiamento delle indicazioni, dovuto alla messa a punto di protesi innovative e più moderne. Le protesi realizzate con i materiali più datati



Luca Garro

garantivano una durata dell'impianto non superiore ai dieci anni, per cui si preferiva procedere all'impianto in pazienti al di sopra dei 70 anni, in modo da doverli sottoporre alla chirurgia non più di un paio di volte nell'arco della vita. Le nuove tecniche chirurgiche e i più recenti materiali utilizzati per la fabbricazione delle protesi articolari garantiscono una durata di gran lunga maggiore. Attualmente le protesi di ginocchio o d'anca hanno una durata, se ben impiantate e se ben utilizzate, di oltre venti anni; nella maggior parte dei casi si tratta di un intervento definitivo, e questo ha permesso di estendere le indicazioni anche a persone più giovani. Più in generale, l'indicazione attuale è quella di risolvere una problematica che determina uno scadimento della qualità della vita di tutti i giorni, senza aspettare "l'invecchiamento", e dare al paziente quindi una soluzione che duri nel tempo.

Nel dettaglio, quali sono le caratteristiche di queste nuove protesi?

Oggi per la protesica d'anca, nella maggioranza dei casi, si fa affidamento su protesi non cementate. Il corpo della protesi è in titanio rivestito di idrossiapatite, un rivestimento poroso attraverso il quale l'osso del paziente cresce, fino ad abbracciare letteralmente la protesi e a raggiungere un'integrazione biologica. Per la parte femorale c'è una testa in metallo ceramico, un metallo "super liscio" con il minor coefficiente di attrito possibile. Esistono anche protesi cementate ma sono riservate a pazienti molto anziani, rispetto ai quali la qualità dell'osso non permette questa integrazione biologica. Per la protesica del ginocchio, invece, ad oggi il "gold standard" è ancora la protesi cementata. Tra la componente in metallo e l'osso viene applicato un piccolo strato di cemento a presa rapida, il metilmetacrilato. Le nuove tecnologie di costruzione e forgiatura delle protesi, combinate con i computer navigatori e la chirurgia robotica, stanno aprendo nuovi scenari anche per il ginocchio, con una progressiva crescita del numero degli impianti non cementati.

Quali sono le nuove frontiere dell'ortopedia?

Stiamo assistendo a un'esplosione della tecnologia in sala operatoria, con un utilizzo sempre più importante di computer navigatori e chirurgia robotica. Si tratta però di strumenti complessi, che richiedono una alta formazione, per cui si sta lavorando per rendere sempre più fruibili queste

innovazioni. Il futuro sarà l'utilizzo sempre più diffuso di chirurgia mininvasiva con l'ausilio di tecnologie innovative. Negli ambulatori registriamo invece una forte richiesta di terapie di tipo infiltrativo con concentrati piastrinici o iniezione di tessuto adiposo. La problematica è che queste terapie non hanno un grosso riscontro in termini di benefici da parte del paziente.

Cosa fare in termini di prevenzione?

Quello che andrebbe fatto è un inquadramento del paziente a 360 gradi. I pazienti che arrivano con problematiche articolari spesso hanno anche altri disturbi, ad esempio legati al peso. Il paziente obeso, ad esempio, va prima curato per il problema metabolico, poi per il problema di natura ortopedica. Questo significa lavorare in equipe. E' il paziente la parte più importante del nostro lavoro.





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.



PAYBACK: NELLA FINANZIARIA IL GOVERNO NON LO DIMENTICHI

Confimi Sanità presenta alla politica alcune proposte da inserire nella prossima manovra di Bilancio in merito alla spesa dei dispositivi medici per il quadriennio 2019-2022

di *Serena Sequi*

Le due recenti sentenze della Corte costituzionale, emesse lo scorso luglio, hanno confermato la validità del meccanismo di payback sui dispositivi medici, causando una crisi significativa nel settore della sanità privata. Il payback infatti, strumento di controllo della spesa sanitaria, obbliga i fornitori a restituire una percentuale del loro fatturato qualora i costi delle Regioni superino i limiti stabiliti.

Inizialmente introdotto per contenere le spese del Servizio Sanitario Nazionale, questo sistema ha avuto conseguenze economiche pesanti su oltre 2000 piccole e medie imprese italiane, che danno lavoro a migliaia di persone. Nonostante le aspettative di esenzione, le aziende si trovano ora costrette a rimborsare parte dei guadagni ottenuti nel quadriennio 2015-2018, rischiando di andare incontro a insolvenza e tagli occupazionali.

Al momento non sono state individuate soluzioni concrete per arginare gli effetti negativi di questo meccanismo. Tuttavia, è indispensabile avviare una revisione normativa e gestionale per risolvere le criticità già emerse, evitando ulteriori conseguenze per il settore e i lavoratori coinvolti.

“In questi mesi, visto l’impegno che da anni portiamo avanti sul fronte Payback, ci siamo mossi per trovare e proporre diverse soluzioni”, spiega Massimo Pulin presidente di Confimi Industria Sanità, Confederazione che rappresenta la filiera della sanità privata: “Abbiamo pensato a degli interventi che il Governo può attuare per prevenire conflitti con il meccanismo del Payback dell’ultimo quadriennio”.

Proposte di risoluzione che vadano incontro alle



Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità

PROPOSTE PAYBACK

2019 | 2022

Inserimento in Bilancio della voce di spesa unica

Payback

Copertura spese in Bilancio

Escluso COVID

Innalzamento tetto di spesa dispositivi medici

7,4%
entro 2026-2027



esigenze economiche, occupazionali e dell'intero settore sanitario e che necessariamente, per non ritrovarsi con un'altra crisi da affrontare nei prossimi anni, devono essere inserite nella manovra finanziaria in via di approvazione.

Si comincia con un quadriennio che include anche l'anno della pandemia.

Per il 2019-2022, Confimi Sanità propone di scorporate dai bilanci regionali le voci esclusivamente riconducibili allo stato di emergenza dettato dal Covid-19 da quelle di spesa regionali per l'acquisto dei Dispositivi Medici. Inoltre, "la copertura dello sfioramento di tetto di spesa - al netto delle spese Covid - deve essere inserita

ora nella manovra di Bilancio", spiega Marta Mussini, vicepresidente della verticale Sanità: "In questo modo non ci si ritroverà a mettere a rischio le Pmi della filiera".

Ma non è tutto. Già avanzata all'indomani delle sentenze della Corte Costituzionale, Confimi Sanità rilancia la proposta di innalzare il tetto di spesa.

"Oggi il tetto di spesa del payback è fissato al 4,4% del Fondo sanitario, ma se si innalzasse di un punto l'anno si arriverebbe al 2026-2027 al 7,4%", conclude Pulin: "Una percentuale che assicurerebbe alle aziende di rientrare nei costi e ai pazienti di poter avere la garanzia di assistenza"

I MONCONI INTELLIGENTI

di Danilo Quinto

DANIELE BRUNELLI



UN PROGETTO RIABILITATIVO
CHE ORA COINVOLGERÀ
DUE AREE INTERESSATE
DAI CONFLITTI BELLICI: KIEV E GAZA

L'Azienda Ospedaliera-Università di Padova ha presentato il progetto multicentrico riabilitativo sui "monconi intelligenti". L'equipe medico-chirurgica per questi interventi è così composta: prof. Franco Bassetto, direttore di UOC Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica dell'Azienda Ospedale di Padova; prof. Cesare Tiengo, direttore di UOS di Chirurgia della Mano e Microchirurgia dell'Azienda Ospedale di Padova; dott. Alexander Gardetto Alexander, professore a contratto della scuola di specialistica di Chirurgia Plastica di Padova, dipendente della Brixiana Clinic di Bressanone; dott. Daniele Brunelli, specializzando in Chirurgia Plastica;

la controparte fisiatrica viene seguita dal prof. Stefano Masiero, direttore di UOC Riabilitazione Ortopedica sempre all'AOPD e dal dott. Francesco Piccione, responsabile di UOS Riabilitazione Cerebrolesioni. Il progetto ora coinvolgerà due aree interessate da conflitti bellici: Kiev e Gaza.

Al dott. Daniele Brunelli, chiediamo: può descrivere che cosa sono i monconi intelligenti?

Faccio una premessa. Nonostante le tecniche di microchirurgia siano diventate sempre più sofisticate, non sempre è possibile il reimpianto dell'arto. Questo accade, ad esempio, nei traumi di guerra, dove l'arto non esiste o quando il paziente è in una situazione grave e



complicata. In questi casi, possono essere utilizzate delle tecniche più nuove per confezionare i monconi e massimizzare la qualità della vita dei pazienti. Partiamo dalle cose più semplici, come evitare la formazione di neuroni di amputazione, fastidi e dolori al livello del moncone di amputazione, dovuti al fatto che i nervi che vengono tagliati formano come delle palle dolorose alle loro estremità. Questo si può evitare unendo un nervo tagliato con l'altro: quest'intervento si fa soprattutto in urgenza o per i pazienti fragili. Oppure s'interviene su pazienti già amputati per fare una revisione del moncone o su pazienti che hanno un'alta richiesta funzionale, come paraplegici o paralimpici. In questi casi cerchiamo di realizzare uno step in più, utilizzando tecniche chirurgiche in grado di trasferire nervi, sia a livello motorio, grazie alla Reinnervazione Muscolare Mirata (TMR), sia a livello sensitivo, grazie alla Reinnervazione Sensitiva (TSR). Sono tecniche che permettono, per il comparto muscolare, di avere dei movimenti più fini e più precisi dell'arto e per il comparto sensitivo permettono di sentire il palmo della mano o la pianta del piede. La reinnervazione sensitiva abbate il rischio di sindrome dell'arto fantasma, la formazione dei neuroni, aiuta nella camminata con il ripristino della proprioccezione e permette la distinzione caldo/freddo e il senso di pressione nella protesi bionica di arto inferiore. Si realizza così un arto artificiale che negli ultimi anni da semplice "sostituto inerte" si sta trasformando in una vera e propria mano bionica o gamba bionica grazie ai progressi della chirurgia plastica, della bioingegneria e della robotica.

Come si utilizzano queste tecniche a livello chirurgico?

Si sacrifica un nervo sano, vivo (organo bersaglio), si taglia, viene denervato e quindi reinnervato

chirurgicamente da un nervo proveniente dal moncone di amputazione. I segnali EMG provenienti dall'organo bersaglio così innervato vengono usati per azionare un dispositivo protesico (protesi bionica). Nel caso del comparto muscolare, si vanno ad unire i nervetti che sono stati amputati nell'arto superiore a dei nervi che vanno al muscolo pettorale, in modo tale che ci siano delle zone che si attivano - con il posizionamento di elettrodi - quando il paziente sente di dover chiudere la mano e quindi flettere le dita. Per il comparto sensitivo, si prendono dei nervetti che innervano l'avambraccio o il braccio, a seconda del livello di amputazione, e si vanno ad unire ai nervi del palmo della mano, il mediano o il radiale, a seconda del caso. Una parte laterale dell'avambraccio viene denervata e poi innervata con i muscoli del palmo della mano. Quindi, il paziente progressivamente sentirà il suo palmo della mano sulla parte laterale dell'avambraccio. Anche in questo caso si mettono dei sensori, che vengono collegati alla protesi.

Quali soggetti vengono sottoposti a questo tipo di interventi?

Li proponiamo o a pazienti giovani, fortemente motivati o ad atleti, che hanno motivazioni maggiori per ottenere il massimo dal proprio corpo.

Quanto dura il tempo della riabilitazione?

In media, occorrono sei-nove mesi, perché la reinnervazione è una procedura lunga e richiede tanto impegno sia da parte del fisioterapista sia da parte del paziente. Il paziente non viene mai abbandonato, ma viene rivisto periodicamente nel tempo.

Condividete il progetto dei "monconi intelligenti" con altri centri?

Sì, collaboriamo con i Centri che per primi si sono mossi

su questa possibilità. Tra questi: la Brixiana Clinic di Bressanone, dove opera il dott. Gardetto, che ha ideato alcune delle tecniche che usiamo; le Università di Boston, Hannover e Vienna.

La vostra equipe, nel 2023, è stata la prima al mondo ad effettuare un intervento di amputazione di quattro arti su uno stesso paziente. Lo può ricordare?

Nel giugno dello scorso abbiamo fatto un'amputazione contestuale di avambracci e di gambe di un paziente che era affetto da choc settico, quindi un'infezione dovuta ad una polmonite che gli aveva causato una necrosi delle estremità. Abbiamo tagliato contemporaneamente i quattro arti ed abbiamo confezionato i monconi con le tecniche chirurgiche che ho descritto – TMR e TSR - alle quali abbiamo aggiunto la tecnica AMI (Inibizione Muscolare Artrogenica), che riguarda i muscoli.

È stata diffusa la notizia che nelle prossime settimane farete un intervento complesso su una bambina di sei anni.



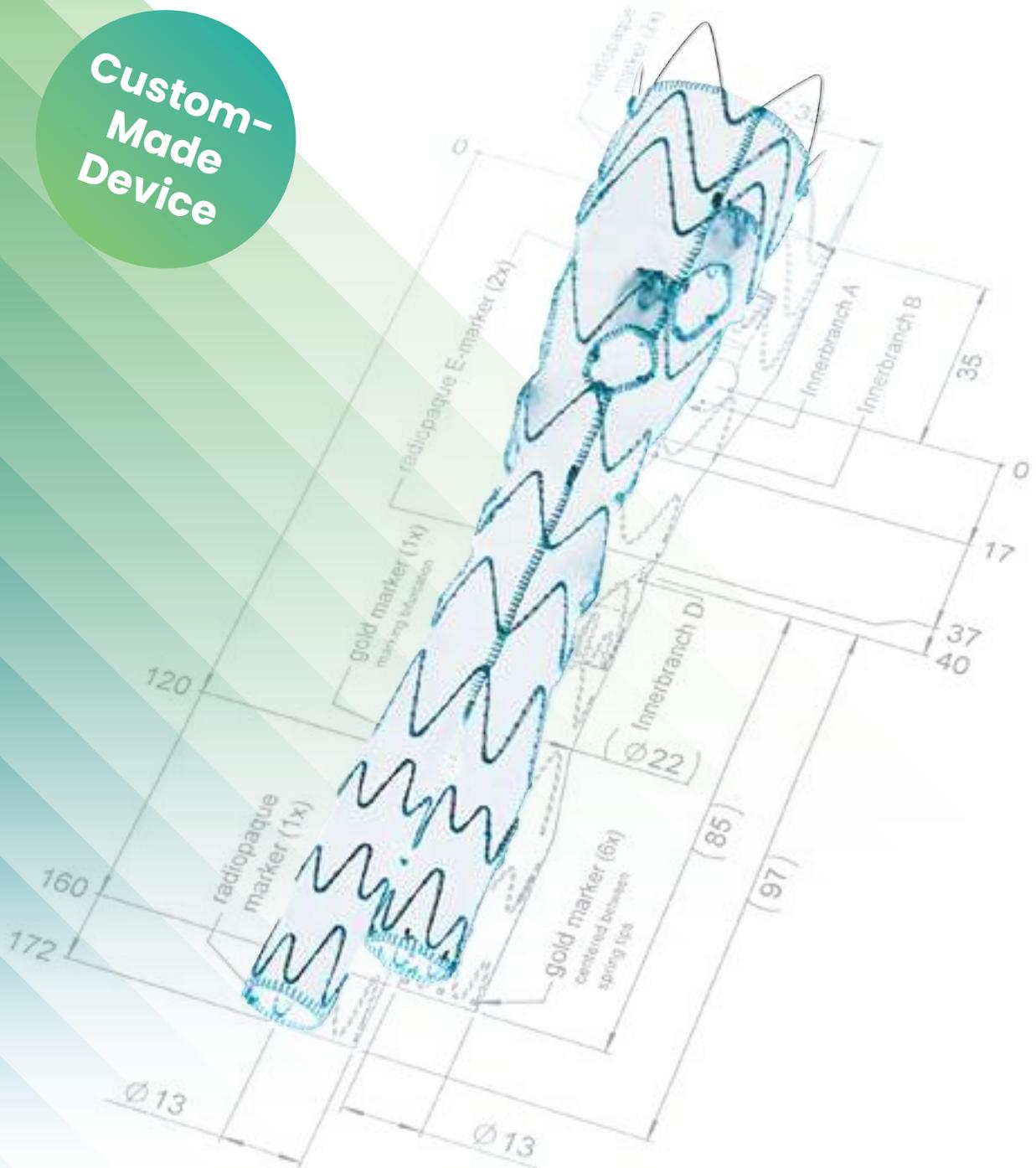
Esattamente. La bambina ha subito un trauma da scoppio a Gaza. È stata amputata in Egitto, ma il moncone da amputazione non è appropriato, nel senso che è guarita in maniera non ottimale e non permette l'utilizzo neanche di una protesi normale, perché la cicatrice è ipertrofica e molto dolorosa. Faremo una revisione della coscia di destra della bambina, con le tecniche innovative con le quali operiamo, augurandoci di darle una vita possibilmente normale. Sempre sulla stessa bambina, successivamente, dovremo operare sull'avambraccio destro, perché anche a questo livello è stato confezionato un moncone inopportuno che necessita una nuova operazione. Quest'intervento rientra nel Progetto Gaza, un progetto umanitario che mira ad accogliere presso l'Azienda Ospedale di Padova bambini vittime di traumi e ustioni durante il conflitto israelo-palestinese.

Operate a livello umanitario anche per l'Ucraina?

Sì. All'inizio del conflitto ci sono stati inviati alcuni pazienti. Ora ci stiamo dedicando soprattutto ad un'attività di supporto e aiuto alle equipe mediche presenti sul territorio, in collaborazione con il Ministero della Salute dell'Ucraina.

Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System

UN NUOVO CAPITOLO per la Chirurgia Vascolare a Ferrara

di Danilo Quinto

AARON FARGION



DAL 1° SETTEMBRE 2024
IL PROFESSOR FARGION
GUIDA L'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA
VASCOLARE DELL'AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI FERRARA. IN QUESTA INTERVISTA
RACCONTA LA SUA ESPERIENZA
INTERNAZIONALE E LA VISIONE
PER IL FUTURO DELLA CHIRURGIA
VASCOLARE IN ITALIA

Dal primo settembre 2024, Il professor Aaron Thomas Fargion è il nuovo Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Laureato con il massimo dei voti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, nel 2008, il Professor Fargion, dopo aver conseguito la Specializzazione in Chirurgia Vascolare, ha iniziato l'attività di Ricercatore presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze, presso cui, nel novembre 2021, ha preso servizio come Professore Associato in Chirurgia

Vascolare.

Dal 2008 è stato docente alle lezioni frontali del corso di Laurea Magistrale Ciclo unico in Medicina e Chirurgia (poi Scuola di Scienze delle Salute) dell'Università degli Studi di Firenze, nell'ambito del Corso di Specialità Medico-Chirurgiche. È stato inoltre docente nella Scuola di Specializzazione in Cardiocirurgia che in quella di Chirurgia Vascolare dell'Università degli Studi di Firenze, di cui è diventato Vicedirettore nel 2022. Dal 2021 diventa docente nel Corso di Laurea Infermieristica Triennale dell'Università degli Studi di Firenze per il modulo di Chirurgia Vascolare all'interno del corso integrato "Infermieristica della criticità vitale e del trauma". Dal 2017



è stato inserito nel Collegio dei Docenti del Dottorato in “Scienze Cliniche” dell’Università degli Studi di Firenze per il Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca. In seguito, diventa docente al Master di II livello in Terapia Intensiva dal titolo “Clinical Competence nelle Gravi Disfunzioni di Organo” realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica e il Dipartimento Neuro-muscolo-scheletrico e degli Organi di Senso dell’Università degli Studi di Firenze.

Nel Gennaio 2018 ha ricevuto l’incarico di Responsabile della Unit per il trattamento della “Patologia Aortica Complessa” presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (ruolo che ha ricoperto sino ad oggi), portando avanti una fruttuosa collaborazione con il Reparto di Cardiochirurgia diretto dal Prof. Pierluigi Stefano, collaborando al percorso terapeutico congiunto per la patologia traumatica dell’aorta, per le dissezioni aortiche di tipo A e B sia acute che croniche e per la patologia aneurismatica dell’arco aortico dell’aorta toracica. È stato inoltre responsabile della redazione del PDTA dell’Ospedale di Careggi per il trattamento delle Sindromi Aortiche Acute.

Dal 2008 al 2015 ha inoltre svolto attività di Radiologia Interventistica Vascolare per le urgenze ed emergenze; nello stesso periodo ha collaborato anche con il centro Diabetologico diretto dal Prof. Rotella per il trattamento dei pazienti affetti da “piede diabetico”. Dal 2016, con l’istituzione della “Unit del Piede Diabetico”, coordinata

dal Dott. Monami, ha collaborato attivamente alla gestione dei pazienti in carico al “Gruppo Ulcere Diabetiche Multidisciplinare”.

Dal 2008 è stato Docente a numerosi corsi teorico-pratici di “Advanced Technology” tenuti dalla Chirurgia Vascolare dell’Università degli Studi di Firenze per Chirurghi Vascolari e Radiologi Interventisti provenienti da vari centri Italiani ed Europei.

Ha inoltre contribuito alla stesura delle attuali linee guida approvate dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) del Ministero della Salute su “Prevenzione, diagnosi e trattamento della patologia aneurismatica dell’aorta infrarenale” (2021) e su “Inquadramento, indicazione, trattamento e gestione della patologia aneurismatica delle arterie viscerali e renali” (2023).

Quali sono state le sue esperienze all’estero?

Ho fatto esperienze all’estero, attraverso corsi di formazione, una volta conseguita la specializzazione, andando ad approfondire l’applicazione delle metodiche endovascolari, concentrandomi soprattutto sulla patologia complessa dell’aorta. Già nel 2007, infatti, andai presso il “Planning Center” della Cook Medical a Londra (azienda che per prima si è dedicata alla realizzazione di protesi per questi trattamenti), per imparare la pianificazione delle procedure endovascolari aortiche complesse e successivamente in Francia dal Professor Stephan Haulon, prima a Lille, poi a Parigi, per vederle applicate sul campo.

Che differenza c'è, dal punto di vista strutturale, tra l'estero e l'Italia?

Mentre sulle professionalità l'Italia esprime un livello molto alto e non ha nulla da invidiare agli altri Paesi, la differenza più marcata si riscontra soprattutto nell'aspetto organizzativo, perché le strutture offrono all'estero un supporto che in Italia è più difficile riscontrare. All'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, dove sono stato a lungo, struttura molto più grande di quella dove mi trovo adesso, questi percorsi con fatica eravamo riusciti ad implementarli. Nella realtà più piccola di Ferrara questi percorsi devono essere costruiti e questo rappresenta sempre in Italia una potenziale sfida.

Perché ha accettato questa sfida?

Perché nel mio percorso professionale, dopo essermi occupato dell'Unità per la "Patologia Aortica Complessa, volevo confrontarmi con la possibilità di essere io, in prima persona, a cercare d'implementare questi percorsi terapeutici, in modo tale che un ospedale come quello di Ferrara, che aveva già una sua realtà chirurgica consolidata, potesse esprimere appieno tutte le sue potenzialità, andando ad offrire ai pazienti affetti da patologie vascolari, le migliori opzioni di trattamento in ogni singolo caso.

Come ha trovato la realtà di cui ha preso possesso recentemente?

La scuola chirurgica di Ferrara, quella che derivava dal Professor Mascoli, era una scuola chirurgica di primissimo livello. Successivamente, è mancata forse la possibilità di spingersi verso metodiche endovascolari meno invasive e quindi nella realtà in cui mi sono inserito

determinate cose o non venivano fatte oppure venivano fatte in maniera molto marginale.

Dal punto di vista tecnologico, la struttura che la sua Unità dispone di che cosa è dotata?

La struttura è stata profondamente rinnovata grazie alla Direttrice Generale, la Dottoressa Calamai, che ha voluto fortemente l'innovazione tecnologica. Oltre agli angiografi di ultima generazione, è il progetto di creare una sala chirurgica ibrida, essenziale per chi fa questo tipo di attività, ma ha anche spinto per portare altra tecnologia in altre specialità, ad esempio il Robot, soprattutto per l'attività della Chirurgia Generale e per quella Toracica. Quindi, c'è sicuramente – ed è il motivo per cui ho sposato il progetto – una volontà di portare l'Ospedale di Ferrara ad essere una realtà importante a livello regionale, ma anche a livello nazionale.

La telemedicina la userà?

Proprio in questi giorni abbiamo avuto un primo incontro telematico su questa tematica. Penso che nel nostro ambito possa avere uno spazio e deve rientrare nell'offerta che una struttura di un certo livello deve proporre ai pazienti sul territorio.

La chirurgia tradizionale è ancora importante?

È ancora estremamente importante. Uno dei motivi per cui ho scelto Ferrara, deriva proprio dal fatto che qui era presente e radicata una scuola di chirurgia tradizionale importante. Perché i due aspetti – la chirurgia tradizionale e quella minivasiva – devono essere complementari, avere la stessa valenza e rappresentare due tipologie di offerta per i pazienti, in modo da poter scegliere caso per caso, la soluzione migliore. Proprio per questo motivo,





preferivo andare in una struttura dove la parte chirurgica fosse forte, in modo da aggiungere e non sostituire quello che già esisteva.

Farà anche attività di formazione a Ferrara?

Ero Professore Associato all'Università degli Studi di Firenze e spero di poter traslare quel tipo di posizione nella realtà di Ferrara e avendo medici specializzandi presso il mio reparto, trovo che sia fondamentale, anche per loro, imparare entrambe le tecniche operatorie e già sto mettendo in atto tutto quello che posso fare per trasmettere ambedue le conoscenze ai nuovi Chirurghi Vascolari.

Come valuta gli specializzandi che sono nel suo reparto?

Ho trovato delle persone preparate, con una grande voglia d'imparare e questo è un aspetto fondamentale. Il Professor Zamboni, Direttore della Scuola di Specializzazione, aveva giustamente inserito i ragazzi in rete territoriale per completare il loro percorso di formazione. Spero che con la mia venuta, tanti di coloro che sono attualmente dislocati sul territorio, possano rientrare qui a Ferrara per formarsi sulle metodiche endovascolari, ma ho la sensazione che mi abbiano accolto con entusiasmo e questo penso sia già un dato estremamente importante.

Come mai c'è un aumento così marcato delle patologie cardiovascolari?

Certamente ci sono aspetti epidemiologici: l'età media che tende ad aumentare, la quota di persone in età avanzata

che inizia ad essere sbilanciata in maniera sempre più cospicua rispetto alle persone in età produttiva. Uno dei dati che emerge dalle indagini ISTAT, ci dice che ci sono regioni nelle quali è più alto il numero dei pensionati rispetto al numero delle persone in età produttiva. È l'effetto della diminuzione delle nascite, che determina una società sempre più vecchia. Andando avanti l'età, le patologie tendono a sommarsi, a causa delle abitudini e degli stili di vita non corretti e questo purtroppo si associa all'aumento della prevalenza delle patologie vascolari..

Che cosa si può fare in termini di prevenzione?

Sono estremamente importanti i primi contatti che le persone a rischio dovrebbero avere sia con i medici di medicina generale sia con il territorio, prima di arrivare alle strutture ospedaliere. Quello che purtroppo si nota è che i pazienti arrivano alla struttura ospedaliera con patologie già conclamate. Uno dei primi obiettivi che mi sono posto, in accordo con la Direzione Generale, è quello di aprire degli ambulatori di diagnostica e di prime visite vascolari sul territorio, coinvolgendo in modo più attivo le strutture presenti all'interno dell'Azienda USL di Ferrara proprio per offrire ai pazienti dei primi spot a cui poter rivolgersi, sensibilizzando la popolazione sulla necessità degli screening, in modo da poter intercettare eventuali patologie in una fase precoce, prima di arrivare al pronto soccorso di una struttura ospedaliera con quadri estremamente avanzati e purtroppo, a volte, già non più trattabili.

XTE, il futuro della sanità digitale personalizzata

GRAZIE A UNA PIATTAFORMA TECNOLOGICA AVANZATA E UN MONITORAGGIO H24, XTE OFFRE UN'ASSISTENZA SANITARIA CONTINUA E SU MISURA, INTEGRANDO TELEMEDICINA E PREVENZIONE PER MIGLIORARE L'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE

di Flavia Scicchitano

Medici e infermieri operativi giorno e notte per rispondere ai bisogni di salute con triage online e indicazioni sul miglior percorso assistenziale in tempo reale. Si chiama XTE il nuovo servizio di sanità integrata e digitale, il primo e unico in Italia e in Europa, che offre un'assistenza sanitaria personalizzata di altissima qualità per il paziente, attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Un controllo continuo grazie ad una piattaforma di ultima generazione che permette di monitorare, attraverso un dispositivo wearable, i parametri fisiologici individuali in maniera costante e di fare una diagnosi medica in tempo reale. Del nuovo modello operativo, presentato nell'ambito del più importante evento europeo nel settore della sanità digitale, HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society), parla Riccardo Starace, imprenditore della salute, Presidente della Seven Holding e produttrice di XTE.

Dott. Starace, nell'ambito dello sviluppo di nuove tecnologie assistenziali nasce XTE, un progetto innovativo completamente Made in Italy, in grado di rispondere ai bisogni di prevenzione e assistenza. Di cosa si tratta?

“XTE è un sistema sanitario rivoluzionario, un format assistenziale e di prevenzione, frutto di un'accurata analisi dei bisogni reali della popolazione italiana. L'innovazione tecnologica sta cambiando il modo in cui viene fornita l'assistenza sanitaria consentendo di



Riccardo Starace

ripensare i modelli di presa in cura nell'ottica di una maggiore efficienza e accessibilità dell'assistenza e noi abbiamo deciso di dare risposte a queste esigenze con l'obiettivo di fornire prestazioni sanitarie su diversi piani. Il nuovo sistema coniuga infatti telemedicina e medicina di prossimità, garantendo la presa in carico del paziente nella propria casa e la possibilità di seguirne il percorso di prevenzione e cura attraverso il monitoraggio dei parametri di salute, l'esecuzione di diagnosi mediche, nonché la prenotazione di check up annuali o pacchetti sanitari in strutture convenzionate sul territorio con il supporto delle farmacie.

Tecnicamente come funziona il servizio?

Il modello di servizi XTE è basato su una piattaforma gestionale di ultimissima generazione, completamente made in Italy, che permette di monitorare, attraverso un dispositivo indossabile al polso, 12 parametri di salute in maniera costante, e di fare una diagnosi medica grazie a una centrale operativa di ascolto operativa h24 in grado di sorvegliare attivamente i pazienti. Nel dettaglio, la nuova piattaforma digitale consiste in una centrale operativa sanitaria, composta da medici e infermieri, che il cittadino potrà contattare per ricevere una consulenza medica o una diagnosi e che sapranno indirizzarlo al percorso di cura adeguato a domicilio o presso strutture ospedaliere o poliambulatori dislocati sul territorio. La centrale operativa è già in grado di valutare diversi parametri fisiologici (frequenza cardiaca, saturazione, temperatura, pressione, variabilità della frequenza cardiaca, idratazione, atti respiratori, cadute), importanti per capire lo stato di salute. Molti altri sono in fase di sviluppo e di validazione clinica e saranno disponibili sullo stesso dispositivo non appena ottenuta la certificazione medicale. Tutte le rilevazioni sono eseguite automaticamente, senza richiedere l'intervento di personale specializzato, né la partecipazione dell'utilizzatore, in maniera completamente non invasiva.

Quali sono le tecnologie alla base del modello XTE?

Alla base delle proposte di XTE c'è l'attività di Ricerca e Sviluppo realizzata da Advanced Processing, startup innovativa italiana, coordinata dal ricercatore e fisico Raffaele Ciavarella. La tecnologia adottata nasce da un progetto di ricerca internazionale partito alcuni anni fa, trasformato in un prodotto migliorativo a vantaggio della prevenzione e della qualità delle cure per ogni utente; abbiamo ottenuto tutte le certificazioni necessarie e il riconoscimento indiscutibile sulla validità del modello realizzato. La piattaforma è certificata come software medicale (SaMD) mentre il dispositivo medicale indossabile è certificato (Med IIa) e validato dal Ministero della Salute. Tali tecnologie hanno superato anche il severo

Il primo servizio europeo di sanità digitale integrata, con dispositivi wearable e una centrale operativa attiva 24 ore su 24, per una gestione completa della salute in tempo reale

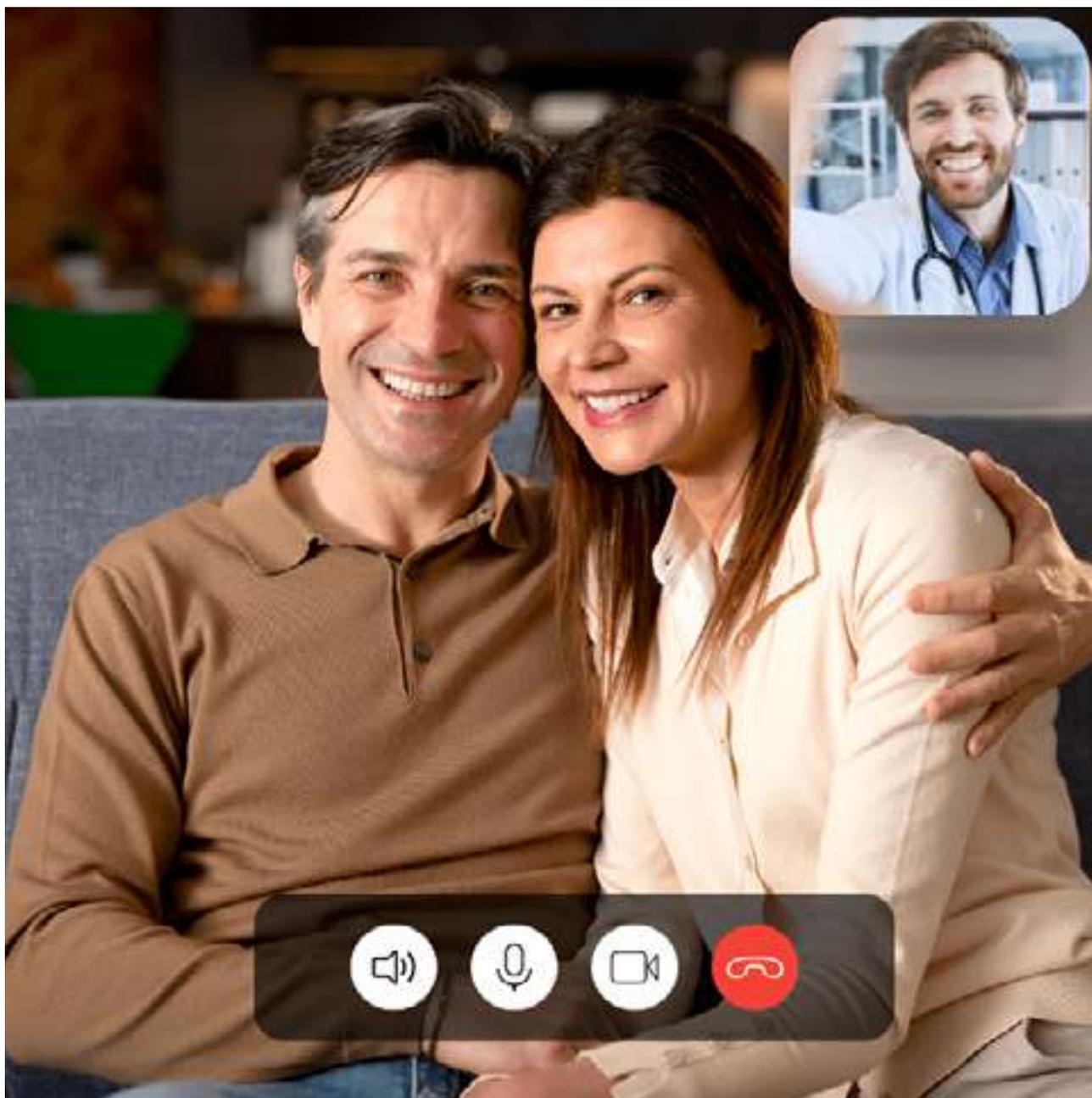
esame di qualificazione per l'utilizzo sulla Stazione Spaziale Internazionale (ISS): sono state integrate nella tuta spaziale (SFS2) prodotta da SpaceWare e indossata dal Colonnello dell'Aeronautica Militare Walter Villadei durante la missione spaziale AX-3. Il dispositivo ha monitorato i parametri di salute dell'astronauta, rilevando le sue condizioni durante la missione, partita il 17 gennaio scorso e durata 19 giorni.

Come si può riassumere l'unicità innovativa del progetto XTE?

L'unicità innovativa del progetto consiste nella costante interazione tra pubblico e privato in grado di garantire un nuovo modello di approccio all'erogazione di assistenza personalizzata anche specialistica con sistemi tecnologici innovativi. L'integrazione di setting assistenziali diversi, centrale di ascolto, telemedicina, televisite, assistenza domiciliare e servizi poliambulatoriali, rivoluziona l'approccio dell'assistenza sanitaria. Abbiamo ancora una visione ospedalocentrica, per qualsiasi problema di salute siamo abituati a rivolgerci a strutture sanitarie, a medici di famiglia o alla rete dell'emergenza-urgenza, ma la digitalizzazione dei sistemi ci può aiutare in una valutazione del paziente a domicilio, riducendo il carico per il sistema ospedaliero e gli accessi non necessari dei pazienti cronici ai pronto soccorso. Il nostro obiettivo è offrire ai cittadini una nuova percezione della sanità, una sanità facilmente accessibile grazie a un'interlocuzione immediata e diretta con i nostri medici di medicina generale e specialisti, migliorando al tempo stesso le condizioni del servizio sanitario pubblico che di conseguenza risulterà meno oberato".

Quanto è importante la telemedicina per affrontare le criticità del sistema sanitario?

La telemedicina è sempre più centrale nella sanità del futuro. Monitoraggio dei parametri vitali da remoto, diagnosi specialistiche online e visite e controlli digitalizzati sono la chiave di volta per garantire cure immediate e accessibili a tutti, ovunque. Innovazione tecnologica e digitalizzazione sono i fondamenti del nuovo modello di assistenza sanitaria più accessibile e vicina ai cittadini, che non punti solo alle cure del



paziente cronico ma anche alla prevenzione. Ma la telemedicina purtroppo è utilizzata ancora in via occasionale, per inadeguatezza delle strumentazioni e disorganizzazione nelle strutture, gli ospedali e i pronto soccorso continuano a essere presi d'assalto, mentre i medici di medicina generale continuano a diminuire, riuscendo a intercettare sempre meno i bisogni dei cittadini. La digitalizzazione dei sistemi può, invece, aiutare in una valutazione del paziente già a domicilio, riducendo il carico per il sistema ospedaliero e gli accessi impropri, restituendo centralità ai medici di famiglie e alle farmacie. Dunque, per un sistema sanitario più equo ed efficiente c'è ancora molto da fare.

XTE cosa offre al servizio sanitario pubblico?

Mettiamo a disposizione delle università pubbliche e degli ospedali i nostri progetti di sanità digitale insieme alla nostra tecnologia, studiata, prodotta e pagata dal privato. Il tutto gratuitamente, in una fase di sperimentazione, con l'obiettivo di creare integrazione tra sanità pubblica e privata. Siamo pronti a trasferire le nostre scoperte in tema di sanità digitale e gli strumenti di ultima generazione che riguardano la telemedicina. Per la sanità pubblica non ci sarà alcun costo. Mettiamo a disposizione dei cittadini una tecnologia certificata che permette da subito di erogare servizi di assistenza, quindi un sistema di sanità digitale e di telemedicina chiavi in mano.



Siamo entrati in una nuova era della sanità digitale ma ancora troppe poche persone vi hanno accesso. Il nostro obiettivo è quello di offrire servizi per la salute di alta qualità per tutti i cittadini. Per questo stiamo lavorando ad una vera e propria rivoluzione della sanità digitale.

Che ruolo ha la ricerca?

La ricerca ha un ruolo centrale. Il contributo che può essere offerto dalla sanità digitale è rilevante ma è necessario continuare a investire in ricerca così da favorire lo sviluppo di format assistenziali che migliorino l'aspetto terapeutico. Grazie all'investimento

continuo nella ricerca sostenuta con fondi privati abbiamo realizzato un centro per l'innovazione e lo sviluppo in tema di sanità digitale, presso il quale lavorano quindici ricercatori internazionali. Qui stiamo sviluppando nuove tecnologie con l'obiettivo di potenziare ulteriormente i nostri servizi anche grazie all'attività del Gruppo Olidata, leader nella ricerca e sviluppo della digitalizzazione dei dati sanitari e di algoritmi di intelligenza artificiale, partner e socio della XTE. C'è bisogno di innovazione ed è necessario saper sfruttare al meglio il contributo che possono darci le nuove tecnologie.

Farmaci: contraffazione, un'emergenza globale

di Jessica Davis Pluss e Pauline Turuban

QUESTO TRAFFICO
RAPPRESENTA
UNA DELLE ATTIVITÀ
CRIMINALI IN PIÙ
RAPIDA CRESCITA



Le vendite di farmaci falsi stanno aumentando in tutto il mondo, mettendo a rischio migliaia di vite. Ma perché è così difficile arginarne la diffusione? A occhio nudo, le due pillole dell'antidiabetico Janumet sembrano identiche. Entrambe recano il numero "577" in rilievo, nello stesso carattere e della stessa dimensione. Solo sotto la lente del microscopio 3D di Stéphanie Beer, scienziata forense del

gruppo farmaceutico MSD, si riesce a distinguerne le differenze. Su una delle due pillole, infatti, il numero "577" è inciso a una profondità leggermente inferiore rispetto al farmaco prodotto in uno stabilimento MSD. "Per i non addetti ai lavori, i farmaci contraffatti sono spesso indistinguibili dagli originali - ha spiegato Beer durante una visita riservata alla stampa del laboratorio forense di MSD a Schachen, a sud-ovest di Zurigo - Senza un confronto con l'originale, è difficile capire che



I "tarocchi" spesso si distinguono dagli autentici con difficoltà

si tratta di un falso".

Gli esperti della squadra per l'integrità dei prodotti di MSD, nota come Merck & Co. negli Stati Uniti, sono specializzati in chimica forense e nell'individuare farmaci contraffatti. Tra loro c'è anche chi ha lavorato per l'Interpol e altre agenzie anticrimine.

Il traffico di farmaci contraffatti è tra le operazioni criminali in più rapida crescita al mondo. Si stima che il mercato globale abbia un valore compreso tra 200 e 432 miliardi di dollari all'anno, cosa che ne fa l'attività illecita più remunerativa in assoluto, più ancora di prostituzione, traffico di esseri umani e vendita illegale di armi.

Sebbene si ritenga che l'India, il maggiore esportatore globale di farmaci generici, sia la principale fonte di medicinali contraffatti, non è certo l'unica. La maggior parte dei 278 campioni analizzati dal laboratorio MSD di Schachen nel 2023 proveniva da Turchia, Ucraina ed Egitto.

Ad oggi non sono disponibili dati precisi sul totale di farmaci e vaccini falsi in circolazione a livello globale, ma il Pharmaceutical Security Institute,

un'organizzazione composta dalle 40 maggiori case farmaceutiche al mondo, ha segnalato che tra il 2016 e il 2020 il traffico di medicinali contraffatti ha registrato un aumento del 38%. Tra il 2021 e il 2022, poi, si è registrato un aumento del 10% dei crimini a sfondo farmaceutico, compresa la produzione di farmaci contraffatti. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) stima che circa il 10% dei prodotti medici in circolazione nei Paesi in via di sviluppo siano falsificati o substandard. Ma queste cifre rappresenterebbero solo la punta dell'iceberg.

"Grazie a misure come il miglioramento della tracciabilità stiamo diventando più abili a individuare i farmaci falsi, ma il problema non accenna a diminuire", afferma Cyntia Genolet, specialista in farmaci contraffatti presso la Federazione internazionale imprese del farmaco, con sede a Ginevra.

La contraffazione non riguarda solo farmaci popolari come il Viagra per il trattamento della disfunzione erettile. Sempre più spesso, le autorità riscontrano falsi anche tra antibiotici e antidolorifici, come il Fentanil, o tra terapie antitumorali e farmaci per la perdita di peso

come l'Ozempic.

Alcuni dei prodotti contraffatti contengono sostanze dannose. Altri non contengono ingredienti attivi o ne contengono un dosaggio sbagliato, che può avere effetti dannosi (e persino mortali) sui pazienti. Secondo le Nazioni Unite, i farmaci contraffatti uccidono più di 500mila persone all'anno. Il Bureau of Investigative Journalism ha scoperto che la diffusione di versioni falsificate o substandard di un farmaco contro il cancro infantile in oltre 90 Paesi sta mettendo a rischio circa 70mila bambini e bambine in quanto la terapia risulta inefficace.

L'allarme cancro in Europa

I farmaci contraffatti sono un problema da decenni, ma in Europa il problema è diventato particolarmente evidente intorno al 2010, quando nei mercati statunitensi ed europei sono emerse versioni contraffatte dell'Avastin, un farmaco antitumorale a base di anticorpi monoclonali venduto dal colosso farmaceutico svizzero Roche. Le autorità si sono affrettate a verificare che i falsi non avessero creato problemi ai pazienti e a indagare su come fossero arrivati addirittura sugli scaffali degli ospedali.

Le autorità di regolamentazione europee si sono rese conto a quel punto che quello dei farmaci falsi non era un problema remoto, ma che anzi era arrivato proprio qui, nei mercati maturi d'Europa.

Nel 2010 il Consiglio d'Europa, il più antico e numeroso organismo continentale, nato nell'immediato dopoguerra, ha adottato la Convenzione 'Medicrime', che ostacola il traffico illegale di medicinali. E' del 2011 l'emissione della Direttiva europea sui medicinali falsificati che stabilisce misure armonizzate per rendere più sicura produzione e consegna dei farmaci in Europa, a tutela dei pazienti.

Nel 2019, l'Unione europea ha presentato un sistema di verifica che richiede alle aziende produttrici di aggiungere ai farmaci una matrice di dati 2D con un codice prodotto, un numero di serie individuale, una designazione del lotto e una data di scadenza per ogni confezione venduta in Europa. Una volta in farmacia, le confezioni vengono scansionate per verificarne la presenza nel sistema. Il sistema è stato adottato su base volontaria. Dovrebbe diventare obbligatorio nel 2026.

Ogni settimana vengono eseguite tra 200 e 300 milioni di scansioni in tutta Europa. Inoltre, l'Interpol, le autorità di regolamentazione dei farmaci e le forze dell'ordine sequestrano farmaci contraffatti alle frontiere e indagano su quelli venduti online.

La direttiva Ue impone anche alle farmacie online di esporre un logo, che però può essere copiato senza troppa difficoltà, per cui i consumatori spesso non riescono a verificarne la validità. Durante un'operazione

Le compravendite di farmaci falsi sono in aumento, mettendo in pericolo migliaia di vite. Ma arginare questo mercato fiorente è molto difficile. Perché...



durata una settimana contro i farmaci contraffatti, l'Interpol ha chiuso ben 1.300 siti web, ma non è difficile crearne di nuovi.

Il problema della carenza di farmaci

Sebbene grazie a queste misure i pazienti europei risultino più protetti, i farmaci contraffatti continuano ad avere ampia diffusione, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo che non hanno le infrastrutture o i fondi per effettuare i controlli ormai diventati procedura standard in Europa.

I prezzi elevati e la crescente carenza di farmaci e forniture mediche, esacerbati dalla pandemia da Covid-19 e dal boom delle farmacie online non regolamentate, non fanno che aggravare il problema.

Alcuni medici kenioti intervistati due anni fa da SWI swissinfo.ch, durante un reportage, hanno detto che spesso, per i farmaci antitumorali indisponibili o inaccessibili a livello locale, cercano aziende fornitrici alternative online: "A volte, dopo la somministrazione non registriamo alcun cambiamento nei pazienti. Sembra di dar loro acqua zuccherata. Non c'è modo di saperlo". Secondo le stime, in alcune aree dell'Africa e dell'Asia fino al 70% dei farmaci risulterebbe contraffatto.

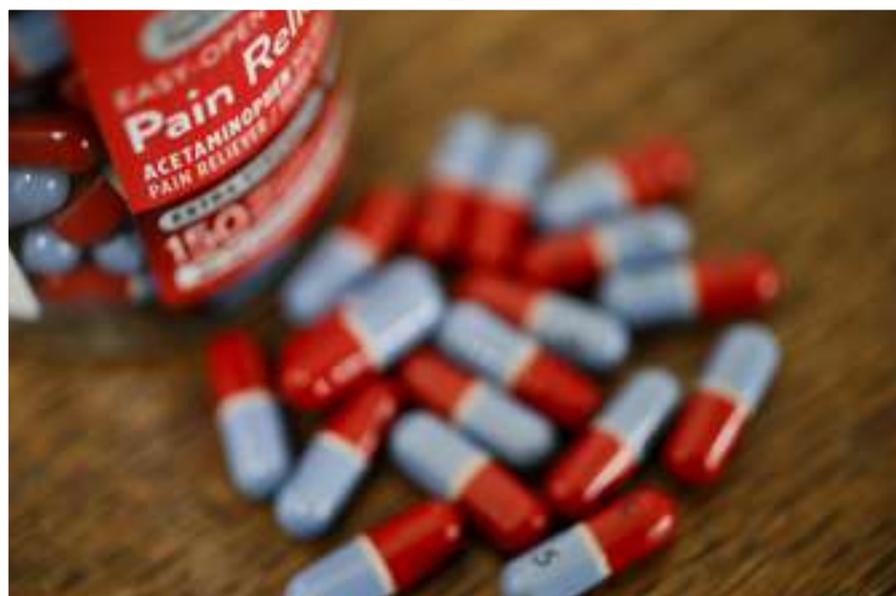
Sebbene la pandemia sia ormai terminata, fattori quali le barriere commerciali, i problemi di produzione e la guerra in Ucraina hanno contribuito alla carenza di farmaci, registrata quasi ovunque. I prezzi di alcuni dei nuovi medicinali, poi, sono così alti che le assicurazioni si rifiutano di rimborsarli, spingendo i pazienti a cercare fornitori alternativi.

"Fondamentalmente, siamo noi a creare l'offerta. Le organizzazioni criminali soddisfano la nostra domanda - afferma Mike Isles, responsabile dell'Alleanza europea per l'accesso ai medicinali sicuri, finanziata dal settore, che si batte per intervenire sulla catena di approvvigionamento e contrastare le contraffazioni - Di fronte a un farmaco esaurito, un paziente oncologico profondamente vulnerabile e compromesso è disposto a provare di tutto".

Le farmacie illegali su Internet, le piattaforme social e i mercati online sono pronti a soddisfare questa domanda. Secondo l'Oms, la metà dei farmaci acquistati su siti web che non hanno un indirizzo fisico sono falsi. Alcuni studi fanno ipotizzare che la percentuale potrebbe essere molto più alta.

Il boom delle farmacie online ha reso molto "più facile far arrivare i farmaci contraffatti a consumatori





e consumatrici”, dichiara Mario Ottiglio, portavoce di Fight the Fakes, un’alleanza per la sensibilizzazione sul tema dei farmaci falsi.

Le offerte online di Ozempic dilagano e, nonostante gli avvertimenti, le autorità di regolamentazione europee affermano di non poter bloccare i produttori di versioni contraffatte al di fuori della loro giurisdizione, riporta il sito internazionale di informazioni Politico.

Una risposta globale insufficiente

Le azioni coordinate a livello internazionale per la lotta ai farmaci contraffatti finora si sono rivelate insufficienti. L’Oms offre indicazioni e supporto tecnico alle autorità di regolamentazione e lancia allarmi su prodotti specifici,

ma si basa pur sempre sui rapporti e sulle prove delle autorità nazionali e non ha la capacità o il mandato per indagare sui casi e punire chi trasgredisce.

Il Fondo delle Nazioni Unite per l’infanzia (Unicef) si è impegnato notevolmente per far introdurre la tecnologia per la verifica dei vaccini che riceve in donazione. Anche la neonata Agenzia africana per i medicinali ha dato la priorità alla sorveglianza e al controllo qualità, ma non ha le risorse necessarie per eliminare i farmaci illegali. Le aziende, però, si concentrano soprattutto sulla protezione dei loro marchi e prodotti, sostenendo di non avere l’autorità per sequestrare i farmaci contraffatti e denunciare chi li falsifica. (*Swissinfo.ch*)



Demenza senile, come prevenire una malattia in crescita

*DI DEFICIT COGNITIVI, A INIZIARE DALL'ALZHEIMER,
SOFFRONO QUASI DUE MILIONI DI ITALIANI.
MA PER IL 40% DI LORO I RISCHI SONO RIDUCIBILI*

di *Maria Concetta Di Mario*

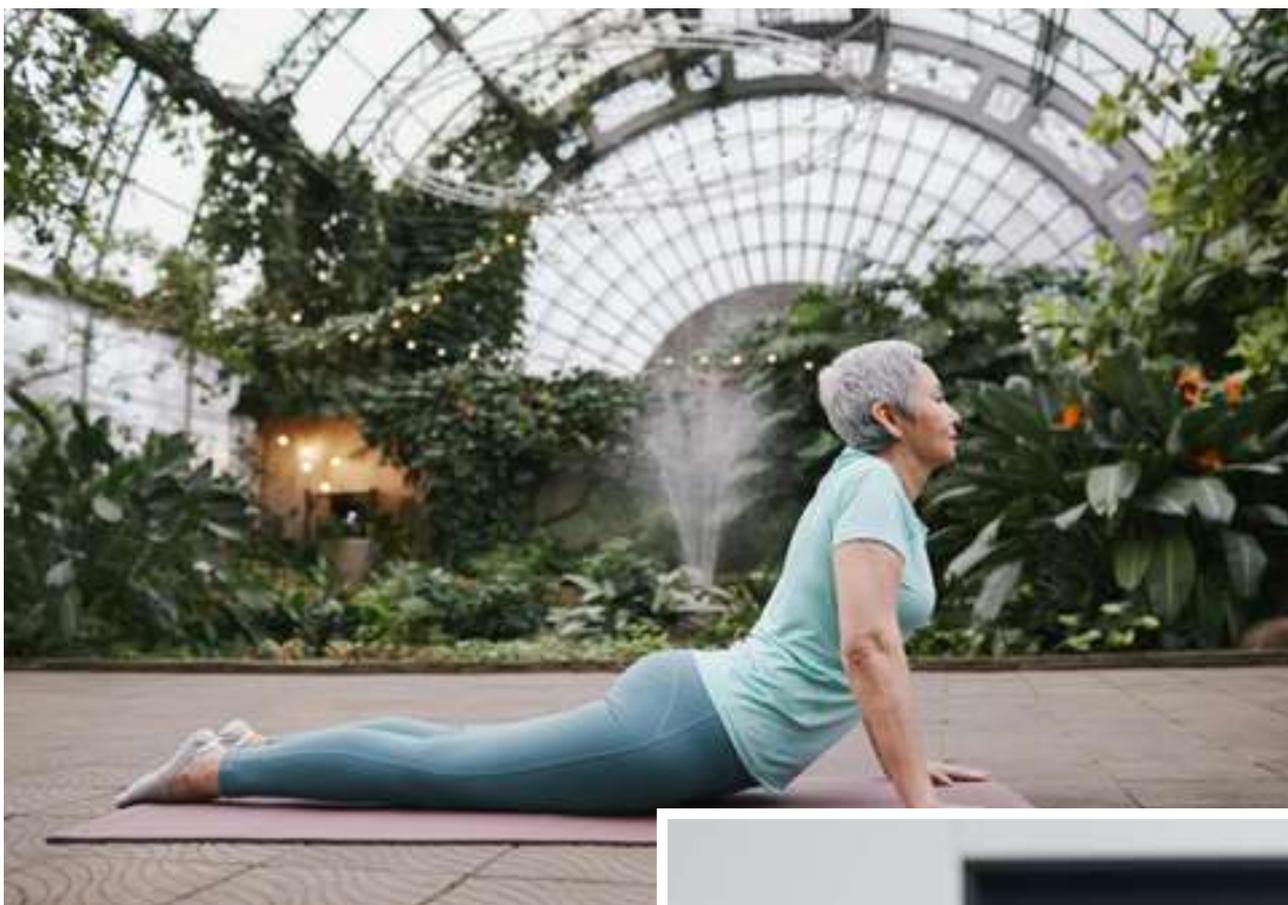
Sono quasi due milioni gli italiani che soffrono di demenza o di deficit cognitivi. A prendersi cura di loro ben quattro milioni di persone, tra familiari e badanti. Ma invecchiamento in salute e gestione geriatrica possono ritardare o controllare meglio i sintomi. Il punto sulla questione è stato fatto a Roma durante il 38° congresso nazionale della Società italiana geriatrica ospedale e territorio.

La prevenzione dell'Alzheimer e delle demenze in generale è possibile intervenendo sui fattori di rischio nel corso di tutta la vita. La prevenzione include la possibilità di stimolazione cognitiva (per esempio strategie di allenamento della memoria), socializzazione, attività fisica e dieta adeguata secondo i principi dell'invecchiamento attivo o healthy aging.

“La letteratura scientifica sull'Alzheimer identifica dodici fattori di rischio modificabili – spiega Luca Cipriani, direttore Uo Geriatria Asl Roma 1 e vicepresidente Sigot – istruzione inadeguata, ipertensione, deficit uditivo, fumo,

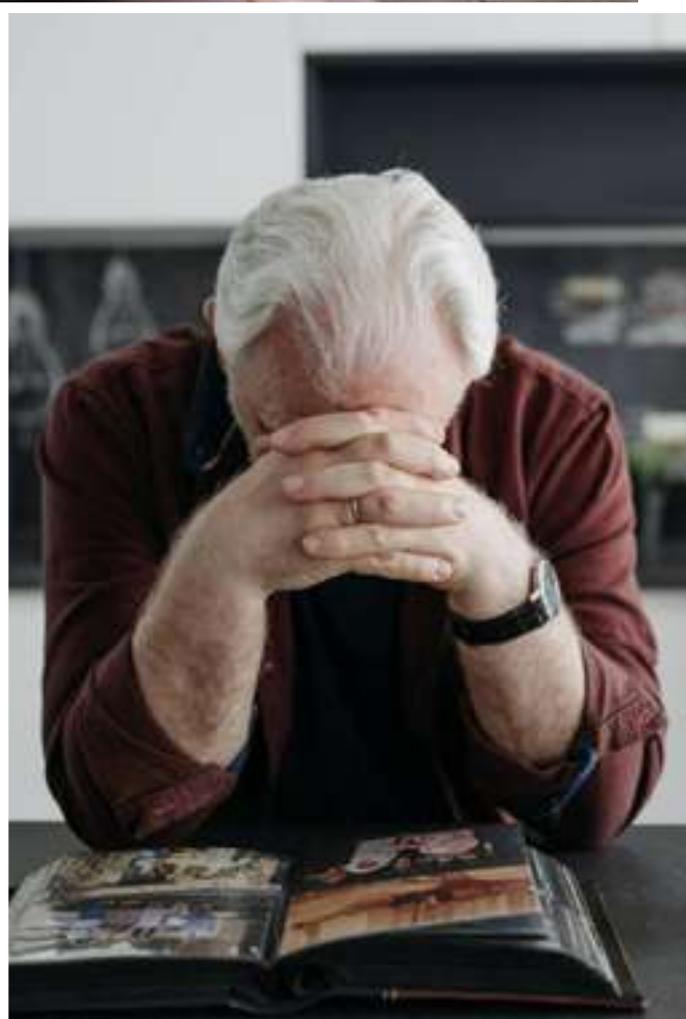
obesità, depressione, inattività fisica, diabete, scarso contatto sociale, lesioni cerebrali traumatiche, abuso di alcol, inquinamento atmosferico. Il rischio potenzialmente modificabile è del 40%. Le azioni specifiche che si possono intraprendere includono il mantenimento della pressione sanguigna sistolica al di sotto di 130 mm Hg nella mezza età, la promozione dell'uso di apparecchi acustici, la riduzione dell'esposizione all'inquinamento atmosferico e al fumo passivo, la prevenzione delle lesioni cerebrali, la limitazione del consumo di alcol, lo scoraggiamento del fumo, il contrasto all'obesità e al diabete, una buona qualità del sonno. Occorre inoltre attribuire un ruolo centrale alla geriatria, affinché possa prendere in carico la persona anziana che è a maggior rischio di sviluppo di demenza”.

Più del 40% degli ultra 75enni vive da solo ed è a rischio di solitudine patologica. Inoltre, essendo aumentata la vita media, la probabilità di incorrere nel decadimento cognitivo e nella demenza è molto alta rispetto al passato.



I dati più recenti emergono dal Report dell'Istituto superiore di sanità pubblicato a inizio 2024, che stima il costo annuo della demenza in 23 miliardi di euro, il 63% dei quali a carico delle famiglie.

“La prevalenza dell'Alzheimer e delle demenze in generale è in aumento, in quanto si tratta di un tema legato all'invecchiamento, fenomeno che interessa da vicino il nostro Paese – sottolinea Andrea Fabbo, direttore della Uo di Geriatria della Ausl di Modena e vicepresidente Sigot – La demenza è una sindrome che aumenterà nei prossimi anni, creando ulteriori difficoltà e stress nelle famiglie, viste le complicanze legate ai disturbi del comportamento, dall'agitazione ai problemi del sonno. Si deve potenziare l'assistenza a domicilio e nelle strutture, considerato che il 70% delle 350mila persone ricoverate nelle Rsa ha una qualche forma di demenza. Al tempo stesso si deve creare una rete che permetta alle persone con demenza e ai loro caregiver di poter essere gestiti nella comunità. Il Fondo nazionale Alzheimer, dotato di 35 milioni di euro, permetterà alle regioni di proseguire i progetti iniziati nell'organizzazione della rete dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze. L'obiettivo a cui stiamo lavorando al tavolo tecnico coordinato dal ministero della Salute è un nuovo Piano nazionale, tenuto conto che il precedente risale al 2014 e non si occupa della residenzialità”.





Identificato

un nuovo tipo di Alzheimer

**LA PATOLOGIA RIGUARDA QUASI TUTTE LE PERSONE
CHE POSSIEDONO UNA PARTICOLARE FORMA OMOZIGOTE DEL GENE APOE4**

di *Annachiara Albanese*

Un gruppo di ricerca del Sant Pau Research Institute di Barcellona ha pubblicato su *Nature Medicine* uno studio su un nuovo tipo di Alzheimer. Lo studio rivela che quando in una persona il gene ApoE4 si presenta in una particolare forma omozigote, in quasi tutti i casi si sviluppano segni di malattia di Alzheimer e di tipo genetico. ApoE4 era già riconosciuto come il maggiore fattore di rischio per tale patologia che porta il nome del suo scopritore tedesco, nel 1906, ma adesso questa ricerca dimostra che può essere qualcosa di più, una causa.

I ricercatori spagnoli hanno analizzato i cervelli post mortem di 3.297 donatori, compresi 273 campioni con

doppi alleli (omozigoti) ApoE4, e i dati clinici e biomarcatori di oltre 10.000 persone con biomarcatori della malattia di Alzheimer, compresi 519 individui omozigoti ApoE4. Da questa ricerca si desume che quasi tutte le persone che hanno duplicato quel gene sviluppano questa demenza. Un fatto che riguarda il 2% della popolazione.

Nei pazienti omozigoti ApoE4, i primi biomarker si presentano in età precoce, a 55 anni, mentre dai 65 anni in poi più del 95% ha livelli abnormi di amiloide nel liquido cerebrospinale e nel 75% dei casi ha positività all'amiloide. Con questo termine si intendono depositi di proteine anomali, tipici dell'Alzheimer se si localizzano nel sistema nervoso centrale. I ricercatori ritengono che



l'omozigote Apoe4 rappresenti una forma distinta di Alzheimer e di tipo genetico. Analogamente, alcuni anni fa, avevano proposto una nuova visione della sindrome di Down come una parte genetica sempre dell'Alzheimer. Ha affermato recentemente il professor Leonardo Pantoni, direttore della Neurologia all'ospedale Sacco di Milano e ordinario di Neurologia all'Università di Milano: "In oltre il 99% dei casi l'Alzheimer non è genetico. Tant'è che ai figli che chiedono: può venire anche a me?, rispondiamo no, non è ereditario. Ora, in Italia è affetto da questa patologia più di un milione di persone. In questa massa, da una trentina di anni abbiamo in realtà individuato alcune forme familiari, dunque genetiche, sebbene molto, molto rare. Sono forme dove c'è un gene alterato che si trasmette secondo le regole della genetica, il che significa che passa a tutte le generazioni, ma non a tutti i generati, cioè i figli. Se i figli sono, poniamo, 100, erediteranno la malattia solo 50, cioè il 50%. Sono casi legati alla mutazione di tre geni - citati anche nella ricerca del Sant Pau Research Institute - chiamati APP, Psen1 e Psen2, davvero molto rari. Questi tipi di Alzheimer hanno insorgenza giovanile,

sui 40-50 anni, e forma di trasmissione ereditaria. Si sapeva che il gene Apoe4 era il più grosso fattore di rischio, ma non la causa. Ora è dimostrato che se si presenta in due copie, duplicato, diventa la causa di una forma distinta di Alzheimer che colpisce pressoché tutti, con le aggravanti di essere più precoce e trasmissibile ai figli. Tutte le forme genetiche delle malattie sono importanti perché si può riuscire a capirne i meccanismi, dunque le cause, quella che chiamiamo la patogenesi, e sulla base di questi dati si può trovare un'indicazione per la strada che porta alle terapie specifiche". Nella loro ricerca, gli scienziati di Barcellona hanno chiamato in causa, per una forma di analogia, la sindrome di Down, con riferimento a loro precedenti studi. Su questo, il professor Pantoni ha spiegato: "Analizzando cervelli di persone con sindrome di Down deceduti si trovano alcune caratteristiche simili a quelle nei cervelli malati di Alzheimer. Anche qui c'è deposito amiloide e da molto tempo si ipotizza che la sindrome possa far parte delle cosiddette malattie amiloidee come l'angiopatia amiloide cerebrale o la demenza da traumi cranici ripetuti (il caso di alcuni pugili). In realtà non sappiamo benissimo dove collocarla, perché la malattia di Down è genetica, sì, ma non lo è come le altre: qui, infatti, l'elemento saliente è la presenza di un cromosoma in più".

C'è da registrare che negli scorsi mesi la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato il Donanemab (350 mg/20 mL di iniezione una volta al mese per infusione endovenosa), il trattamento di Eli Lilly per gli adulti con malattia di Alzheimer sintomatica precoce, che include persone con decadimento cognitivo lieve e persone con stadio di demenza lieve, con patologia amiloide confermata. L'amiloide è una proteina prodotta naturalmente dal corpo che può aggregarsi per creare placche amiloidi. L'eccessivo accumulo di placche amiloidi nel cervello può portare a problemi di memoria e di pensiero associati al morbo di Alzheimer. Si legge in un comunicato del Gruppo Lilly Italy hub che Donanemab può aiutare l'organismo a rimuovere l'eccessivo accumulo di placche amiloidi e rallentare il declino che può diminuire la capacità delle persone di ricordare nuove informazioni, date importanti e appuntamenti, pianificare e organizzare, preparare i pasti, usare elettrodomestici, gestire le finanze e preservare l'autonomia. Il nuovo farmaco ha rallentato il declino cognitivo e funzionale fino al 35% rispetto al placebo a 18 mesi nello studio registrativo di fase 3 Trailblazer-Alz 2 e ha ridotto fino al 39% il rischio di progredire alla successiva fase clinica di malattia. Quasi la metà dei partecipanti allo studio ha completato il ciclo di trattamento con donanemab in 12 mesi. Le infusioni una volta al mese, di 30 minuti, hanno ridotto le placche amiloidi in media dell'84% rispetto all'inizio dello studio.

LA GENETICA E LA MALATTIA DI PARKINSON

L'AUMENTO DEI CASI IN GIOVANE ETÀ

di *Riccardo Romani*

Uno studio internazionale, pubblicato sulla rivista *Nature Genetics*, coordinato dall'Università del Massachusetts, ha scoperto un nuovo gene associato alla malattia di Parkinson. Gli scienziati hanno sequenziato l'esoma (la regione codificante del genoma) di più di 2.000 pazienti affetti da malattia di Parkinson familiare, confrontandolo con quelli di quasi 70.000 soggetti sani. In questo modo è stato possibile identificare una mutazione del gene RAB32 nello 0.7% dei pazienti affetti dalla malattia. Lo studio - al quale hanno partecipato anche ricercatori dell'Irccs Istituto Auxologico Italiano e dell'Università degli Studi di Milano - ha dimostrato come la mutazione del gene RAB32 aumenti significativamente l'attività chinasi della proteina LRRK2. I risultati dello studio contribuiscono quindi a spiegare le cause genetiche ed i meccanismi patogenetici della malattia. Rappresentano un passo avanti significativo nella sua

comprensione, perché sapere che il gene RAB32 è coinvolto nella patogenesi della malattia, permetterà di esplorare nuovi percorsi biologici. La scoperta potrebbe avere implicazioni positive per i pazienti, migliorando la capacità di diagnosticare la malattia in stadi precoci, soprattutto quando si tratta di casi familiari. Potrebbe anche portare allo sviluppo di nuovi farmaci mirati, che agiscano su questi meccanismi patogenetici, migliorando così le opzioni di trattamento disponibili. Un miglioramento nella diagnosi e nel trattamento della malattia non solo può modificare la qualità della vita dei pazienti, ma può anche ridurre l'onere economico e sociale associato alla malattia. I sintomi sono: il tremore a riposo, la rigidità, l'instabilità posturale, la lentezza dei movimenti automatici, la depressione e la lentezza nel parlare. Il Parkinson è definita una malattia del movimento, che deriva dalla degenerazione di una zona molto limitata



dell'encefalo, la sostanza nera (substantia nigra), che produce la dopamina e aiuta a coordinare l'attività motoria. Nell'origine della malattia interagiscono componenti genetiche e ambientali. Il fattore di rischio numero uno è lo stress, associato ad una predisposizione genetica. Tra le cause si devono inserire anche l'esposizione a tossine esogene come pesticidi, metalli e prodotti chimici industriali, oppure lo stile di vita (dieta e fumo). Non si conosce una cura, ma esistono diversi trattamenti che possono controllarne i sintomi, in particolare un'attività fisioterapica e motoria quotidiana. Prevalentemente la malattia colpisce l'anziano, ma non è una malattia dell'anziano. Infatti, è stata descritta per la prima volta a Londra nel 1817, quando l'aspettativa di vita era di 39 anni. Generalmente l'esordio è tra i 45-55 anni ma, poiché di questa malattia non si muore, la totalità dei pazienti arriva anche in età avanzata. Ci sono forme della malattia che hanno un esordio giovanile. In base a recenti ricerche, esse coinvolgerebbero circa il 10% dei casi totali. In questi casi, si può supporre una causa genetica. Ad oggi sono stati identificati sia geni causativi sia fattori di rischio genetici, ossia mutazioni in geni che non necessariamente si associano alla comparsa della malattia, ma che aumentano le probabilità che un soggetto la sviluppi. Di ciascun gene noi possediamo due copie, una trasmessa dalla madre ed una dal padre; le mutazioni, in base alla modalità di trasmissione,

possono essere classificate in: - Autosomiche dominanti: è sufficiente che una sola copia sia alterata affinché si sviluppi la malattia. Questa mutazione può essere non presente in nessun altro membro della famiglia oppure può essere stata ereditata da un genitore, sia malato che sano. - Autosomiche recessive: entrambe le copie del gene sono mutate (ereditate da genitori sani, i cosiddetti portatori sani). Queste forme tendono ad esordire molto presto - anche in età pediatrica - e tendono ad avere un decorso tendenzialmente favorevole, con una risposta positiva ai farmaci.

Osserva in un suo scritto il dott. Luca Magistrelli, medico-neurologo, responsabile del Servizio di Genetica, Centro Parkinson e Parkinsonismi, ASST Pini-CTO, Milano: "Ad oggi non esistono delle formali linee guida. Pertanto, è ragionevole affermare che le analisi genetiche vengano riservate a pazienti con età di esordio inferiore a 50 anni, familiarità positiva, di specifiche etnie o con segni radiologici/clinici indicativi di forme genetiche. Tuttavia, il sempre crescente numero di studi farmacologici rivolti alle forme genetiche sicuramente allargherà il numero dei pazienti al quale verranno proposte queste indagini. L'esecuzione di test genetici in soggetti asintomatici deve essere valutata con estrema cautela ed i familiari devono essere adeguatamente informati sui pro e contro dell'esecuzione di un test genetico e sulla possibile non conclusività dei risultati ottenuti".

LA CARENZA

di personale infermieristico in Italia, una crisi silenziosa che mette a rischio il sistema sanitario

di Federica Troiani

Negli ultimi anni, la carenza di personale infermieristico in Italia si è trasformata in una crisi sempre più evidente, con ripercussioni profonde sulla qualità dei servizi sanitari e sulla salute dei cittadini. Mentre la pandemia di COVID-19 ha portato alla ribalta l'importanza cruciale degli infermieri nella gestione delle emergenze sanitarie, il problema della loro scarsità era già radicato da tempo e oggi è uno dei principali ostacoli per il funzionamento efficiente del Sistema Sanitario

Nazionale (SSN).

Numeri allarmanti

Secondo le stime fornite dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), l'Italia è sotto la media europea per il rapporto tra infermieri e popolazione. In media, ci sono circa 6 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro i 9 della media UE. Questa discrepanza si traduce in una carenza stimata di almeno 70.000 infermieri su tutto il territorio nazionale, con punte di criticità in regioni come la

Campania, la Sicilia e il Lazio.

La situazione è particolarmente critica in alcune aree del Paese, dove l'età media degli infermieri in servizio si sta avvicinando ai 50 anni. Nei prossimi anni, con un numero crescente di pensionamenti e senza un ricambio generazionale sufficiente, il sistema sanitario potrebbe trovarsi in una situazione ancora più precaria.

Le cause della carenza

Le ragioni di questa carenza sono complesse e molteplici. Da un lato, c'è una scarsa attrattiva della





professione infermieristica tra i giovani. Nonostante la formazione universitaria e i percorsi di specializzazione, la retribuzione degli infermieri italiani rimane tra le più basse d'Europa, con stipendi che partono da circa 1.400 euro al mese, contro i 2.000 o più che si possono guadagnare in paesi come la Germania o il Regno Unito. Questo spinge molti giovani laureati a cercare opportunità all'estero, aggravando ulteriormente il problema.

Inoltre, il sovraccarico di lavoro dovuto alla scarsità di personale porta a turni estenuanti e condizioni di lavoro sempre più stressanti. Molti infermieri si trovano a dover gestire un numero eccessivo di pazienti, con il rischio di errori e un peggioramento delle condizioni di assistenza. Questa situazione incide negativamente anche sul benessere psicofisico degli operatori sanitari, che spesso sviluppano sindromi da burnout.

Conseguenze sul sistema sanitario

La carenza di personale infermieristico non è solo un problema interno alla categoria, ma rappresenta un rischio concreto per l'intero sistema sanitario e per la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini. Negli ospedali e nei centri di cura, la riduzione del personale provoca un allungamento dei tempi di attesa per i pazienti, una minore capacità di gestione delle emergenze e una difficoltà crescente nel garantire cure adeguate ai malati cronici e agli anziani.

Particolarmente allarmante è la situazione nelle strutture per anziani, dove l'assistenza infermieristica continua è fondamentale per garantire la qualità della vita di una popolazione sempre più anziana. Con il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, il bisogno di cure infermieristiche è destinato a crescere, ma il

sistema sembra incapace di rispondere adeguatamente a questa domanda crescente.

Soluzioni e prospettive

Affrontare la carenza di infermieri richiede un approccio multifattoriale che comprenda una revisione delle politiche di reclutamento, una maggiore valorizzazione economica e professionale degli infermieri, e un potenziamento dei percorsi di formazione.

Un primo passo potrebbe essere rappresentato dall'aumento del numero di posti disponibili nelle facoltà di infermieristica e l'implementazione di politiche di incentivi per trattenere i professionisti già formati sul territorio nazionale. In parallelo, è necessario migliorare le condizioni di lavoro, riducendo i carichi eccessivi di lavoro e implementando supporti psicologici per prevenire il burnout.

Le associazioni professionali e i sindacati stanno spingendo per una riforma complessiva che includa un adeguamento salariale e un maggiore riconoscimento delle competenze infermieristiche, soprattutto in settori specialistici. Anche la digitalizzazione e l'uso della tecnologia potrebbero alleggerire il carico di lavoro, migliorando la gestione delle pratiche burocratiche e la comunicazione tra operatori sanitari.

La carenza di infermieri in Italia è una crisi che necessita di risposte urgenti e strutturali. Senza interventi concreti, il rischio è che il sistema sanitario, già messo a dura prova dalla pandemia, crolli sotto il peso di un'insufficienza di personale che non può più essere ignorata. Per garantire il diritto alla salute dei cittadini, è fondamentale che infermieri e operatori sanitari siano messi nelle condizioni di svolgere al meglio il proprio lavoro, riconoscendo loro il ruolo essenziale che ricoprono all'interno della società.



Operatori Socio-Sanitari:

*una nuova figura per colmare il gap assistenziale,
la proposta dell'assistente infermieristico*

di *Caterina Del Principe*

La sanità italiana è da tempo alle prese con una carenza strutturale di personale qualificato. In questo contesto, gli Operatori Socio-Sanitari (OSS) rivestono un ruolo fondamentale, ma si trovano spesso a fare i conti con carichi di lavoro elevati, limiti professionali e una crescente richiesta di nuove competenze. Per rispondere a queste sfide e alla cronica mancanza di infermieri, è stata avanzata recentemente una proposta che introduce una nuova figura professionale: l'Assistente Infermieristico.

Il ruolo centrale degli OSS nella sanità

Gli Operatori Socio-Sanitari rappresentano una colonna

portante dell'assistenza di base in Italia. La loro attività si svolge principalmente in ospedali, case di cura e strutture per anziani, dove forniscono un supporto essenziale sia ai pazienti che al personale infermieristico. Il loro compito principale è quello di assistere nelle attività quotidiane, come l'igiene personale dei pazienti, l'alimentazione e il monitoraggio delle condizioni di salute generale.

Tuttavia, nel corso degli anni, gli OSS sono stati chiamati a svolgere sempre più mansioni che sconfinano nell'ambito delle competenze infermieristiche. Questo è dovuto sia alla crescente complessità delle cure richieste da una

popolazione sempre più anziana, sia alla carenza cronica di infermieri, che costringe le strutture sanitarie a fare affidamento sugli OSS per una gamma di attività sempre più ampia. Di conseguenza, la figura dell'OSS ha subito una crescente pressione per aggiornarsi e rispondere a nuove esigenze assistenziali.

La proposta dell'Assistente Infermieristico: un'evoluzione professionale?

Per far fronte a queste difficoltà, la proposta dell'Assistente Infermieristico mira a colmare il vuoto tra gli OSS e gli infermieri, introducendo una figura intermedia. Questa nuova professione, che potrebbe rappresentare una naturale evoluzione degli OSS, prevede un ampliamento delle competenze con specifici percorsi di formazione e specializzazione. Gli Assistenti Infermieristici sarebbero in grado di svolgere mansioni più complesse rispetto agli OSS, alleggerendo così il carico di lavoro degli infermieri e migliorando l'efficienza dei servizi sanitari.

Le principali attività degli Assistenti Infermieristici potrebbero includere, tra le altre, la somministrazione di farmaci non invasivi, il monitoraggio di parametri vitali più complessi e l'assistenza in alcune procedure mediche di base. In questo modo, si redistribirebbero le responsabilità in modo più equilibrato all'interno delle strutture sanitarie, ottimizzando l'assistenza ai pazienti e riducendo i tempi di attesa.

Vantaggi e criticità della nuova figura

L'introduzione dell'Assistente Infermieristico offre diversi vantaggi. Innanzitutto, permetterebbe di alleviare la pressione sugli infermieri, già oberati di lavoro, garantendo una migliore gestione dei reparti. Inoltre, creerebbe nuove opportunità di carriera per gli OSS, che potrebbero ambire a un percorso di crescita professionale e acquisire maggiori responsabilità.



Un altro aspetto positivo è che questa figura potrebbe aiutare a contrastare la cronica carenza di personale infermieristico, soprattutto nelle aree rurali o in quelle regioni dove il reclutamento di infermieri è particolarmente difficoltoso. In questo modo, si garantirebbe una migliore copertura assistenziale, riducendo il rischio di disservizi e migliorando la qualità delle cure.

Tuttavia, la proposta presenta anche delle criticità. Una delle principali preoccupazioni riguarda il confine tra le competenze dell'Assistente Infermieristico e quelle dell'infermiere. Vi è il timore che la creazione di questa figura possa portare a una "dequalificazione" del ruolo dell'infermiere, spingendo le strutture sanitarie a ridurre il numero di infermieri in favore di personale meno specializzato e meno costoso.

Inoltre, la formazione degli Assistenti Infermieristici rappresenterebbe una sfida importante. Sarebbe necessario definire standard di formazione chiari e omogenei su tutto il territorio nazionale, per evitare disparità tra le regioni e garantire un alto livello di competenza. Il rischio, infatti, è che senza una formazione adeguata questa figura possa essere percepita come un compromesso al ribasso, piuttosto che come una vera risorsa per il sistema sanitario.

La reazione delle parti sociali e delle associazioni di categoria

La proposta ha suscitato reazioni contrastanti. Da un lato, gli OSS vedono in questa evoluzione professionale un'opportunità per migliorare la propria posizione lavorativa e accedere a nuove competenze. Dall'altro, le associazioni infermieristiche esprimono perplessità riguardo al rischio di sovrapposizione di ruoli e alla possibile riduzione del personale infermieristico nelle strutture sanitarie.

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha sottolineato l'importanza di tutelare il ruolo dell'infermiere, mantenendo alta la qualità della formazione e delle competenze, mentre altre associazioni hanno chiesto di partecipare attivamente alla definizione dei nuovi percorsi formativi e professionali per garantire un equilibrio tra le diverse figure.

L'introduzione dell'Assistente Infermieristico rappresenta un tentativo di affrontare alcune delle criticità più urgenti del sistema sanitario italiano, come la carenza di personale e il sovraccarico di lavoro degli infermieri. Tuttavia, per garantire il successo di questa nuova figura professionale, sarà fondamentale stabilire confini chiari tra le diverse professioni e investire adeguatamente nella formazione. Se implementata correttamente, questa proposta potrebbe contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia, offrendo nuove opportunità professionali e, al contempo, garantendo cure più efficienti e puntuali ai cittadini.



Autismo, così aumentano le possibilità

I FRATELLI DI BAMBINI AUTISTICI HANNO UNA PROBABILITÀ DEL 20% DI ESSERE AUTISTICI A LORO VOLTA

di Annachiara Albanese

I disturbi dello spettro autistico rappresentano una condizione eterogenea e possono manifestarsi in modo diverso tra le persone e in diverse fasi della vita di ciascuno. L'autismo riguarda la sfera del neurosviluppo che coinvolge linguaggio, socialità e comunicazione. Il disturbo è caratterizzato da interessi ristretti e comportamenti ripetitivi. Sono almeno 78 milioni le persone nel mondo che vivono questa condizione. La maggioranza non riesce ad avere accesso ad una appropriata cura (assistenza sanitaria, istruzione e assistenza sociale) basata su valutazioni personalizzate e su prove di evidenza. Le cause della malattia sono ancora sconosciute. La maggioranza dei ricercatori, comunque, è d'accordo nell'affermare che esse possano essere genetiche ma che alla comparsa di questa patologia concorrano ancora cause neurobiologiche e fattori di rischio ambientali.

Le osservazioni alla base delle cause genetiche sono: la familiarità; l'essere portatori di determinate malattie genetiche (sindrome di Rett, sindrome di Angelman

ecc). Per motivi ancora poco chiari, l'autismo è associato anche ad altre patologie, tra cui i disturbi dell'apprendimento come dislessia e discalculia, l'ADHD, la sindrome di Tourette, l'epilessia, il disturbo ossessivo-compulsivo, la depressione, il disturbo bipolare, i disturbi del sonno e la sclerosi tuberosa; il coinvolgimento di alcuni geni associati alla sfera del neurosviluppo (struttura e funzioni dell'encefalo), anche se al momento non esiste nessuna evidenza scientifica che dimostri una correlazione genetica tra alcune mutazioni e la presenza di una qualsiasi forma di autismo.

Studi più recenti fanno pensare che i disturbi dello spettro autistico possano manifestarsi in seguito alla nascita di neuroni anomali (cause neurobiologiche) che non riescono a creare giuste connessioni con le altre cellule nervose del cervello, al punto da provocare uno scorretto funzionamento dell'intero organo. Le reti neuronali si formano soprattutto durante la fase di sviluppo fetale, per questo si ipotizza che la causa di questo disturbo sia dovuta a una combinazione tra

fattori genetici e alterazioni congenite.

Uno studio di un team coordinato dalla ricercatrice Sally Ozonoff dell'UC MIND Institute dell'Università della California, insieme ai gruppi di ricerca universitari del Baby Siblings Research Consortium, pubblicato sulla rivista *Pediatrics* - condotto su un ampio campione di famiglie sparse tra Stati Uniti, Canada e Regno Unito - ha scoperto che i fratelli di bambini autistici hanno una probabilità del 20% di essere autistici a loro volta, un tasso circa sette volte superiore rispetto ai bimbi senza fratelli con disturbi rientranti nello spettro autistico.

Le stime più recenti del Centers for Disease Control and Prevention hanno palesato la diagnosi di autismo per un bambino su 36. Nel 2011 lo stesso dato era di una diagnosi su 68 bambini. Quest'aumento ha spinto i ricercatori a rivedere i dati per comprendere meglio l'impatto dei cambiamenti nei criteri diagnostici e la

crescente consapevolezza dell'autismo nelle ragazze. Lo studio ha incluso dati di 1.605 bambini monitorati in 18 siti di ricerca diversi. Tutti i neonati coinvolti avevano un fratello maggiore autistico e l'osservazione ha riguardato le prime visite pediatriche partendo dal compimento dei sei mesi di vita. I bambini sono stati poi valutati nuovamente intorno ai tre anni utilizzando un test diagnostico standard per rilevare i disturbi dello spettro autistico. I risultati ottenuti hanno così confermato un tasso di ricorrenza del 20,2%, rispetto al 18,7% del 2011. Una differenza minima ma reputata dagli esperti molto significativa per la pianificazione degli interventi a supporto delle famiglie. Un'altra novità rispetto al primo studio è stata il monitoraggio delle famiglie che abbandonavano lo studio triennale, per vedere se i loro esiti differivano da quelli di chi ha completato lo studio. I risultati hanno mostrato

che non vi era alcuna differenza significativa, confermando l'importanza di monitorare da vicino i fratelli dei bambini autistici per ritardi nello sviluppo sociale o nella comunicazione. Oltre all'incidenza, però, i ricercatori sembrano aver anche individuato un fattore chiave dietro l'aumento di probabilità di sviluppare il disturbo. Incrociando i vari dati raccolti nei mesi di osservazione, gli scienziati si sono resi conto del ruolo preponderante giocato dal sesso del primo figlio autistico sulle chance di avere altri fratelli o sorelle con il medesimo problema. Se il primo figlio autistico era una femmina, infatti, la probabilità di avere un altro figlio autistico era del 50% superiore rispetto a quando il primo figlio era un maschio, indicando possibili differenze genetiche. Inoltre, un bambino con più fratelli autistici aveva una probabilità del 37% di essere autistico, rispetto al 21% di chi aveva solo un fratello sullo spettro. Anche il sesso del nascituro influiva sulla ricorrenza dell'autismo. I neonati maschi avevano il doppio delle probabilità di essere diagnosticati rispetto alle femmine: 25% di possibilità per i maschi e 13% per le femmine.

Lo studio ha rilevato anche altri trend. Stando ai dati raccolti, anche elementi come la provenienza etnica e il livello d'istruzione della madre sembrerebbero incidere sull'autismo recidivo. Nelle famiglie non bianche, il tasso di ricorrenza era del 25%, mentre nelle famiglie bianche era del 18%. Nelle famiglie dove la madre aveva un'istruzione superiore al diploma di scuola superiore, il tasso di ricorrenza era più basso (16,9%) rispetto a quelle con solo un diploma (32%).





Rallentare l'invecchiamento

*Disattivando la proteina della senescenza
si allunga la vita dei topi del 25%*

di Satya Marino

Uno studio coordinato da scienziati della Duke National University e il National Heart Research Institute di Singapore, insieme all'Imperial College e Duke University, pubblicato sulla rivista Nature, mostra come disattivando una proteina infiammatoria chiamata IL-11 (interleuchina 11) si può aumentare in modo significativo la durata della vita sana dei topi, di quasi il 25%.

I ricercatori hanno osservato che i livelli di IL-11 aumentano con l'età in diversi tessuti nei topi e che, eliminando questo gene con tecniche di ingegneria genetica, si prolunga la sopravvivenza media dei topi di entrambi i sessi di circa il 25%. Allo stesso modo,

trattando topi normali con un farmaco anti-IL-11 dalle 75 settimane di età (corrispondenti a circa 55 anni nell'uomo) fino alla morte si osserva un'estensione della durata media della vita del 22,4% nei maschi e del 25% nelle femmine. I trattamenti hanno trasformato il grasso bianco in grasso bruno, che è metabolicamente attivo e aiuta a mantenere la temperatura corporea e a bruciare calorie.

I topi hanno vissuto in media 155 settimane, rispetto alle normali 120 settimane. Abbassando la proteina IL-11 calano i decessi per cancro negli animali e le malattie causate da fibrosi, infiammazione cronica

e cattivo metabolismo, che sono caratteristiche dell'invecchiamento.

Trattamenti specifici anti-IL-11 sono attualmente in sperimentazione clinica umana per altre condizioni, offrendo potenzialmente opportunità entusiasmanti per studiare i loro effetti nell'invecchiamento umano in futuro. "Il lavoro è molto interessante", ha commentato Alessandro Sgambato, ordinario di Patologia Generale dell'Università Cattolica, campus di Roma, che ha aggiunto: "suggerisce che l'inibizione dell'IL-11 possa rappresentare una nuova strategia terapeutica per favorire l'invecchiamento in buona salute, rallentando e posticipando la comparsa degli effetti indesiderati quali la fragilità muscolare e il decadimento metabolico. Si tratta sicuramente di una scoperta importante che aggiunge un altro tassello alla nostra comprensione dei meccanismi molecolari responsabili delle modificazioni fisiologiche correlate con l'età e rappresenta un ulteriore passo verso lo sviluppo di una terapia protettiva contro essi - continua. Il dato, inoltre, è in linea con quanto già noto sullo stretto legame fra invecchiamento e infiammazione, il fenomeno noto anche come "inflammaging". L'IL-11, infatti, è un importante mediatore dell'infiammazione e farmaci in grado di inibire IL-11 sono già in sperimentazione nell'uomo per malattie infiammatorie croniche, quali le malattie fibrotiche polmonari. Questo permetterà di effettuare studi per valutare gli effetti benefici di una eventuale inibizione di IL-11 su invecchiamento e patologie associate nell'uomo. Non dimentichiamo, però, che il nostro obiettivo è non soltanto allungare la vita ma anche garantire una buona qualità di vita e una buona salute fisica e mentale ai soggetti anziani. Quindi bisogna innanzitutto chiarire meglio il legame fra IL-11 ed invecchiamento nell'uomo, ad esempio misurando la molecola nei soggetti anziani e nei giovani e, soprattutto, nei centenari e ultracentenari e approfondire gli effetti dei farmaci anti-IL-11 sul declino metabolico proprio dell'età anziana - conclude Sgambato. Nel frattempo, continuiamo a contrastare l'inflammaging e l'invecchiamento con i metodi tradizionali di cui conosciamo l'efficacia, quali uno stile di vita sano con attività fisica regolare e alimentazione adeguata, come la dieta mediterranea".

Ricordiamo che quello dell'invecchiamento è un problema che riguarda l'intera popolazione occidentale. In particolare, gli anziani in Europa sono più di 90 milioni. Si tratta del 20% di tutta la popolazione: più di una persona su cinque. Italia e Portogallo sono al primo posto, entrambe con il 24% della popolazione anziana. Seguono Bulgaria, Finlandia e Grecia con quote superiori al 23%. Solo in 9 stati membri non si arriva al 20%: si tratta di Lussemburgo (unico sotto

il 15%), Irlanda, Cipro, Slovacchia, Malta, Austria, Romania, Belgio e Polonia. L'Italia è anche il paese con l'età mediana più elevata: 48,4 anni, mentre in Irlanda, Lussemburgo e Cipro siamo sotto i 40.

L'Italia è il primo paese in Europa per spesa per anziani in rapporto al Pil (13,7%). Seguono Finlandia, Austria e Francia (sopra il 13%). Ultima invece l'Irlanda (3,1%). Tre paesi dell'Europa orientale (Romania, Bulgaria e Lituania) hanno invece visto l'aumento più pronunciato tra 2013 e 2022: in dieci anni, la spesa è più che raddoppiata. Solo in Grecia si è verificato un calo, benché lieve: -3,3%. Mentre l'Italia è, dopo la Svezia, lo stato membro che ha visto l'incremento più contenuto: +19,1% in un decennio. Nel nostro paese questa voce di spesa ammonta a più di 266 miliardi di euro, pari al 24,4% della spesa totale. In Finlandia, la quota supera il 25%.



TUMORE COLON RETTO: una scoperta italiana

IL RUOLO DELL'ASPIRINA

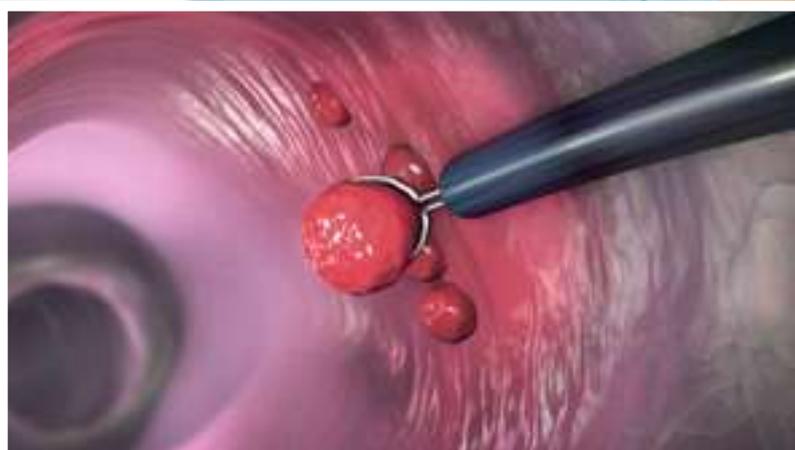
di Annachiara Albanese

Quattordici gruppi di ricerca italiani coordinati da Marco Scarpa, del dipartimento di Scienze chirurgiche, oncologiche e gastroenterologiche dell'Azienda ospedale/Università di Padova, con il finanziamento della Fondazione Airc per la Ricerca sul Cancro, hanno svolto uno studio multicentrico Immunoreact 7 - pubblicato sulla rivista Cancer - sull'uso regolare e prolungato dell'aspirina in relazione al tumore del colon retto. Era già noto da tempo che l'aspirina riduce incidenza e mortalità del tumore del colon-retto; la ricerca ha scoperto che questo accade perché il farmaco attiva la risposta del sistema immunitario contro questa forma di tumore. Dapprima sono stati analizzati pazienti con diagnosi di cancro al colon-retto operati dal 2015 al 2019 e in un secondo momento sono stati analizzati i geni delle cellule del tumore primario dei pazienti trattati con l'aspirina. In particolare, in queste cellule è stata analizzata la molecola di Rna messaggero (mRna) espressa nei geni correlati alle difese immunitarie. Il terzo passo è stato analizzare il microambiente immunitario della mucosa sana che circonda il cancro del retto in un sottogruppo di pazienti che assumevano regolarmente aspirina da un lungo periodo. È così emerso che nei tessuti di chi assumeva l'aspirina il tumore era meno diffuso e che c'era una maggiore infiltrazione di cellule immunitarie. Quando le cellule tumorali sono state analizzate in laboratorio ed esposte all'aspirina si è osservato un aumento del livello della

proteina CD80, che ha migliorato la capacità delle cellule di segnalare proteine associate al tumore alle altre cellule immunitarie, in particolare i linfociti T che costituiscono la prima linea nella difesa dell'organismo. Un'ulteriore conferma è arrivata quando i ricercatori hanno osservato che nei pazienti con il tumore del retto, chi aveva preso regolarmente l'aspirina aveva livelli della proteina CD80 più alti nel tessuto sano. Un fatto, questo, che suggerisce come l'aspirina possa sostenere il sistema immunitario nella sua azione di sorveglianza anche nella mucosa sana e non solo nel tumore.

A parere dei ricercatori si dovrebbero individuare le dosi





ottimali di aspirina per ottenere la maggiore efficacia, in modo tale che raggiunga il tratto colonrettale in dosi adeguate per essere efficace.

Già nel 2020, l'Unità di Epidemiologia dei Tumori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, aveva diffuso una ricerca relativa a 113 studi osservazionali, che indagavano la relazione tra aspirina e rischio di tumori del tratto digerente. Di questi, 45 riguardavano il tumore al colon-retto, per un totale di 156.000 casi. Oltre al tumore del colon-retto, erano stati considerati i tumori di testa e collo, esofago, stomaco, cardias, fegato e vie biliari, e pancreas. Dichiarava Cristina Bosetti, capo dell'Unità di Epidemiologia dei Tumori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS: "L'utilizzo regolare di aspirina, definito come l'assunzione di almeno una o due compresse a settimana è associato ad una riduzione significativa del rischio di sviluppare queste neoplasie, a eccezione di quelli della testa e collo. In particolare, l'utilizzo di aspirina è associato a una riduzione del rischio del 27% di tumore del colon-retto (45 studi), del 33% di tumore dell'esofago (13 studi), del 39% di tumore del cardias (10 studi), del 36% di tumore dello stomaco (14 studi), del 38% di tumori epatobiliari (5 studi)". Per il tumore del colon-retto era stato analizzato l'effetto della dose e della durata. Il rischio di tumore si riduceva all'aumentare della dose: un dosaggio compreso tra i 75 e 100 mg al giorno è associato ad una riduzione del 10% rispetto a chi non utilizza aspirina; un dosaggio di 325 mg al giorno è

associato ad una riduzione del 35% e un dosaggio di 500 mg al giorno è associato ad una riduzione del rischio del 50%. Tuttavia, la stima del rischio calcolata per alte dosi di aspirina è basata su pochi dati e la ricerca suggeriva d'interpretarla con cautela. Rispetto alle persone che non assumono regolarmente aspirina, il rischio di tumore del colon-retto diminuisce fino a dieci anni di utilizzo regolare: il rischio è ridotto del 4% dopo un anno di utilizzo, dell'11% dopo tre anni, del 19% dopo cinque anni e del 29% dopo dieci anni. Sosteneva ancora la dottoressa Bassetti: "Le nostre osservazioni suggeriscono che dosi più elevate di aspirina siano associate ad una maggiore riduzione del rischio di tumore del colon-retto. Tuttavia, la scelta della dose deve prendere in considerazione il potenziale rischio di sanguinamento gastrointestinale, così come di altre emorragie, che aumenta per dosaggi elevati. L'assunzione di aspirina per la prevenzione del carcinoma del colon-retto o di altri tumori gastrointestinali deve comunque essere effettuata dopo aver consultato un medico, che terrà conto del rischio individuale".



Bullismo e Cyberbullismo

*CONOSCERE E SOPRATTUTTO RICONOSCERE IL FENOMENO,
SENSIBILIZZARE E FARE RETE
PER PROTEGGERE BAMBINI E RAGAZZI*

di *Walter Rodinò*

Il bullismo e il cyberbullismo sono due drammatici fenomeni della società di oggi, che mettono in serio pericolo il benessere psicologico e fisico dei nostri bambini e ragazzi. Nelle scuole, il luogo per eccellenza dedicato alla formazione e alla crescita personale, tali forme di aggressione, hanno come carattere comune la prevaricazione, compromettendo la serenità e l'equilibrio emotivo degli alunni.

Il bullismo si nutre di una cultura della forza, della sopraffazione e della paura, dove l'aggressore si erge a dominatore, mentre la vittima si ritrova relegata a un ruolo di impotenza. Isolamento, depressione e ansia sono le conseguenze più dirette e devastanti, che nei casi più gravi si traducono in pensieri suicidi.

Con l'avvento della tecnologia, il bullismo ha trovato un nuovo alleato: il cyberbullismo. Una forma di violenza, diffusa tramite social media, messaggistica istantanea e altre piattaforme digitali, che amplifica il raggio d'azione degli aggressori, consentendo loro di colpire le vittime con una rapidità e una pervasività senza precedenti.

Anche in questo caso le vittime si trovano a vivere in un

costante stato di paura e ansia, sentendosi vulnerabili non solo a scuola, ma anche nel proprio ambiente domestico, dove dovrebbero sentirsi al sicuro. La separazione tra vita reale e vita online si assottiglia, portando le vittime a una spirale di sofferenza che può risultare insopportabile.

Un fenomeno, quello del bullismo e del cyberbullismo, che si riscontra drammaticamente su tutto il territorio nazionale, da nord a sud, richiedendo sempre più interventi da parte delle autorità.

Protocollo d'intesa per la lotta al bullismo tra Carabinieri e Vco Trasporti

Il 17 settembre scorso, un importante passo verso la sensibilizzazione dei giovani sui temi del bullismo e del cyberbullismo è stato compiuto con la firma di un protocollo d'intesa tra il comando provinciale carabinieri e Vco Trasporti. Questo accordo, siglato presso la prefettura di Verbania, si propone di proteggere e informare i giovani studenti che quotidianamente viaggiano sui mezzi pubblici, creando un ambiente più sicuro e consapevole. Riconoscere il bullismo è il primo passo per contrastarlo. A questo proposito, l'Arma dei Carabinieri ha sviluppato

una brochure informativa, ricca di consigli pratici per i giovani. Questa guida aiuterà gli studenti a identificare comportamenti di bullismo, che vanno oltre le classiche forme di scherno e prevaricazione. Sotto monitoraggio anche fenomeni più gravi come furti, estorsioni e, purtroppo, istigazioni al suicidio.

Un aspetto innovativo di questa iniziativa è la facilità di accesso alla brochure, che sarà disponibile tramite un QR Code. Questo codice verrà apposto su titoli di viaggio, abbonamenti, locandine, nonché sull'app e sul sito di Vco Trasporti. Una strategia che mira a raggiungere un vasto pubblico, considerando che l'azienda ha trasportato nel corso dell'anno passato circa un milione di utenti, di cui la metà rappresentata da studenti.

Oltre alla distribuzione della brochure, il protocollo d'intesa prevede anche controlli mirati alle fermate e sugli autobus di linea, affinché i giovani possano sentirsi al sicuro durante i loro spostamenti quotidiani.

Chissà se questo tipo di collaborazione tra forze dell'ordine e servizi di trasporto pubblico potrà essere replicata su larga scala.

Uno, Nessuno, 100 Giga: un progetto innovativo per le Scuole Siciliane

Il progetto "Uno, Nessuno, 100 Giga" rappresenta un'iniziativa interistituzionale pilota di grande rilevanza, dedicata alle scuole siciliane. Frutto di una collaborazione tra la Regione Sicilia, l'Ufficio scolastico regionale per la Sicilia, Telefono Azzurro e oltre 800 istituti scolastici dell'isola, questo progetto si propone di affrontare le sfide

legate all'inclusione e all'uso delle nuove tecnologie nel contesto educativo.

La forza del progetto risiede nell'impegno congiunto di diverse realtà, tra cui Fondazione Carolina e Mabasta, che operano sul campo per garantire un supporto concreto e mirato. Attraverso queste collaborazioni, "Uno, Nessuno, 100 Giga" non solo si propone di sensibilizzare gli studenti riguardo ai temi della sicurezza online e del rispetto reciproco, ma anche di integrare le competenze digitali nel curriculum scolastico.

Le attività del progetto sono organizzate da nove centri territoriali di supporto, uno per ogni provincia siciliana, che fungono da hub di innovazione.

La partecipazione di ben 802 istituzioni scolastiche statali del primo e secondo ciclo di istruzione sottolinea l'importanza e la portata di questo progetto. L'obiettivo è quello di creare un ambiente educativo inclusivo e stimolante, dove gli studenti possano sviluppare competenze fondamentali per affrontare le sfide del mondo digitale.

Con iniziative come questa, la Sicilia dimostra un forte impegno nel promuovere un'educazione di qualità che guarda al futuro, abbracciando le opportunità offerte dalla digitalizzazione.dtr

Un cortometraggio di animazione 3D sulla storia di Willy La 81esima Mostra del Cinema di Venezia si conferma come una piattaforma di grande rilevanza per l'arte cinematografica e sociale. Quest'anno, particolare attenzione è stata dedicata ai temi del bullismo. Gli





studenti della Side Academy di Verona hanno presentato un cortometraggio che affronta la tragica storia di Willy Monteiro, il ragazzo romano ucciso da giovani bulli nel 2020.

Il cortometraggio si distingue non solo per il suo messaggio potente, ma anche per l'innovativa tecnologia utilizzata. «Le tecnologie utilizzate sono quelle dei videogiochi», ha spiegato il direttore Stefano Sigankis. Questo approccio non è casuale; i videogiochi rappresentano un linguaggio familiare e apprezzato dai ragazzi, e l'intento degli studenti è stato proprio quello di utilizzare un mezzo visivo che potesse catturare la loro attenzione e coinvolgerli in modo diretto.

Raccontare il bullismo attraverso un medium che i giovani conoscono e amano può rivelarsi un modo efficace per sensibilizzarli. Creare un cortometraggio con tecniche videoludiche consente di avvicinare i ragazzi a una riflessione profonda su comportamenti e conseguenze, stimolando empatia e comprensione.

L'iniziativa della Side Academy, quindi, non è solo un esperimento artistico, ma un tentativo concreto di affrontare una questione sociale cruciale in modo innovativo. Attraverso il linguaggio del cinema e dei videogiochi, i giovani possono esplorare e discutere temi complessi come il bullismo, portando alla luce storie che meritano di essere raccontate.

È fondamentale che il cinema continui a essere un veicolo di messaggi importanti, in grado di influenzare positivamente le nuove generazioni. Con progetti come questo, il futuro del cinema e della società sembra essere nelle mani di chi, come i giovani della Side Academy, ha il coraggio di parlare e di agire.

La legge 70/2024

Con l'avvio del nuovo anno scolastico, le scuole italiane si stanno dotando di strumenti ancora più innovativi per affrontare il bullismo e il cyberbullismo. La recente legge 70/2024 rappresenta un passo avanti in quella direzione, ampliando le misure già previste dalla legge 71/2017.

L'articolo 1 introduce un incremento delle risorse destinate a campagne informative e di sensibilizzazione. Ogni istituto scolastico sarà tenuto ad adottare un codice interno specifico per la prevenzione e il contrasto di queste problematiche, promuovendo un ambiente più sicuro e inclusivo per tutti gli studenti. Sarà inoltre compito delle regioni predisporre servizi di sostegno psicologico, offrendo un supporto concreto a chi ne ha bisogno.

Con l'articolo 3, si conferisce al governo il compito di adottare disposizioni legislative per migliorare ulteriormente la prevenzione e il contrasto del bullismo e del cyberbullismo. Questa delega deve essere esercitata entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge e include il potenziamento dei servizi di assistenza per le vittime, come il numero pubblico "Emergenza infanzia 114". Un importante punto di riferimento per chi si trova in difficoltà e ha bisogno di aiuto immediato.

Altra iniziativa di rilievo è l'istituzione della "Giornata del rispetto", che si celebra il 20 gennaio di ogni anno. Questa giornata sarà dedicata a momenti di riflessione e approfondimento sulle tematiche del rispetto reciproco, un aspetto fondamentale nella costruzione di relazioni sane e positive tra i giovani.

La tecnologia, sebbene possa essere uno strumento di amplificazione della violenza, può anche divenire un alleato nella lotta contro il bullismo.



VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS




REALICA

REALICA - Virtual Reality Care

REALICA offre una soluzione di sedazione rivoluzionaria, basata sulla realtà virtuale, che costituisce un approccio non farmacologico e non invasivo per alleviare l'ansia e il dolore dei pazienti. Garantisce benefici immediati nella gestione del benessere del paziente..

Sedazione Virtuale per il Benessere del Paziente.

CONTATTACI



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

YES DISC

SISTEMA PER IL TRATTAMENTO DELLE PROTRUSIONI DISCALI

Yes Disc

Innovativa tecnologia per il trattamento delle protrusioni discali e del dolore cronico lombare in grado di integrare due principi d'azione in un unico dispositivo.

Coblazione

Coagulazione del tessuto discale tramite tecnologia al plasma.

Radiofrequenza

Ablazione del tessuto tramite innalzamento della temperatura.
Risultato finale: rimodellamento del disco intervertebrale e riduzione del dolore.



**Posizionamento
elettrodo all'interno del
disco intervertebrale**

