

ORE12 SANITÀ

ITALIA

Attività fisica: in campo
Foce, ministero e Coni

Menopausa, il ruolo
della dieta non è secondario

La nuova frontiera
della realtà virtuale

Trapianto di utero,
una fonte di speranza

DOLORE CRONICO, COME VA AFFRONTATO



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS



 EverPace™

COLUMBUS™ Sistema 3D di navigazione EP

Il sistema di navigazione EP Columbus, con la seconda generazione, riduce ulteriormente l'esposizione alle radiazioni e la durata della procedura, per una migliore efficienza ed accuratezza del mappaggio per i pazienti e per i clinici.

CONTATTACI



VIOLATECH

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

Hic et nunc

Correre dietro alle emergenze fa dimenticare i bisogni quotidiani

di *Pietro Romano*



Non esiste nessuna emergenza “polmonite dei bambini”. A metterlo nero su bianco un comunicato ufficiale dell’Organizzazione mondiale della sanità, che ha rassicurato l’opinione pubblica internazionale che un po’ di mezzi di comunicazione, da un lato all’altro del cosiddetto Occidente, aveva già cominciato ad allertare. Anche perché la presunta epidemia era partita dalla Cina. Proprio come il Covid.

Per paradosso, a proposito di Covid, molto meno spazio ha ottenuto la dichiarazione di Michael Gove, uno dei più autorevoli esponenti del Partito conservatore britannico, già al governo negli anni dell’epidemia e dell’emergenza planetaria, e soprattutto europea.

Che cosa ha “svelato” Gove? Che dall’inchiesta ufficiale sulla pandemia risulterebbe che il Covid è opera dell’uomo. E da qui sarebbero generate le difficoltà prima a capire poi a combattere in maniera efficace il virus. Anche una inchiesta ufficiale è fallibile, per carità, ma se il metro dev’essere univoco una inchiesta ufficiale del Regno Unito ha una autorevolezza che come minimo merita una provata disamina da parte di organismi internazionali che non possono più trincerarsi dietro presunti segreti di stato, come fatto anche dalle istituzioni europee. Non si può, infatti, proprio agitando lo spettro-Covid giustificare una sorta di emergenza continua in occasione di ogni possibile focolaio di epidemia che scoppi in un punto qualsiasi

del mondo. Vero è che la possibilità di contaminazione è moltiplicata dalla crescita a dismisura dei trasporti, dei viaggi, delle migrazioni ma, se l’inchiesta ufficiale di Londra ha un minimo di credibilità, più che organizzare “lotta alle emergenze” a getto continuo bisognerebbe tenere sotto controllo (ed eventualmente indagare) quei laboratori di ricerca dove, magari lautamente finanziati da soldi pubblici e quindi da noi, si procede a ricerche dissennate, inutili, sommamente pericolose. In una parola delinquenziali.

La lotta alle emergenze dietro l’angolo distrae interesse e risorse, peraltro, ai problemi ordinari della sanità. Per rimanere all’Italia: precedenti governi, mentre stanziavano centinaia di milioni di euro per finanziare fondazioni private all’estero, tagliavano regolarmente e drasticamente i fondi pubblici (è capitato in maniera costante negli ultimi dieci/dodici anni) portando così il nostro Sistema sanitario nazionale ben lontano da quello che era un esempio europeo, benché non sull’orlo del baratro come capita di leggere o di sentire sempre più diffusamente. E perdendo il conto, così, anche di notizie che andrebbero amplificate. E’ il caso dei dieci miliardi sbloccati per ospedali e case di comunità. Si tratta di soldi non spesi dei programmi dell’edilizia sanitaria ai quali è stata aperta una corsia veloce che sarà percorsa anche dalle strutture stralciate dopo la revisione del Pnrr, a causa dell’aumento dei costi delle costruzioni dal piano di rimodulazione proposto dall’Italia e approvato dalla Commissione Ue. Sarà piuttosto il caso, ora, di vigilare con grande attenzione sull’iter di questi progetti. Non è un mistero per nessuno che la burocrazia italiana, già non brillante, a livello territoriale paga un divario (soprattutto tra Sud e Grandi Isole da una parte e dall’altra il Nord, con il Centro chiazato ma oscillante più verso le regioni settentrionali) che potrebbe finire per allargarsi addirittura, favorendo il cosiddetto turismo sanitario, di per sé non uno scandalo, ma solo se limitato e scambievole. Anche in questo caso a fare la differenza, purtroppo in negativo, sarebbe la nefasta regionalizzazione contro la quale, e questo è il vero dramma, non solo nessuna delle forze politiche maggiori sembra davvero voler combattere ma che addirittura potrebbe acuirsi nei prossimi anni. Da questo punto di vista, anche la demografia gioca a sfavore delle regioni meridionali. Ma, almeno se non si abbasseranno sbarre all’interno dell’Italia, un maggior divario si trasformerà in un aggravarsi del fenomeno del turismo sanitario peggiorando per forza di cose anche la sanità più avanzata.

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

Alfredo De Rosa è vicepresidente regionale di A.Ma.R.V.

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Maria Concetta Di Mario è giornalista

Satya Marino è giornalista

Danilo Quinto è giornalista

Lidia Tamburrino è giornalista

Federica Troiani è giornalista

Stampa

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

Privacy

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

Abbonamenti e Arretrati

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

Warning

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



Publicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.183 del 22/11/2018.
Iscrizione ROC n. 26995

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

1 HIC ET NUNC

5 LA LETTERA

7 TERAPIA DEL DOLORE

12 CONFIMI

13 REALTÀ VIRTUALE

17 PROGETTO FOCE

20 THERASFERE

23 NUTRIZIONE E MENOPAUSA

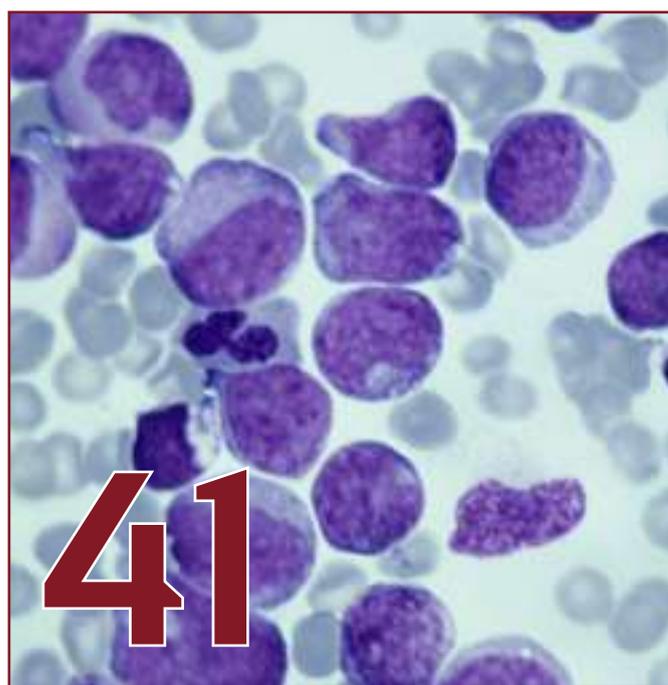
29 TRAPIANTO UTERO

SOMM



32

UN SIMPOSIO PER L'AFRICA



41

LEUCEMIA MIELOIDE



35

SSN

43

ALZHEIMER

45

DOLORE CRONICO

37

RAPPORTO CREA

39

RESISTIM



47

EVENT VENEZIA

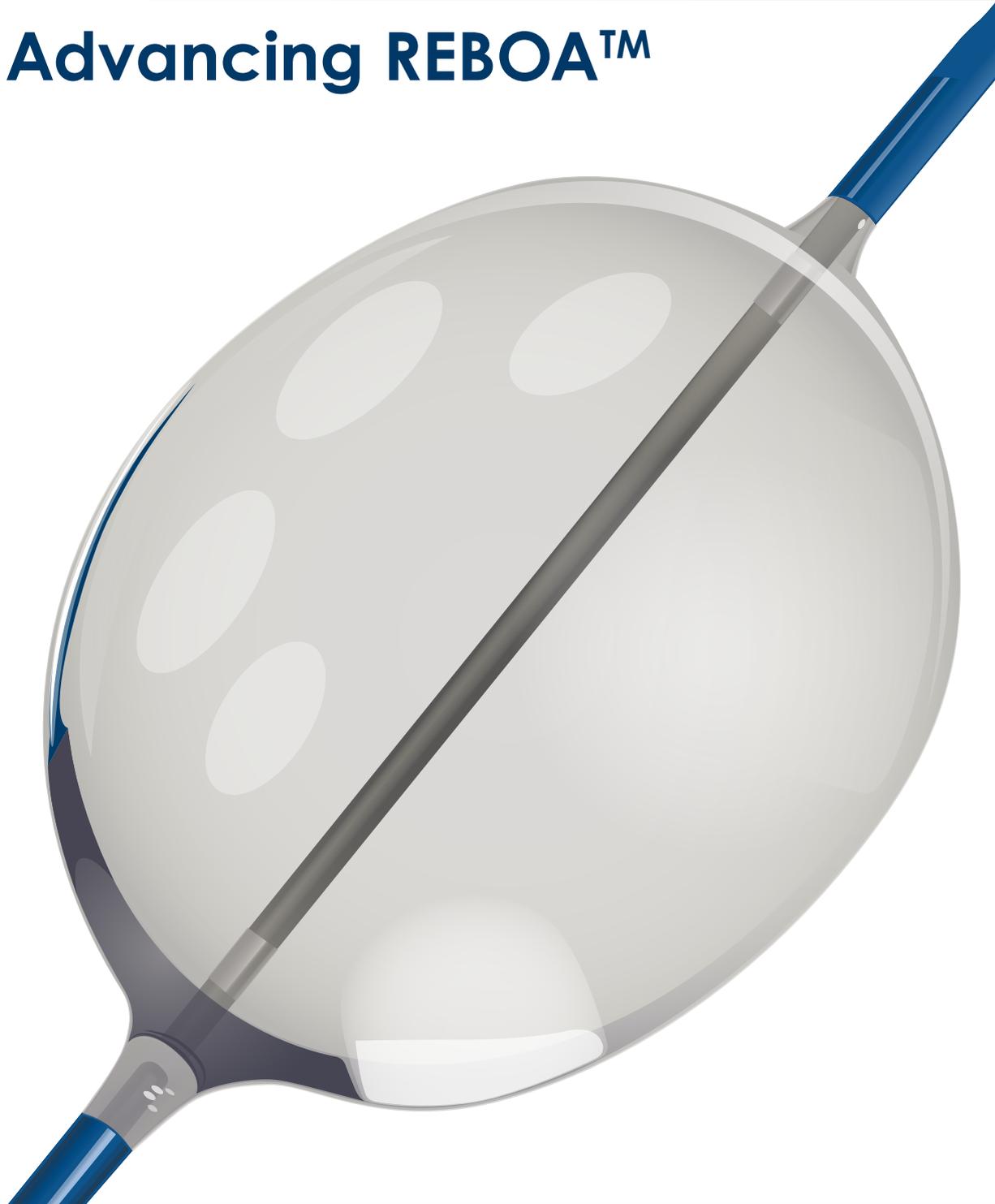
ARIO

CON IL PATROCINIO DI:

confiniindustria
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata SANITÀ

ER-REBOA™ PLUS

Advancing REBOA™



• NUMERO •



Cari lettori,

sovente, suscitano grande scalpore gli episodi di violenza nei confronti di medici, quando sono coinvolti personaggi famosi, com'è accaduto nello scorso mese di settembre all'immunologo Francesco Le Foche, aggredito da un suo paziente. In realtà, minacce, lesioni, aggressioni verbali e fisiche ai danni di medici e infermieri, negli ospedali, nei pronto soccorso, nei reparti di psichiatria, negli studi dei medici di famiglia e presso i presidi delle guardie notturne, sono all'ordine del giorno.

In base ai dati elaborati dall'INAIL, le aggressioni denunciate e registrate nel triennio 2019-2021 sono state 4.821. Circa 1.600 l'anno, di cui il 71% sono avvenuti ai danni di una donna. I più colpiti sono gli infermieri e gli educatori che seguono tossicodipendenti e alcolisti, seguiti dagli operatori sociosanitari. Tra l'8% e il 38% degli operatori sanitari ha subito violenze fisiche e queste cifre raddoppiano se si parla di violenza verbale, ma sono tanti coloro che non denunciano, in particolare le aggressioni verbali.

Il 37% degli aggrediti è concentrato nel settore assistenza sanitaria, che include ospedali, case di cura, istituti, cliniche e policlinici universitari, il 33% nei servizi di assistenza sociale residenziale, che comprendono case di riposo, strutture di assistenza infermieristica e centri di accoglienza, mentre il restante 30% ricade nel comparto dell'assistenza sociale non residenziale. Il 71% ha riguardato le donne, mentre per entrambi i generi si rileva che il 23% dei casi interessa gli operatori sanitari fino a 34 anni, il 39% quelli da 35 a 49 anni, il 37% da 50 a 64 anni e l'1% oltre i 64 anni. La professione più colpita è quella dei tecnici della salute, in cui si concentra più di un terzo dei casi. Si tratta prevalentemente di infermieri, ma anche di educatori professionali, normalmente impegnati in servizi educativi e riabilitativi con minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani all'interno di strutture sanitarie o socio-educative. Seguono, con il 29% dei casi, gli operatori socio-sanitari delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e, con il 16%, le professioni qualificate nei servizi personali e assimilati, soprattutto operatori socio-assistenziali e assistenti-accompagnatori per persone con disabilità. Più distaccata, con il 3% dei casi di aggressione ai danni del personale sanitario, la categoria dei medici, che non include però nell'obbligo assicurativo Inail i sanitari generici di base e i liberi professionisti.

È del tutto evidente che si tratta di un'emergenza nell'emergenza. Alla quale porre rimedio nell'immediato, con nuove norme di sicurezza e di tutela per chi opera a tutti i livelli nel sistema salute.



Soteria
Medical



Prokast

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



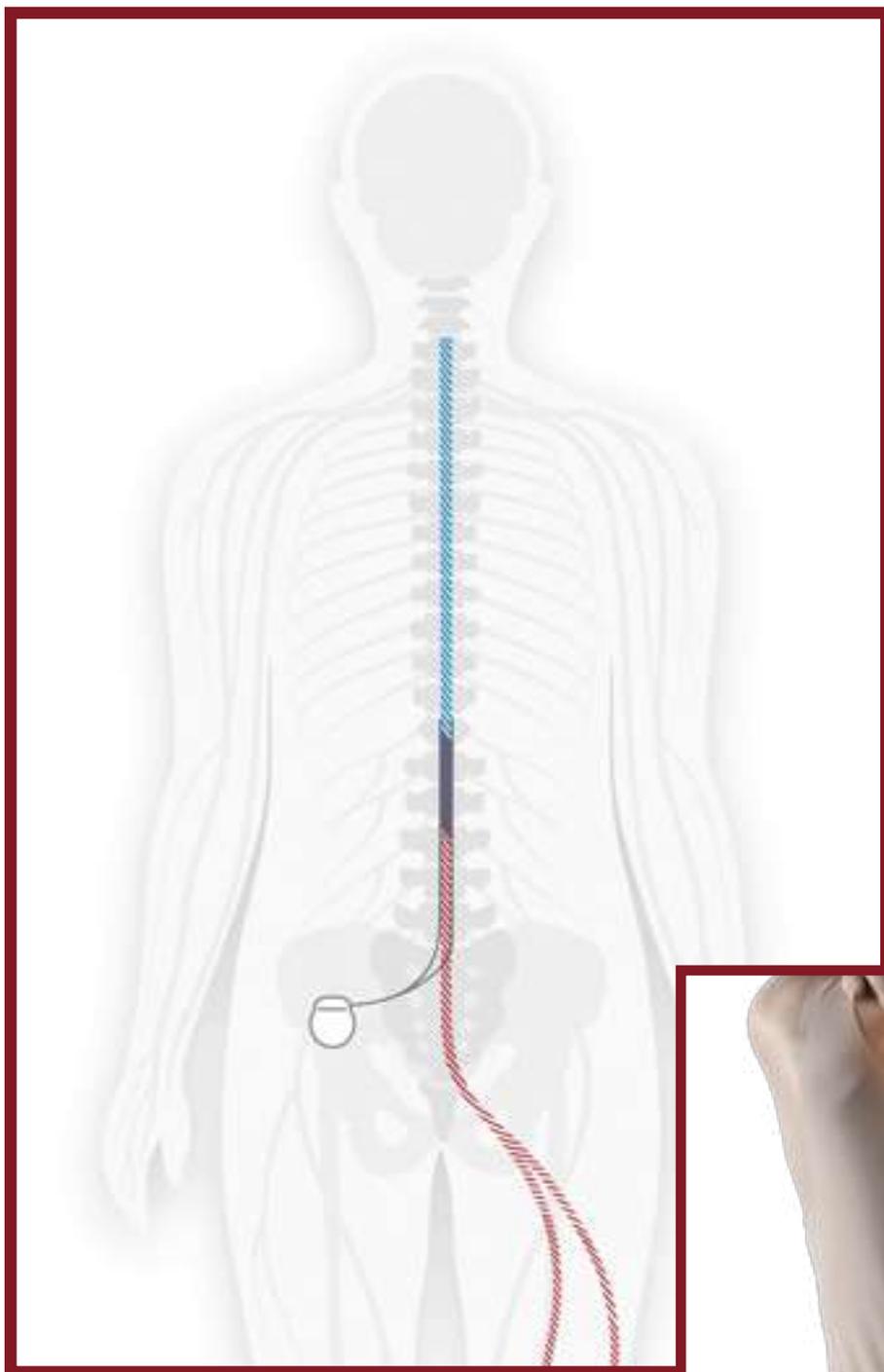
IL DOLORE CRONICO IN ITALIA, una malattia sottostimata e trascurata

*La grave situazione di questa patologia nel nostro paese
e la necessita di diagnosi tempestive e terapie personalizzate
per migliorare la qualità della vita dei pazienti.*

di *Flavia Scicchitano*

Per molto tempo il dolore è stato considerato esclusivamente un sintomo e solo negli ultimi decenni è stato riconosciuto come una malattia a sé stante, che necessita quindi di un adeguato trattamento. Il dolore si può distinguere in acuto o cronico: il primo è un dolore improvviso che dura meno di tre mesi, ha una causa specifica e scompare dopo un corretto trattamento; il secondo è un dolore continuo, che dura più di tre mesi, colpisce persone di varie età in qualunque parte del corpo, deriva da molteplici patologie croniche e spesso viene mal diagnosticato. Può essere, inoltre, causato da un problema di fondo che la chirurgia non è in grado di guarire e necessita di trattamenti volti esclusivamente a ridurlo. Il dolore cronico è considerato una delle più

debilitanti e costose patologie in Europa con il 19% degli adulti che soffre di un dolore da moderato a grave. In Italia la situazione è ancora più grave: il nostro Paese si classifica terzo in Ue in termini di prevalenza e gravità, con una percentuale che oscilla tra il 21,7% e il 26%. In sostanza 1 italiano su 4 è colpito da dolore cronico, ovvero quasi 13 milioni di persone. L'età media, 47,8 anni, è tra le più basse d'Europa, mentre la durata, 7,7 anni, tra le più alte. Il 43% di portatori di dolore accusa livelli di alta intensità. Tuttavia, vista la difficoltà della diagnosi, il reale numero dei pazienti è sottostimato: circa il 40% non viene trattato da uno specialista del dolore e non riceve adeguate cure, con importanti conseguenze sull'efficacia della terapia e sulla qualità della vita. Le possibilità di



successo della terapia antalgica sono, infatti, maggiori quanto meno tempo si aspetta convivendo con il dolore cronico. E, considerando che si tratta di una patologia altamente invalidante di forte impatto sulle diverse dimensioni fisica, psicologica, lavorativa e relazionale, tutto ciò appare ancora più grave.

La neurostimolazione spinale è una terapia mininvasiva e sicura

Secondo quanto emerso da una Survey, condotta nel luglio 2022 da Boston Scientific in Germania, UK, Spagna e Italia su 2mila pazienti affetti da dolore cronico, il nostro Paese consegue la peggiore performance rispetto ai tempi della diagnosi: i pazienti italiani possono attendere fino a 10 anni prima di avere una diagnosi corretta e impostare terapie adeguate, spesso inascoltati dagli stessi medici che tendono a sottovalutare il problema. In Italia non ha contattato uno specialista il 25,7% dei

pazienti, il 15% ne ignorava l'esistenza, il 13% non ha trovato soluzioni idonee nel proprio territorio, mentre addirittura 1 paziente su 10 ha rinunciato per mancanza di coperture economiche. Il 17,7% dei pazienti italiani si è rivolto a quasi 10 medici prima di individuare lo specialista più idoneo e solo il 29,9% ha ricevuto la diagnosi direttamente dal medico di famiglia.

Dalla Survey emergono alcuni altri dati sorprendenti: 1 paziente italiano su 10 non riceve alcun trattamento per contrastare il dolore cronico, mentre 1 paziente su 4 conferma che la percezione del dolore è scesa notevolmente dopo i trattamenti. Ciò a conferma che una terapia adeguata e 'su misura' migliora concretamente la qualità della vita.

Gli strumenti terapeutici in grado ad oggi di alleviare le sofferenze dei pazienti sono molteplici e prevedono l'utilizzo di farmaci antidolorifici, antinfiammatori, omeopatici, o di dispositivi quali i neurostimolatori midollari e i sistemi di ablazione con radiofrequenza. Il trattamento del dolore cronico prevede infatti una strategia multidisciplinare che può includere all'inizio del percorso l'uso di farmaci analgesici per il trattamento sintomatico e alla fine del percorso terapie più avanzate come la Neurostimolazione Spinale (o SCS- Spinal Cord Stimulation). Le tecniche mininvasive sono spesso utilizzate quando le opzioni farmacologiche non offrono un'analgia adeguata o inducono effetti collaterali insopportabili, possono però perfettamente integrarsi ed essere complementari ai farmaci. In particolare, la Neurostimolazione spinale è basata sulla stimolazione elettrica selettiva del midollo

spinale tramite degli elettrocateri, impiantati nello spazio epidurale e connessi ad un generatore di impulsi, al fine di modificare la percezione del dolore nelle zone algiche. Lo stimolo elettrico erogato si traduce nella percezione di una parestesia da parte del paziente (sensazione simile ad un formicolio) che si sostituisce alla sensazione dolorosa. La terapia mediante SCS è completamente reversibile, non preclude ulteriori opzioni terapeutiche e viene utilizzata con successo fin dal 1967 per trattare pazienti con sindromi dolorose non trattabili, tra cui la sindrome da intervento chirurgico fallito alla schiena e la sindrome del dolore regionale complesso. Le linee guida del NICE raccomandano la SCS nei pazienti adulti affetti da dolore cronico di origine neuropatica, che soffrono di sindrome dolorosa cronica (con un punteggio di almeno 50/100 della scala VAS, Visual Analogue Scale) da almeno 6 mesi nonostante il trattamento medico convenzionale. Si tratta di una procedura sicura, mininvasiva e reversibile che, a differenza degli oppioidi utilizzati in modo prolungato ad alti dosaggi, non è associata a disfunzioni del sistema immunitario e ormonale, depressione, aumento di peso, iperalgesia o potenziale sindrome da dipendenza. Le criticità per i pazienti affetti da dolore cronico risiedono anche nella mancata attuazione di una adeguata presa in carico. Sebbene il decreto del novembre 2018 abbia concluso il percorso per il riconoscimento normativo della gestione del dolore con l'introduzione di un codice specifico per tracciare le attività ospedaliere, gli esperti notano una notevole disparità nell'attuazione di questi percorsi a livello nazionale e la mancanza di dati epidemiologici

concreti ostacola la pianificazione sanitaria. Ne consegue che le risorse economiche dedicate alle terapie del dolore sono limitate e che chi si occupa a livello ospedaliero di terapia del dolore deve confrontarsi con il problema della sostenibilità economica di questa disciplina. Proprio in merito all'aspetto economico, risultati interessanti sono emersi da un'inchiesta promossa dal gruppo Compain (www.compain.it), progetto che coinvolge più di duecento terapisti del dolore e che mira a costruire - attraverso diversi gruppi di lavoro - una rete di conoscenze indipendente offrendo lavori scientifici, linee guida e webinar. Il confronto tra gli esperti è iniziato dalla valutazione della sostenibilità di quattro procedure tipiche di terapia del dolore: la denervazione delle faccette articolari, la radiofrequenza del nervo periferico, l'epiduroscopia e la neurostimolazione spinale. Per effettuare una rilevazione realistica si è deciso di condurre delle interviste in 17 centri di terapia del dolore. Ciò che emerge è una



notevole disomogeneità sul territorio nazionale di codifica delle procedure erogate in regime di ricovero ospedaliero, dovuta in parte alla mancanza di linee guida regionali e in parte alla difficoltà di inquadrare le attuali diagnosi e terapie correlate alla terapia del dolore nelle categorie dell'ICD-9 (il sistema internazionale di classificazione delle malattie, dei traumatismi e degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche terapeutiche, attuale sistema di riferimento in Italia per codificare la scheda di dimissione ospedaliera). Tale problema di codifica - spiegano sempre gli esperti - genera una disomogeneità dei rimborsi nelle diverse regioni a cui segue una diversa sostenibilità della disciplina, un iniquo accesso alle cure con possibili e non auspicabili ripercussioni sull'appropriatezza terapeutica.

Dalla tabella sottostante si può vedere quali sono le differenze rilevate, con rimborsi per la stessa procedura che variano in maniera ingiustificata da regione a regione:

PROCEDURA	RIMBORSO MINIMO RILEVATO	RIMBORSO MASSIMO RILEVATO
Denervazione delle faccette articolari	124,47 €	2.585 €
Radiofrequenza del nervo periferico	124,47 €	3.710,73 €
Epiduroscopia	1.282,95 €	9.002,04 €
Impianto di stimolatore spinale	8.543 €	24.634,26 €

Ulteriori problematiche attengono poi alla formazione dello specialista in terapia del dolore e alle possibilità di sbocco lavorativo. Dai dati raccolti dal gruppo di lavoro Compain costituito da 22 neospecialisti e specializzandi in Anestesia e terapia del dolore in 8 Atenei (Sardegna, Puglia, Campania, Lazio, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) emerge una globale carenza della formazione specifica in terapia del dolore: l'85% degli intervistati ha dichiarato che questa non viene fornita durante il corso di laurea in medicina, il 39% ha dichiarato di non averla ricevuta nemmeno all'interno del proprio percorso di specializzazione, il 77% non è stato sottoposto a prove in itinere durante i 5 anni di specializzazione, il 62% non era obbligato a frequentare un centro di terapia del dolore durante il proprio percorso. Ciò - osservano gli esperti - si riflette direttamente sulle difficoltà nell'inserimento lavorativo: il 77% degli specialisti percepisce la propria formazione come inadeguata, e di questi l'85% ritiene di avere carenze sulla teoria e il 75% sulle tecniche interventistiche. I fabbisogni formativi percepiti dalla maggior parte dei partecipanti alle survey riguardano gli ambiti della neurologia, fisioterapia, medicina interna, psicologia, diagnostica muscolo scheletrica e

La IASP (International Association for the Study of Pain) ha suggerito da tempo una nuova classificazione delle malattie e degli interventi chirurgici (ICD-11), che vedrebbe il dolore cronico declinato in tutte le sue sfaccettature. Tuttavia - secondo il gruppo Compain - è difficile immaginare un'applicazione a breve termine dell'ICD-11 nei nostri sistemi di codifica. Occorrerebbe dunque una presa di posizione condivisa, che consideri la diagnosi più appropriata per il tipo di patologia e il codice più appropriato per descrivere la complessità e i costi della procedura. A tutto ciò deve seguire un rimborso che garantisca la sostenibilità del trattamento e l'erogazione dello stesso trattamento per ogni malato in tutti i centri di terapia del dolore nelle diverse regioni. Per quel che riguarda la terapia del dolore, l'attuale sistema DRG contribuisce in larga misura a sottostimare i costi effettivi delle procedure cliniche in numerosi contesti, portando a tariffe che non rispecchiano accuratamente i costi medi sostenuti.

neurofisiologia e tecniche di chirurgia percutanea del dolore.

Da qui l'esigenza prospettata dai terapisti del dolore di un adeguamento del percorso formativo agli standard minimi di competenze. Tra le varie opzioni vagliate, il gruppo ha raggiunto un consenso sull'opportunità di creare un percorso di ultra-specializzazione all'interno della Scuola di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore (in Italia articolata in 5 anni di corso): la proposta è di dedicare i primi tre anni di formazione dello specializzando alla conoscenza di tutte le tre branche della Scuola di Specializzazione, con formazione teorica e prove in itinere anche in terapia del dolore. Dal quarto anno lo specializzando potrebbe scegliere il percorso di ultra specializzazione: nel caso della Terapia del Dolore gli ultimi due anni di corso sarebbero incentrati sullo studio esclusivo della materia e sulla frequenza presso centri hub per consolidare le competenze lavorative, dalla diagnosi fisiopatologica all'elaborazione di una strategia terapeutica omnicomprensiva che includa la gestione dei farmaci, dei percorsi riabilitativi fisiatrici, della sfera psicologica e comportamentale, fino alle tecniche interventistiche avanzate. Per la messa in pratica di tale progetto - sottolineano i terapisti del



dolore - è auspicabile un intervento più deciso degli organismi di controllo, quali l'Osservatorio nazionale delle Scuole di Specializzazione e la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), per certificare il possesso dei requisiti del curriculum. In alternativa l'istituzione di un 'albo professionale', formato da specialisti del settore con comprovata competenza nel campo. "Un percorso formativo ristrutturato e che porti ad ottenere un curriculum specialistico dovrebbe essere considerato il prerequisito fondamentale per la pratica algologica. Si tratterebbe - conclude il gruppo Compain - dell'unica garanzia di un accesso alle cure secondo i più alti standard definiti dalla comunità scientifica".

Da questa attenta analisi emergono quindi quelle che sono le problematiche che ancora oggi in Italia accompagnano la terapia del dolore: la legge n.38 del 15 marzo 2010 sanciva il diritto a non soffrire,

riconoscendo una nuova disciplina, la terapia del dolore, distinta dalle cure palliative, che avrebbe dovuto gestire e prendere in carico in modo appropriato i malati con dolore cronico. Tuttavia, come dimostrato, molto resta ancora da fare e continuano ad esistere una serie di ostacoli: dalla diagnosi ritardata alla disparità nell'accesso alle cure, dalla mancanza di formazione adeguata dei medici alle difficoltà di sostenibilità economica.

Come affermato anche dall'on. Alessandro Colucci "Urge dare concretezza alla legge 15 marzo 2010, n. 38, che ben distingue tra cure palliative e terapia del dolore. Con la formazione poi di medici specializzati in quest'ultima riusciremo a migliorare la qualità della vita di chi soffre di dolori cronici".

I più urgenti interventi riguardano l'adozione di una classificazione più dettagliata delle condizioni dolorose, la standardizzazione dei rimborsi per le procedure terapeutiche e una proposta di formazione specialistica specifica per i professionisti del dolore. Affrontare queste sfide richiederà non solo interventi normativi mirati ma anche un impegno congiunto delle istituzioni, della comunità scientifica e del settore sanitario per garantire un accesso equo e adeguato alle cure per tutti i pazienti affetti da dolore cronico.

**classificazione, rimborsi
e formazione: le criticità
da affrontare per un accesso
equo alle cure**

PAYBACK: corsa contro il tempo per una soluzione

CONFIMI SANITÀ LOTTA PER EVITARE UNA CRISI NEL SETTORE BIOMEDICALE

Il problema è noto e ha un nome. Corre l'obbligo per le aziende fornitrici di dispositivi medici di restituire gli importi con cui le Regioni hanno sfiorato il tetto sugli acquisti dei dispositivi medici nel quadriennio 2015-2018. Ci sarà poi il secondo quadriennio, quello che va dal 2018 al 2022, caratterizzato dal COVID, che invece è ancora tutto da scrivere. L'augurio di Confimi Sanità e di tutti i produttori di medical device è che resti lettera bianca.

Confimi Industria Sanità – dall'entrata in vigore del regolamento e ormai da più di un anno – fa la spola tra Ministero della Salute, MEF, le aule di Camera e Senato lavorando a una revoca del decreto. Un primo risultato l'ha ottenuto: le Regioni dovranno ricalcolare gli importi scorpendo l'iva da ogni fattura e prestazione.

Abbiamo chiesto al governo di sospendere il meccanismo del payback sui dispositivi medici e convocare le parti sociali, si devono accertare le dovute responsabilità. Le aziende non possono pagare i buchi di bilancio delle Regioni: le condizioni di mercato poi in 12 mesi sono ulteriormente cambiate, oggi le banche applicano interessi dell'11-12% sui fidi e c'è il rischio concreto che le aziende portino i libri in tribunale.

Molte le voci e i volti di Confimi Sanità che ogni giorno lavorano a Roma e sul territorio per fare luce su questo ingrato meccanismo. Tra queste, l'imprenditrice e vicepresidente di Confimi Sanità, Marta Mussini, che più volte ha fatto parte della delegazione che ha incontrato a più riprese figure tecniche e politiche.

“Le aziende hanno presentato una raffica di ricorsi al Tar del Lazio e l'efficacia del provvedimento è quindi sospesa, in attesa del giudizio di merito. Alcune multinazionali hanno preferito saldare i conti per potersi così presentare con le mani libere ai bandi dei nuovi appalti. Ma qui c'è il rischio di mettere in ginocchio il settore del biomedicale: le 4400

aziende non possono rimborsare le regioni sulla percentuale del guadagno della loro attività.

Non solo lamentatio. Confimi Sanità in questi mesi ha sempre teso la mano al Governo con delle proprie proposte.

Abbiamo chiesto di ridurre al 20% l'importo complessivo da pagare per il periodo 2015-2018. Tradotto in numeri si scende da 2,2 miliardi a 440 milioni. Ma non c'è il via libera. L'importo base sul quale applicare l'aliquota dev'essere l'utile al netto delle imposte, già pagate, rilevato sulle fatture di competenza oggetto di sfioramento del tetto di spesa. E ovviamente va scorporata l'iva.

a cura della redazione





Una nuova frontiera

La realtà virtuale per la Sanità

di Annachiara Albanese

Laureato in psicologia con una tesi sull'uso dell'audiovisivo nelle strutture penitenziarie, Guido Geminiani inizia la sua carriera nel mondo del video come montatore di programmi televisivi per Mediaset e MTV. Nel 2005, fonda la sua prima società "Sick Girl srl", che diventa un fenomeno di comunicazione, producendo contenuti per Sky, Vodafone, Tre, Tim e Rai2, promuovendo tour e spettacoli dal vivo in Italia e progettando l'omonimo "social network".

Dopo diverse produzioni indipendenti, nel 2008 inizia un'esperienza di volontariato in Nord Uganda, che lo porterà a diventare responsabile del progetto di comunicazione del Ministero degli Affari Esteri nell'Africa Sub-Sahariana con missioni che dureranno fino al 2013.

Nel 2010 fonda "Brandon Box", una casa di produzione specializzata in branded content, che oggi punta al mondo del cinema e alla produzione di contenuti originali. Nel frattempo, realizza diversi progetti di interazione commerciale e nel 2014 inizia a stratificare

la sua esperienza nel mondo della realtà virtuale con produzioni immersive. Unendo queste conoscenze ad anni di ricerca e sperimentazione, ha sviluppato un'innovativa tecnica di produzione "360° - 3D stereoscopico - full body - in motion", dando vita ad un nuovo linguaggio comunicativo che ha chiamato "IMPERSIVE", come l'azienda da lui fondata. CEO di IMPERSIVE e direttore di riferimento, continua a sviluppare e implementare tecniche di produzione e ad oggi ha progettato e diretto più di cento progetti commerciali per alcuni dei principali marchi globali.

Si parla molto di realtà aumentata, una tecnica che permette di arricchire la percezione sensoriale degli esseri umani, offrendo informazioni che altrimenti non potrebbero essere percepite con i cinque sensi. Queste informazioni sono solitamente trasmesse tramite dispositivi come smartphone, tablet e webcam su PC. La realtà aumentata è cosa diversa dalla realtà virtuale, che è estremamente immersiva, in quanto le informazioni aggiunte (o tolte) sono maggiori rispetto

a quelle reali; le persone hanno quindi l'impressione di non essere più in controllo dei cinque sensi o di essere quasi sopraffatte. Guido Geminiani, con la sua società, si occupa di realtà virtuale. La realtà virtuale immersiva (un ambiente costruito intorno all'utente) secondo il livello tecnologico attuale e secondo le previsioni possibili per il prossimo futuro potrà essere utilizzata dalla massa grazie ad alcune periferiche (in parte già utilizzate): la Piattaforma 3d, il primo sistema ideato nella storia (rilasciato il Novembre del 1990) da parte della "W Industries" è il "Virtuality System", si basa su un visore e una pedana o sedile; il visore - un casco o dei semplici occhiali in cui gli schermi vicini agli occhi annullano il mondo reale dalla visuale dell'utente. Il visore può inoltre contenere dei sistemi per la rilevazione dei movimenti, in modo che girando la testa da un lato, ad esempio, si ottenga la stessa azione anche nell'ambiente virtuale; auricolari - trasferiscono i suoni all'utente; wired gloves (guanti) - i guanti rimpiazzano mouse, tastiera, joystick, trackball e gli



altri sistemi manuali di input. Possono essere utilizzati per i movimenti, per impartire comandi, digitare su tastiere virtuali, ecc.; cybertuta - una tuta che avvolge il corpo. Può avere molteplici utilizzi: può simulare il tatto flettendo su se stessa grazie al tessuto elastico, può realizzare una scansione tridimensionale del corpo dell'utente e trasferirla nell'ambiente virtuale.

Quali sono i progetti in campo sanitario di IMPERSIVE?

Come IMPERSIVE siamo specializzati in tutte le tecnologie che hanno a che fare con i visori immersivi: sostanzialmente, con questi prodotti, l'utente è 'portato da un'altra parte', chiuso all'interno di un sistema di schermi e lenti. Abbiamo sviluppato una serie di tecnologie che ci caratterizzano, realizzando esperienze in 'soggettiva dinamica', come si dice in gergo: quando indossano il visore, mettiamo gli utenti nei panni di qualcun altro, con delle riprese complete a 360°, tridimensionali su tutti i lati. Abbiamo evoluto le tecniche producendo esperienze, in buona parte grazie ai brand più prestigiosi a cui offriamo i nostri prodotti. In dieci anni, abbiamo realizzato 500 rapporti commerciali. Il ramo dedicato al medicale non fa ancora parte del nostro business, ma possiamo considerarlo un settore di sperimentazione avanzatissima.

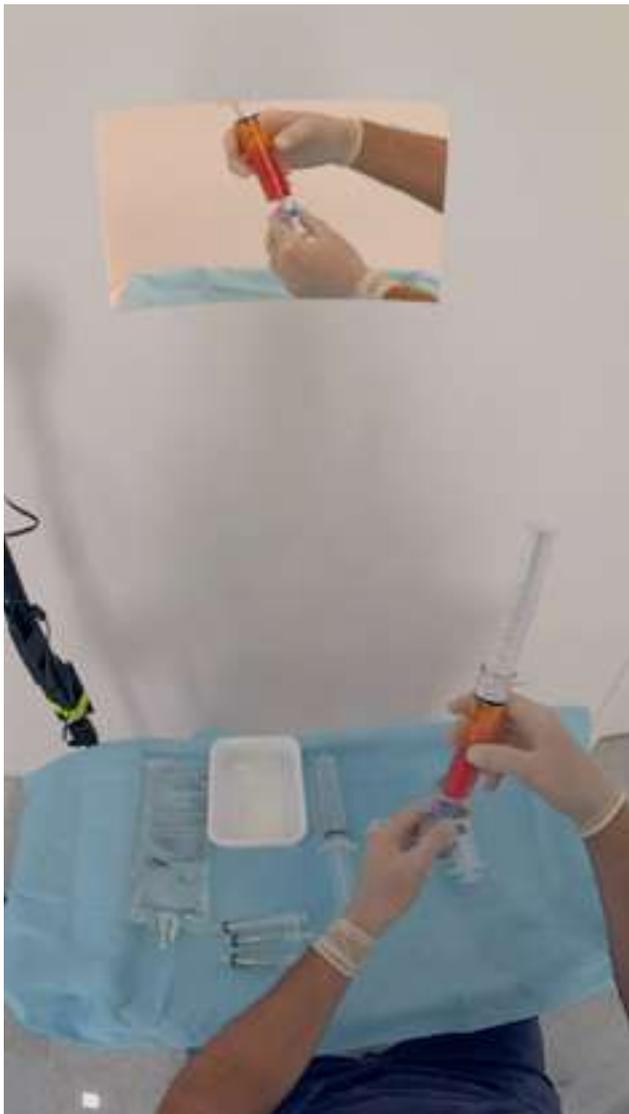
Ci dia qualche esempio di questa sperimentazione.

I primi progetti li abbiamo realizzati nel 2016, con il primario della Chirurgia Veterinaria dell'Università Statale di Milano. Poi, abbiamo realizzato un primo intervento dal vivo alla Columbus di Milano: un crociato completo, dall'inizio alla fine, mettendo l'utente nei panni del chirurgo mentre fa tutta la procedura, con lo stereoscopico tridimensionale, aumentando il campo operatorio con una camera 3D, che fa come uno zoom della scena, mettendo le camere endoscopiche all'interno del campo visivo dell'utente. Subito dopo abbiamo fatto una 'libreria di interventi' ambulatoriali all'Università Federico II di Napoli, nel reparto di Ginecologia. Nello scorso mese di luglio ci siamo occupati di un'amputazione di una gamba con protesi sensitiva in una clinica privata di Bressanone, con microchirurgia per il collegamento dei nervi. Tutti progetti presentati a livello internazionale, molto poco in Italia. Tra i progetti commerciali, ad esempio, abbiamo realizzato un progetto per Samsung Medical, che racconta tutte le procedure in Radiologia, fatte con il loro materiale radiologico all'Ospedale di Monza: abbiamo formato un tecnico e quel contenuto viene utilizzato nelle grandi fiere internazionali per promuovere il macchinario. Ci siamo occupati, sempre alla Federico II, dell'intera procedura per formare i tecnici di laboratorio nella mappatura genomica dei tumori. Un altro esempio: un virtual-tour, in ambito farmaceutico, nello stabilimento della MT di Boston.



Due progetti fatti per Emergency, dei quali uno girato in Uganda, con Gino Strada e Renzo Piano, in cui facciamo vedere un'intera procedura su un bambino di otto mesi, nel Reparto di Chirurgia Pediatrica nell'Ospedale di Entebbe. Ancora: un progetto sull'oculistica, in particolar modo sul glaucoma, con il quale si fa tutta la procedura di misurazione e di terapia. L'ultima sperimentazione in assoluto, quella che ha avuto l'eco più forte, è stata sviluppata con il primario di Chirurgia Rettale dell'Ospedale Humanitas, Antonino Spinelli,

che è anche il presidente dell'associazione europea dei chirurghi rettili: prima abbiamo prodotto una prima assoluta, in termini di procedura, con il Robot da Vinci, con la registrazione di un intervento presentata poi in un grande evento europeo; poi, un mese fa, abbiamo realizzato un intervento in realtime, in streaming, proiettato nel nuovissimo Campus per la formazione dell'Humanitas, dove abbiamo collocato quindici visori collegati con la sala operatoria: l'utente, quindi, si trovava negli occhi del chirurgo mentre vedeva il



robot e le mani del chirurgo mentre stava operando sincronizzate con la visione e contemporaneamente assisteva ad una visione stereoscopica della sala. Mi ha molto impressionato vedere chirurghi che sono arrivati da tutto il mondo, rimasti un'ora e mezza ad osservare la procedura.

Quali sono gli obiettivi di questa mole di attività?

Le nostre attività nel mondo medicale hanno l'obiettivo di codificare non tanto un prodotto, ma delle procedure. Buona parte delle start-up o anche grandi società che hanno cercato di risolvere il problema della formazione in campo medicale, secondo me sono incappati nella volontà di voler semplificare e a rendere prodotto qualcosa che è molto difficile rendere prodotto in ambiti così diversi. È stato il nostro approccio generale, la customizzazione - adeguare un prodotto alle esigenze di un singolo cliente, personalizzandolo - a rendere possibile quello che facciamo e i progetti che abbiamo in cantiere. Per il futuro, penso che sia centrale il tema della formazione, a costi molto contenuti.



ALLENATORE ALLEATO DI SALUTE

di Danilo Quinto

FRANCO COGNETTI

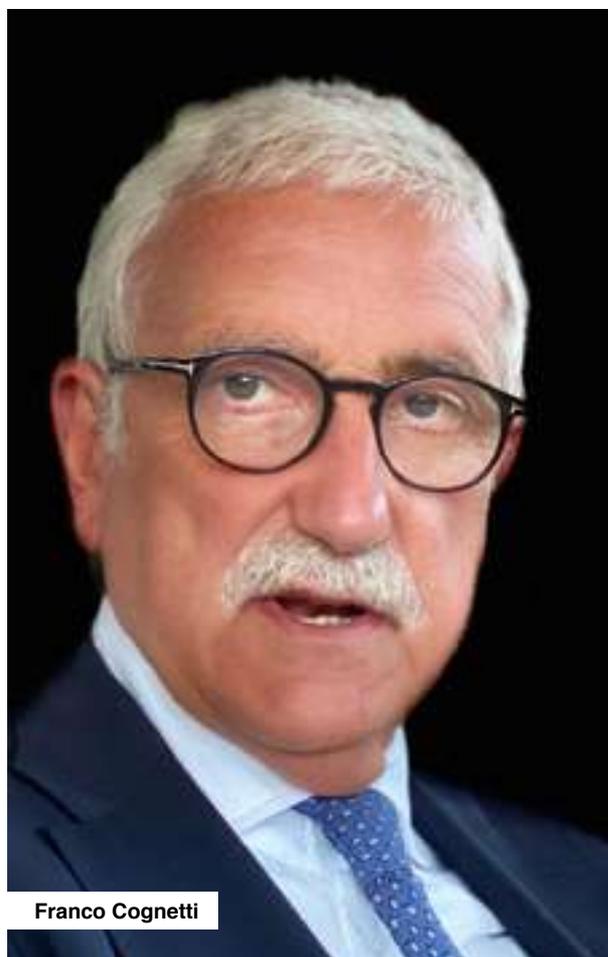
Una grande campagna sulla sensibilizzazione primaria promossa dalla Foce d'intesa con il ministero dello Sport e il Coni

In Italia, solo l'8,2% degli adolescenti svolge almeno un'ora al giorno di attività fisica. Il 18,2% è in sovrappeso e il 4,4% obeso. Dati che evidenziano un peggioramento degli stili di vita degli under 18 nel post pandemia. Infatti, prima del 2018, il sovrappeso interessava il 16,6% e l'obesità il 3,2% dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. L'allarme riguarda anche l'abuso di alcol che aumenta soprattutto tra le ragazze di 15 anni: dal 16% del 2018 si è arrivati al 21%.

I dati preoccupanti investono anche la popolazione più adulta: quasi il 30% è completamente sedentario e il 24% fuma. E il sovrappeso interessa complessivamente circa 17 milioni di cittadini over 18 (12.900.000 in sovrappeso e 4.100.000 obesi). Di cui, il 27% ha tra i 18 e i 24anni, il 54% è over 50, il 59% ha tra i 65 e i 74 anni.

In ragione di questi dati, la Federazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi (FOCE), in collaborazione con il Ministero dello Sport e il CONI, ha lanciato la nuova edizione di "Allenatore Alleato di Salute". Il progetto promuove stili di vita sani attraverso 5 opuscoli e una campagna sui social per sensibilizzare tutti i cittadini: dagli adolescenti agli over 65.

"È stata approvata la modifica dell'articolo 33 della Costituzione" – ha dichiarato il Ministro per lo Sport e i Giovani in occasione della presentazione della campagna – "che riconosce il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività



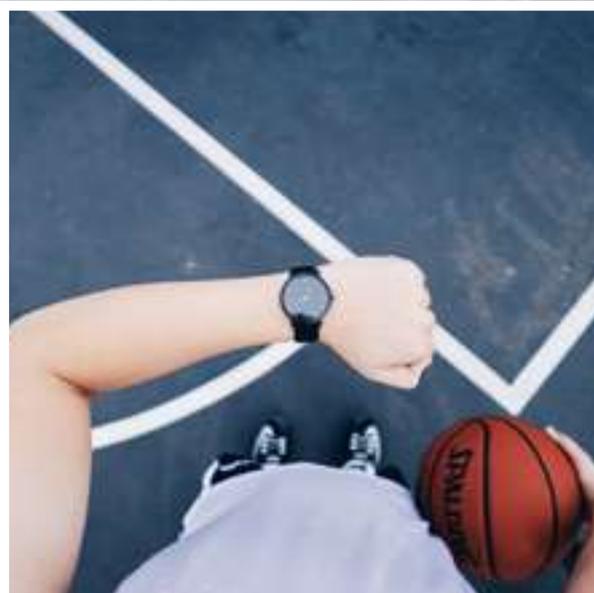
Franco Cognetti



Giovanni Malagò - presidente del Coni

sportiva in tutte le sue forme. A noi spetta il compito di contribuire, nei rispettivi ruoli anche di carattere sportivo, alla trasformazione del valore riconosciuto in un diritto acquisito, allo sport per tutti e di tutti. Sarà fondamentale considerare l'attività motoria, sportiva, una 'difesa immunitaria nella sua dimensione individuale, a beneficio della salute fisica, e sociale, riferita a quella delle comunità. Abbiamo bisogno di contribuire al miglioramento degli stili di vita, contrastando la sedentarietà, con i suoi danni e i suoi costi, e lo sport può e deve svolgere un ruolo sempre più incisivo, sempre più utile, educativo ed efficace nell'ottica della prevenzione, prima ancora che in chiave di cura, che dobbiamo promuovere in modo convincente, sistematico e diffuso". "Lo sport è patrimonio di tutti, unisce e supera ogni barriera – ha sostenuto il senatore Antonio Iannone, primo firmatario della Riforma Costituzionale sullo Sport – il riconoscimento dell'attività sportiva all'articolo 33 della Costituzione è molto importante. Milioni di praticanti dello sport, da quello di base fino ai campioni, aspettavano questo riconoscimento. Per lo sport si tratta di un nuovo inizio, atteso da 75 anni".

"La recentissima riforma costituzionale sull'attività sportiva come elemento essenziale del benessere psicofisico, rende indispensabili le campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione primaria", spiega Francesco Cognetti, presidente FOCE (ConFederazione Oculisti Cardiologi Ematologi, primario della Divisione di Oncologia Medica I dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori, docente presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare dell'Università La Sapienza di Roma. "Nei



mesi scorsi", aggiunge il prof. Cognetti, "abbiamo firmato protocolli d'intesa con il Ministro dello Sport e il Coni, finalizzati a promuovere progetti d'informazione sugli stili di vita sani".

Come avete organizzato questa campagna?

"Abbiamo realizzato cinque opuscoli informativi da distribuire nelle scuole, sul fumo, sulla dieta, sull'alcol, sull'attività fisica e sulla salute mentale. La pandemia, infatti, ha avuto ripercussioni negative anche sul benessere psicologico dei giovani. Circa il 30% degli adolescenti soffre di disagio psicologico, che si manifesta sotto forma di depressione ed ansia. L'attività sportiva contribuisce a ridurre i disturbi dell'umore e a migliorare l'autostima. I comportamenti scorretti iniziano nella maggioranza dei casi da giovanissimi e l'allenatore sportivo può svolgere un ruolo importantissimo nell'influenzare i comportamenti

dei ragazzi. La campagna avrà una forte ricaduta sui social media, con un grande spazio di sensibilizzazione anche sulla web tv 'Allenatore Alleato di Salute'. Il progetto è realizzato con il contributo non condizionato di Poste Italiane, MSD e Pfizer”.

I dati sulle patologie indicano che esiste una grande emergenza: il tumore. Cosa ne pensa?

“Il tumore è la più curabile e prevenibile delle patologie croniche: il 40% dei tumori, pari ad oltre 156.000 casi ogni anno in Italia, è evitabile grazie a stili di vita sani. Il fumo è il fattore di rischio con maggiore impatto, a cui sono riconducibili almeno 43.000 decessi annui per cancro nel nostro Paese. E i tabagisti hanno da due a quattro volte più probabilità di sviluppare una malattia cardiovascolare rispetto ai non fumatori. Tra tutti i decessi causati dalle malattie cardiovascolari, circa uno su cinque è connesso al fumo. Inoltre, si stima che l'eccesso ponderale, nel nostro Paese, sia responsabile di oltre 64.000 decessi (il 10% di tutte le morti) e di oltre 571.000 anni vissuti con disabilità. Alla conferenza stampa di presentazione del progetto ha partecipato il presidente del CONI, Giovanni Malagò, che ha affermato: “È dimostrato da numerosi studi scientifici che, grazie all'attività fisica, è possibile evitare gravi malattie. Lo sport esercita effetti preventivi e terapeutici e può essere paragonato a un farmaco che, opportunamente somministrato, previene patologie contro i tumori e le malattie cardiovascolari e ne impedisce lo sviluppo, garantendo considerevoli vantaggi sia ai cittadini sia al sistema sanitario. Per contrastare gli stili di vita scorretti serve una vera e propria rivoluzione culturale, che deve

interessare non solo gli adolescenti, ma anche gli adulti e gli anziani”. “La prevenzione”, ha sottolineato Rocco Bellantone, Commissario Straordinario dell'Istituto Superiore di Sanità, “passa anche dalla creazione di una nuova cultura della salute ed è importante iniziare dai giovani. La sostenibilità del sistema sanitario passa in maniera significativa attraverso la prevenzione primaria e le campagne di sensibilizzazione che vanno in questa direzione sono un investimento indispensabile. L'alleanza tra il mondo della medicina e quello dello sport, perciò, non può che rappresentare un binomio vincente per promuovere stili di vita salutari”. “L'eccessiva sedentarietà appesantisce il cuore” – ha spiegato Pasquale Perrone Filardi, Presidente SIC (Società Italiana di Cardiologia) – “ed è dimostrato che trascorrere troppo tempo seduti da piccoli può raddoppiare il rischio di infarto o ictus da adulti. Un'altra cattiva abitudine da contrastare è il fumo di sigaretta, che è correlato ad un'insorgenza precoce delle malattie cardiovascolari, che nei fumatori maschi si presentano con circa 5 anni di anticipo, mentre nelle femmine quasi 4 anni prima”.

Dal 2016, “Allenatore Alleato di Salute” ha previsto, oltre a corsi di formazione specifici rivolti agli allenatori per trasmettere corretti messaggi di prevenzione ai giovani, la realizzazione e la distribuzione di materiale informativo ad hoc e attività sui social media. Il progetto è diventato un esempio virtuoso anche per gli altri Stati europei ed è stato fatto proprio dalla UEFA con il programma “Coaches for Health”. Dopo il calcio, il progetto ha coinvolto altri sport, in particolare la pallacanestro e il canottaggio.



Il team multidisciplinare dell'istituto al raggiungimento del millesimo caso di Therasphere



Carcinoma epatocellulare

UNA NUOVA TERAPIA PER IL TRATTAMENTO
DI UNO DEI PIU' DIFFUSI TUMORI EPATICI AL MONDO

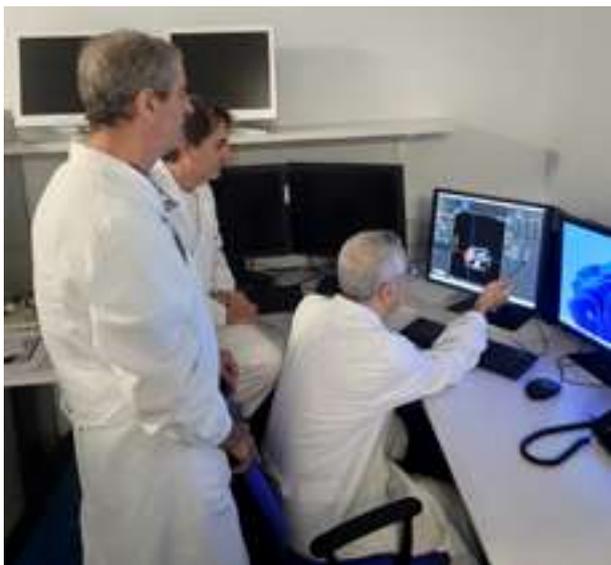
di *Flavia Scicchitano*

Il carcinoma epatocellulare è uno dei più diffusi al mondo, rappresentando circa il 90% dei tumori epatici primari. In Italia si sono avute nel 2022 circa 12.100 nuove diagnosi e sono 33.800 le persone sopravvissute dopo un tumore al fegato. Si stimano, inoltre, 100.000 pazienti curati per epatite C che potrebbero sviluppare la patologia tumorale e ulteriori 100.000 casi a rischio, correlati ad alcol, obesità, epatite B e altri fattori. Innovazioni biomedicali all'avanguardia stanno permettendo di introdurre importanti novità.

A queste problematiche per i pazienti in uno stadio iniziale con preservata funzionalità epatica e tumour burden limitato, sono previsti trattamenti potenzialmente curativi come ablazione, resezione epatica o trapianto di fegato, negli stadi intermedi trattamenti di chemio-embolizzazione attraverso catetere arterioso e negli stadi avanzati con buona funzionalità epatica la terapia sistemica.

Nello scenario dei pazienti affetti da epatocarcinoma in stadio intermedio-avanzato una nuova terapia ad alta

tecnologia si è dimostrata essere una valida opzione di trattamento. Therasphere, commercializzato da Boston Scientific, consiste in una radioterapia interna selettiva (SIRT) che utilizza microsferi di vetro caricate con l'isotopo radioattivo ittrio-90 (Y90), in grado di rilasciare localmente una dose radioattiva che uccide il tumore minimizzando l'impatto sul tessuto sano del fegato circostante, soprattutto se confrontata alla convenzionale radioterapia e alle altre alternative disponibili. Le sfere vengono iniettate a livello delle arterie epatiche attraverso una semplice puntura dell'arteria femorale o radiale e si distribuiscono all'interno del tessuto tumorale colpendo in modo mirato le cellule malate. Proprio di recente, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha eseguito i 1000 impianti di questa soluzione terapeutica, grazie al lavoro del team multidisciplinare coordinato dal Prof. Vincenzo Mazzaferro, direttore della Struttura complessa di Chirurgia generale oncologica - Epato gastro pancreatica. Un traguardo significativo raggiunto



Il dr. Maccauro, il dr. Spreafico e il dr. Chiesa al lavoro per la pianificazione del trattamento da somministrare al paziente.

Il lavoro sfrutta le diverse competenze per effettuare una somministrazione personalizzata della terapia.

solo da altri due centri al mondo, in Francia e negli Usa, che conferma come la direzione imboccata dall'INT sia pionieristica e incoraggiante.

La procedura è potenzialmente curativa in quanto consente infatti di mantenere i pazienti in condizione stabile, prevenendo il peggioramento della patologia, oppure di portare il tumore a uno stadio migliore (downstaging) che permette di "sbloccare" soluzioni risolutive, quali la resezione o il trapianto.

Oppure può essere affiancata ad altre terapie, quali l'immunoterapia, massimizzando gli effetti di queste ultime.

I dati sono positivi, segnalando che l'adozione della procedura biomedica con microsfere radioattive di vetro ha portato, in molti casi, alla diminuzione o, addirittura, alla scomparsa delle lesioni tumorali, assicurando tassi di sopravvivenza molto significativi anche riducendo il rate di complicanze di altre opzioni terapeutiche quali TACE e terapia sistemica.

"La nostra esperienza risale ai primi anni 2000 quando, guardando all'estero, intravidi la possibilità di utilizzare la radioembolizzazione per i pazienti portatori di tumori epatici. Il fegato, infatti, mal sopporta le radiazioni esterne e le condizioni generali di fragilità non consentono il

rischio di complicazioni, per questo le uniche opzioni terapeutiche erano la rimozione o il trapianto - afferma Mazzaferro - Ne parlai con i colleghi di area chirurgica e area medica, il radiologo interventista, il medico nucleare, l'epatologo, e insieme decidemmo di creare un gruppo multidisciplinare per iniziare a somministrare questa procedura radiologica interventistica con grande competenza e coraggio. Le microsfere devono essere rilasciate all'interno del fegato nel posto giusto, nella giusta quantità e alle giuste condizioni. La manipolazione del farmaco, radioattivo, deve seguire regole stringenti di protezione sia per chi lo riceve sia per chi lo somministra. E non sono consentiti errori. Siamo poi riusciti a intervenire anche sul fronte regolatorio per ottenere il riconoscimento della radioembolizzazione come prestazione erogabile dal Servizio sanitario nazionale. Il trattamento si è dimostrato efficace, abbiamo pubblicato molti lavori e accumulato una grossa casistica". La radioembolizzazione è una terapia locoregionale personalizzata e ad alta precisione, non esercita un'azione sistemica ma colpisce il bersaglio in modo selettivo salvaguardando la parte sana dell'organo e il resto dell'organismo. Richiede però estrema attenzione nella selezione del paziente e nel dosaggio della terapia. "La radioterapia a fasci esterni, in linea generale, è poco utilizzata contro il tumore al fegato che è un organo molto radiosensibile e, nonostante i passi avanti compiuti negli ultimi anni, la terapia intrarteriosa ad oggi si conferma superiore in termini di sofisticazione ed efficacia - osserva ancora Mazzaferro - E' importantissima, a tal fine, la selezione dei pazienti, su cui l'INT di Milano ha grandissima esperienza: le indicazioni riguardano pazienti con tumori del fegato non immediatamente resecabili, pazienti con diffusione di malattia non superiore al 50% del fegato, noduli e masse non superiori ai 7-8 centimetri, uno stato di compenso di funzione del fegato ancora buona, pazienti con presenza di trombosi portale e anche potenzialmente eleggibili al trapianto in caso di risposta. La risposta è ottima in termini di regressione e anche di scomparsa del tumore - prosegue il coordinatore del team multidisciplinare dell'INT di Milano - La dimensione della massa tumorale si riduce in 6-7 pazienti su 10 e in 2-3 pazienti su 10 assistiamo a una completa regressione. E' una cura completa che rende il paziente eleggibile anche a trattamenti diversi e ulteriori, come l'asportazione chirurgica del tumore o il trapianto, e permette - se eseguita prima - di potenziare gli effetti di trattamenti farmacologici innovativi come l'immunoterapia. Recenti studi internazionali dimostrano infatti che le reazioni immunitarie scatenate dagli antigeni che entrano in circolo dopo la morte delle cellule tumorali dovuta alla radioembolizzazione potenziano la

Radioterapia interna selettiva per pazienti in stadio intermedio-avanzato

forza dell'immunoterapia. Inoltre, la recidiva diminuisce e cresce la curva di sopravvivenza. Dopo il trapianto e l'asportazione chirurgica, la radioembolizzazione, insieme ai nuovi farmaci immunoterapici, è la terapia più efficace per alzare l'aspettativa di vita”.

La radioembolizzazione prevede l'introduzione di microsfele che contengono ittrio-90, isotopi radioattivi che si esauriscono in pochissimi millimetri. “Il radiologo interventista definisce il bersaglio ovvero l'albero vascolare dove iniettare - spiega Carlo Spreafico, responsabile Struttura semplice di Radiologia interventistica dell'INT di Milano - Esegue un'angiografia e va a cercare i rami che nutrono il tumore del fegato, individua la posizione del catetere o dei microcateteri e inietta. Su questa base gli altri specialisti producono il loro contributo, eseguono la dosimetria e somministrano la dose. La fase di diagnosi con una prima angiografia per simulare l'intervento è importantissima. Se infatti il farmaco viene iniettato in una zona sbagliata o copre solo parzialmente il tumore il trattamento non andrà a buon fine con il rischio di un danno da radiazione nei polmoni. Il rischio più alto concerne però la vascolarizzazione del fegato, che ha numerose varianti anatomiche che spesso coinvolgono stomaco e intestino; se le arterie collegate a questi due organi non vengono identificate e isolate ma sottoposte alla somministrazione del radiofarmaco, si potrebbe andare incontro a ulcere da radiazioni, anche letali. La radioembolizzazione aumenta moltissimo le percentuali di scomparsa del tumore e guarigione, basta considerare che per le dosi radianti dall'esterno si arriva a 100 Gy, mentre con questa terapia somministriamo 700 Gy, un'attività radiante molto superiore e più mirata.”.

“L'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è stato il primo a sperimentare il trattamento con dosimetria personalizzata - racconta Marco Maccauro, responsabile della Terapia Medico Nucleare dell'Istituto - Identificando la dose efficace per uccidere il tumore siamo riusciti a ottenere la massima efficacia e a ridurre la tossicità su tumori notoriamente aggressivi. E' stato un successo internazionale, tutto il mondo ha seguito il nostro approccio nella dosimetria. E in questo il ruolo del medico nucleare è centrale. Innanzitutto per valutare la candidabilità al trattamento: il paziente è candidabile quando la dose alla lesione risulta sufficiente e non c'è distribuzione del radiofarmaco a livello del fegato sano. Poi si stabilisce la dose specifica per ogni paziente, il fisico medico fa i calcoli e le simulazioni della dose e il medico nucleare stabilisce la dose in base allo stadio della malattia, al tipo di terapia da eseguire e all'obiettivo da raggiungere, ad esempio l'intervento chirurgico o il trapianto. Bisogna stare attenti al parenchima sano perché spesso è associato alla cirrosi

che altera la funzionalità epatica. La prima cosa da valutare è la dose al fegato sano, se è bassa si può somministrare una dose più alta al tumore, viceversa c'è poco margine per essere efficaci. Infine, si procede alla fase diagnostica e terapeutica. Insieme al radiologo, il medico nucleare somministra in fase diagnostica il radiofarmaco e in fase terapeutica le sfere di cristallo marcate con ittrio-90. E' il cuore della procedura multidisciplinare, ci confrontiamo quotidianamente per capire come procedere rispetto a ogni singolo paziente. Interessanti novità potrebbero essere riservate nel futuro dalla combinazione del trattamento dosimetrico personalizzato con l'immunoterapia - sottolinea ancora Maccauro - Può essere un'ottima strategia terapeutica oltre che un'ipotesi di lavoro affascinante, si tratterebbe non più di attendere che il paziente vada in progressione dopo il primo trattamento per eseguire il secondo ma di eseguirli contestualmente per ottenere l'amplificazione delle azioni di entrambi. L'immunoterapia ha fatto ingresso di recente nell'ambito dell'epatocarcinoma ma sono in corso protocolli sperimentali e abbiamo già evidenze positive in questo senso”.

I concetti sottolineati dall'esperienza dell'Istituto Nazionale dei tumori hanno poi trovato riscontro a livello mondiale nello studio randomizzato Dosisphere, pubblicato nel 2020, e in numerose altre evidenze scientifiche pubblicate a supporto della terapia con Therasphere.

L'iniziale esperienza del team multidisciplinare ha quindi permesso di migliorare il trattamento passando da un approccio dosimetrico standard, che prevedeva la somministrazione di una dose al fegato perfuso standardizzata ad un calcolo dosimetrico personalizzato che si adatta alle caratteristiche del tumore dei diversi pazienti. Si è infatti dimostrato che se un paziente con HCC di stadio intermedio-avanzato viene trattato con Therasphere e dosimetria personalizzata, rilasciando una dose al tumore di almeno 205Gy, è possibile raddoppiare il tasso di risposta al trattamento e prolungare la sopravvivenza del paziente, anche in quel gruppo di pazienti che presenta trombosi portale al momento della diagnosi.

L'esperienza pionieristica dell'istituto è stata quindi alla base delle odierne raccomandazioni cliniche e non è ancora finita in quanto, come espresso dai tre clinici, sta già guardando al futuro delle nuove combinazioni con i farmaci immunoterapici.

Il gruppo ha infatti pubblicato nel 2023 lo studio “Y90-radioembolisation in hepatocellular carcinoma induces immune responses calling for early treatment with multiple checkpoint blockers”, prima pietra miliare di quello che sarà il futuro delle combinazioni di SIRT e immunoterapia.



Nutrizione e menopausa

*Come affrontare questa fase delicata
in modo positivo e salutare*

di *Flavia Scicchitano*

La menopausa è un momento delicato, un'evoluzione fisiologica che segna l'ingresso in una fase fondamentale per la vita di ogni donna anche dal punto di vista energetico. Molto spesso viene vista come un limite, non soltanto per la cessazione delle possibilità generative ma, soprattutto, per la convinzione della perdita della propria sensualità, della femminilità e l'inizio dell'invecchiamento. I cambiamenti ormonali possono generare infatti un aumento del peso e della massa grassa con conseguenti disagi psicofisici ed emotivi. Ma con una corretta alimentazione e un'adeguata attività sportiva è assolutamente possibile

recuperare la giusta forma fisica e una buona qualità della vita. A parlarne è la dottoressa Deborah Tognozzi, biologa nutrizionista, specialista in applicazioni biotecnologiche ed esperta in nutrizione clinica e dello sport, docente presso l'Università San Raffaele di Roma nel corso di laurea 'Scienze della Nutrizione umana' e presso l'Università Unicusano di Roma al master Psicologia dello Sport - modulo Sport e Nutrizione.

Dottoressa Tognozzi, quali sono i principali cambiamenti che la menopausa comporta sul fisico e nella vita della donna?

La menopausa invade con una tempesta ormonale un

periodo ben preciso della vita femminile e corrisponde all'esaurimento dell'attività ovarica. L'età nella quale si verifica questo cambiamento è compresa tra i 45 e i 55 anni, ma spesso capitano menopause precoci o tardive. L'inizio della menopausa si percepisce con delle alterazioni del ciclo mestruale, ravvicinato o molto distanziato, fino alla totale cessazione, che coincide con il termine dell'attività ovarica. Il 'climaterio' è invece il lasso temporale che comprende premenopausa e postmenopausa. La premenopausa è il periodo di transizione ormonale che accompagna la donna fino alla menopausa e ha una durata di circa 4 anni. Le ovaie in questo periodo iniziano a produrre gradualmente quantità sempre minori di estrogeni, necessari all'ovulazione. Facendo degli esami sui dosaggi ormonali in premenopausa, si noterà infatti che estrogeno e progesterone non vengono più prodotti con la stessa regolarità di prima. L'organismo viene sconvolto, seppur per un periodo di tempo limitato, e subisce disturbi, tra i quali la tendenza ad ingrassare, dovuta ai livelli di insulina che si impennano fisiologicamente, aumentando la possibilità di accumulare massa grassa e abbassando il metabolismo. In particolare, il cambiamento ormonale che si ha in questa fase determina una distribuzione del grasso a livello addominale, con un incremento del rischio cardiovascolare. E' comune il pensiero che durante la premenopausa e la menopausa non è possibile dimagrire, ma non è così. Un regime alimentare corretto e personalizzato, abbinato all'esercizio fisico adatto e svolto in maniera costante, favorisce il dimagrimento e la perdita di massa grassa in eccesso, oltre all'aumento del tono muscolare.

Quali sono i principali sintomi e disturbi avvertiti nel periodo della menopausa?

I segnali più comuni che invia l'organismo per riconoscere la premenopausa consistono in vampate di calore (di diversa entità, frequenza e durata), dolore al seno, ciclo mestruale irregolare, non preciso nella sua comparsa o durata, peggioramento della sindrome premestruale, secchezza vaginale e dispaurenia, senso di affaticamento, sbalzi d'umore, facile irritabilità, melanconia e tendenza alla depressione e insonnia. Alcune donne attraversano la menopausa con facilità, altre invece con difficoltà sia sotto il profilo fisico che psicologico, con ripercussioni sulla quotidianità. Spesso chi presenta sintomi severi durante la menopausa va incontro ad un maggiore rischio di osteoporosi, patologie e problemi metabolici, che è possibile contrastare mediante protocolli terapeutici che tengano conto delle caratteristiche della donna e del rischio-beneficio di terapie ormonali sostitutive. È in ogni caso importante nella postmenopausa fare una

valutazione complessiva del proprio stato di salute per una prevenzione efficace, naturalmente con il supporto del medico e del ginecologo.

Qual è l'importanza di una corretta alimentazione nel periodo della menopausa?

Durante la menopausa alcune donne accusano dei disturbi per i quali esistono cure e rimedi utili a garantire, comunque, una buona qualità di vita. I livelli di energia si abbassano e spesso anche le abitudini alimentari subiscono dei cambiamenti, in quanto gli ormoni sessuali (estrogeni, progesterone e androgeni) sono coinvolti nella complessa regolamentazione dell'appetito, della nutrizione e del metabolismo energetico. Per molte donne una delle prime preoccupazioni è proprio tenere sotto controllo il peso, perché il metabolismo e la distribuzione del grasso corporeo si modificano con il passare degli anni. Durante la menopausa il corpo ha la necessità di assumere più proteine e meno carboidrati, riducendo l'assunzione di calorie. Esistono numerose evidenze che una dieta ipercalorica, ricca di grassi



Deborah Tognozzi



saturi e carboidrati raffinati (latticini, burro) incrementi il rischio della neurodegenerazione. Mentre è necessario privilegiare il consumo di pesce, uova, carni bianche e legumi, e preferire fonti di grassi monoinsaturi e polinsaturi, soprattutto gli omega 3.

Quali sono allora gli alimenti alleati in menopausa?

Tra gli alimenti alleati della donna in questa fase vi è, innanzitutto, il cioccolato (da assumere con moderazione), ricco di sostanze antiossidanti che favoriscono la longevità cellulare. I maggiori benefici si hanno con il consumo del cioccolato extra fondente che contiene più flavanoli. L'olio extravergine di oliva, caposaldo della dieta mediterranea, è sicuramente un altro ottimo alleato della salute e del benessere.



**Olio extravergine di oliva
alleato della salute della donna**



Rappresenta un vero e proprio nutraceutico grazie alla ricchezza di composti bioattivi come polifenoli, acido oleico e tocoferoli. Sono poi consigliati i cibi ricchi di omega 3, come noci, pesce azzurro e semi, che hanno un effetto positivo sulla riduzione delle vampate di calore e potrebbero aiutare a prevenire l'osteoporosi in postmenopausa, il cancro al seno e malattie neurodegenerative; cibi contenenti vitamina D e calcio, come uova, latte e latticini, e legumi, fondamentali soprattutto per avere ossa sane; cibi ricchi di magnesio, zinco e ferro, come le verdure a foglia verde scuro, noci, e fagioli, essendo il magnesio un potente anti stress implicato nel benessere generale della donna; cibi energizzanti come carboidrati complessi non raffinati, ovvero pane integrale e cereali integrali. Per combattere la secchezza durante la premenopausa suggerisco di consumare cibi contenenti fitormoni, come finocchi, sedano e cicoria; grano saraceno, segale, orzo e riso integrale; semi; germogli e; fagioli e ceci. Infine, è stato provato che i cibi e gli integratori alimentari o a base di erbe possono influire in modo determinante sull'equilibrio ormonale femminile. La salvia sclarea, il geranio, l'agnocasto e il dong, ad esempio, sono rimedi molto utili per alleviare le vampate di calore, gli sbalzi

di umore e gli altri sintomi della menopausa.

Quali, invece, i cibi che vengono in aiuto a livello psicologico?

Tra gli alimenti in grado di migliorare l'umore ricordiamo: ricotta, tacchino, pesce e banane, contenenti triptofano; riso integrale e avena, per innalzare il livello di serotonina; l'alga, che contiene iodina, essenziale per il metabolismo, l'energia e il controllo del peso; l'olio di semi di lino. Per migliorare, invece, gli stati d'ansia è consigliato assumere: verdure a foglia verde scuro (cavolo, verza, prezzemolo, rucola, zucchine), contenenti magnesio; riso integrale, rosso o basmati integrale, contenenti vitamina B; fiocchi d'avena, semolino e quinoa; mandorle e uova, ricche di magnesio; tisane di camomilla, valeriana, luppolo e passiflora, con un notevole effetto calmante. Bisognerebbe, invece, limitare il caffè.

Esistono ulteriori rimedi per combattere i disturbi della menopausa?

Per affrontare i sintomi che una donna attraversa durante tutta la menopausa può essere utile affidarsi ad una terapia ormonale sostitutiva. Per evitare conseguenze negative sulla salute, assumendo una combinazione di ormoni specifici, alcune donne si

rivolgono a formulazioni ormonali alternative conosciute come ormoni bioidentici (BHRT). Gli ormoni sono sostanze normalmente presenti nel nostro organismo, che con l'invecchiamento si riducono sempre di più. Per ovviare a queste carenze e sopperire alle loro funzioni, è possibile dunque far ricorso agli ormoni bioidentici, identici a quelli presenti nell'organismo, somministrati sotto forma di preparazioni galeniche prescritte da un medico e prodotte da un farmacista. Tra gli ormoni bioidentici più utilizzati troviamo il pregnenolone e il dhea. L'integrazione del pregnenolone favorisce il tono dell'umore e il normopeso, contrasta il deficit cognitivo e di memoria svolgendo un'azione neuroprotettiva. La somministrazione del dhea contribuisce, invece, alla produzione di neurotrasmettitori, come la dopamina e l'acetilcolina che agiscono sul buon umore. Inoltre, a livello ovarico, il dhea favorisce la liberazione di piccole quote di estrogeni e di testosterone, un effetto molto importante anche per il desiderio sessuale. Diversi studi hanno verificato una significativa diminuzione del grasso viscerale e sottocutaneo e un incremento significativo della sensibilità insulinica dopo sei mesi di terapia con dhea.

Quanto è importante, invece, lo sport?

Praticare sport in modo prolungato in questa fase della vita è molto importante. L'attività fisica aiuta, infatti, a ridurre l'entità dei sintomi caratterizzanti la menopausa e contrasta le variazioni di umore. Se si pratica attività di resistenza si aumenta il consumo energetico e quindi si favorisce il dimagrimento e il bilancio calorico, diminuendo anche il rischio cardiovascolare. L'attività di potenziamento muscolare, invece, mantiene integra la massa muscolare ed esercita un'azione meccanica sullo scheletro tale da stimolarne la densità. Se rientra nelle possibilità fisiche del soggetto, anche integrare con dell'attività metabolica può portare i suoi vantaggi salutistici. Si definisce tale quella attività che stimola in maniera elevata l'aumento della frequenza cardiaca e della respirazione. È dimostrato che questo tipo di allenamento ha il maggior effetto sui parametri metabolici (colesterolemia, pressione arteriosa, glicemia) e sul fitness cardio-respiratorio. Infine, allenamenti di flessibilità e mobilità muscolare, che si attuano per lo più con vari tipi di stretching, sono altamente protettivi nei confronti degli eventi traumatici (contrattura, stiramento, strappo muscolari) e, assieme al miglioramento della mobilità articolare e dell'elasticità muscolare, partecipano ad ottimizzare la funzionalità corporea in ogni contesto.

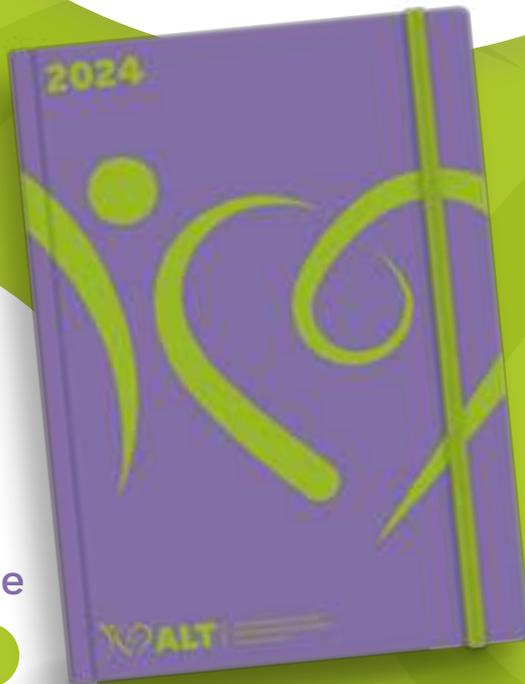
Quali sport è consigliato praticare in menopausa e con quale carico di allenamento?

Consiglio gli sport preordinati a rafforzare lo scheletro e a prevenire l'osteoporosi e l'osteopenia, che possono

essere delle conseguenze della menopausa dovute al calo di estrogeni. Le attività fisiche più indicate sono la camminata, la marcia, la ginnastica, il salire le scale, l'aerobica e il ballo. La camminata, ad esempio, aumenta la produzione di endorfine, le sostanze del buonumore, e non sovraccarica ossa e articolazioni, a differenza della corsa. Inoltre, la forza di gravità è un importante stimolo per l'osso e la calcificazione. Il carico di allenamento è estremamente soggettivo ma bisogna osservare che la correlazione tra aumento dello sport e riduzione dei disagi menopausa-correlati non è lineare. Oltre un certo quantitativo, i benefici non aumentano più. Compiere i classici 10mila passi giornalieri o impegnare circa 3-4 ore settimanali per l'allenamento è senza dubbio un ottimo compromesso. Infine, i progressi cambiano anche al variare della base di partenza: una donna sedentaria che inizia a praticare sport con sistematicità pochi anni prima della menopausa avrà senza dubbio guadagni più evidenti rispetto ad un'atleta. Quest'ultima, tuttavia, mostrerà una condizione fisica globalmente migliore. La prevenzione è sempre l'arma più efficace.



L'AGENDA DEL DI ALT 2024



SOSTIENI
LA RICERCA
SULLA TROMBOSI
**PER IL BENE
DI MOLTI
E PER IL TUO**

ORDINA

l'Agenda per te
e per le persone
che ti stanno a cuore

www.trombosi.org

ALT spedirà l'Agenda all'indirizzo che vorrete indicare dopo aver ricevuto la donazione di 20€ *a copia più 5€ di spese di spedizione per un ordine di massimo 4 pezzi.

*Tutte le donazioni ad ALT ad esclusione della quota associativa sono deducibili/detraibili secondo le norme vigenti. Chiedi ad ALT la tua ricevuta con una mail a amministrazione@trombosi.org



COME DONARE

1. Online su www.trombosi.org
2. Bonifico Bancario IBAN IT24X0306234210000002304085
3. Bonifico Postale IBAN IT46Z0760101600000050294206
4. Bollettino Postale c/c n. 50 29 42 06 intestato ad ALT ONUS.

Indicare sempre nella causale: **Agenda 2024 - Numero di copie e Indirizzo per la spedizione.**

È possibile ritirare l'Agenda 2024 personalmente in ALT in Via Lanzone, 27 - 20123 Milano previo appuntamento telefonando allo 02.58325028.

IL PRIMO TRAPIANTO DI UTERO IN ITALIA, UNA NUOVA SPERANZA PER LA MATERNITÀ

LA STORIA DI ALESSANDRA, LA PRIMA BAMBINA NATA DOPO UN TRAPIANTO DI UTERO IN ITALIA, E LE POSSIBILITÀ FUTURE PER LE DONNE AFFETTE DA SINDROME DI ROKITANSKY O ALTRO

di *Flavia Scicchitano*

Il 30 agosto del 2022 è nata a Catania Alessandra, la figlia della donna che ha ricevuto il primo trapianto di utero realizzato in Italia e terzo in Europa. Si trattava della prima gravidanza portata a termine con successo dopo un trapianto di utero nel nostro Paese e sesto caso al mondo. Un'impresa medica e organizzativa eccezionale, realizzata presso il Centro Trapianti del Policlinico di Catania, da un'equipe trapiantologica multidisciplinare composta dai professori Pierfrancesco Veroux, Paolo Scollo, Massimiliano Veroux, Alessia Giaquinta e Giuseppe Scibilia,

nell'ambito di un programma sperimentale approvato dall'Istituto superiore di sanità e coordinato dal Centro nazionale trapianti. E che adesso potrebbe raggiungere un nuovo e ambizioso traguardo: una seconda gravidanza, per donare ad Alessandra un fratellino o una sorellina e alla sua mamma la gioia di sentirsi nuovamente donna.

“L'esperienza che abbiamo maturato e le testimonianze delle pazienti ci hanno messo di fronte a un primo aspetto fondamentale, precedente alla gravidanza, che dal punto di vista medico non avevamo mai tenuto in



I professori Pierfrancesco Veroux e Paolo Scollo



considerazione: le mestruazioni - spiega Pierfrancesco Veroux, professore ordinario di Chirurgia vascolare e trapianti dell'Università degli studi di Catania, direttore del Centro trapianti dell'Azienda ospedaliero universitaria Policlinico di Catania - In lista per il trapianto ci sono donne nate senza utero, ovvero donne con la sindrome di Rokitansky, e donne che lo hanno perso per cause benigne: per le prime assistere alla comparsa delle mestruazioni, a un mese dall'intervento se andato a buon fine, è un momento molto importante nella percezione della propria femminilità. L'innesto dell'utero e il sopraggiungere del ciclo mestruale provoca un impatto psicologico determinante poiché si ripristina una caratteristica fisiologica che migliora la qualità della vita. Il secondo aspetto, molto più importante, è la possibilità di ottenere una gravidanza all'interno del nucleo familiare. Il trapianto di utero può infatti consentire alla donna di portare avanti una propria gravidanza che nasce nell'ambito della coppia. Parliamo di un intervento chirurgicamente complesso, che anche dal punto di vista etico e psicologico sfiora quasi l'inverosimile. E', infatti, difficile immaginare come un utero trapiantato possa adattarsi a una gravidanza e dare alla luce una bimba che oggi muove i primi passi".

L'esperienza in Italia è recente. Nel 2019, l'Istituto superiore di sanità ha autorizzato il Centro Trapianti del Policlinico di Catania ad espletare un protocollo sperimentale di trapianto di utero da donatore deceduto. Ad oggi, l'unico centro italiano autorizzato a eseguire questo particolare intervento. Il primo trapianto è stato

effettuato nell'agosto 2020, in piena pandemia, dall'equipe trapiantologica diretta dal Prof. Veroux e dall'equipe ginecologica diretta dal Prof. Scollo: a distanza di un mese dal trapianto sono comparse le prime mestruazioni e a distanza di un anno, presso il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro, si è avviato il percorso di procreazione medicalmente assistita omologa, utilizzando gli ovociti prelevati e crioconservati prima dell'intervento.

"La nascita della bambina ha destato non poche preoccupazioni - prosegue Veroux - La signora aveva contratto il Covid, la febbre era salita a 40 ed è andata in ipertermia. Siamo stati costretti, visto il progressivo aumento del battito cardiaco della bimba, ad eseguire un parto cesareo in emergenza. Per fortuna la piccola, dopo un primo periodo in terapia intensiva neonatale, ha progressivamente recuperato. Ma sono scattate dinamiche psicologiche molto complesse. In un primo momento la mamma non voleva più l'utero, ci aveva chiesto di toglierlo, aveva avuto la sua bambina e temeva che la terapia immunosoppressiva potesse aumentare il rischio di nuove infezioni. Poi ha prevalso il desiderio di sentirsi donna e di mettere al mondo un altro figlio".

Il percorso che dalla sindrome di Rokitansky porta alla



maternità è tutt'altro che lineare e le possibilità che l'organo sia rigettato o che la gravidanza non inizi o non prosegua sono molteplici. Il trapianto, una volta accertata la morte cerebrale della donatrice, prevede il prelievo dell'utero. L'organo si conserva nel ghiaccio e si preparano i vasi per il trapianto, si connettono prima le arterie e poi le vene, poi il ginecologo connette l'utero alla vagina. L'intervento dura circa 6-7 ore, più 3 ore di banco per la preparazione. Prima dell'inserimento in lista di attesa, si prelevano gli ovuli, che si crioconservano. Ad un anno dal trapianto le cellule vengono fecondate e si trasferisce l'embrione nell'utero. "Si tratta, senza dubbio, di uno dei trapianti più difficili e ardui dal punto di vista tecnico ma anche il più affascinante ed emozionante - osserva l'esperto - infatti è molto difficile immaginare che un utero trapiantato sia in grado di adattarsi a una gravidanza e di portarla a termine in maniera corretta, come nel caso di Alessandra. Procedere a una seconda gravidanza pone ulteriori interrogativi e richiede importanti valutazioni da parte del medico e della donna - sottolinea ancora Veroux - Devono sussistere le condizioni cliniche e psicologiche, l'utero deve essere in buone condizioni, per questo viene tenuto costantemente sotto controllo con biopsie, e la donna deve assumere il rischio di contrarre infezioni a causa della terapia immunosoppressiva. Poi c'è anche l'aspetto etico che potrebbe indurre a rimuovere l'utero trapiantato, eliminando così il rischio legato alla terapia anti rigetto. Dal punto di vista medico questo è comprensibile, ma come sta emergendo anche negli altri tre Centri che si occupano di trapianto di utero (uno in Svezia e due negli Usa) le donne sono sempre più restie a privarsi di quest'organo, e nel mondo ci sono già esperienze di seconde gravidanze. L'atteggiamento sta mutando anche perché più tempo passa più il peso della terapia immunosoppressiva si riduce; si abbassa il dosaggio dei farmaci e dopo il primo anno cala la probabilità di contrarre malattie pericolose per lo stato di salute".

Il protocollo prevede l'esecuzione di nove trapianti in tre anni, ma di questi ad oggi ne sono stati eseguiti due, rallentati dal Covid e da un numero ancora troppo basso di donazioni. "Il secondo trapianto è stato effettuato con successo nel gennaio 2022. Un altro problema di questa metodica - ricorda Veroux - è che gli ovociti che si riescono a recuperare prima del trapianto sono relativamente pochi e, come è noto, il tasso di successo della fecondazione medicalmente assistita si attesta intorno al 30%. Le possibilità di fecondazione dell'ovocita e il trasferimento dell'embrione non sono infinite e dobbiamo, quindi, provare quando ci sono le condizioni migliori. Un primo tentativo ad aprile non è andato a buon fine, questo inverno tenderemo di nuovo".

Tra i limiti del trapianto d'utero vi è quindi la scarsità di organi idonei, donati da donne decedute. "L'utero non deve superare i 35-40 anni e deve avere già portato a termine una gravidanza per garantire un risultato più sicuro ma in un'età ancora fertile. Pensavo fosse l'ultimo dei problemi, invece c'è ancora molta resistenza da parte dei familiari, forse perché si associa l'utero alla natura più profonda della donna. Il numero dei trapianti resta molto limitato perché non ci vengono offerti organi di qualità che rientrano nei criteri molto ristretti dettati dal nostro protocollo. Il nostro programma è gestito dal Centro nazionale trapianti, forse bisognerebbe promuovere e sensibilizzare alla donazione dell'utero anche nei reparti di rianimazione".

In Italia, al momento, è prevista solo la possibilità di trapianto da persona deceduta, mentre negli altri tre principali Centri che si occupano di trapianto di utero nel mondo, Svezia e Usa, è stata maturata esperienza anche con il trapianto da donatrice vivente. "Stiamo procedendo cautamente, al momento è prevista solo la possibilità di trapianto da persona deceduta - spiega Veroux - Il trapianto da vivente mette a rischio una seconda persona, sana, la donatrice, e comunque noi non siamo ancora autorizzati. Inoltre, al momento, il protocollo è autorizzato solo per pazienti con assenza di utero di natura congenita o da cause benigne, per cui la donna ha le ovaie e l'apparato riproduttivo ma ha un utero incompleto e non può sviluppare la gravidanza. Dal punto di vista etico e normativo, se la donna non ha le ovaie non può sottoporsi a trapianto di utero e intraprendere una gravidanza con ovociti di un'altra donna".

"Ad oggi solo il 40% dei trapianti di utero va incontro a una gravidanza portata a termine, anche se lievi miglioramenti sono stati osservati negli ultimi due anni nei grandi centri trapiantologici. La gravidanza, nel nostro caso, avviene sempre grazie a un parto cesareo eseguito intorno alla 36esima e 38esima settimana. Il trapianto di utero - conclude l'esperto - è un atto terapeutico capace di donare una nuova vita e che regala emozioni indescrivibili".

UN SIMPOSIO PER L'AFRICA

di *Katrin Bove*

ENNIO ADAMI



DALL'ESPERIENZA SUL CAMPO
UN MODELLO CONCRETO
DI COOPERAZIONE SANITARIA

Ennio Alberto Adami, già dirigente Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma, è stato primo relatore di un simposio che si è tenuto a Roma, nello scorso mese di novembre, presso l'Accademia Lancisiana ETS, dal titolo "La sanità del Lazio incontra l'Africa, cooperazione sanitaria nei paesi in via di sviluppo". L'intervento del Dott. Adami ha riguardato il tema "Esperienza chirurgica a Makiingu Hospital", in Tanzania, svolto insieme alla Dott.ssa Giulia Del Corpo - Chiurgia NOC Ospedale dei Castelli. Altre relazioni sono state: "Le malattie non trasmissibili

nell'Africa sub-sahariana: formazione e training on the job sull'ipertensione arteriosa in Mozambico e Malawi", relatore Dott. Sandro Petrolati, Cardiologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma; "La Cardiochirurgia del Lazio incontra il Salam Centre di Khartoum", relatori Dott. Piero Proietti, Cardiochirurgia, Policlinico Umberto I di Roma e Dott. Alessandro Salvati, Cardiochirurgia, Policlinico Tor Vergata di Roma; "La cardiologia interventistica approda in Mauritania", relatore Dott. Marco Stefano Nazzaro, Cardiologia Interventistica, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

Dott. Adami, qual è stato l'obiettivo di quest'iniziativa?



Il simposio è nato perché tutti parlano di Africa, ma non sanno qual è la realtà, sia quella locale, sia quella italiana. Basti considerare le problematiche burocratiche da affrontare per chi vuole recarsi in Africa per andare a lavorare o fare volontariato. Il nostro scopo è quello di creare un network regionale dove tutte le organizzazioni che vogliono avere un rapporto con l’Africa, possano ritrovarsi e operare.

Lei ha avuto un’esperienza molto significativa in Tanzania. Può descriverla?

La mia esperienza, nata dopo il pensionamento e un lavoro di 44 anni nella struttura pubblica, si è svolta presso il Makiungu Hospital, un ospedale nuovo, realizzato in un anno grazie al contributo della Conferenza Episcopale Italiana e alle donazioni di privati, italiani e svizzeri. L’ospedale si trova nella parte più povera della Tanzania, la Central Zone, dedicata alla pastorizia e all’agricoltura, dove convivono pacificamente persone di etnie religiose diverse. Ha un bacino di utenza di due milioni di persone, è dotato di 333 posti-letto, vengono fatti 17.000 parti l’anno, dei quali 1.800 cesarei, nel giro di un anno si è passati da 33.000 a 90.000 visite ambulatoriali. Vi sono 6 sale operatorie, con risonanza magnetica e TAC. Anche dalle città relativamente vicine – ad almeno 300 chilometri

di distanza – cominciano ad arrivare pazienti, perché gli ospedali pubblici sono faticanti e disorganizzati, mentre quest’Ospedale è gestito in maniera veramente manageriale e professionale da padre Alessandro Nava, che è missionario della Consolata in Tanzania da oltre 40 anni. Quest’Ospedale è stato anche un volano di ricchezza per quella parte del Paese – costituita da villaggi di 30-40mila persone - anche per il solo fatto di avere operai, camionisti, sterratori e tutte le figure lavorative che sono servite per la sua costruzione. La prima volta che sono arrivato, nel novembre 2021, c’erano cinquanta persone negli ambulatori chirurgici, il lunedì c’erano duecento persone. Allora, ho detto a padre Nava: ‘Perché accade questa cosa?’. ‘Perché sanno che è arrivato l’uomo bianco, per cui si fidano’.

Lei parla di quest’esperienza con fervore.

Certo, perché mi sono entusiasmato. S’incontrano persone che ringraziano sempre, che hanno sempre un sorriso sulle labbra e soprattutto sono persone veramente povere, prive di strutture essenziali. È un’esperienza che posso definire dettata dal Cielo.

Quali problemi ha dovuto affrontare quest’esperienza sanitaria?

I problemi sono stati tanti. Innanzitutto, la mancanza di specialisti della rianimazione, perché c’erano solo

tecnici di anestesia che incontravano grandi difficoltà a trattare malati gravemente traumatizzati. La fortuna ha voluto che il primario di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Gemelli, il Prof. Massimo Antonelli, si sia entusiasmato all'idea di collaborare con questa realtà ed ora sembra che dal mese di gennaio 2024 saranno inviati all'Ospedale di Makiingu, gli specializzandi, per un periodo di tre mesi. Questo è un fatto molto importante, perché sono molti i casi di pazienti, soprattutto bambini, morsi da serpenti e che subiscono quindi emorragie disseminate: avere degli specialisti che conoscano bene la rianimazione e il monitoraggio continuo è molto importante.

Quali sono i suoi obiettivi?

Ritournerò in Tanzania a gennaio del prossimo anno. Vorrei che ci fosse una continuità dell'assistenza sanitaria da parte soprattutto della Regione Lazio. Inviare specializzandi di Anestesia, Chirurgia e soprattutto di Neonatologia è cosa fondamentale. Per raggiungere questi obiettivi, sarebbe decisivo superare gli ostacoli di carattere burocratico. Speriamo che da questo Simposio nasca effettivamente qualcosa di positivo in questa direzione.





Ssn, la fotografia scattata dagli italiani

*ACCESSIBILITA', FINANZIAMENTI, DIGITALIZZAZIONE
COME EMERGONO DA UN SONDAGGIO
CONDOTTO TRA CITTADINI COMUNI E POLITICI*

di *Federica Troiani*

Accessibilità alle cure ed efficienza organizzativa, ambiti di investimento/finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e digitalizzazione. Questi i tre temi principali del sondaggio, sottoposto nel 2023 a parlamentari, consiglieri regionali e cittadini, elaborato da Youtrend/Quorum per il progetto Net-Health, Sanità in rete 2030, il policy enabler ideato nel 2021 da LS Cube, lo studio legale i cui soci vantano oltre 25 anni di esperienza nel settore delle Life Sciences, finalizzato a creare una piattaforma di discussione e condivisione di idee, temi e punti di vista provenienti da tutti i soggetti del mondo sanitario.

Nel sondaggio, per quanto attiene al tema dell'organizzazione del Ssn, il primo elemento a emergere è quello che riguarda l'accessibilità e l'uniformità di cure sul territorio nazionale. Il 70% della popolazione intervistata dichiara di non avere particolari problemi nel contattare il medico di base, mentre il 69% dice di essere molto preoccupato di non potersi permettere l'assistenza sanitaria in caso di necessità. Una preoccupazione condivisa dai membri del Parlamento intervistati: l'85% di loro, infatti, pensa che il rispetto del diritto alla salute dei cittadini non sia garantito a tutti, mentre su posizioni diverse sono i

consiglieri regionali che, con il 77%, ritiene il contrario. In merito alle possibili soluzioni per eliminare la disuguaglianza nell'accesso alle cure tra le diverse regioni, per consiglieri (69%) e cittadini (65%) la scelta migliore sarebbe effettuare maggiori controlli e imporre più trasparenza nell'operato delle regioni, mentre la maggior parte dei parlamentari intervistati, il 60%, indica la soluzione nella centralizzazione a livello statale delle competenze sanitarie.

Inoltre, prevenzione e potenziamento della medicina territoriale sono i due ambiti prioritari di intervento per cittadini (32% medicina territoriale e 30% prevenzione) e decisori (per i parlamentari il 69% per la medicina territoriale e per i consiglieri regionali il 50% per la prevenzione).

Per il finanziamento del Ssn, i tre segmenti intervistati

concordano sul fatto che il Ssn, non soffra di una carenza di fondi, ma che quelli disponibili non siano gestiti al meglio (per i parlamentari 54%, per i consiglieri regionali il 61%, per i cittadini il 59%). Ad esempio, in relazione ai fondi del PNRR, secondo i decisori le difficoltà principali nell'utilizzo sono: per il 57% dei consiglieri regionali la burocrazia, mentre per i parlamentari la burocrazia scende al secondo posto (40%) e al primo posto la mancanza di supporto tecnico territoriale (41%).

Una ulteriore preoccupazione è quella di dover ricorrere sempre più spesso alla sanità privata, a causa del taglio dei servizi sanitari pubblici. Un timore condiviso da tutte e tre le parti in maniera piuttosto omogenea: il 75% dei cittadini, l'88% dei parlamentari e il 100% dei consiglieri regionali, infatti, crede che vi



sia un incremento nel ricorso alla sanità privata per riuscire a ottenere cure di qualità in tempi ragionevoli. In merito alla digitalizzazione del Ssn, i dati evidenziano una divergenza tra la percezione dei decisori (parlamentari 95% e consiglieri regionali 94%) per i quali la digitalizzazione tenderà a garantire a tutti il diritto alla salute e quella dei cittadini, per i quali solo il 45% ha questa stessa visione ottimistica, mentre per il 43% è più probabile che aumenti le disuguaglianze. Inoltre, la maggior parte dei cittadini (59%) è contraria alla condivisione dei propri dati

sanitari a fini commerciali o altruistici (35% abbastanza contrario e 24% molto contrario). Elementi interessanti che evidenziano la necessità di intervenire per creare una cultura della condivisione dei dati, in un contesto regolamentato che stimoli un approccio più favorevole.

INFERMIERI CERCANSI PER SALVARE IL NOSTRO SSN

LA CARENZA DI QUESTI PROFESSIONISTI
E' UNO DEI PEGGIORI MALI DEL SISTEMA:
NE SERVONO NON MENO DI 70MILA.
ECCO COME RISOLVERE IL PROBLEMA...

di *Maria Concetta Di Mario*

Il rapporto Crea Sanità 2023 ha scattato una fotografia di un'Italia divisa in due, con Regioni tutte del Centro-Nord in cui l'assistenza sicuramente è migliore e Regioni – tra cui tutte quelle del Sud – che invece non riescono a garantire quasi nessuno dei risultati analizzati dal rapporto: appropriatezza, equità sociale, innovazione, esiti e dimensione economico-finanziaria.

Il nodo più grande che rimane per sviluppare le nuove dimensioni indicate nel rapporto è sicuramente, però, la carenza di personale,

che mette a rischio, creando difficoltà nell'equità dell'assistenza, l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni e impedisce il raccordo tra sanitario e sociale che la nuova epidemiologia con l'aumento dell'età e i nuovi scenari di deprivazione rendono invece sempre più necessario.

Gli infermieri sono un cardine essenziale dell'assistenza sul territorio, per il recupero e il monitoraggio dell'appropriatezza e, di conseguenza, dell'equità del sistema e rappresentano l'anello di congiunzione tra professioni sanitarie e sociali. Ma gli



infermieri sono anche i professionisti di cui la sanità italiana soffre la maggiore carenza con circa 65-70mila unità in meno dello standard.

Dai risultati del rapporto Crea Sanità 2023 emerge un dato che lo conferma: quasi tutte le Regioni con le performance peggiori sono anche quelle dove la carenza di infermieri è maggiore. La carenza è bassa o assente per esempio in Veneto, a Bolzano e a Trento, che hanno ottenuto il migliore risultato nell'analisi Crea Sanità, mentre è altissima (non meno di 5mila e anche sopra le 10mila unità in meno del necessario) in Calabria, Campania, Puglia, Sicilia e in generale in tutte le Regioni con le performance peggiori.

Servono soluzioni immediate. La Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche (Fnopi) lo ribadisce: per far fronte davvero alla carenza servono soluzioni strutturali e non soluzioni tampone come quelle che si stanno susseguendo dalla pandemia in poi.

È indispensabile aumentare l'attrattività della professione abbandonando modelli organizzativi obsoleti, riconoscere la formazione accademica post base specialistica (sulla formazione degli operatori

puntano anche le indicazioni contenute nel rapporto), incrementare i docenti universitari infermieri di ruolo per assicurare qualità e non impattare negativamente su altri corsi di laurea, garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale (specializzazioni) che dovrà avere quindi anche un indirizzo clinico.

“Il tradizionale modello organizzativo è ormai inefficace per rispondere alle esigenze di salute della popolazione come dimostra anche l'analisi Crea Sanità”, spiega Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi. “Il nuovo paradigma sanitario si fonda sulla costruzione di reti di prossimità territoriale, determinando uno spostamento dei setting assistenziali dai luoghi tradizionali di cura, come gli ospedali, verso strutture territoriali che possano favorire l'integrazione sociosanitaria e la continuità dei percorsi. Questo richiede l'evoluzione della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza e dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e dei percorsi formativi che possano accompagnare e stimolare il cambiamento”.

ARRIVA AL SUD

IL PROGETTO RESISTIMIT

di Satya Marino

Sono cominciate le attività di Resistimit anche al Sud, con Napoli a fare da capofila. Il progetto Resistimit si impegna a coinvolgere i centri dislocati su tutto il territorio nazionale per favorire un'attenzione ai fenomeni locali – sottolinea il professor Ivan Gentile, Ordinario di Malattie infettive all'Università Federico II di Napoli – In Campania c'è il triste primato del record di infezioni da germi multiresistenti ai farmaci e la Campania è anche una regione dove gli antibiotici vengono usati in maniera spesso inappropriata, soprattutto sul territorio. L'idea di un registro nazionale dove si possano esaminare gli spaccati locali consentirà di affrontare seriamente il problema e di valutare le peculiarità dei territori. Potremo avere dati robusti per comprendere meglio e dinamicamente il fenomeno sia per quanto concerne l'incidenza delle infezioni da germi MDR che il trattamento da effettuare con nuovi farmaci, che assicuri la massima probabilità di successo per i pazienti, con il preciso scopo di utilizzare queste potenti armi solo laddove necessario e non rischiare di perdere la loro efficacia nel tempo”.

A far partire Resistimit a fine 2022 sono stati dieci centri pilota: Roma con Spallanzani, Tor Vergata e Umberto I, Napoli con Cotugno e Federico II, Bari, Foggia, Palermo, Pisa, Varese, Modena, Perugia, Padova. “Il progetto ora si estende su 30 centri infettivologici a livello nazionale, dieci in ogni area geografica tra Nord, Centro e Sud – spiega il professor Marco Falcone, segretario Simit (Società italiana di malattie infettive e tropicali) – Queste trenta unità operative di malattie infettive svolgeranno un'attività di sorveglianza e conddivideranno dati continuamente aggiornati su trend epidemiologici, caratteristiche dell'infezione, mortalità associata all'infezione e altri parametri utili. Oggetto di studio saranno batteri, funghi, virus e ogni altro microrganismo resistenti ai farmaci. I nostri centri clinici devono fornire ai decisori, compresa AIFA, un supporto tecnico-scientifico basato su dati di real-life per dimostrare efficacia e sicurezza dell'uso degli antibiotici nel nostro Paese. Gli antibiotici restano un prezioso strumento salvavita, ma devono essere usati con consapevolezza”.

L'Italia è il primo Paese Ue per morti da microrganismi resistenti agli antibiotici. Colpa anche del loro uso indiscriminato



Ivan Gentile

Oltre alla sinergia tra i centri infettivologici, Resistimit si contraddistingue per la funzione degli strumenti tecnologici. “La piattaforma software che utilizzeremo permetterà non solo di mettere in rete tutti i dati di real life, ma anche di determinare un sistema di analisi dei dati stessi tramite l'intelligenza artificiale con analisi predittive - evidenzia il professor Falcone - Ciò significa che avremo la possibilità di anticipare le diagnosi, identificare il miglior trattamento, individuare i casi più complessi, fino a migliorare la gestione delle infezioni e ridurre la mortalità. Questo trasforma la ricerca da statica a dinamica”.

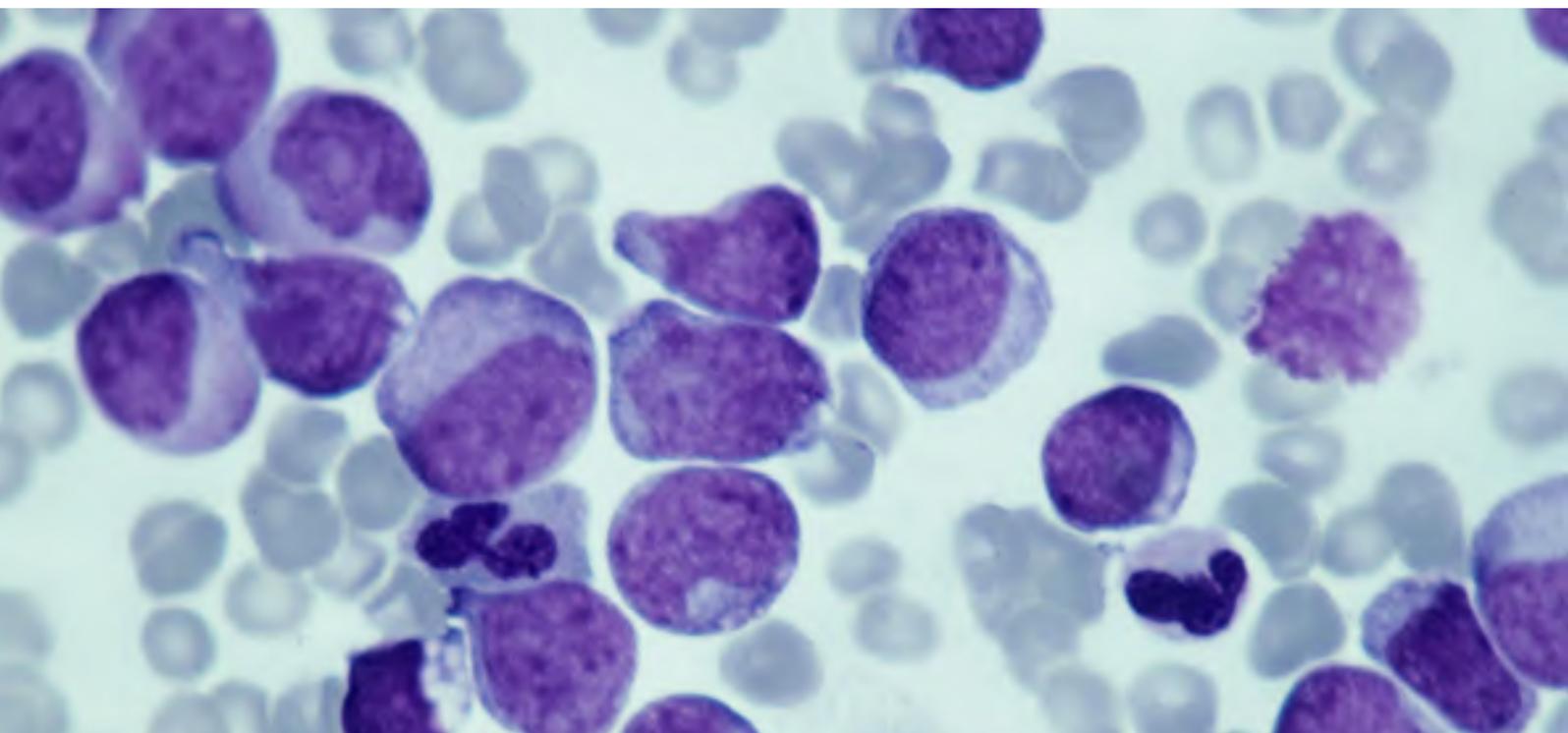
I dati proposti da Oms (Organizzazione mondiale della sanità) e ECDC (European Centre for Disease Prevention) confermano il trend peggiorativo dei germi multi-resistenti in tutto il Vecchio Continente, con particolare attenzione per l'Italia. Colpisce che non siano coinvolti solo i Paesi mediterranei come in passato, ma anche quelli anglosassoni e scandinavi. “L'Italia resta il primo Paese europeo per numero di infezioni e di morti, con circa 15mila decessi l'anno stimabili causati da microrganismi resistenti agli antibiotici - evidenzia il professor Falcone - Come indicato dai dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità, nel 2050 l'antibiotico-resistenza sarà la prima causa di morte a livello globale, con dieci milioni

di decessi. Nel nostro lavoro verranno utilizzati anche i dati della rete ALARICO (Advancing knowLedge on Antimicrobial Resistant Infections Collaboration Network), i cui recenti aggiornamenti di settembre 2023 relativi a diciassette ospedali italiani attestano come le infezioni da microrganismi multiresistenti carbapenemici, i più difficili da trattare, causano, rispetto ai microrganismi sensibili a questi antibiotici, un eccesso di mortalità che può arrivare fino al 35%”.

“Il progetto Resistimit, curato da un board di giovani infettivologi con una profonda esperienza sia clinica che di ricerca, è emblematico per certificare l'impegno di SIMIT contro un fenomeno quale quello dei microbi multiresistenti, caratterizzato da numeri allarmanti e dall'assenza di adeguate contromisure - sottolinea il professor Claudio Mastroianni, presidente Simit e coordinatore del progetto insieme al professor Falcone - Con questo progetto si vuole fornire supporto sia ai clinici che alle istituzioni. Si affianca ai sistemi di sorveglianza ministeriali, ma si caratterizza per il valore aggiunto della gestione clinica, per la dinamicità, per gli interventi in real life. Si offre un prezioso strumento per analizzare nel dettaglio tutte le sfaccettature di questa problematica e per ottenere informazioni aggiornate sulle infezioni provocate da microrganismi multiresistenti”.



Università Federico II di Napoli



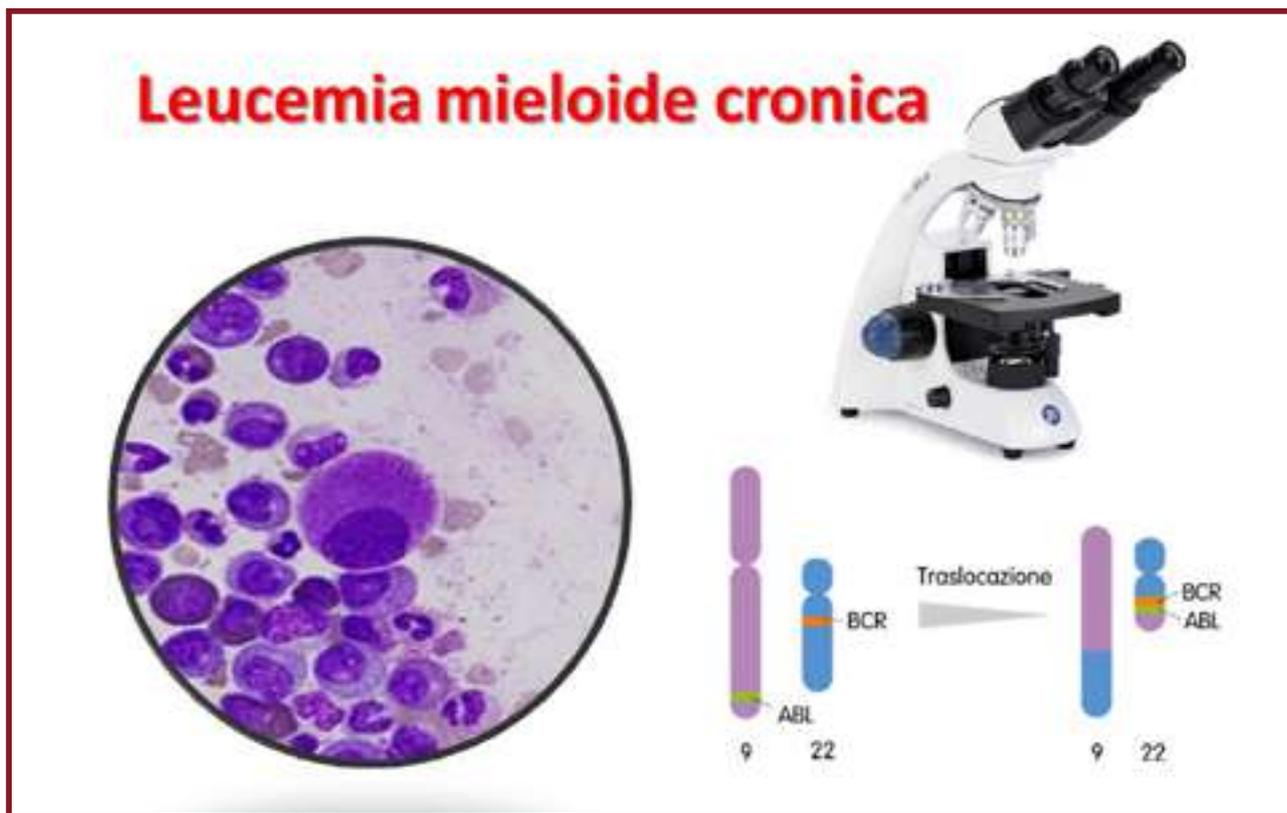
Novità sulla leucemia mieloide cronica

NEI PAZIENTI CON RISPOSTA OTTIMALE, LA PROGRESSIONE DELLA LMC RAPPRESENTA UN EVENTO MOLTO RARO, MA POSSIBILE, NELL'ORDINE TRA 1/10.000 E 1/1.000, PERO NON LEGATO ALLA SOSPENSIONE DELLA TERAPIA

di Lidia Tamburrino

La leucemia mieloide cronica (LMC) è una malattia che si sviluppa nel midollo osseo e progredisce lentamente. Il midollo osseo è un tessuto spugnoso contenuto all'interno delle ossa lunghe e di alcune ossa piatte, dove originano cellule immature, dette anche cellule staminali o blasti, da cui si sviluppano le cellule che costituiscono la parte corpuscolata del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine). Se nel percorso che porta le cellule staminali a diventare "adulte" subentrano errori e mutazioni, può avvenire una trasformazione maligna che dà origine alla LMC. Il termine "cronica" indica che la malattia ha una progressione lenta nel tempo e può rimanere asintomatica anche per anni nella fase iniziale. Inoltre, contrariamente a quanto avviene nella forma

"acuta", nella LMC viene preservata la capacità dei precursori dei globuli bianchi di differenziarsi in cellule mature. La LMC può colpire soggetti di qualsiasi età e di entrambi i sessi, ma è poco comune nei bambini di età inferiore ai 10 anni. La malattia si sviluppa in genere negli adulti di età compresa tra 40 e 60 anni. Generalmente è causata dal riarrangiamento di due particolari cromosomi (9 e 22) nel cosiddetto cromosoma Philadelphia. Il cromosoma Philadelphia produce un enzima (tiosin-chinasi) anomalo, responsabile dell'aumento anomalo della produzione dei globuli bianchi osservato nella LMC. Inoltre, a volte compaiono ulteriori anomalie genetiche (denominate mutazioni) che rendono la LMC maggiormente resistente al trattamento.



I soggetti attraversano una fase in cui presentano sintomi aspecifici come stanchezza, perdita di appetito e di peso. Con la progressione della malattia, i linfonodi e la milza si ingrossano e possono comparire pallore ed ecchimosi o facilità al sanguinamento. Per la diagnosi si ricorre a esami del sangue, test molecolari e analisi dei cromosomi. Il trattamento prevede farmaci chiamati inibitori delle tirosin-chinasi e viene avviato anche se il soggetto è asintomatico. Talvolta, è necessario il trapianto di cellule staminali.

Grazie all'avvento di farmaci inibitori di tirosino chinasi, la LMC è passata da una aspettativa di vita di 2-3 anni ad una identica a quella della popolazione generale. Questo fatto ha determinato un continuo aumento del numero dei pazienti affetti da questa malattia, che è stimato a circa due milioni nei Paesi sviluppati.

Se c'è una buona risposta alla terapia – almeno di quattro anni e la presenza di un minimo residuo di cellule leucemiche, meno di 1/10.000 – si propone al paziente di sospendere la terapia. La metà dei pazienti deve riprendere la terapia a causa della recidiva, ma la sospensione è comunque sicura, in quanto la ripresa della terapia porta ad una nuova remissione nella quasi totalità dei pazienti. In letteratura, sono stati descritti però alcuni casi in cui la sospensione della terapia si è associata ad una progressione della LMC, alla sua evoluzione in una leucemia acuta ed in alcuni casi anche alla morte del paziente.

Negli scorsi mesi sono stati pubblicati sulla rivista

American Journal of Hematology i risultati dello studio “Risk of progression in chronic phase-chronic myeloid leukemia patients eligible for tyrosine kinase inhibitor discontinuation: Final analysis of the TFR-PRO study”. Questo studio, iniziato nel 2017 e coordinato da Carlo Gambacorti Passerini, professore di Ematologia presso l'Università Milano-Bicocca e direttore della UOC di Ematologia presso la Fondazione IRCSS San Gerardo dei Tintori di Monza, ha preso in considerazione 906 pazienti affetti da LMC seguiti in centri italiani, francesi, tedeschi, spagnoli e canadesi. I pazienti dovevano essere candidabili alla sospensione della terapia e sono stati seguiti indipendentemente dalla loro decisione se sospendere o no la terapia stessa. Circa il 40% di essi non ha in effetti sospeso la terapia, mentre il 60% lo ha fatto. Dopo un tempo di monitoraggio mediano dei pazienti superiore a 5 anni, è stato registrato un unico caso di progressione di malattia in un paziente tedesco di 45 anni: una frequenza di circa 1 caso su 1000, e che per di più si è verificato nel gruppo di pazienti che non aveva sospeso la terapia. Questi dati permettono di concludere che nei pazienti con risposta ottimale, la progressione della LMC rappresenta un evento molto raro, ma possibile, nell'ordine tra 1/10.000 e 1/1.000, ma che non è legato alla sospensione della terapia. Questi risultati inoltre indicano la grande importanza della assunzione regolare della terapia prima della sua sospensione, e di un monitoraggio ottimale da parte del medico dopo la sospensione.

NUOVI STUDI SULL' ALZHEIMER

GLI INDIVIDUI DI ETÀ COMPRESA TRA I 63 E I 78 ANNI, CON LIVELLI BASSI DI PROTEINA ABCA7 NEL CERVELLO, HANNO UN MAGGIORE RISCHIO DI SVILUPPARE LA MALATTIA

di Caterina Del Principe

Un gruppo di lavoro dell'Alzheimer Center del Temple University Health System, negli Stati Uniti, ha realizzato uno studio, pubblicato sulla rivista *Cells*, in relazione al rapporto tra la proteina ABCA7, il colesterolo e l'infiammazione nelle cellule cerebrali umane. Questa ricerca potrebbe rappresentare il punto di partenza per individuare nuovi percorsi terapeutici. Si stima che in Europa la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%.

Negli scorsi anni, alcuni studi avevano già dimostrato il ruolo della proteina ABCA7 nello sviluppo dell'Alzheimer, ma gli studi sul genoma indicano solo una proteina e non dicono nulla su come funziona o come influisce su una malattia. L'obiettivo della nuova ricerca è di rivelare le funzioni della proteina ABCA7 e di utilizzare quanto appreso sul suo ruolo nella patologia per trasformarlo in una terapia efficace contro la malattia di Alzheimer.

Un precedente lavoro dello stesso istituto universitario, ha rilevato che gli individui di età compresa tra i 63 e i 78 anni con livelli bassi di proteina ABCA7 nel cervello, hanno un maggiore rischio di sviluppare la malattia. Quindi, a minori livelli di proteina, si svilupperebbe una possibilità maggiore di insorgenza dell'Alzheimer. I ricercatori del nuovo studio hanno evidenziato come il metabolismo del colesterolo e l'infiammazione influenzino i livelli di ABCA7 nelle cellule cerebrali e quindi il manifestarsi della malattia. Attraverso una serie di esperimenti, gli studiosi hanno ridotto la quantità di colesterolo presente in diverse linee cellulari neurali - microglia (le cellule della microglia sono un tipo di cellule della glia che si occupano della prima e principale difesa immunitaria attiva nel sistema nervoso centrale e costituiscono il 20% della popolazione totale di cellule gliali all'interno del cervello), astrociti (cellule particolari costituenti della neuroglia, si

trovano nel sistema nervoso centrale e si distinguono in astrocita fibroso, che si ritrovano nella sostanza bianca e sono dotati di pochi prolungamenti di grande lunghezza; astrocita protoplasmatico, che si trova nella sostanza grigia e che presenta molti prolungamenti ma relativamente corti) e neuroni (cellule nervose destinate alla produzione ed allo scambio di segnali; rappresentano quindi l'unità funzionale del sistema





nervoso, cioè la più piccola struttura in grado di eseguire tutte le funzioni cui è preposto) - e poi hanno trattato le cellule con la rosuvastatina, un principio attivo utilizzato nel trattamento di alcune dislipidemie e nella prevenzione di disturbi cardiovascolari; appartenente al gruppo delle statine, la rosuvastatina espleta la sua azione terapeutica quando assunta per via orale e sopprime la sintesi del colesterolo. Per determinare l'effetto dell'infiammazione su ABCA7, il team ha condotto un'altra serie di esperimenti in cui le stesse linee cellulari sono state trattate con una delle tre principali citochine - molecole proteiche prodotte da vari tipi di cellule e secrete nel mezzo circostante, di solito in risposta a uno stimolo, e inducono nuove attività come crescita, differenziazione e morte; la loro azione di solito è locale, ma talvolta può manifestarsi su tutto l'organismo - che scatenano l'infiammazione: IL-1 β , IL-6 o TNF α .

Dopo che le cellule sono state private di più della metà della loro quantità abituale di colesterolo, i ricercatori hanno scoperto che i livelli di ABCA7 sono diminuiti di circa il 40% nelle linee cellulari di microglia e di circa il 20% in una linea cellulare di astrociti, mentre non sono stati osservati cambiamenti nei livelli di ABCA7 in una linea cellulare neuronale dopo la perdita di colesterolo. Inoltre, l'interleuchina IL-1 β e il fattore TNF α hanno soppresso l'espressione di ABCA7 solo nelle cellule microgliali, mentre IL-6, non ha avuto alcun impatto su ABCA7 nelle tre linee cellulari.

Per i ricercatori, l'obiettivo è capire come misurare i livelli di ABCA7 nel cervello degli esseri viventi, per verificare se l'infiammazione sopprime ABCA7 nel corpo umano. Test efficaci per i livelli di ABCA7 nel cervello potrebbero identificare anche gli individui che sono a maggior rischio di Alzheimer e stimolerebbero lo sviluppo di nuove terapie basate sulla proteina ABCA7.

BONUS PSICOLOGO, TORNA IL SOSTEGNO ALLA SALUTE MENTALE

di *Caterina Del Principe*

In un momento decisivo per affrontare i problemi legati alla salute mentale in Italia, il ministero della Salute ha ufficialmente introdotto il Bonus Psicologo per l'anno 2023. Questo programma mira a fornire un sostegno fondamentale a chi necessita di servizi psicologici, con un investimento iniziale pari a cinque milioni di euro, destinati ad aumentare nel 2024. Un aiuto per le famiglie italiane a più basso reddito che, tanto più in un periodo di alta inflazione, non dispongono di sufficienti risparmi per permettersi di prendersi cura della propria salute mentale.

Le novità

Il dicastero guidato da Orazio Schillaci segue il successo dell'edizione relativa all'anno precedente, e compie un

passo significativo nel riconoscere e affrontare le sfide della salute mentale in Italia. Con un budget iniziale di cinque milioni di euro per il 2023, destinato ad aumentare a otto milioni nel 2024, il bonus si pone come una risorsa vitale per coloro che hanno bisogno di supporto psicologico.

La soglia Isee per l'accesso al bonus è stata fissata a 50mila euro, consentendo quindi a un'ampia fascia di cittadini di beneficiarne. Tuttavia, il numero di richieste approvabili è diminuito rispetto all'anno precedente, passando da 40mila a 8mila a causa dei limiti di bilancio. Questo aspetto solleva dubbi e preoccupazioni sulla capacità del programma di soddisfare in maniera opportuna la crescente domanda di supporto psicologico

**Indiscutibilmente,
questo strumento
rappresenta
un significativo
passo in avanti
per contrastare
un fenomeno
aggravato
pesantemente
dal Covid**



Il ministro della Salute, Orazio Schillaci



da parte dei cittadini Italiani.

Il funzionamento

Il funzionamento del Bonus Psicologo 2023 è stato progettato in maniera strategica per garantire una distribuzione equa ed accessibile dei fondi. I potenziali beneficiari possono accedere al Bonus a seconda dell'Isee. Con un Isee inferiore ai 15mila mira l'importo del Bonus può arrivare a 1.500 euro; con un Isee tra 15mila e 30mila euro, l'importo del Bonus scende a mille euro; con un Isee tra 30mila e 50mila euro l'importo del Bonus può arrivare non oltre i 500 euro. Questi importi, che possono raggiungere un massimo di 50 euro a seduta, sono destinati a coprire le spese delle sessioni di psicoterapia con professionisti qualificati.

La procedura per accedere al bonus richiede che i candidati presentino la domanda online tramite il portale Inps, dove verranno poi pubblicate le graduatorie per regione e provincia. Una volta accettata la domanda, i beneficiari avranno 180 giorni per utilizzare il bonus. In caso di mancato utilizzo entro questo termine, il bonus verrà revocato.

Un aspetto fondamentale del programma è la possibilità per i beneficiari di scegliere liberamente tra gli psicologi aderenti e disponibili, consultando l'elenco fornito dall'INPS. Questa libertà di scelta è essenziale per garantire che il trattamento sia il più adatto possibile alle esigenze individuali di chi ne usufruisce.

Gli obiettivi

In Italia, la questione della salute mentale presenta da sempre sfide significative nel contesto del Sistema sanitario nazionale. Spesso, l'accesso a servizi psicologici adeguati rimane limitato e le spese per la

psicoterapia rimangono in gran parte a carico degli individui. Inoltre, la disponibilità di consultori familiari, che rappresentano un importante punto di ascolto per i professionisti del settore, è inferiore alla soglia stabilita dalla legge 34/1996, che prevede un consultorio ogni 20mila abitanti. Da notare che anche la rete di supporto telefonico psicologico presenta carenze in diverse parti del paese, con telefonate non risposte e una disponibilità limitata di servizi di ascolto.

Il Bonus Psicologo 2023 è stato ideato con l'obiettivo di rafforzare i servizi di salute mentale in Italia. La pandemia di Covid-19 ha evidenziato la necessità di assistenza psicologica qualificata, accessibile a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro situazione economica. Gli obiettivi specifici includono il potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria per i disturbi mentali, l'aumento dei servizi di neuropsichiatria infantile e adolescenziale e il supporto a chi soffre di depressione, ansia e stress.

I rischi

La domanda di supporto psicologico è in aumento, e il budget attuale purtroppo potrebbe non essere adeguato a coprire le esigenze di tutti i potenziali beneficiari. Inoltre, la riduzione del numero di richieste approvabili potrebbe lasciare molti senza il supporto.

Il Bonus Psicologo 2023 rappresenta però un importante passo in avanti nella cura della salute mentale in Italia. Tuttavia, affinché il programma raggiunga il suo pieno potenziale, sarà essenziale monitorare l'efficacia della sua implementazione e, magari, se necessario adeguare il budget per rispondere in modo più efficace alle esigenze dei cittadini.

MUOVITI, MUOVITI!

LA CAMMINATA COME PRIMA MEDICINA: MALATTIE REUMATOLOGICHE E COMORBILITA' CARDIOVASCOLARI

di *Alfredo De Rosa*

Per il terzo anno consecutivo la storica sala conferenze del Circolo Sottufficiali della Marina Militare di Venezia Arsenale ha ospitato sabato 21 ottobre il Convegno Socio Sanitario “ Malattie reumatologiche e comorbilità cardiovascolari. Il cammino come prima medicina. “

Una giornata dedicata ai professionisti ma aperta anche alla cittadinanza, patrocinata dal Ministero della Salute e promossa dall'Ulss2 Marca Trevigiana, Ulss 3 Serenissima, Ulss 4 Veneto Orientale e Ulss6 Euganea, dall' Azienda Ospedale Università di Padova con la direzione di progetto sanitario del prof. A. De Rosa Vicepresidente Regionale di A.Ma.R.V. (Associazione Malati Reumatici del Veneto), del Dott. C. Buratto di PODartis Ricerche Scientifiche del piede diabetico e reumatico , di Triveneto Cuore, AISF Treviso Ulss2 Marca Trevigiana.

Erano presenti all'apertura dei lavori, per portare i saluti dell'Amministrazione comunale, l'assessore alla Coesione sociale, Simone Venturini, l'assessore ai Servizi al cittadino, Laura Besio, l'onorevole Martina Semenzato, e Silvia Tonolo Presidente nazionale ANMAR.

Il convegno ha riunito le eccellenze mediche internazionali nel campo della reumatologia, cardiologia, cardiocirurgia, riabilitazione e ortesi. L'evento ha sottolineato l'importanza della prevenzione, anche alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione che mette a rischio la tenuta del sistema sanitario italiano, insieme a quello economico e previdenziale. E' importante aiutare le persone a invecchiare bene e in salute, e per farlo la prevenzione

è fondamentale, concetto che è al cuore di questo convegno”.

Negli ultimi anni, la prognosi dei pazienti affetti da malattie reumatiche è migliorata sensibilmente grazie a diagnosi precoci, management ottimizzato e terapie innovative.

L'aumentata sopravvivenza ha fatto però emergere una importante comorbilità delle patologie autoimmuni sistemiche, quella cardio-metabolica. L'aumentata incidenza di obesità, stile di vita non appropriato,





sedentarietà, sindrome metabolica, infarto miocardico e accidenti cerebrovascolari, impatta fortemente sulla qualità e sull'aspettativa dei pazienti e comporta difficoltà di management terapeutico .

L' identificazione e conseguente riduzione del rischio cardiovascolare è perciò un obiettivo importante nella gestione delle malattie immunoreumatologiche e, in quest'ottica, il percorso di informazione che oggi affrontiamo, si propone di fornire ai presenti strumenti utili, clinici e terapeutici per la gestione delle comorbidità cardiovascolari e metaboliche nelle malattie reumatiche: (Cardio-Reumatologia).

Il programma si è articolato in tre sessioni, la prima :
 prof. L. Punzi reumatologo - Infiammazioni da microcristalli e rischio cardiovascolare, prof. G. Gerosa cardiocirurgo – Malattie reumatologiche e complicanze cardiovascolari, Dott. G., Turiano cardiologo – L'importanza del cammino per la prevenzione dell' infarto miocardico, Dott. A. Geraci ortopedico – La chirurgia nelle malattie reumatiche, prof. R. Stramare radiologo, L'imaging, componente fondamentale nella diagnosi delle malattie reumatiche e complicanze cardiovascolari, Dott.ssa E. Cosentino , fisiatra – L'importanza dell' attività fisica nella prevenzione e nel percorso di cura, Dott.sse L. Zanin e C.Semenzato,- La presa in carico infermieristica del paziente affetto da malattia reumatologica, Dott. C.



Buratto, R&D Podartis – Il ruolo delle ortesi.
 Moderatori, Dott.ssa C.Facchini e Dott. G. Bonivento
 Il ruolo delle Associazioni AMaRV, Triveneto Cuore e AISF gestito da: Silvia Tonolo, Edy Gonella e Raffaella Pierobon.

La seconda sessione si è articolata attorno ad una tavola rotonda "La parola al paziente", dedicata alle domande di chi è affetto da malattie reumatologiche e cardiovascolari, moderata dal Dott. Gian Antonio Stella, Corriere della Sera a cui hanno risposto specialisti esperti.

Infine nel pomeriggio sono stati effettuati effettuati 50 screening gratuiti reumatologici e cardiovascolari con la valutazione del cammino.



ARTIVION™

Formerly CryoLife | Jotec

Advancing Aortic Technologies with Purpose™

Our decades of expertise in providing cardiac and vascular surgeons with solutions to treat patients with aortic diseases—coupled with our recent acquisitions and partnerships—have collectively empowered our intentional focus on offering life-changing aortic-centric technologies.

Artivion, CryoLife, and Jotec are trademarks owned by Artivion, Inc. or its subsidiaries. © 2022 Artivion, Inc. All rights reserved. Note: All products and indications are not available/approved in all markets. MLENG1528.000 (2022-01)



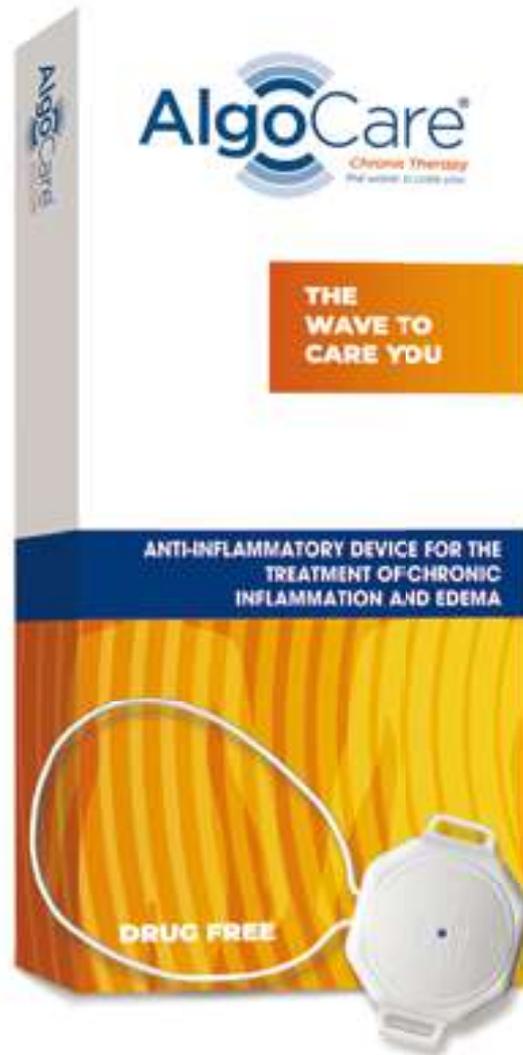
Learn more at artivion.com

AlgoCare[®]

Chronic Therapy
the wave to care you



**CHRONIC
SKIN
ULCERS**



**ANTI-INFLAMMATORY DEVICE FOR
THE TREATMENT OF CHRONIC
INFLAMMATION AND EDEMA**