

ORE12 SANITÀ ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONA MENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 3/4 2025 - prezzo di copertina. € 10,00

**Procurement, l'evoluzione
degli appalti sanitari**

**Prevenzione e volontariato,
i punti di forza della Lilt**

**Chirurgia della spalla,
le nuove frontiere**

**Turismo e salute,
il modello di Tiritò**

NOMENCLATORE SANITARIO, CHI NE PAGA IL PREZZO



VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS



SHOCKWAVE E⁸

SHOCKWAVE E8 **NEW**

**PROGETTATO APPOSITAMENTE PER TRATTARE
IL CALCIO SEVERO SOPRA E SOTTO IL GINOCCHIO**

Shockwave E8 è il nuovo catetere per litotrissia per trattare la malattia arteriosa periferica calcificata. Progettate per la versatilità, le onde di pressione sonore di **Shockwave E8** forniscono un'opzione a basso rischio che rompe efficacemente il calcio dove conta, semplificando le procedure complesse e aiutando a ripristinare il flusso sanguigno periferico.

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

Spesa sanitaria italiana, vasi di coccio e vasi di ferro

di *Pietro Romano*



Nell'universo sanitario qualcosa (e più di qualcosa) si muove. Ma in una logica settoriale.

E' indubbio che l'attuale governo abbia posto mano al dossier Sanità. Ed era ora. Dopo dieci e più anni di tagli, incuria e dimenticanze sospette, la svolta era indispensabile.

Il primo fascicolo del dossier era quello del personale: dai medici in poi. Ancora c'è molto da fare, però l'inversione esiste. Magari favorita da associazioni e sindacati, che rispetto al recente passato sono stati più incisivi, ma di certo hanno trovato una più evidente volontà di ascolto da parte dell'interlocutore istituzionale. Non solo. Finalmente, i lacci e i laccioli che frenavano la corsa alle facoltà sanitarie, e soprattutto a Medicina, sono stati allentati facendo sperare in un più ampio bacino di professionalità cui attingere in futuro. Tanto che ci paiono precoci gli allarmi che si stanno levando sui rischi derivati da una 'sovraabbondanza' di medici sul mercato.

Quanto all'industria c'è da osservare che il comparto farmaceutico sta registrando una crescita rimarchevole in un momento complessivamente poco felice per il manifatturiero tricolore. Lo stesso presidente di Farmindustria (Confindustria), Marcello Cattani, ha

spiegato che l'esecutivo segue con attenzione il settore. Del resto, a quanto pare, il governo starebbe per procedere alla definizione della Strategia nazionale sulla farmaceutica. L'obiettivo di Farmindustria è ambizioso: rivedere la governance in maniera che continuino ad aumentare le risorse e vengano attivati nuovi modelli basati sul valore delle cure per migliorare l'accesso ai medicinali.

Se, come sembra, il governo sta valutando con favore tali richieste, di conseguenza la coperta sempre troppo corta delle risorse rischia di lasciare al freddo qualcuno. Un qualcuno che magari già è stato penalizzato attraverso meccanismi di cui non si può accusare l'esecutivo guidato da Giorgia Meloni per averli introdotti ma che non sono stati ancora smantellati. E' il caso, in primis, del payback. Sia ben chiaro: il payback è diventato insostenibile per tutti i fornitori del Sistema sanitario nazionale. Aziende farmaceutiche comprese, per le quali in cinque anni il conto è più che raddoppiato, passando da 1,2 a 2,5 miliardi. Ma questo su una spesa farmaceutica sostenuta dal pubblico che è previsto sfiori i 24 miliardi. E imposto a imprese solitamente dai grandi numeri e spesso inserite all'interno di strutture multinazionali.

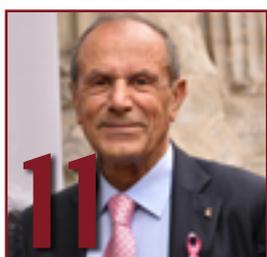
Il problema è più grave sul fronte dei dispositivi medici dove sono le piccole imprese italiane a svolgere il ruolo principale. Se il payback dovesse continuare a esistere e a operare esistono rischi concreti per la sopravvivenza di molte imprese (presidio di eccellenza nazionale) e la certezza di una vita ancora più grama, a esempio, per gli invalidi e i fragili.

Come se non bastasse – come viene spiegato dettagliatamente da pagina 19 – il nuovo Nomenclatore tariffario degli ausili e delle protesi, invece di emendare gli errori inseriti nel disciplinare nel 2017, ha ribadito la gara pubblica per questi dispositivi, non permettendo di conseguenza la personalizzazione di ausili, protesi, tutori e così via. L'effetto è che i pazienti saranno costretti a pagare di tasca propria le personalizzazioni. Ma in tanti non saranno in grado di farlo. Con le conseguenze facilmente immaginabili anche sulle imprese, costrette a ridurre il proprio perimetro e a tagliare investimenti e innovazione, finendo così ai margini del mercato.



SPALLANZANI, IL FUTURO DELLA RICERCA

di Flavia Scicchitano



LA LOTTA PER VINCERE IL CANCRO

di Danilo Quinto

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA



CHIRURGIA DELLA SPALLA

di Flavia Scicchitano



DISABILI E PAZIENTI FRAGILI

di Caterina Del Principe

20

PROCUREMENT
SANITARIO

23

SALUTE
& ISTRUZIONE

SOMM



ALIMENTAZIONE E LONGEVITÀ

di Flavia Scicchitano

MALATTIE DEL FEGATO LIBRO BIANCO

di Satya Marino



CIBO & SALUTE

di Francesca Petrini

39

SCLEROSI MULTIPLA

41

MALATTIA DI STANGARDT



VISTA IN SALUTE

di Federica Troiani

43

TIROIDITE DI HASHIMOTO

45

NEUROMA DI MORTON

35

GLAUCOMA

47

SINDROME DI ALANGILLE

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:



ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Direzione Web e Social

Annachiara Albanese
direzioneweb@ore12web.it

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione

Gioietta Ciuffa è giornalista

Elisa D'Autilia è responsabile della Struttura dispositivi e tecnologie medicali - Direzione acquisti di Aria Spa Lombardia

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Maria Concetta Di Mario è giornalista

Satya Marino è giornalista

Danilo Quinto è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di una giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Federica Troiani è giornalista

Francesca Petrini è presidente nazionale di Cna Agroalimentare

Stampa

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

Privacy

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

Abbonamenti e Arretrati

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

Warning

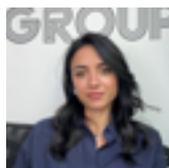
Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque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



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

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

LE FIRME



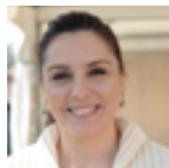
Annachiara Albanese

È counselor professionista,
esperta in comunicazione e marketing



Elisa D'Autilia

Responsabile della Struttura dispositivi e tecnologie medicali
Direzione acquisti di Aria Spa Lombardia



Francesca Petrini

Presidente nazionale di Cna Agroalimentare

• NUMERO 2 •



Quello italiano sarà pure il migliore sistema sanitario del mondo - come si continua a sostenere - ma i dati obiettivi dicono altro. Per il Ministero della Salute, nel 2023 l'attesa media per una visita specialistica nel SSN ha superato i 4 mesi, mentre per esami diagnostici come risonanza magnetica e TAC può arrivare anche a 12 mesi. Per interventi chirurgici, come la protesi d'anca o la cataratta, in molte regioni bisogna aspettare oltre un anno. Chi può dal punto di vista economico, si rivolge al privato. Per l'ISTAT, il 35% degli italiani paga di tasca propria una visita specialistica, mentre il 20% rinuncia alle cure; il 40% delle richieste di visite specialistiche viene fissato oltre i limiti previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e questo è un dato gravissimo, che compromette il diritto alla salute sancito dalla Costituzione. I tempi di attesa diventano ancora più pesanti se si tratta di gravi patologie: occorrono 60 giorni per una visita oncologica; per esami cardiologici il tempo può oltrepassare i 90 giorni. Le cause strutturali di questa situazione sono la carenza di personale medico ed infermieristico; il sottofinanziamento della sanità, con l'Italia che investe circa il 6,2% del PIL nel settore, un valore inferiore sia alla media OCSE del 6,9% che a quella europea del 6,8%; la disparità regionale e organizzativa; la carenza di strutture tecnologicamente moderne e dall'insufficiente digitalizzazione dei servizi sanitari; l'alto numero di prescrizioni inappropriate, dovute alla medicina detta difensiva, che i medici stanno sempre più adottando per ridurre il rischio di contenziosi legali.

Di fronte a questo quadro disastroso, il Ministero della Salute ha approvato la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa, che nelle intenzioni dovrebbe consentire un monitoraggio più trasparente e centralizzato dei tempi di attesa nelle diverse regioni, salvaguardano questi obiettivi: l'accesso in tempo reale ai tempi di attesa per migliorare la pianificazione delle visite; l'ottimizzazione delle risorse sanitarie per ridurre sprechi e inefficienze; la maggiore trasparenza nella gestione degli appuntamenti, evitando disuguaglianze regionali.

È inevitabile che quest'iniziativa dipenda dalla disponibilità di risorse e soprattutto dalla capacità delle regioni di ottimizzare i loro sistemi. Dubitiamo fortemente che in molte regioni quest'ultimo aspetto possa essere soddisfatto. Ormai, la situazione generale richiede un profondo ripensamento del governo del bene salute, anche rinunciando ad aspetti ideologici che si sono cristallizzati.

KASTER
Medical Technology

Meril

More to Life

LATITUDTM | HIP SYSTEM
Freedom of Choice



OPUKENT
Knee System

KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma IT

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

SPALLANZANI, IL FUTURO DELLA RICERCA: nasce il Polo dei laboratori "Rita Levi Montalcini"

di Flavia Scicchitano



CRISTINA MATRANGA RACCONTA IL PROGETTO DI RINNOVAMENTO DELL'INMI SPALLANZANI, CON L'APERTURA DEL PRIMO LABORATORIO DI BIOSICUREZZA DI LIVELLO 4 IN ITALIA, UN TRAGUARDO STRATEGICO PER LA RICERCA SULLE MALATTIE INFETTIVE

Un Polo dei laboratori-Rita Levi Montalcini, integrato dal nuovo laboratorio di Biosicurezza di Livello 4, unico in Italia e tra i pochi del mondo.

È il progetto di rinnovamento che coinvolgerà nei prossimi mesi l'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, dove ricerca, assistenza e formazione troveranno un denominatore comune. Il progetto sarà finanziato grazie alle liberalità realizzate in periodo Covid e, in parte, con risorse stanziare dal ministero della Salute.

Cristina Matranga, commissario straordinario dell'INMI Spallanzani, in che cosa consiste il progetto di rinnovamento dei laboratori dell'Istituto e quali sono le ragioni alla base?

L'idea di un progetto ampio di completa rivisitazione dei laboratori del nostro Istituto deriva da due ordini di considerazioni: le strutture da modernizzare e alcuni fondi di liberalità ottenuti in epoca Covid, grazie all'ottimo lavoro compiuto durante la pandemia. Da qui la scelta di realizzare un nuovo Polo di laboratori intitolato alla memoria di Rita Levi Montalcini, scienziata formidabile



e prima presidente del Comitato etico dello Spallanzani, che riunirà in un unico edificio il Dipartimento dei Laboratori, attualmente frammentato su due padiglioni, e permetterà di implementare e migliorare la dotazione strutturale e tecnologica. In questa ottica, è prevista la progettazione e realizzazione di un nuovo edificio atto ad ospitare i due attuali laboratori di microbiologia e virologia, attraverso la collaborazione dell'Ordine degli architetti e dell'Ordine degli ingegneri della provincia di Roma. Ad oggi, infatti, i due laboratori sono ubicati in due edifici del 1936, molto belli ma concepiti con una logica diversa, le stanze ad esempio sono molto piccole. Il nuovo edificio da realizzare ex novo disporrà, invece, di spazi molto grandi in grado di ospitare macchinari moderni e di facilitare l'incontro tra ricercatori e biologi. Un ponte lo collegherà al padiglione dell'Alto isolamento dove sorgerà il BSL-4. I tempi di realizzazione sono lunghi, parliamo di un paio d'anni, abbiamo avuto comunque l'approvazione del ministero e siamo partiti con la gara. I vecchi laboratori continueranno ad esserci con finalità formativa e con il BSL-3, con un grado di sicurezza inferiore.

Il cuore del progetto sarà il nuovo laboratorio di Biosicurezza di Livello 4, unico in Italia e tra i pochi al mondo. Di cosa si tratta?

Il laboratorio di Biosicurezza di Livello 4, che andrà a integrare il nascente Polo dei laboratori, introdurrà

un'importante novità per la garanzia della biosicurezza italiana e per lo sviluppo della ricerca. Rappresenta un traguardo significativo nella gestione delle malattie infettive più pericolose e nella tutela della salute pubblica, trattandosi di un laboratorio assolutamente unico nel suo genere in Italia, nonché uno dei pochi attualmente operativi nel mondo. Il livello di biosicurezza 4 è il più elevato previsto per i laboratori di virologia e microbiologia e questa nuova struttura ci permetterà di lavorare, in condizioni di massima sicurezza, sulla diagnostica e sulla ricerca per patogeni altamente pericolosi che possono causare gravi malattie nell'uomo, ad esempio il virus Ebola, migliorando in modo significativo la capacità di rispondere in modo rapido ed efficace alle emergenze sanitarie globali. I nostri ricercatori, già altamente specializzati, lavoreranno in un ambiente completamente isolato, protetti da una tuta stagna pressurizzata che riceve aria dall'esterno. L'attività di formazione per gli operatori viene condotta direttamente in Istituto. I tempi per l'attivazione saranno relativamente brevi. Il Comitato tecnico-scientifico del ministero della Salute, il 30 gennaio scorso, ha dato il via libera definitivo al contributo straordinario di 1,9 milioni di euro per l'acquisizione delle apparecchiature e delle strumentazioni necessarie per avviare le attività. Si tratta dell'ultimo atto propedeutico all'attivazione del

laboratorio, che sorge all'interno del padiglione Alto isolamento ed è già pronto e funzionante dal punto di vista strutturale e impiantistico. Sarà operativo tra qualche mese, prevediamo entro giugno-luglio 2025.

Qual è l'importanza di questo nuovo progetto e il suo ruolo nell'ambito della ricerca?

Dotarsi di nuove strutture, moderne e sicure, è fondamentale, soprattutto per un Istituto come lo Spallanzani, da sempre punto di riferimento nazionale e internazionale nella ricerca e cura delle malattie infettive. Si tratta di un progetto tra i più ambiziosi e sfidanti, che sicuramente caratterizzeranno i prossimi anni dell'Istituto, e che porta ad elevare gli standard di eccellenza, rafforzare ulteriormente la posizione all'avanguardia e la strategicità in Italia e nel mondo. Più in generale possiamo dire che questo è un momento d'oro per lo Spallanzani, individuato di recente anche come Centro di formazione permanente in sanità per la Regione Lazio. Questo arricchisce il nostro tradizionale binomio assistenza-ricerca, facendo dell'Istituto un unicum in cui ricerca, assistenza e formazione si integrano e arricchiscono l'un l'altro. La ricerca che non diventa formazione resta autoreferenziale e la formazione non alimentata dalla ricerca rischia di

rimanere sterile e ripetitiva. Di conseguenza, ricerca e formazione rendono l'assistenza qualitativamente elevata. Gli Irccs fanno ricerca e assistenza, ma a offrire il terzo filone della formazione siamo solo noi, unici nel panorama nazionale.

Quanto ha influito il Covid sulla scelta di procedere con questo rinnovamento?

Il Covid per l'INMI Spallanzani ha costituito un momento di grande pressione ma anche di grande visibilità. Durante la pandemia il nostro Istituto ha fatto tantissimo, siamo stati i primi a isolare il virus, e questo è stato il risultato di un'attività di ricerca condotta nei decenni precedenti. E' in questo contesto che si inserisce il progetto di rinnovazione dei laboratori. L'investimento complessivo, tra edificio e nuove attrezzature, supera i 15 milioni di euro, risorse attinte dalle donazioni ricevute dall'Istituto in epoca Covid, che abbiamo deciso di restituire alla collettività investendo in ricerca. Il ministero della Salute ha contribuito con uno stanziamento di 8 milioni. Con l'emergenza sanitaria il nome del nostro Istituto è diventato noto e ora la grande sfida è mantenere questo brand reputazionale elevato, continuando a garantire la qualità di ricerca e assistenza e della nuova attività di formazione.



HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

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



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

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE s.r.l.

ENDOASCULAR SERVICE

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

TaeWoong
MEDICAL 

LA LOTTA PER VINCERE IL CANCRO

di Danilo Quinto

FRANCESCO SCHITTULLI



Oncologo di fama, laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato di Chirurgia ed in Oncologia con il massimo dei voti e la lode, eletto più volte al Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bari, al Consiglio Nazionale della SICO (Società Italiana di Chirurgia Oncologica) e della SIT (Società Italiana Tumori), il professor Francesco Schittulli è stato Direttore della Scuola Superiore di Senologia Chirurgica e docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e la

Cultura della prevenzione e grande esercito di volontari, vera forza della Lilt, la Lega italiana per la lotta contro i tumori

Scuola di Specializzazione in Oncologia delle Università di Bari e di Tor Vergata a Roma. Nel 2005 gli è stata conferita la Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi e l'onorificenza di san Gregorio Magno da San Giovanni Paolo II. Già componente della Commissione Oncologica Nazionale e del Consiglio Superiore di Sanità, è stato Primario, Direttore Scientifico e Capo Dipartimento Donna all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Oncologico di Bari.



Insignito di numerosi premi e riconoscimenti nazionali ed internazionali. Presidente Nazionale della LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ente pubblico su base associativa), già allievo del professor Umberto Veronesi, è senologo-chirurgo-oncologo e Direttore Scientifico della Senologia del Mater Dei Hospital di Bari. Autore di oltre duecentocinquanta pubblicazioni scientifiche, ha al suo attivo circa trentamila interventi chirurgici per patologia mammaria.

Come si è sviluppata la LILT?

Il 24 febbraio del 1922 nacque a Bologna la Federazione Italiana per la Lotta contro il Cancro, organismo embrionale della LILT, che nel 1927 venne giuridicamente riconosciuta Ente Morale. Nel 1942, la LILT ha creato negli Ospedali un nuovo modello di cartella clinica, per la raccolta statistica dei dati epidemiologici sul cancro. La prima iniziativa di piazza per la raccolta fondi si poté celebrare il 24 dicembre 1953. Il 1965 è stato l'anno d'inizio delle campagne nazionali per promuovere controlli diagnostici preventivi. Nel 1975 la LILT è stata riconosciuta Ente Pubblico non economico. La sua attività si svolge ora sotto la vigilanza del Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, le Province, i

Comuni. Il bilancio è sottoposto annualmente a verifica ed approvazione dal Ministero vigilante, dal MEF e dalla Corte dei Conti. Nel 2003, il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi conferì alla LILT la Medaglia d'Oro per "Benemeriti della Salute Pubblica". Con decreto del Ministro della Salute, la LILT è diventata Ente Pubblico su base associativa, articolato in centosei Associazioni Provinciali/Metropolitane e venti Coordinamenti Regionali. I suoi punti di forza sono rappresentati dai circa quattrocento ambulatori dislocati su tutto il territorio nazionale e dai Volontari al servizio della comunità.

Quando e com'è nato il suo impegno per la LILT?

Il mio percorso con la LILT è iniziato nel 1972, in concomitanza con l'avvio della mia attività di senologo, come volontario a Bari e provincia, insegnando alle donne l'autopalpazione e frequentando il Centro Tumori, una struttura sanitaria ubicata nel Policlinico di Bari che si prendeva cura di pazienti oncologici in condizioni però altamente critiche. All'inizio degli anni '80 fui eletto componente del Consiglio Direttivo della LILT della Provincia di Bari e nel 1985 fui eletto presidente, incarico che ho conservato fino al 2000, quando sono stato eletto presidente nazionale.

Che cosa significa cultura della prevenzione?

Il vero significato della parola prevenzione dovrebbe essere provvedere. La prevenzione oncologica si articola in primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria si basa sulla lotta al tabagismo ed alle cancerogenesi ambientali e professionali; sull'alimentazione (dieta mediterranea italiana) e sulla regolare attività fisica. Per prevenzione secondaria s'intende diagnosi sempre più precoci, attraverso l'individuazione di lesioni tumorali in stadio iniziale. L'obiettivo è ridurre la mortalità, migliorare la qualità della vita del malato oncologico e l'invasività dei trattamenti clinico-sanitari. La prevenzione terziaria tratta le problematiche che insorgono durante il percorso di vita di chi abbia già vissuto l'esperienza cancro e si esplica soprattutto con la riabilitazione psico-fisica, il reinserimento sociale e occupazionale del malato e prendendosi cura dei familiari, anche con la riabilitazione rigenerativa e l'assistenza domiciliare.

Che cos'è il Codice europeo contro il cancro?

È un codice composto da dodici consigli emanati dall'Unione europea e basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili per l'adozione di stili di vita sani, elaborati dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), ente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, specializzato in oncologia.

Vuole ricordare questi consigli?

Sono consigli fondamentali per condurre una vita sana: non fumare; fare in modo di mantenere il peso corporeo salutare; mantenersi fisicamente attivi tutti i giorni, limitando il tempo da trascorrere seduti; seguire una dieta sana (principalmente cereali integrali, legumi, verdura e frutta, limitando i cibi ad alto contenuto calorico, evitando la carne conservata, limitando la carne rossa e i cibi ad alto contenuto di sale); evitare di bere alcolici; evitare lunghe esposizioni al sole, con particolare attenzione ai bambini, usando le protezioni solari e non utilizzando lampade solari; proteggersi sul luogo di lavoro dall'esposizione ad agenti cancerogeni seguendo le istruzioni in merito alla sicurezza; controllare se in casa si è esposti ad alti livelli di radiazioni radon.

Umberto Veronesi, che è stato suo Maestro, diceva che la battaglia per la salute fisica e mentale delle donne si è affermata nel mondo grazie alle donne stesse. Che ne pensa?

È del tutto vero. Sono state le donne a comprendere che l'intervento chirurgico conservativo per il cancro al seno forniva le stesse possibilità di vita e di salute. Si è vincenti contro questo tumore, ormai big killer numero 1 in assoluto, se tutte le donne fossero correttamente informate e costantemente controllate. Ogni donna over 40 anni, dovrebbe eseguire annualmente (vita natural durante) una visita senologica ed una eco-mammografia. Attualmente, i programmi di screening senologico superano di poco il 50% della popolazione femminile del nostro Paese e sappiamo che complessivamente la guaribilità del cancro si aggira intorno all'85%. Con i mezzi a nostra disposizione, potremmo oggi garantire e raggiungere una guaribilità di oltre il 95%. Per il tumore del seno, in particolare, sfiorare il 100%, se solo si adottassero stili di vita corretti e se le donne si sottoponessero con regolare periodicità ai controlli clinico-strumentali. Prevenzione e diagnosi precoce trovano la loro ragion d'essere anche nei confronti dei tumori del polmone, prostata, colon-retto, cute, cavo orale e collo dell'utero.

Un altro aspetto fondamentale della prevenzione è quello legato all'alimentazione ed all'attività fisica. Che ne pensa?

Mangiare sano è il modo migliore per prevenire quasi ogni forma di cancro. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa il 40% delle persone che ogni anno si ammalano di cancro in tutto il mondo avrebbe potuto evitare la malattia se solo avesse seguito un'alimentazione corretta. In Italia, teoricamente, siamo fortunati, perché il modello alimentare tipico del nostro Paese, la dieta mediterranea, è molto utile per prevenire sia i tumori sia altre patologie, come le malattie cardiovascolari metaboliche e così via. Per quanto riguarda l'attività fisica, recenti indagini scientifiche hanno dimostrato come siano necessari pochi minuti al giorno per ottenere un effetto preventivo sul cancro.





Che importanza ha il volontariato?

La forza vera della LILT, l'esercito che schiera in prima linea è composto da persone, giovani, uomini e anziani che, spesso con silenzioso, personale, quotidiano sacrificio, mettono a disposizione degli altri il loro tempo libero, la loro quota personalissima di privato. All'interno della LILT, vi sono persone semplici, che con il lavoro, spesso oscuro e ignorato, aiutano gli altri. Sono i circa ventimila volontari LILT.

La LILT si occupa anche di ricerca?

La ricerca scientifica, particolarmente quella dedicata alla prevenzione, è parte integrante delle attività istituzionali della LILT. Per perseguire quest'obiettivo, la LILT collabora con le Istituzioni, gli Enti e gli organismi che operano a livello nazionale ed internazionale in campo oncologico, anche attraverso l'elargizione di borse di studio riservate a giovani neolaureati e finanziando progetti di ricerca, nonché acquistando apparecchiature tecnologiche per le varie Associazioni LILT. Nell'ultimo decennio sono stati finanziati oltre cento progetti per circa venti milioni di euro, aventi come tema la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, grazie alla raccolta fondi tramite la donazione del 5 per mille. Uno dei progetti più importanti perseguiti è la formazione a distanza per operatori sanitari.

Quali sono i progetti futuri della LILT?

Diffondere sempre di più la cultura della prevenzione come metodo di vita, nelle sue tre forme, primaria, secondaria e terziaria. Rivolta quest'ultima ai quattro milioni circa di italiani già colpiti dal cancro e che hanno pieno diritto ad una vita normale.

Negli ultimi anni, com'è cambiata la lotta contro il cancro?

Abbiamo registrato indubbi e notevoli progressi, tenendo conto che il cancro è stato sempre considerato come malattia incurabile, mortale. Eppure, sappiamo che è l'ambiente che va a mutare, ad alterare, a modificare i nostri geni, fino a sviluppare una patologia neoplastica. Questo significa che dobbiamo avere cura di tutto ciò che circonda l'essere umano. Sono state individuate oltre cinquecento sostanze cancerogene e lo IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) ha già classificato oltre centoquaranta di queste sostanze certamente cancerogene, rispetto alle altre, possibilmente o probabilmente cancerogene. Dobbiamo però prendere atto che il 10% della popolazione mondiale sviluppa un tumore contro il 25% della popolazione europea: sono dati che dovrebbero non solo farci riflettere, ma obbligarci ad adottare delle strategie operative nei confronti di questa patologia che, di anno in anno, colpisce sempre più persone, pur registrando una sia pur lenta, ma continua e progressiva mortalità.

LA RIVOLUZIONE TECNOLOGICA NELLA CHIRURGIA DELLA SPALLA: protesi di nuova generazione e intelligenza artificiale

di Flavia Scicchitano

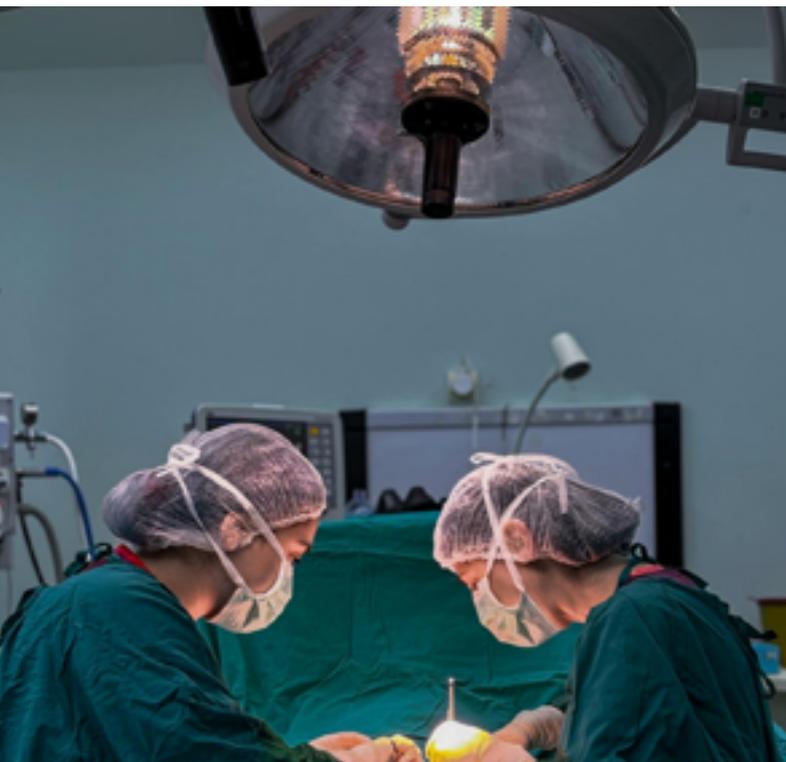


FRANCESCO FRANCESCHI SPIEGA
COME LE INNOVAZIONI IN ROBOTICA
E IA STIANO TRASFORMANDO
GLI INTERVENTI CHIRURGICI,
RENDENDOLI PIÙ PRECISI, MININVASIVI
E CON TEMPI DI RECUPERO
SEMPRE PIÙ RAPIDI

Dalla robotica all'intelligenza artificiale, la tecnologia negli ultimi anni sta guidando le innovazioni nel campo della chirurgia della spalla. Protesi sempre più sofisticate e mininvasive consentono di intervenire nei casi di artrosi avanzata, quando i tendini della cuffia dei rotatori sono diventati irreparabili o in caso di fratture della testa dell'omero, con un post operatorio poco doloroso e molto rapido. A parlarne è Francesco Franceschi, primario di Ortopedia all'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma.

Prof. Franceschi, quali sono le principali problematiche ortopediche che colpiscono la spalla?

La maggior parte dei problemi a livello della spalla sono infiammazioni che si possono trattare con terapie conservative come infiltrazioni o fisioterapia. In caso, invece, di lussazioni o lesioni di tendini e legamenti, di natura traumatica, patologica o congenita, è necessario ricorrere alla chirurgia. In particolare, il ricorso a interventi chirurgici è indicato a fronte di patologie degenerative, legate all'invecchiamento, ovvero lesione dei tendini o artrosi della spalla che provocano il blocco



dell'articolazione impedendone i movimenti, o a fronte di lesioni traumatiche come la lesione dei legamenti che provocano la lussazione della spalla.

Rispetto alla chirurgia della spalla, quali sono le innovazioni, anche tecnologiche, in sala operatoria?

L'intervento chirurgico per eccellenza è l'artroscopia, per riparare i tendini della cuffia dei rotatori ma anche per la lussazione di spalla, in sostituzione dei vecchi interventi a cielo aperto. Ma la novità più importante degli ultimi anni è la protesi di spalla sia per l'evoluzione biomeccanica degli impianti sia per la modalità di applicazione. Si ricorre all'impianto di protesi in casi sempre più frequenti, per artrosi avanzata, tendini irreparabili o fratture della testa dell'omero. Si tratta di una tecnica mininvasiva che non traumatizza i tessuti e permette una riabilitazione meno dolorosa e un recupero molto rapido dell'articolazione. La maggiore precisione nell'innesto delle protesi consente, infatti, di recuperare un movimento articolare molto ampio fino alla ripresa della completa funzionalità del movimento di una spalla sana.

Come si sono perfezionate le protesi della spalla negli anni e, dal punto di vista tecnico, come viene eseguito l'intervento di chirurgia protesica?

Le protesi sono dispositivi soggetti a continui perfezionamenti nelle dimensioni, ovvero sono sempre più piccole, e nei materiali, sempre più leggeri. Le protesi della spalla sono, infatti, realizzate in titanio con un rivestimento in ceramica in grado di far scorrere le due superfici articolari. L'intervento in sala operatoria

viene realizzato con l'ausilio di un computer che consente la navigazione intraoperatoria e un monitor che ci guida nella posizione dell'impianto. La proiezione virtuale consente di applicare la protesi con massima precisione per ottenere i risultati migliori. Una differenza di 5 mm o di 10 gradi può offrire un miglioramento importante nel movimento del paziente. Come detto, si tratta di una tecnica mininvasiva che permette di non traumatizzare i tessuti. L'intervento dura circa 40 minuti, poi si deve indossare il tutore per una decina di giorni e successivamente bisogna iniziare la riabilitazione, rieducando la spalla a muoversi. Il post operatorio è molto breve, in un mese i pazienti sono autosufficienti e in altri due mesi la rieducazione è completata.

Si parla tanto anche di protesi inverse della spalla, cosa sono?

Le protesi inverse invertono completamente l'anatomia della spalla nelle sue parti concave e convesse. Sono protesi a cui si ricorre quando i tendini della cuffia dei rotatori sono distrutti o hanno subito una deformazione tale da non poter essere riallacciati in altro modo. Costituiscono l'unica soluzione per recuperare il movimento dell'arto nei casi citati: attualmente rappresentano l'85% degli impianti a livello della spalla.

Qual è il contributo dell'intelligenza artificiale nella chirurgia della spalla?

Si parla tanto di robotica ma le nuove tecniche chirurgiche stanno sfruttando soprattutto l'intelligenza artificiale. L'intelligenza artificiale sta aiutando la medicina di precisione, in particolare l'impianto di protesi della spalla, consentendo di posizionarle in modo perfetto, garantendo risultati più efficaci, ovvero il recupero totale del movimento. Inoltre, permette di personalizzare le protesi per il paziente, con impianti su misura in grado di colmare i difetti e riprodurre l'anatomia originale della spalla.



DISABILI E PAZIENTI FRAGILI: chi paga il prezzo del nuovo Nomenclatore tariffario

Confimi Industria Sanità collabora con le istituzioni per riportare i dispositivi medici oggi considerati standard tra quelli personalizzabili a supporto di bisogni molto complessi

di Caterina Del Principe

Per raccontare il pasticciaccio dei dispositivi medici erogati tramite il Sistema sanitario nazionale bisognerebbe tornare indietro di qualche anno. Ma per comprendere i problemi che sta generando il Nomenclatore tariffario, la lista dei prodotti forniti dal

Ssn, è sufficiente partire dai pazienti più fragili, e dalle aziende che forniscono protesi e ortesi. Intanto, cominciando a spiegare cosa sono i dispositivi medici inseriti nella lista che, dalla fine dell'anno scorso, è a disposizione delle aziende sanitarie. Protesi



ortopediche, tutori, guaine post intervento, calzature, sedie a rotelle: quando si parla di attrezzature mediche per il sostegno dei pazienti, si intendono tutti quei prodotti che aiutano il recupero funzionale e relazionale, un supporto concreto nella quotidianità sociale e lavorativa delle persone.

In Italia le persone disabili sono quasi 13 milioni, delle quali oltre 3 milioni sono in condizione di grave disabilità (fonte ISTAT).

Confimi Sanità, la verticale di Confimi Industria che rappresenta anche le aziende fornitrici di ausili protesici e dispositivi medici, da anni è impegnata per rinnovare il Nomenclatore tariffario. Lo ha fatto riscrivendolo, insieme a Nomisma, e prosegue collaborando con le istituzioni per un nuovo e urgente aggiornamento.

“Se sino al 1999 era previsto un Nomenclatore tariffario degli ausili e delle protesi organizzato in tre elenchi - uno dedicato ai dispositivi su misura a tariffa predefinita, uno con dispositivi standard a tariffa predefinita e uno con dispositivi acquistabili attraverso gare dalle Aziende sanitarie - dal 2017 è stata operata una riorganizzazione, sommaria, di queste liste”, spiega il presidente di Confimi Sanità Massimo Pulin.

Nell'elenco 1 sono previsti dispositivi su misura con l'ausilio di un professionista, ma l'elenco 2 contiene dispositivi di serie o “finiti”. Quest'ultimo è suddiviso in due sotto elenchi: il 2A, con ausili tecnologici di serie applicati dal professionista sanitario abilitato; il 2B, con ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso. Uguali per tutti.

Dal 31 dicembre scorso il Nomenclatore è stato aggiornato ma senza variare questa riorganizzazione che prevede protesi e ausili - fino al 1999 considerati su misura e quindi erogati a tariffa - oggi acquistati dalle Aziende sanitarie tramite gare pubbliche.

“Bandire una gara per ausili di serie significa erogare a soggetti portatori di patologie per le quali si rende necessaria un'assistenza specifica da parte di un tecnico ortopedico, un dispositivo non personalizzabile”, spiega Pulin. Le piccole e medie imprese che producono e commercializzano questo tipo di prodotti, hanno al proprio interno del personale abilitato in grado di adattare i dispositivi alle specifiche esigenze dei pazienti.

Davvero è necessario scegliere tra le risorse pubbliche, la libera concorrenza e il diritto alla salute del paziente? “In ogni caso si danneggiano persone”, dice Pulin che spiega: “siano cittadini che contribuiscono all'economia del Paese, persone che lavorano nelle aziende a rischio chiusura o pazienti in attesa di assistenza adeguata: come Confimi Sanità stiamo partecipando all'aggiornamento del Nomenclatore previsto dal Governo, per assicurare che nessun diritto sia violato”.



Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità

A partire dagli ausili specialistici come le carrozzine a comandi speciali per le persone affette da Sla - sclerosi laterale amiotrofica - che hanno necessità di un prodotto su misura perché creato per specifiche e diverse esigenze, oggi acquistati dalle Aziende sanitarie senza possibilità di personalizzazione. “Una scelta azzardata che potrebbe causare uno spreco di fondi al Sistema sanitario nazionale: gli ausili speciali sono articoli prodotti per bisogni molto complessi che richiedono specifici adattamenti da parte di un tecnico specialista e quindi da inserire nell'elenco delle protesi e ortesi a tariffa”, conclude Pulin.

Il rischio è che per una fornitura di dieci carrozzine a gara ci siano almeno la metà dei pazienti che avranno bisogno di un adattamento a pagamento. A proprie spese.

Un doppio problema confermato da Mario Mori, associato di Confimi Industria Sanità, con un passato da tecnico ortopedico prima di dedicarsi a un'attività in proprio. Con 21 persone impiegate nella sua impresa, Mori è a capo di un'azienda distributrice di sedie a rotelle avanzate. Prodotte in Nord Europa, Usa e Canada, le carrozzine per persone con limitazioni motorie sono pensate per assicurare mobilità e posizionamento.

“A pochi mesi dall'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario, il mercato è già cambiato”, spiega Mori. Se prima gli ausili distribuiti dalla sua azienda rientravano nell'elenco 1, ora sono nei sub-elenchi 2a e 2b: considerati ausili di serie. Standard. Non adattabili alle esigenze del paziente.

“Se una sedia a rotelle elettronica per un paziente anziano può essere fornita dal Ssn con caratteristiche standard, un paziente con patologie degenerative come la Sla, deve poter avere un dispositivo che segua l'andamento della patologia”.

Le sedie a rotelle cosiddette di serie sono acquistate con dotazioni di ausili posturali standard, che non consentono un giusto posizionamento in grado di non compromettere la salute del paziente.

“Il peggioramento del posizionamento è come una calzatura scorretta che influenza la postura di un bambino: una carrozzina con un cuscino sbagliato o che non segue un decorso, anche prevedendolo, può essere dannosa”. Conclude Mori: “Il 90% dei nostri prodotti ad oggi è fuori dal Nomenclatore a tariffa, in allegato 1 è rimasto solo 1% degli ausili che sono ritenuti su misura”.

Per risolvere il problema del Nomenclatore tariffario forse sarebbe sufficiente mettersi nei panni dei pazienti. Magari cominciando a porsi domande dal loro punto di vista. Un esempio: le ruote di tutte le sedie a rotelle sono ammortizzate? No, quasi nessun ausilio, soprattutto quelli manuali, sono in grado di assorbire le vibrazioni. Ora basta immaginare le conseguenze.



L'evoluzione del procurement sanitario

di Elisa D'Autilia*

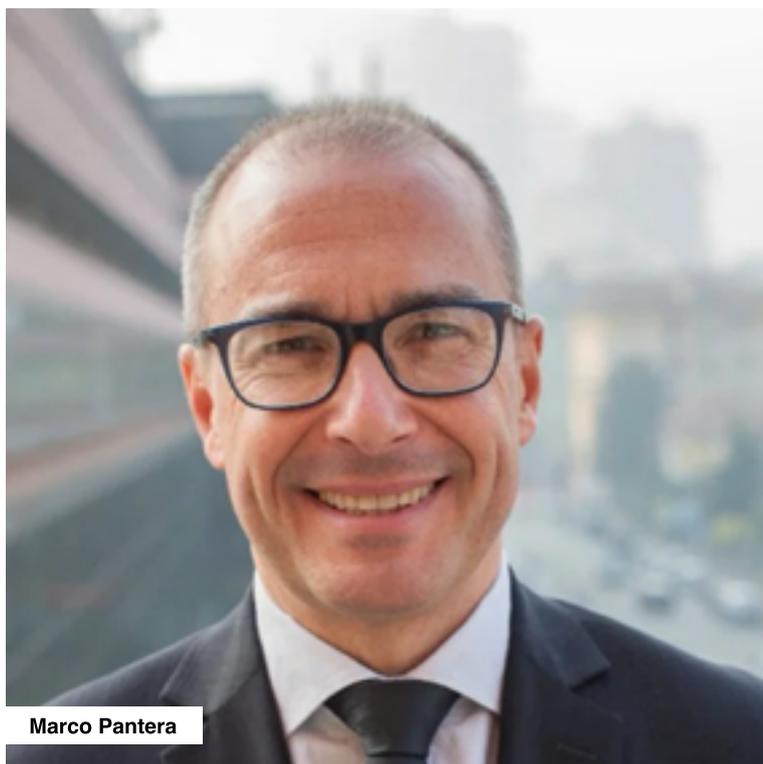
IN UN CONTESTO COSÌ INCERTO,
SI RENDE NECESSARIA
L'ADOZIONE DI LOGICHE INNOVATIVE
DI ACQUISTO E DI GESTIONE
CHE POSSANO ASSICURARE
LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA



Elisa D'Autilia

Il rapido cambiamento dello scenario socio-economico e politico che stiamo vivendo negli ultimi anni ha avuto un impatto significativo sul Sistema Sanitario Nazionale, con ripercussioni anche sulle singole realtà regionali. Il progressivo invecchiamento della popolazione, accompagnato dall'aumento delle patologie croniche e dei tassi di disabilità, ha determinato un aumento dei costi sanitari, legato tanto all'incremento degli accessi al sistema, quanto alla crescente complessità delle cure richieste. La conseguenza è una pressione sulle risorse del Sistema Sanitario, che deve far fronte a una domanda sempre più diversificata e intensa.

In un contesto così incerto, si rende necessaria l'adozione di logiche innovative di acquisto e di gestione che possano assicurare la sostenibilità del sistema, rispondendo alle nuove sfide che si presentano. L'obiettivo è garantire la continuità e la qualità dei servizi sanitari, rispondendo in modo efficace alle nuove necessità dei pazienti, e allo stesso tempo garantendo la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario, il tutto all'interno di una complessa cornice normativa. In questo quadro si inserisce il modello del Value-based Healthcare, che si basa sul principio che la sanità debba essere orientata al valore delle cure e agli esiti di salute del paziente. Il valore si traduce nel rapporto tra gli esiti



Marco Pantera

sul paziente e i costi sostenuti dal sistema sanitario nel ciclo di cura.

Il Value-based Healthcare mette al centro il paziente e prevede che il valore di salute sia l'obiettivo principale dell'erogazione di servizi sanitari. Trasponendo la logica nell'ambito del procurement, passando da un modello di acquisti tradizionale ad un modello strategico orientato alla generazione di valore, si parla di Value-based Procurement (VBP).

Il Value-Based Procurement (VBP) sta suscitando un crescente interesse a livello politico, commerciale e scientifico, in quanto permette di integrare il concetto di efficacia clinica al concetto di innovazione tecnologica, permettendo l'introduzione di soluzioni nuove solo se in grado di portare reale beneficio e valore.

Il paradigma del VBP è strettamente connesso al concetto di sostenibilità in quanto si coniuga l'accesso all'innovazione, focalizzando gli investimenti e la spesa pubblica solo sui prodotti veramente innovativi e efficaci, testati sui singoli pazienti.

Anche se il VBP è nato negli Stati Uniti, più in sintonia con un sistema sanitario privatistico, molte esperienze europee stanno cercando di adattare questo approccio ai sistemi universalistici, come quello presente in molti paesi del continente.

In Italia, al momento, le applicazioni del VBP sono ancora limitate, ma segnali di vivacità iniziano a emergere, con progetti che si concentrano sull'innovazione tecnologica in medicina e sul miglioramento delle modalità di approvvigionamento.

Il primo esperimento in Lombardia è stato compiuto da ARIA, società in house di Regione Lombardia, dove, sotto la mia guida come Responsabile della Struttura Dispositivi e Tecnologie Medicali della Direzione Centrale Acquisti, ha pubblicato per la Lombardia una gara aggregata basata sul principio del VBP, finalizzata all'acquisto di lenti intraoculari (IOLs) enhanced e tradizionali.

La procedura di gara su logica VBP è nata a seguito di un ampio processo di consultazione con il mercato, da cui è emersa la possibilità di operare nel settore dell'oculistica per portare l'innovazione tecnologica nell'ambito degli interventi di rimozione delle cataratte.

La letteratura sulle lenti IOLs ha evidenziato come le soluzioni innovative relative al recupero del visus nell'intermedio, pur avendo un costo iniziale maggiore, generino risparmi complessivi grazie alla riduzione dei costi di visite, esami e assistenza. Si è pensato dunque di testare la validità delle lenti enhanced su evidenze concrete e non

solo su dichiarazioni commerciali o su dati bibliografici. Per la progettazione dell'iniziativa si sono considerati alcuni capisaldi.

È stato fondamentale implementare meccanismi che incentivino la qualità senza compromettere la competizione, in modo da garantire i principi di concorrenza e di favor participationis. Sono stati creati due lotti identici in termini di requisiti, diversi per la gestione contrattuale: il secondo lotto prevede nella fase di esecuzione la verifica dei risultati ottenuti, in funzione dei quali viene determinata l'entità del pagamento da corrispondere al fornitore.

Un altro elemento fondante dell'approccio di ARIA è stato la definizione di un sistema di remunerazione dell'innovazione basato sui risultati. Per fare ciò si è dovuto innanzitutto stabilire obiettivi di qualità ambiziosi ma raggiungibili e legati all'innovazione: il risultato viene remunerato attraverso una fee aggiuntiva, corrisposta solo se i risultati ottenuti soddisfano i criteri di qualità prestabiliti.

Infine, l'ultimo elemento essenziale dell'approccio è stato la definizione di meccanismi di condivisione del rischio. Le forniture innovative comportano costi più elevati e rischi sia economici che clinici, poiché spesso si tratta di tecnologie mai utilizzate prima dai medici. La condivisione del rischio prevede che la remunerazione del fornitore sia collegata ai risultati ottenuti, garantendo che i costi aggiuntivi siano giustificati dai benefici generati. Questo modello favorisce una responsabilità condivisa: se un prodotto non raggiunge gli esiti attesi, il



fornitore si assume una parte del costo, proporzionale al livello di rischio concordato. In questo modo, si incentiva lo sviluppo di soluzioni realmente efficaci e sostenibili, bilanciando innovazione e sostenibilità economica.

Per Marco Pantera, Direttore della Centrale Acquisti di ARIA, è evidente l'importanza strategica del Value-Based Procurement (VBP). L'approccio si basa su pilastri come l'identificazione del valore, metriche di valutazione chiare e misurabili, e dati strutturati accessibili attraverso sistemi informativi avanzati. Le tecnologie non misurabili sono escluse dalle gare VBP. La raccolta dei dati senza gravare sugli operatori sanitari è essenziale. Il Sistema Informativo Socio-Sanitario lombardo, potenziato dal PNRR, facilita la raccolta dei dati di cura, supportando un modello di procurement basato sul valore. Entro i prossimi cinque anni, si prevede che le gare integrino

lotti tradizionali e VBP, modernizzando e sostenendo il sistema sanitario pubblico.

Il modello Value-based Procurement rappresenta quindi un passo importante verso un sistema sanitario più sostenibile e orientato all'innovazione. Grazie a una maggiore attenzione ai risultati concreti, alla sostenibilità economica e al miglioramento dei servizi, il VBP può costituire una risposta efficace alle sfide che il Sistema Sanitario Nazionale si trova ad affrontare. L'esperienza della gara per le lenti intraoculari dimostra che è possibile combinare qualità, innovazione e sostenibilità, aprendo la strada a un nuovo modello di procurement sanitario che, se replicato su larga scala, potrebbe segnare una vera e propria rivoluzione nel settore sanitario italiano.

*Responsabile della Struttura dispositivi e tecnologie medicali - Direzione acquisti di Aria Spa Lombardia



Salute & Istruzione, come si concretizza l'intenzione solidale

LA RICETTA DI PASQUALE TIRITO' PER 'RINGRAZIARE' IL KENYA DOVE HA COSTRUITO IL SUO SUCCESSO

di Giosetta Ciuffa

È in una località incantevole del Kenya poco distante da Watamu che venti anni fa veniva posta la prima pietra di un progetto turistico a firma italiana. L'imprenditore alla cui lungimiranza si deve l'apertura al turismo europeo della Jacaranda Bay è Pasquale Tiritò, che per primo ci ha investito con il Jacaranda Beach Resort, nelle immediate vicinanze dell'omonima spiaggia lunga dieci chilometri. Acque cristalline, sabbia bianca, meteo favorevole tutto l'anno è il cliché felicemente confermato anche dalla presenza del Parco nazionale e Riserva marina di Watamu.

Negli anni successivi al Jacaranda Beach Resort, ancora gestito direttamente dalla famiglia Tiritò, l'imprenditore ha affiancato altre due strutture che hanno segnato definitivamente il successo della zona. Zona

in cui, oltre ad avviare il proprio business, Tiritò ha voluto condividere con le comunità locali parte di quanto aveva creato, molto prima che le performance sociali, oltre a quelle economiche, fossero prestazioni rilevanti e da tenere in considerazione.

Come e dove dirigere l'intenzione solidale? È bastato guardarsi intorno: una terra splendida con molte prospettive davanti ma difficilmente concretizzabili. Mancano i servizi essenziali non appena ci si allontana dai centri urbani e un'ampia fascia della popolazione vive sotto la soglia della povertà. In particolare, nella contea di Kilifi, dove si trova Watamu, dei 35mila abitanti, dintorni inclusi – in gran parte aree rurali mal collegate, senza elettricità e acqua, con assistenza sanitaria pubblica insufficiente -, la metà ha meno di 15 anni e raramente

riceve un'istruzione poiché in Kenya la scuola statale è a pagamento. Le bambine ancor di più rischiano di essere lasciate indietro. È stato immediato quindi avviare i progetti di charity con l'edificazione, a circa un chilometro dai resort, della Jacaranda Nursery & Primary School, dal 2010 punto di aggregazione per gli oltre 500 studenti e i 10mila abitanti della zona, ai quali nel 2012 è stata inoltre portata l'acqua corrente. Non solo. A chi vive distante dalla strada principale, lungo la quale corrono le condotte idriche pubbliche, si è provveduto a erogare acqua gratuitamente garantendo infine una fornitura stabile con il prolungamento delle tubature fino ai due villaggi di Kharaweni e Digirikani.

In queste comunità un momento di socialità per le donne è rappresentato dall'andare a prendere l'acqua... ma non quando il pozzo si trova tanto lontano. Altro apprezzabile tassello è stata l'edificazione della chiesa: non stupisce, se pensiamo al ruolo che tante parrocchie e oratori hanno avuto e tuttora hanno anche in Italia. Non solo allora la costruzione della chiesa ACK St Mark Jacaranda, nel 2017, ma anche restauri e donazioni a chiese di diverse religioni a Gede, Dabaso, Jikoka e Watamu, proprio

perché il concetto è quello di avere un luogo di preghiera e di elevazione spirituale nonché un ritrovo sociale in cui ognuno, secondo il proprio credo religioso, si senta libero di trascorrere del tempo.

Oltre ai posti di lavoro creati per i dipendenti (5mila tra diretti e indiretti), il concetto alla base è semplice. Non tutti hanno potuto avere la tranquillità di un impiego sicuro che, per quanto fondamentale, porta sì uno stipendio ma non necessariamente uno sviluppo locale. L'intento di Tiritò e della sua famiglia – il figlio Daniele è general manager della struttura alberghiera – è porre le basi per una crescita legata al territorio e al progresso umano, laddove è la persona stessa ad avere gli strumenti, fisici (infrastrutture e servizi) e intellettivi, per decidere del proprio futuro. Senza istruzione ciò non è possibile e il destino che spetterebbe a questi bambini non è detto che sia dei più rosei.

Quello della scuola è infatti un progetto ripetuto nel 2023, anno in cui è stata costruita e donata la Jacaranda Beach Junior Secondary School con aule, biblioteca e laboratori, in modo tale che studenti e studentesse potessero proseguire gli studi senza allontanarsi da



casa. Ogni progetto cui si è dato seguito si origina da una esplicita richiesta delle autorità locali, che in Kenya possono anche essere informali come il "consiglio degli anziani" o il "capo del villaggio": nulla nasce senza una collaborazione o con il presupposto di conoscere meglio dei residenti la realtà dei luoghi. Lo spirito con cui si portano avanti queste iniziative è sempre l'ascolto e il rispetto di usanze e tradizioni al fine di apportare al territorio e alla





popolazione un contributo fattivo, là dove esiste una reale necessità, sulla spinta di una riconoscenza e un'amicizia verso il Paese. Contributo sempre responsabile e mai paternalistico: tutto quello che è stato costruito, riparato, creato è stato poi donato e gestito dalle realtà locali. Altra occasione per tendersi la mano è stata la pandemia. Non c'è bisogno di un occhio particolarmente esperto per rendersi conto che il Covid-19 ha impattato notevolmente. Per quanto si sia tentato di ottimizzare il periodo mediante un rinnovo dell'albergo generando comunque una parziale occupazione, gli anni della pandemia a Watamu si sono rivelati assai duri anche sotto l'aspetto sanitario. Ecco quindi che, con l'ospedale più vicino a 20 chilometri di distanza (a Malindi: sembra vicino ma in questi contesti, e con lo stato in cui versano le strade, non tutti possono permettersi il viaggio), diventa importantissimo contare su una struttura assistenziale di primo soccorso efficiente. In questo spirito sono stati realizzati dei lavori di rimodernamento al Gede Health Center e i circa 75mila abitanti di Watamu e Gede possono ora recarsi nei vari centri per distribuzioni di farmaci, diagnostica semplice, radiologia, consultorio, ricoveri brevi e tematiche inerenti alla maternità, considerato l'alto tasso demografico del Kenya. Molteplici azioni e diversificate dunque, dalle più grandi alle singole, anche in partnership con hotel e imprese turistiche del circondario, come nel caso della donazione di un macchinario per ecografie a un ambulatorio privato (che offre diagnosi prenatali gratuite



alle donne residenti) o dei banchi alla scuola.

Ancora molto importante è stata ed è l'opera di creare consapevolezza nei tanti turisti ospitati dagli hotel del gruppo. Si tratta di far passare il principio che chi vive nelle comunità intorno al luogo dove si trascorre la vacanza non ha bisogno di elemosine o di pietismi, ma di essere "aiutato ad aiutarsi". In questa ottica sono frequenti le visite organizzate dal Jacaranda per conoscere la scuola e le realtà locali.

Quando si dice responsabilità sociale di impresa: Tiritò ha preferito all'impronta sulla sabbia, immagine romantica con la quale è facile pubblicizzare questi angoli di paradiso, ma che verrà spazzata via dalle onde, un'impronta che senz'altro resterà nei cuori delle persone ben oltre la stagione turistica. Anzi le accompagnerà lungo buona parte della vita.



Make it clear with PCI Guidance Technology

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



Alimentazione e longevità

di Flavia Scicchitano

DEBORAH TOGNOZZI

Negli ultimi anni si è osservato un aumento significativo dell'aspettativa di vita globale, con un conseguente invecchiamento generale della popolazione, ma contestualmente

anche un incremento delle patologie croniche. Per prevenirne l'insorgenza e contrastarne la diffusione, insieme alle terapie farmacologiche, a ricoprire un ruolo fondamentale è l'alimentazione. In particolare, alcuni approcci nutrizionali, dalle diete tradizionali a modelli dietetici più innovativi, possono offrire un contributo a una mortalità inferiore e a una longevità sana. A parlarne è Deborah Tognozzi, biologa nutrizionista, specialista in applicazioni biotecnologiche ed esperta in nutrizione clinica e dello sport, docente presso l'Università Unicusano di Roma al master Psicologia dello Sport - modulo Sport e Nutrizione.

Dottoressa Tognozzi, cosa si intende per longevità e che impatto ha l'alimentazione sulla qualità della vita?

Con il termine longevità si intende la capacità di vivere una vita lunga e in salute, mantenendo la vitalità fisica e mentale anche con il passare degli anni. Non si parla solo di durata della vita ma anche e soprattutto della sua qualità, sia dal punto di vista fisico che

NUOVI APPROCCI NUTRIZIONALI,
DALLE DIETE TRADIZIONALI
A MODELLI DIETETICI PIÙ INNOVATIVI





psicologico. L'alimentazione è senza dubbio il primo e più importante fattore sul quale possiamo intervenire per influenzare non solo la durata della nostra vita, ma anche se ci verranno o meno diagnosticate alcune patologie importanti, nonché se, da anziani, saremo attivi e forti oppure sedentari e fragili. La nutrizione ricopre un ruolo fondamentale nella longevità, poiché essa può influenzare l'insorgenza o il decorso delle malattie, soprattutto croniche. Mantenere un peso corporeo adeguato per tutta la durata della vita è il principio per un invecchiamento sano e una longevità, sempre rispettando i fabbisogni fisici nelle diverse fasi vitali ma rispecchiando i benefici della restrizione calorica moderata. Nell'alimentazione bisogna fare attenzione alla qualità e agli adeguati apporti nutrizionali di carboidrati, proteine e grassi, prediligendo quelli insaturi, in quanto una scorretta alimentazione può aumentare il rischio delle malattie croniche e della mortalità.

Siamo abituati a parlare della Dieta mediterranea come modello nutrizionale da seguire. In che consiste e quali patologie è in grado di contrastare?

La maggior parte delle diete di cui oggi si sente parlare possono anche essere efficaci nei confronti di problemi di salute come l'obesità o il diabete, ma la "dieta" migliore deve essere efficace per raggiungere l'obiettivo di farci rimanere giovani il più a lungo possibile, ottimizzando anche la protezione, la rigenerazione e il

ringiovanimento e minimizzando le malattie. Un modello nutrizionale cui far riferimento, anche in età geriatrica, è sicuramente quello della dieta mediterranea. La dieta mediterranea riduce il rischio di malattie cardiovascolari e neurodegenerative. Il rapporto dei macronutrienti della dieta mediterranea è 60% di carboidrati (di origine integrale e a basso indice glicemico), 25% di grassi (massimo 10% saturi e 15% insaturi) e 15% di proteine. Sono preferibili carboidrati a basso indice glicemico e in quantità contenuta. E' un modello alimentare equilibrato e bilanciato che è adatto a tutti e che, per la sua varietà, può essere modulato sulle esigenze di ciascuno. Tale modello nell'anziano prevede però delle integrazioni. In particolare, l'anziano deve porre molta attenzione al consumo di acqua che deve mantenersi (malgrado la fisiologica riduzione del senso di sete) intorno a 1,5 litri al giorno. Per il resto i diversi gradoni della classica piramide alimentare sono simili a quelli dell'adulto. E' importante la corretta assunzione di proteine che spesso è insufficiente in quanto erroneamente si ritiene siano dannose.

Oltre alle diete più tradizionali esistono alcuni modelli dietetici che sono associati a una mortalità inferiore e a una vita più sana e longeva?

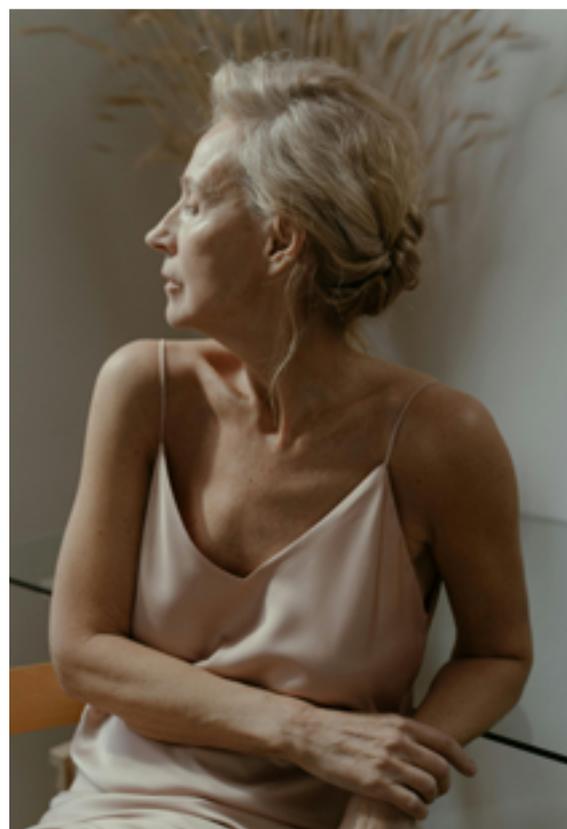
Si tratta di approcci nutrizionali che, pur rispettando le diverse culture di appartenenza, condividono molti componenti: una predominanza di cibi vegetali ricchi di nutrienti; carni rosse e lavorate limitate; erbe e spezie

culinarie prevalenti nelle cucine globali. Un esempio è la Dieta Dash, applicata principalmente per moderare l'ipertensione. La differenza con la dieta mediterranea è che questa focalizza l'attenzione sulla scelta degli alimenti per il loro contenuto di antiossidanti e sulla scelta di grassi polinsaturi che possono differire da quelli dell'olio extra vergine di oliva. Si dà meno enfasi al consumo del pesce e si sconsiglia l'uso di alcol e vino. O ancora, la Dieta dei Centenari, dieta vegetale predominante che si osserva nell'isola di Okinawa, in Sardegna, in Calabria, in Costa Rica e in Grecia, dove risiedono i popoli più longevi al mondo. Questi centenari mangiano spesso tre volte al giorno e poco la sera, hanno un'alimentazione prevalentemente vegetariana con molta frutta a guscio, un po' di pesce, pochi zuccheri e grassi saturi e molti carboidrati complessi derivati da legumi o da altri cibi di origine vegetale. L'apporto di proteine è notevolmente ridotto rispetto alle diete che siamo abituati a sostenere. Dagli ultimi studi sembra essere ottimale mantenere questa alimentazione fino ai 65 anni per poi aumentare di circa il 10-20% sia l'apporto proteico che nutritivo in generale.

Quanto invece al digiuno, è consigliabile seguire periodi di stop nell'alimentazione nel rispetto di regole

nutrizionali?

Il digiuno e il digiuno intermittente sono sempre stati seguiti dall'uomo per motivi sia religiosi che culturali. Ci sono molti studi svolti negli ultimi anni che dimostrano gli effetti benefici del digiuno sulla salute e sulla longevità, nonché sul calo di peso ponderale. Il digiuno intermittente presenta diversi benefici, tra cui: migliora lo stato di salute cardiaco (uno studio del 2019 ha dimostrato un miglioramento dei livelli di colesterolo, una riduzione della pressione sanguigna e una riduzione del rischio di malattie cardiache); migliora la sensibilità insulinica (il corpo utilizza meglio l'insulina, l'ormone che regola i livelli di zucchero nel sangue); riduce l'infiammazione; migliora la salute del cervello; ha effetti positivi sulla rigenerazione cellulare; depura l'organismo; aumenta la vitalità. Il digiuno intermittente prevede di mangiare per 8 ore al giorno e di digiunare per le restanti 16 ore definite in base alle esigenze della singola persona. Nel periodo di digiuno è importante bere per assicurare una giusta idratazione all'organismo mentre in quello di alimentazione è raccomandato consumare pasti sani ed equilibrati suggeriti da uno specialista della nutrizione, evitando il consumo di cibi spazzatura e ad alto contenuto calorico.





Cibo & salute, l'importanza dell'Evoo

*IL RUOLO FONDAMENTALE DELL'OLIO EXTRA VERGINE DI OLIVA
NELLA INTEGRAZIONE ALIMENTARE E NELLA PREVENZIONE*

*di Francesca Petrini**

L'integrazione alimentare rappresenta un fenomeno in crescita costante a livello globale. Secondo recenti studi di mercato, il settore degli integratori alimentari ha superato i 150 miliardi di dollari nel 2022 e se ne prevede un'ulteriore espansione nei prossimi anni. In Italia, il mercato degli integratori vale oltre quattro miliardi di euro, con una crescita annua media del 6%. Questo dato riflette una crescente consapevolezza dei consumatori sull'importanza della nutrizione e della prevenzione.

Non a caso si parla di prevenzione primaria che consiste in una serie di attività focalizzate all'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia, selezionando e trattando le condizioni di rischio. L'alimentazione e uno stile di vita sano giocano un ruolo sempre più centrale nella prevenzione primaria. Cattive abitudini alimentari e uno stile di vita sedentario rappresentano uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose malattie croniche. Una dieta si definisce adeguata quando è in grado di assicurare il soddisfacimento dei

fabbisogni di energia e nutrienti, in termini sia quantitativi che qualitativi degli alimenti consumati, rispettando le combinazioni e le proporzioni in modo da non arrecare potenziali rischi per la salute. Molteplici sono però i fattori che tuttavia possono interferire con un'adeguata assunzione dei nutrienti come l'esclusione di alcuni alimenti dalla dieta e/o l'assunzione di cibi poveri di sostanze nutritive. Le conseguenze si esplicano molto spesso in stati di avitaminosi o ipovitaminosi, ovvero la completa assenza o la carenza di una o più vitamine contemporaneamente. Questo fenomeno è stato osservato negli ultimi anni anche nei paesi sviluppati in gruppi di individui o popolazioni vulnerabili.

Se è ormai cosa nota che un'alimentazione corretta aiuta a vivere meglio, meno diffusa è la consapevolezza che con la dieta è possibile prevenire, addirittura contrastare, anche patologie serie e molto diffuse. E' quindi soprattutto la qualità del cibo a fare la differenza. "Fa che il cibo sia la tua medicina", d'altra parte, lo aveva già spiegato Ippocrate, padre della medicina, nel lontano 400 a.C.

E' bene riflettere, infatti, su alcuni punti chiave e sul perché l'integrazione sia diventata così rilevante:

1. Declino nutrizionale dei cibi – A causa dell'agricoltura intensiva, molti alimenti oggi contengono meno vitamine e minerali rispetto al passato. Un esempio classico è la riduzione del contenuto di magnesio e zinco nei vegetali.
2. Dieta moderna squilibrata – Il consumo eccessivo di zuccheri raffinati, grassi saturi e alimenti ultraprocesati porta a carenze di nutrienti essenziali come omega-3, vitamine e antiossidanti.
3. Stili di vita e stress – Stress, inquinamento e ritmi frenetici aumentano il fabbisogno di alcuni micronutrienti, come vitamina C, magnesio e vitamine del gruppo B, fondamentali per il sistema nervoso e la gestione dell'energia.
4. Ruolo mirato dell'integrazione – Gli integratori non devono sostituire una dieta sana, ma possono colmare specifiche carenze. A esempio, la vitamina D è essenziale per chi ha poca esposizione al sole, mentre gli omega-3 sono cruciali per chi non consuma abbastanza pesce.
5. Innovazione negli alimenti funzionali – Prodotti come gli oli arricchiti con vitamine, rappresentano un'evoluzione importante perché permettono di integrare nutrienti essenziali in modo naturale e sinergico, direttamente attraverso l'alimentazione quotidiana.

L'approccio ideale è quello della nutrizione consapevole, in cui un'alimentazione equilibrata viene supportata, quando necessario, da integrazioni mirate e scientificamente validate.

L'olio extra vergine di oliva è un alimento cardine della Dieta Mediterranea, considerata dall'Unesco

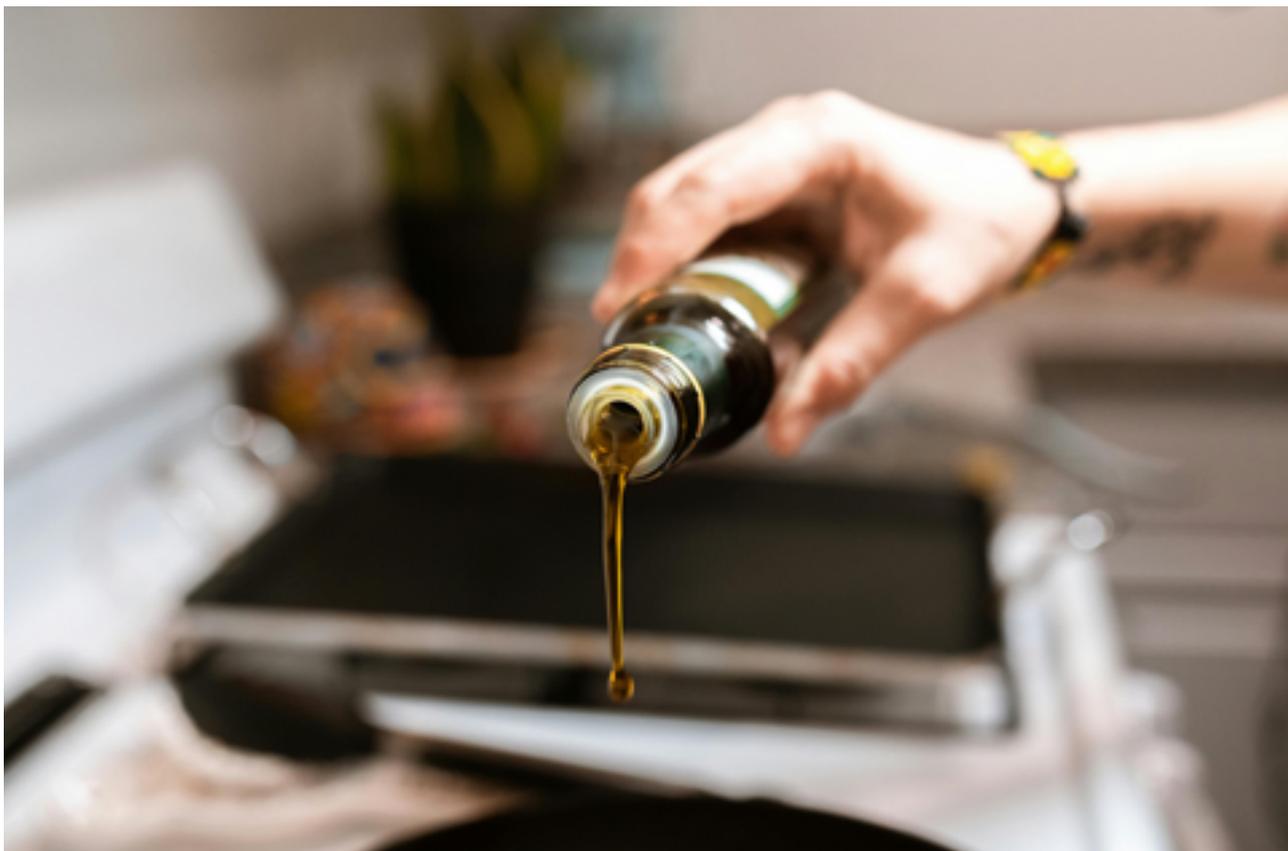
“patrimonio immateriale dell'umanità”. Ricco di grassi monoinsaturi, antiossidanti e composti fenolici, l'Evoo contribuisce a migliorare diversi aspetti della salute. Rispetto ad altri oli vegetali, ha una maggiore stabilità ossidativa e proprietà antinfiammatorie naturali. L'olio extra vergine di oliva si presta in modo eccellente a essere un vettore di vitamine e altri nutrienti essenziali come già dimostrato da alcune aziende olearie italiane. Tra le integrazioni più comuni troviamo:

- Vitamina D: essenziale per la salute delle ossa e il sistema immunitario, spesso carente nella popolazione italiana.
- Vitamina E: un potente antiossidante liposolubile che protegge le cellule dallo stress ossidativo.
- Omega-3: acidi grassi essenziali con proprietà antinfiammatorie e benefiche per il sistema cardiovascolare. Queste integrazioni sono particolarmente indicate per fasce di popolazione con carenze nutrizionali, come anziani o persone con diete sbilanciate.

Secondo i dati dell'Efsa (European Food Safety Authority), circa il 30% della popolazione italiana presenta una carenza di Vitamina D, una percentuale superiore alla media europea, che si attesta intorno al 20-25%. Gravissimo se si considera che l'Italia è il “Paese del Sole”. Anche l'apporto di Omega-3 è spesso insufficiente, con un consumo medio inferiore alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). D'altra parte, il consumo di Evoo in Italia è uno dei più alti in Europa, con circa dodici litri pro capite all'anno, rispetto ai due litri pro capite nei Paesi del Nord Europa. Tuttavia, l'abbandono progressivo della Dieta Mediterranea sta portando a una riduzione di questi benefici nutrizionali.

L'Evoo costituisce un vettore eccellente di vitamine e Omega-3, come dimostra l'esperienza di alcune aziende olearie italiane





L'Evoa merita dunque un ulteriore salto di qualità per diventare sempre più strumento preventivo grazie al suo ruolo chiave nella prevenzione di numerose patologie:

- Malattie cardiovascolari: riduce il rischio di infarto e ictus grazie all'alto contenuto di acidi grassi monoinsaturi e composti fenolici.
- Diabete di tipo 2: migliora la sensibilità all'insulina e aiuta a regolare la glicemia.
- Malattie neurodegenerative: i polifenoli presenti nell'Evoa contribuiscono alla protezione delle cellule nervose, riducendo il rischio di Alzheimer.
- Infiammazioni croniche: i composti bioattivi dell'Evoa hanno effetti antinfiammatori paragonabili a quelli di alcuni farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans).

Integrare l'alimentazione con olio extra vergine di oliva arricchito con vitamine e nutrienti può rappresentare una

strategia efficace per migliorare il profilo nutrizionale della popolazione e prevenire patologie croniche. La sua combinazione di grassi sani e sostanze bioattive lo rende un alimento ideale per una dieta equilibrata e salutare. Pertanto, promuovere l'uso consapevole dell'olio Evoa, sia come alimento che come base per integratori, può essere una scelta strategica per la salute pubblica. E' quindi necessario promuovere sempre più una cultura salutistica degli alimenti e dei corretti stili di vita attraverso un'opera di sensibilizzazione della popolazione andando oltre i confini del mondo sanitario tout court. E' indispensabile considerare la salute non più come un costo ma come un investimento favorendo l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini supportando politiche di prevenzione diffusa.

Infine, occorre ripensare e implementare le categorie merceologiche dell'olio a scaffale, valorizzando le varianti a spiccata connotazione salutistica. Questa evoluzione deve basarsi su studi scientifici rigorosi e analisi nutrizionali approfondite per garantire prodotti di alta qualità e un'informazione trasparente ai consumatori. Solo attraverso un approccio basato su evidenze scientifiche sarà possibile evitare speculazioni e promuovere un consumo consapevole e benefico per la salute.

**Contitolare della Fattoria Petrini di Monte San Vito (Ancona) e presidente nazionale di Cna Agroalimentare*

Solo attraverso un approccio basato su evidenze scientifiche, sarà possibile promuovere un consumo consapevole

Vista in salute, un nuovo modello organizzativo contro la pericolosa emergenza

di Federica Troiani

PROGETTO CERGAS-IAPB ITALIA

OTTENERE
PIU' VISITE OCULISTICHE
E LISTE DI ATTESA
MOLTO PIU' SNELLE
E' L'OBIETTIVO
CHE SI CERCA
DI RAGGIUNGERE



Piu' visite oculistiche, meno liste di attesa. E' l'obiettivo al quale tende il progetto "Vista in Salute: nuovi modelli organizzativi per la prevenzione e la diagnosi precoce oftalmica nel Servizio sanitario nazionale", una proposta di intervento targata Cergas-Sda Bocconi e Iapb Italia Onlus per offrire una risposta al crescente bisogno di salute visiva in Italia. Secondo lo studio, l'introduzione della telemedicina per eseguire un esame digitale della retina (retinografia

digitale) nei reparti di diabetologia, con separazione dell'esecuzione dell'esame dalla diagnosi, consentirebbe di ottenere fino al 130% in più di pazienti che possono essere visitati o, alternativamente, un 55% in più di visite oftalmologiche. Una soluzione concreta, dunque, per far fronte a un'urgenza sanitaria che affligge il Ssn italiano in generale e, in particolare, l'ambito oftalmologico.

"Attualmente la visita oculistica complessiva è l'unico e principale strumento di screening capace di diagnosticare e, quindi, trattare le principali malattie della vista prima



che sia troppo tardi – spiega Mario Barbuto, presidente dell’Unione italiana dei ciechi e degli ipovedenti e di Iapb Onlus Italia – e dobbiamo affrontare la sostanziale grandissima difficoltà di accesso ai servizi oculistici del Servizio sanitario nazionale, fenomeno non più esclusivo delle regioni meridionali, ma che appare sempre più di frequente anche in molte aree del Centro-Nord”.

Il problema fondamentale è la possibilità di venire visitati per tempo. Siccome la richiesta supera la possibilità di rispondere al bisogno, la riduzione delle liste di attesa passa attraverso la tecnologia e una maggiore libertà per gli specialisti nel fissare le visite di controllo: più ravvicinate nei casi più seri; distanti anche qualche anno dove non sussista pericolo per la vista e la qualità di vita della persona.

“Il rapporto – prosegue Barbuto - rappresenta un primo approccio per proporre soluzioni organizzative e tecnologie che consentono di offrire un percorso di screening e di prima diagnosi, costruendo una sorta di ‘primo filtro’ sia all’accesso alla prima visita oculistica o ai test diagnostici più complessi richiesti per la diagnosi definitiva, sia a un percorso di monitoraggio di pazienti a rischio”.

Dai dati raccolti da Iapb Italia nel progetto finanziato dal

ministero della Salute ‘Vista in Salute’ (9mila screening gratuiti in 54 città) è emerso un risultato significativo: sebbene il 90% delle persone dichiarasse di vedere bene, in realtà il 20% tra di loro mostrava, nel corso dell’indagine, qualche alterazione oculare significativa. Ne consegue che la percezione soggettiva di vedere bene non corrisponde necessariamente all’assenza di patologia oculare potenzialmente seria, anche perché alcune condizioni, come il glaucoma e la retinopatia diabetica in fase iniziale, sono prevalentemente asintomatiche e anche curabili ma i danni che producono sono incurabili se trascurate.

“Con questo progetto – conclude Barbuto - Iapb Italia non pretende di proporre ricette facili a problemi complessi che riguardano sia la domanda sia l’offerta dei servizi oculistici, tutt’altro. La nostra Agenzia internazionale di prevenzione della cecità si propone di stimolare i policy makers sanitari nazionali e regionali perché siano individuati nuovi modelli di diagnosi e cura, tenuto conto delle risorse economiche limitate”. Risorse economiche limitate che, tuttavia, devono comunque garantire l’accesso ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, soprattutto per la popolazione più svantaggiata, a reale tutela dell’insostituibile e prezioso bene della vista.

LA TRISTE STORIA DI MARIO

GLAUCOMA, L'INSIDIA NASCOSTA

ERA UN GIOVANE IDRAULICO DI SUCCESSO,
QUANDO FU AGGREDITO DALLA TERRIBILE MALATTIA.
E ORA, QUASI CIECO, SI BATTE PER LA PREVENZIONE

di *Maria Concetta Di Mario*

“A 35 anni ho perso il primo occhio senza preavviso. Vent’anni dopo dal secondo vedo come attraverso uno spioncino. Ho pianto molto, ma ho anche imparato a parlare: a chi ha perso la vista e a chi può ancora salvarla”. Renato era un idraulico di Roma nel pieno del suo picco lavorativo. “Facevamo cose grandi, banche e aziende. Io amavo lavorare e ho lavorato finché riuscivo a scorgere la punta del mio naso dall’unico occhio che il glaucoma mi ha lasciato non del tutto cieco. Ora, a poco più di sessant’anni, vivo con 570 euro della pensione di invalidità e mi trema la terra sotto i piedi dalla voglia di fare cose che non posso più fare”. Ma non per questo

Renato si è arreso né dato per vinto. E ora è pronto a raccontare la sua storia.

Quella di Renato iniziata a 35 anni nel 1995. Lavorava sodo, tutto il giorno. Poco tempo per altro.

“All’occhio ho sentito una strana sensazione per qualche giorno e nulla più. Poi, si è appannato. Sono andato in pronto soccorso e mi hanno ricoverato immediatamente. Hanno tentato di tutto. Sono riusciti a salvare la struttura dell’organo, ma il nervo ottico e la vista dell’occhio destro erano persi per sempre. Questo è il glaucoma”.

“Quanto successo a Renato è quello che succede, con diversa intensità e velocità, a



un milione di italiani: al mezzo milione che sa di avere il glaucoma e al mezzo milione che non lo sa”, spiega Mario Barbuto, presidente della Fondazione agenzia internazionale per la prevenzione della cecità Iapb Italia Ets e dell’Unione italiana ciechi e ipovedenti. “Il glaucoma è perfido – evidenza - perché non dà sintomi sino a che non è troppo tardi. È una degenerazione del nervo ottico, molto spesso, sebbene non sempre, connessa alla pressione intraoculare. L’effetto è quello di ridurre il campo visivo una porzione infinitesimale al giorno, in modo tale che il cervello riesce a compensare e che le persone non si rendono conto di nulla finché non c’è più nulla da fare. Unica prevenzione possibile è farsi visitare dall’oculista”.

“Da quando ho iniziato le terapie mediche - riprende Renato - non ho più avuto la pressione oculare fuori controllo. Dopo l’intervento, ho ripreso a lavorare come prima. Guidavo con la patente speciale ed ero sempre pronto. In azienda mi chiamavano scherzosamente Polifemo”.

Poi, nel 2008, il secondo colpo. La terapia farmacologica non sortisce più effetto e Renato si deve sottoporre a un intervento chirurgico che ha successo nel contenere la pressione ma non può arginare la perdita progressiva della vista anche dall’occhio sinistro.

Renato tiene duro con le unghie e con i denti, arrivando a dare istruzioni a voce ai colleghi più giovani ma, con il tempo, è sempre più stanco. E’ diventato cieco parziale

grave e, davanti a sé, ha un sacco di giornate vuote e lo spettro concreto dell’indigenza.

Grazie al suo carattere schietto e alla sua forza d’animo Renato rinasce una seconda volta. Si presenta al Polo nazionale ipovisione e riabilitazione visiva della Iapb Italia che ha sede all’interno della Fondazione Policlinico universitario Gemelli Ircs e inizia un doppio percorso: di supporto psicologico e di allenamento del residuo visivo affiancando sedute ed esercizi con integratori alimentari che favoriscono i processi di neuro-protezione. “Oggi sto bene, quando mi viene la tristezza dura ore e non giorni e, se muovo l’occhio, riesco a vedere di nuovo la punta del naso e l’asfalto mentre cammino, con grande beneficio per la mia cervicale perché, prima, per orientarmi dovevo muovere sempre tutta la testa”.

Oggi Renato è sempre in movimento. Si prende cura della compagna cardiopatica, va al Caf per seguire le sue pratiche amministrative (gli hanno sospeso l’assegno di inclusione perché non ha presentato l’Isee ma conta che glielo riattivino presto), va a fare la spesa, cucina, lava i piatti, prende il taxi gratis grazie alla promozione del Comune di Roma e all’intervento dell’Unione ciechi, controlla la sua posizione in graduatoria per un alloggio pubblico. “A casa, poi, c’è sempre qualcosa da fare, anche se cose semplici come cambiare la pila di un orologio, a me portano via ore invece che secondi. Ma non importa. Quello che importa è andare avanti e non mollare”.



Malattie del fegato, come combattere l'emergenza epidemiologica

*PRESENTATO IL LIBRO BIANCO DELL'AISF
CHE OFFRE STRUMENTI E POLITICHE ADEGUATI*

di *Satya Marino*

Le malattie del fegato stanno cambiando e rappresentano sempre più un'emergenza epidemiologica e clinica in Italia, con un forte impatto economico per il Servizio sanitario nazionale. Il progresso scientifico offre nuovi strumenti utili per diagnosi e terapie, ma servono politiche adeguate per favorire la prevenzione e la presa in carico dei pazienti con patologie epatiche. Per queste ragioni gli epatologi dell'Associazione italiana per lo studio del fegato (Aisf) hanno realizzato il Libro Bianco "Le malattie epatiche: definizione di ambiti e interventi per un approccio integrato", presentato al ministero della Salute. Alla realizzazione del Libro Bianco hanno collaborato gli specialisti della società scientifica insieme a enti istituzionali, associazioni di pazienti, giuristi, economisti. All'interno del lavoro si affrontano le patologie del fegato, dalle epatiti virali alla steatosi epatica, dall'epatite alcolica alle malattie genetiche e rare, fino alle malattie autoimmuni e colestatiche, alla cirrosi epatica, alle

neoplasie primitive e al trapianto di fegato. Ogni patologia si analizza dall'inquadramento epidemiologico a quello clinico e scientifico, riflettendo poi sulle necessità dei pazienti, sull'inquadramento normativo/regolatorio e organizzativo, per arrivare a delineare, con il supporto dell'analisi di dati ufficiali, raccomandazioni concrete per migliorare il percorso di cura e la gestione della patologia. "Lo stimolo alla realizzazione del Libro Bianco è giunto dalla nuova epidemiologia delle malattie epatiche e dai nuovi strumenti disponibili – spiega la professoressa Vincenza Calvaruso, segretario generale dell'Aisf - In passato, infatti, le epatiti virali rappresentavano la principale preoccupazione: oggi abbiamo strumenti straordinari a livello preventivo e terapeutico, come i vaccini per l'epatite B e i farmaci DAA che permettono di eradicare l'epatite C definitivamente, in poche settimane e senza effetti collaterali. Negli ultimi anni, invece, è cresciuto l'allarme sulla malattia metabolica del fegato e sul consumo

alcolico, prima meno diffusi. La prevalenza della steatosi epatica associata a disfunzione metabolica, a esempio, è aumentata dal 25.3% nel periodo 1990-2006 al 38.2% tra il 2016 e il 2019. L'epatopatia alcol-correlata in Italia presenta la prevalenza più alta d'Europa, pari al 16.1%".

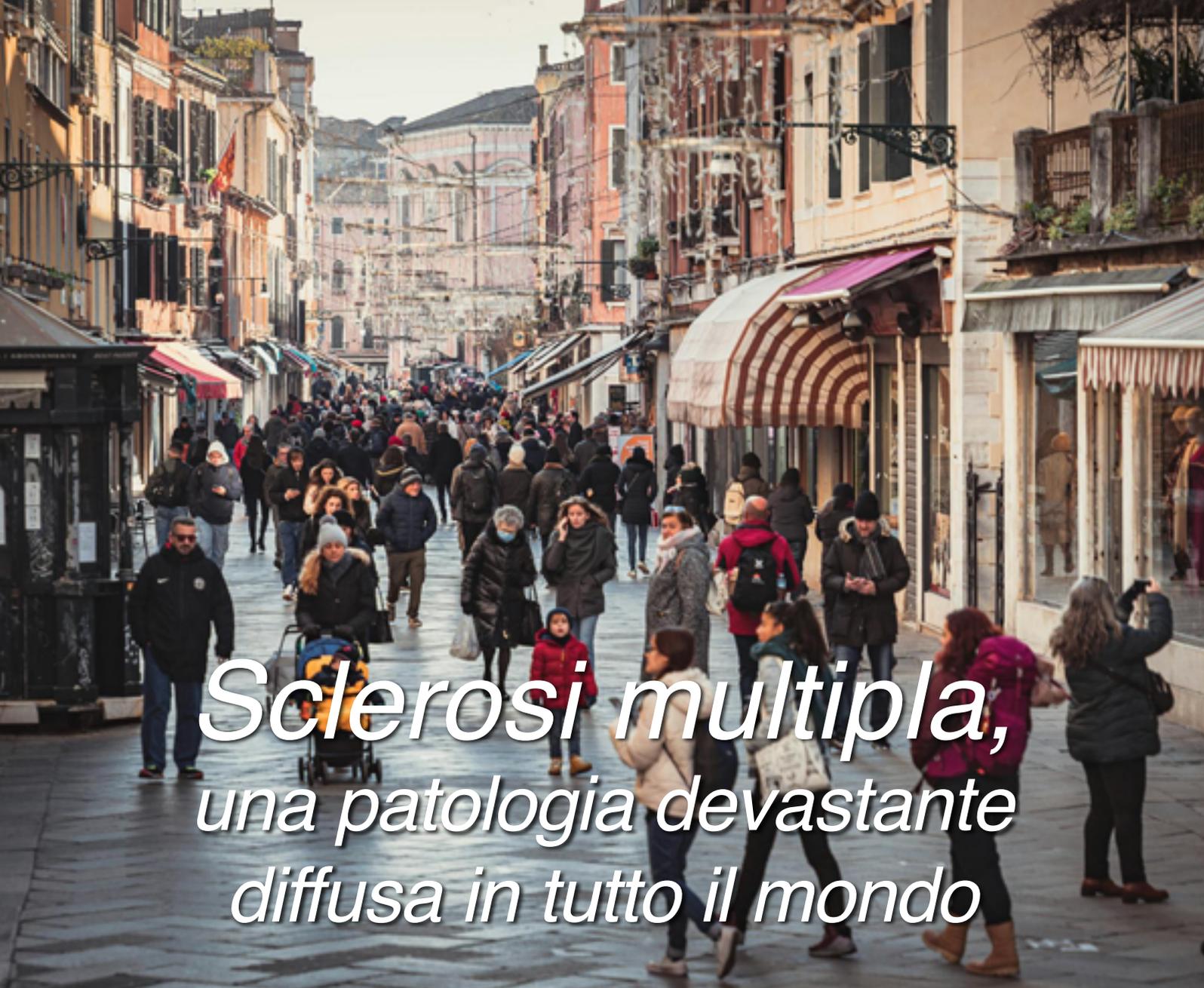
"Il Libro Bianco ha raccolto i dati sulla prevalenza e sull'incidenza delle malattie epatiche, ha messo a fuoco le criticità esistenti e ha lanciato alcune soluzioni, forte anche delle tante 'best practice' locali che in questi anni sotto l'ombrello dell'Aisf hanno sviluppato importanti filoni di ricerca scientifica – aggiunge Calvaruso – Alla luce dei dati emersi, l'Aisf propone alle istituzioni di collaborare per creare dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per le malattie epatiche, riconoscendo la specificità che contraddistingue le malattie del fegato. Dobbiamo impegnarci, tra le altre cose, su screening e trattamenti per le epatiti, prevenzione della steatosi metabolica, politiche per ridurre il consumo di alcol, ricerca farmacologica, diagnosi precoce delle malattie rare, presa in carico dei pazienti sul territorio, favorire l'accesso alle terapie innovative, omogeneità dei trattamenti tra le varie regioni".

"La salute del fegato è fondamentale per il benessere generale della popolazione, ma purtroppo rimane troppo spesso una questione trascurata nel panorama delle politiche sanitarie – afferma il senatore Gianni Berrino,

presidente dell'intergruppo parlamentare 'Epatiti virali e malattie del fegato' – Questo Libro Bianco vuole porre l'accento sull'urgenza di affrontare seriamente il problema, a livello preventivo e terapeutico. Il documento evidenzia inoltre la necessità di implementare politiche sanitarie integrate, che coinvolgano tutti gli attori del sistema sanitario, dai medici di medicina generale agli specialisti, dalle associazioni di pazienti agli enti pubblici, tutti insieme per migliorare la diagnosi precoce e la gestione delle malattie epatiche".

"Aumento degli screening, dove possibile, prevenzione, promozione di corretti stili di vita, presa in carico dei pazienti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale: anche per quanto riguarda le patologie epatiche, sono questi, a mio giudizio, gli aspetti prioritari sui quali la politica deve confrontarsi e dare risposte – sottolinea l'onorevole Ilenia Malavasi, membro della XII commissione Affari sociali della Camera – Se da un lato, infatti sappiamo che gli screening rappresentano uno strumento importantissimo di prevenzione ed educazione sanitaria, vediamo anche come l'adesione a questi sia molto differenziata sul territorio nazionale. Occorre lavorare sul tema dell'uniformità di assistenza sanitaria sul territorio nazionale, non solo per una questione di equità e di giustizia, ma anche per contrastare il fenomeno della migrazione sanitaria".





Sclerosi multipla, una patologia devastante diffusa in tutto il mondo

*LE POTENZIALITÀ DI UN NUOVO FARMACO
CHE POTREBBE ESSERE EFFICACE CONTRO LA MALATTIA*

di *Caterina Del Principe*

La sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa cronica autoimmune che interessa il sistema nervoso. Ad essere aggredita è la mielina, che ricopre e protegge le fibre nervose e contribuisce a garantire un'efficiente trasmissione dello stimolo nervoso in tutti i distretti corporei.

La patologia si chiama così perché, nelle diverse aree in cui la mielina subisce un danno, si forma un tessuto cicatriziale (sclerosi) al posto della normale componente tissutale. Si stima che la sclerosi multipla colpisca 2,8 milioni di persone nel mondo. Si stimano più di 3.400 nuovi casi l'anno, pari a un'incidenza di sei casi su 100.000 abitanti. È diffusa in tutto il mondo, ma la distribuzione della malattia non è uniforme; è più diffusa nelle zone lontane dall'Equatore, in particolare in Nord Europa,

Canada, Stati Uniti, Nuova Zelanda e Australia. I malati di sclerosi multipla sono 1.200.000 in Europa e circa 137.000 in Italia. Chiunque può sviluppare la sclerosi multipla, anche se le donne risultano maggiormente colpite, con un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini.

I sintomi della sclerosi multipla compaiono quando la mielina subisce un danno che altera la trasmissione degli impulsi nervosi tra il cervello, il midollo spinale e altre parti del corpo. Le manifestazioni, che possono essere fluttuanti o durature, includono i seguenti disturbi: visivi, nel 50% dei pazienti il sintomo chiave è la neurite ottica; della sensibilità: riduzione della percezione al freddo, al caldo e al dolore; intestinali: stitichezza, difficoltà a trattenere feci e/o gas; vescicali: incontinenza, urgenza minzionale, ritenzione

urinaria; sessuali: eiaculazione precoce, disfunzione erettile, difficoltà a raggiungere l'orgasmo; cognitivi: problemi di memoria e di apprendimento, difficoltà di concentrazione; stanchezza intensa; dolore cronico; depressione; vertigini; difficoltà nella deambulazione.

È stato scoperto che in circa un caso su dieci di sclerosi multipla il corpo inizia a produrre specifici autoanticorpi anni prima che si manifestino i sintomi. Essi sembrano legarsi sia alle cellule umane, sia agli agenti patogeni comuni e ciò potrebbe spiegare il perché degli attacchi immunitari al cervello e al midollo spinale, segni questi distintivi della malattia. È stata utilizzata una tecnica chiamata sequenziamento dell'immunoprecipitazione del phage display (PhIP-Seq), grazie a cui i virus sono progettati per visualizzare frammenti di proteine come bandiere sulla loro superficie.

Sono stati analizzati campioni di sangue di 250 pazienti raccolti dopo la diagnosi e campioni prelevati cinque o più anni prima la comparsa dei sintomi. Si è scoperto che il 10% dei soggetti aveva una sorprendente abbondanza di autoanticorpi anni prima della scoperta della patologia. La dozzina di autoanticorpi si sono attaccati a un modello chimico che assomigliava a quello trovato nei patogeni comuni, tra cui il virus di Epstein-Barr che in precedenti studi è stato segnalato come possibile concausa della sclerosi multipla. I ricercatori sono altresì giunti alla

conclusione che gli individui con questi autoanticorpi avevano livelli elevati di luce del neurofilamento (Nfl), una proteina che viene rilasciata quando i neuroni si rompono.

Nei mesi scorsi, durante il congresso annuale della Società Italiana di Neurologia, sono state presentate le potenzialità di un nuovo farmaco, che potrebbe essere efficace contro la malattia. Si tratta della cladribina, un medicinale somministrato ai pazienti in compresse e il cui utilizzo è stato monitorato con grande attenzione, rivelando non solo un solido profilo di sicurezza anche a lungo termine, ma soprattutto una notevole risposta nei pazienti affetti dal terribile male. Si tratta di una terapia poco invasiva, sia per tipologia di somministrazione che per tempistiche, venendo assunto dai pazienti per due settimane in un mese e poi successivamente interrotto per un anno. "Si ripete poi questo ciclo l'anno successivo, e per 4 anni", ha affermato il Direttore UOC di Neurologia dell'Ospedale San Camillo di Roma Claudio Gasperini, "se il paziente è rispondente è libero da qualunque tipo di terapia, ma soprattutto è libero da attività di malattia". I dati a disposizione degli specialisti dimostrano chiaramente a quattro anni dalla somministrazione i benefici del nuovo farmaco "sulla progressione della disabilità e sull'infiammazione a livello centrale, oltre agli effetti sulla ricostituzione immunitaria nei pazienti trattati".





Malattia di Stangardt: nuove speranze nella ricerca e nel trattamento

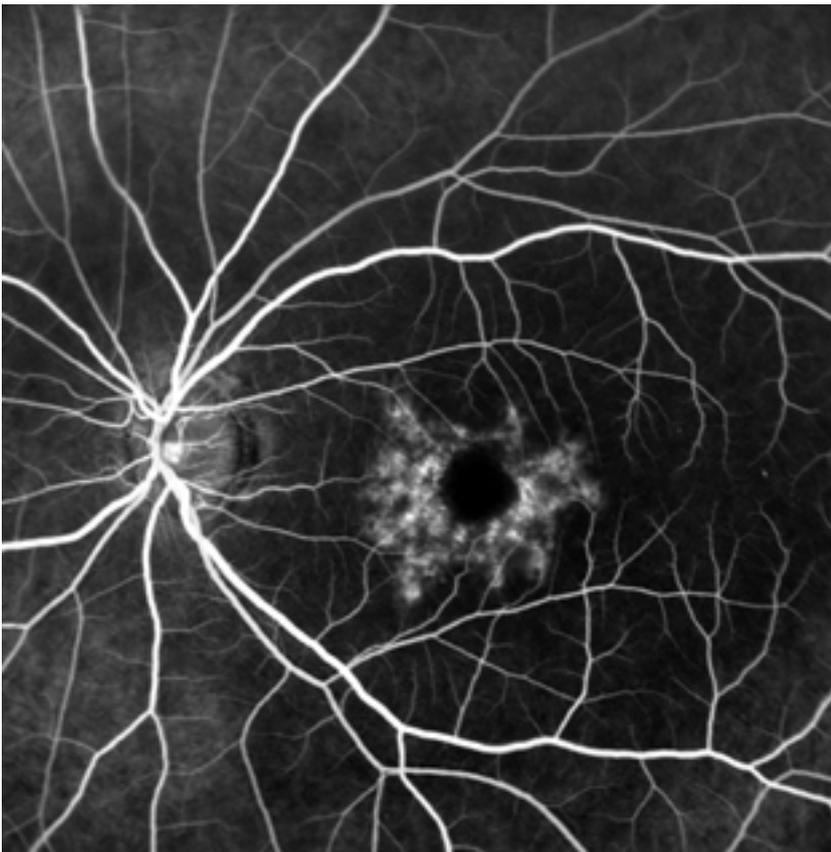
Una terapia in via di sperimentazione

di *Riccardo Romani*

La malattia di Stargardt - dal nome dell'oftalmologo tedesco Bruno Stargardt tedesco (1875-1927), primario della clinica per le malattie degli occhi di Kiel, poi professore all'Università di Marburg - è la più comune delle degenerazioni maculari giovanili ereditarie e la sua prevalenza è stimata in un caso ogni 8.000/10.000 individui ed è analoga in entrambi i sessi. È una malattia oculare rara, caratterizzata da perdita progressiva della visione centrale associata a chiazze maculari e perimaculari irregolari di colore giallo-bianco sul fondo dell'occhio e ad una lesione atrofica maculare centrale

con aspetto "a bronzo battuto".

Esordisce nelle prime due decadi di vita, ma i sintomi si possono manifestare anche in età adulta, fino alla settima decade. La progressione e la gravità sono molto variabili, ma in genere è caratterizzata da perdita progressiva della visione centrale, associata ad annebbiamento della vista e, occasionalmente, ad una progressiva difficoltà di adattamento al buio. Di solito, la visione periferica è normale. Nella maggior parte dei pazienti la visione dei colori è compromessa. La malattia può associarsi a fotofobia.



La malattia è causata da mutazioni nel gene ABCA4, che codifica un trasportatore delle cassette che legano l'adenosina trifosfato (ATP) (ABCR) e che è espresso nei coni e nei bastoncelli della retina. I difetti nella funzione di ABCR causano l'accumulo di all-trans-retinale e dei suoi derivati citotossici, in particolare i pigmenti lipofuscini (ad es. diretinoide-piridinio-etanolamina) nei fotorecettori e nelle cellule dell'epitelio pigmentato della retina (RPE), causando la morte delle cellule del RPE e la conseguente perdita dei fotorecettori. La trasmissione è autosomica recessiva o autosomica dominante, con una probabilità rispettivamente del 25 o del 50% di trasmettere la malattia ai figli.

La diagnosi si basa sui risultati di una serie di esami: valutazione dell'acuità visiva, campo visivo, oftalmoscopia, elettroretinogramma (ERG), angiografia con fluoresceina (FA), autofluorescenza del fondo oculare (FAF) e tomografia a coerenza ottica (OCT), che evidenziano le anomalie della macula e chiazze pisciformi di colore giallo-bianco che possono localizzarsi solo nella porzione centrale della macula, oppure estendersi oltre le arcate vascolari. Queste chiazze sono iper-autofluorescenti nelle immagini ottenute con la FAF. L'angiografia con fluoresceina evidenzia la caratteristica coroide scura ("silenzio coroideo") in circa l'85% dei pazienti. Attualmente, la terapia si basa su misure preventive, mirate a rallentare la progressione della malattia, ad esempio con l'uso di

occhiali da sole per evitare l'eccessiva esposizione alla luce, e sull'esclusione dell'uso di integratori contenenti la vitamina A. Si raccomandano, inoltre, controlli oftalmologici regolari. Si stanno sviluppando diverse opzioni terapeutiche. Si tratta in genere di terapie orali mirate a prevenire l'accumulo di lipofusina. Questi trattamenti inibiscono il ciclo visivo bloccando l'azione di alcuni enzimi nella retina (RPE65/RBP4/LRAT/RDH5), sostituiscono la vitamina A con una sua forma deuterata (ALK001), oppure contribuiscono alla rimozione della lipofusina degradandola.

Il decorso della malattia, data la marcata variabilità clinica, dipende da alcuni parametri, tra cui l'età all'esordio e i risultati dell'elettroretinogramma. In alcuni casi la malattia di Stargardt può progredire rapidamente nell'arco di pochi mesi oppure in maniera graduale nel corso di diversi anni, e portare a una grave riduzione dell'acuità visiva.

In genere la visione periferica è risparmiata, ma alcuni pazienti possono sviluppare il fenotipo cono-bastoncelli, che si associa alla compromissione della funzione periferica della retina.

Da qualche tempo viene sperimentata una nuova molecola: il gildeuretinolo acetato (ALK-001), una forma della vitamina A deuterata, creata per ridurre la dimerizzazione della vitamina A senza alterare la funzione visiva. Il gildeuretinolo ha ricevuto la designazione di farmaco orfano e di terapia innovativa per il trattamento della malattia di Stargardt dalla FDA (Food and Drug Administration).

Dal 2023 è in corso TEASE-3, prima sperimentazione clinica open-label sul trattamento con gildeuretinolo per via orale in pazienti che presentano i segni iniziali della malattia all'imaging retinico, ma non ancora sintomi di perdita della visione. La verifica è stata effettuata di anno in anno e i dati di ciascun partecipante sono stati comparati con quelli di fratelli o sorelle affetti da malattia di Stargardt e con mutazioni genetiche identiche. All'endpoint primario, fissato a due anni di trattamento, i primi cinque pazienti arruolati sono risultati asintomatici e liberi da progressione della malattia, per un tempo compreso tra due e sei anni. In assenza di trattamento, i pazienti sarebbero andati incontro a perdita visiva entro due anni e la malattia avrebbe seguito lo stesso decorso osservato nei fratelli o sorelle più anziani, ma non in trattamento con gildeuretinolo.

TIROIDITE DI HASHIMOTO: UN IPOTIROIDISMO AUTOIMMUNE

UN APPROFONDIMENTO SUI SINTOMI, LE ANALISI NECESSARIE
E LE STRATEGIE TERAPEUTICHE DI QUESTA PATOLOGIA
CHE COLPISCE CON MAGGIORE FREQUENZA LE DONNE

di *Danilo Quinto*

Nella maggior parte dei casi, la tiroidite di Hashimoto - malattia molto comune che insorge solitamente tra i 30 e i 50 anni di età e colpisce con maggiore frequenza le donne rispetto agli uomini - causa l'infiammazione della tiroide. Causa una patologia cronica, con la conseguenza che questa ghiandola non produce più una quantità sufficiente di ormoni. Così, il sistema immunitario dell'organismo attacca la tiroide. I pazienti producono i cosiddetti autoanticorpi, ossia anticorpi diretti contro tessuti sani dell'organismo, che distruggono le proteine della tiroide e quindi la ghiandola. Occorre distinguere tra i casi clinici, come quelli del morbo di Hashimoto che presentano sintomi e casi in cui gli autoanticorpi sono rilevati nel sangue umano, ma le persone colpite non hanno problemi alla tiroide.

La tiroidite di Hashimoto si manifesta: nella forma classica, in cui la tiroide si ingrossa, si forma uno struma e la ghiandola perde la sua funzione; nella forma atrofica, in cui il tessuto tiroideo viene distrutto e l'organo si atrofizza. La forma atrofica è diagnosticata con maggiore frequenza rispetto a quella classica. La conseguenza del morbo di Hashimoto è l'ipotiroidismo.

Nella fase iniziale della malattia compaiono raramente sintomi, pertanto questa patologia viene spesso diagnosticata solo in uno stadio avanzato. Questo accade di solito quando la tiroidite di Hashimoto causa un'ipoattività della tiroide. Così compaiono anche i seguenti sintomi: svogliatezza e disinteresse; affaticamento; stanchezza costante; difficoltà di concentrazione; problemi di memoria; raucedine; ipersensibilità al freddo;



costipazione; capelli fragili e aumento della perdita di capelli; pelle secca e unghie fragili; disturbi mestruali e diminuzione della fertilità; aumento di peso nonostante le abitudini alimentari invariate; aumento dei valori ematici. All'inizio della malattia possono manifestarsi anche altri sintomi associati a un temporaneo ipertiroidismo, la cosiddetta hashitossicosi: nervosismo e irrequietezza; irritabilità e sbalzi d'umore; palpitazioni, battito cardiaco accelerato o aritmia cardiaca; aumento della pressione sanguigna; pelle calda e umida; aumento della sudorazione.

La malattia può insorgere frequentemente tra membri appartenenti alla stessa famiglia, il che permette di stabilire che alterazioni genetiche (mutazioni) sono responsabili di questo tipo di infiammazione della tiroide. Inoltre, alcune infezioni o lo stress aumentano la probabilità di sviluppare la malattia e l'assunzione eccessiva di iodio e il fumo di sigaretta possono accrescere ulteriormente il rischio di insorgenza della malattia. Il sesso svolge un ruolo importante: si ritiene che gli estrogeni femminili favoriscano la malattia.

Con l'esame del sangue vengono misurate le concentrazioni degli ormoni tiroidei T3 e T4 e del TSH. Inoltre, il sangue viene analizzato per rilevare la presenza di autoanticorpi che attaccano le proteine della tiroide, in quanto sono caratteristici del morbo di Hashimoto. Un'ecografia completa di solito gli esami: se all'ecografia la tiroide risulta più piccola del normale e presenta inoltre una struttura uniformemente scura, si deve presumere la presenza di tiroidite di Hashimoto.

Inoltre, poiché i pazienti trattati presentano un metabolismo rallentato, il medico può convalidare la diagnosi mediante

una scintigrafia tiroidea. La scintigrafia tiroidea è un esame di medicina nucleare della tiroide che permette di visualizzare, oltre alla forma, alla posizione e alle dimensioni, anche la funzione della tiroide. Infine, con la cosiddetta biopsia con ago sottile (FNB), il medico può prelevare un campione di tessuto dalla tiroide e far analizzare la concentrazione dei globuli bianchi, poiché i pazienti affetti dal morbo di Hashimoto hanno un numero di globuli bianchi nettamente superiore a rispetto a quello delle persone sane.

Non esiste alcuna terapia in grado di combattere efficacemente la causa della tiroidite. Qualsiasi sintomo riconducibile all'ipotiroidismo causato dal morbo di Hashimoto può essere trattato con farmaci: i pazienti assumono compresse contenenti l'ormone artificiale L-tiroxina, che corrisponde all'ormone tiroideo T4 e viene convertito nell'ormone T3 più attivo a livello metabolico nell'organismo. Se il morbo di Hashimoto causa un ingrossamento della tiroide (struma), questa ghiandola viene asportata chirurgicamente, parzialmente o totalmente. Un'assunzione eccessiva di iodio può influire sull'insorgenza della malattia e avere un effetto negativo sul decorso della malattia. Pertanto, le persone affette dal morbo di Hashimoto devono fare attenzione a non assumere troppo iodio.

È difficile prevedere il decorso di questa patologia. Poiché questa malattia autoimmune raramente si risolve da sola, è indispensabile eseguire controlli periodici dei valori degli ormoni tiroidei. Inoltre, la distruzione del tessuto tiroideo causata dal processo infiammatorio non è più reversibile: è prescritta l'assunzione a vita di ormoni tiroidei.



IL NEUROMA di Morton, sindrome comune e curabile

***GUIDA COMPLETA SULLA METATARSALGIA
E OPZIONI TERAPEUTICHE PER ALLEVIARE IL DOLORE AL PIEDE***

di Annachiara Albanese

Il Neuroma di Morton è una patologia del piede abbastanza diffusa. Si tratta di una metatarsalgia: un dolore di natura infiammatoria all'altezza dei metatarsi che si trovano nella parte anteriore del piede. Per quanto dolorosa e fastidiosa, questa sindrome è comune e curabile. Anzi, nella maggior parte dei casi si risolve con la terapia conservativa. Colpisce statisticamente di più le donne e si presenta con dei sintomi facilmente riconoscibili.

Nella parte anteriore del piede ci sono cinque ossa, dette ossa metatarsali o metatarsi, da cui partono le falangi che compongono le dita. Il termine metatarsalgia indica un dolore di natura infiammatoria che colpisce proprio questa zona del piede.

La metatarsalgia può avere cause diverse. Quella di Morton è legata ad una continua sollecitazione di uno dei nervi interdigitali (nervi che decorrono sotto e in mezzo ai metatarsi), che causa la formazione di tessuto fibroso in eccesso e quindi un ispessimento in un tratto del nervo. È proprio questo ispessimento a prendere il nome di "neuroma". I sintomi iniziano a manifestarsi perché il neuroma va a comprimere il nervo. Può colpire qualsiasi nervo interdigitale anche se quasi sempre riguarda il nervo fra il terzo e il quarto dito. Questo perché, per anatomia, lo spazio fra il terzo e il quarto metatarso è minore che fra gli altri metatarsi.

Non esiste una causa univoca che spiega questa patologia

ma si conoscono diversi fattori che possono contribuire alla formazione di questo tessuto fibroso. In alcuni casi si può formare addirittura una pallina percepibile al tatto. Lo studio della patologia però ha individuato una serie di fattori che sollecitano negativamente i nervi interdigitali e rendono più propensi allo sviluppo della patologia: l'utilizzo abituale di tacchi alti, che portano a caricare un peso maggiore sull'avampiede; l'utilizzo di calzature strette che comprimono l'avampiede, in particolare le teste metatarsali; il piede cavo, perché il fatto di non appoggiare completamente la pianta perché l'arco plantare è molto accentuato, comporta comunque una distribuzione del carico più propenso verso la parte anteriore del piede; l'obesità o uno stato importante di sovrappeso; la pratica costante della corsa o della marcia, per via dei continui micro-traumi a cui vengono inevitabilmente sottoposti i piedi durante questi sport; una qualche malformazione congenita del piede, anche lieve; l'alluce valgo; una postura scorretta del piede; un trauma, come la frattura di un osso del piede o una distorsione con conseguente gonfiore.



Fra i sintomi del neuroma di Morton al piede il più distintivo è il dolore localizzato. Si tratta in genere di un dolore che si presenta a forti fitte piuttosto che essere costante, i pazienti lo descrivono come un bruciore o come delle scosse elettriche dentro il piede. All'inizio le fitte possono essere anche rare e alternate a momenti di nessun dolore. Con il persistere della patologia poi diventano sempre più frequenti. Il dolore, inoltre, si percepisce anche alla palpazione del punto dove si è formato il neuroma. Il dolore si può irradiare lateralmente o in avanti coinvolgendo anche le dita. Un ulteriore sintomo che può comparire, dopo un po' di tempo, è il formicolio o la perdita di sensibilità in quella zona del piede.

Se si provano questi sintomi, è bene fare una visita specialistica con un ortopedico chirurgo del piede per diagnosticare la patologia ed intervenire il prima possibile per curarla. Durante la visita lo specialista riesce a capire con la palpazione se si tratta di metatarsalgia. Una volta compreso questo deve capire di che metatarsalgia si tratta, ovvero se è data dal neuroma di Morton oppure da altre cause. Nella maggior parte dei casi riesce a capirlo facendo test che si chiama Segno di Mulder: consiste nello stringere con una mano il piede (in un certo modo), mentre con l'altra si fa pressione fra un metatarso e l'altro per vedere se, con la pressione, si avverte un riflesso, una specie di clic che fa il piede se il nervo interdigitale è compresso dal neuroma. In alcuni casi, per ulteriore conferma, si esegue un'ecografia oppure una risonanza magnetica all'avampiede.

Quando viene diagnosticato il neuroma di Morton la prima cosa da capire è da quanto tempo persistono i sintomi. Se i sintomi ci sono da meno di sei mesi si può procedere con la terapia conservativa, ovvero con la fisioterapia: laserterapia e terapia manuale. Queste terapie aiutano a curare il dolore ed è probabile che, modificando alcune abitudini su consiglio del medico, i sintomi non si ripresentino più. Se invece il dolore dura da molto tempo e non c'è modo di individuare o intervenire sui fattori che lo causano per contrastare naturalmente la sollecitazione del nervo, l'approccio è quello della chirurgia. L'intervento è abbastanza semplice, che si fa in day hospital e da cui il paziente si riprende completamente in poco tempo. Si fa una piccola incisione all'altezza delle ossa metatarsali ed asporta il nervo di Morton, quello con il neuroma, senza incidere sulle capacità motorie o sensoriali del paziente. Inoltre, esiste un approccio intermedio, che spesso diventa una valida alternativa alla chirurgia tradizionale. Questo approccio si chiama alcolizzazione ecoguidata ed è una metodica infiltrativa proponibile per neuromi che misurano dai 4 ai 12 millimetri. La tecnica consiste in un'iniezione di un cocktail di alcool ed anestetico locale sotto guida ecografica.



Sindrome di Alagille, *una malattia genetica complessa*

SINTOMI, DIAGNOSI E TRATTAMENTI PER UNA CONDIZIONE RARA CHE COLPISCE LA FUNZIONALITÀ EPATICA E SVILUPPA ANOMALIE IN VARI SISTEMI DEL CORPO

di *Annachiara Albanese*

La sindrome di Alagille è una malattia genetico-ereditaria che si manifesta in circa uno ogni trentamila nati vivi. È generalmente ereditata solo da un genitore e c'è una probabilità del 50% che ogni bambino sviluppi la sindrome. Recentemente è stata definita la base genetica ed è stato trovato il "gene Alagille". Ogni adulto o bambino affetto può avere tutte o solo alcune delle caratteristiche della sindrome. Spesso, un genitore, un fratello o una sorella del bambino affetto condividerà l'aspetto del viso, il soffio cardiaco o le vertebre a farfalla, ma avrà un fegato e dotti biliari completamente normali. Causa dotti biliari ristretti e malformati nel fegato. La bile che non può fluire attraverso i dotti

deformati si accumula nel fegato e provoca cicatrici. Il tessuto cicatriziale impedisce al fegato di funzionare correttamente per eliminare i rifiuti dal flusso sanguigno. Il disturbo colpisce allo stesso modo entrambi i sessi e non mostra preferenze geografiche, razziali o etniche. Una persona con la sindrome di Alagille ha meno del normale numero di piccoli dotti biliari all'interno del fegato.

I sintomi sono: ittero; feci pallide e molli; scarsa crescita nei primi tre mesi di vita. Dopo, si verificano ittero persistente, prurito, depositi di grasso nella pelle e crescita e sviluppo stentati durante la prima infanzia. La malattia spesso si stabilizza tra i quattro e i dieci anni

con un miglioramento dei sintomi. Altre caratteristiche, che aiutano a stabilire la diagnosi, includono anomalie nei reni, nel sistema cardiovascolare, negli occhi e nella colonna vertebrale. Il restringimento del vaso sanguigno che collega il cuore ai polmoni porta a soffi cardiaci, ma raramente causa problemi nella funzione cardiaca. La forma delle ossa della colonna vertebrale può sembrare le ali di una farfalla ai raggi X, ma questa forma non causa quasi mai problemi con la funzione dei nervi nel midollo spinale.

Più del 90% dei bambini con sindrome di Alagille presenta un'anomalia insolita agli occhi. Una linea circolare in più sulla superficie dell'occhio può essere rilevata durante un esame oculistico specializzato. Inoltre, alcuni bambini possono avere alcuni cambiamenti nella funzione renale. Una diagnosi di sindrome di Alagille di solito dipende dalla ricerca di diversi componenti della sindrome in un individuo. In generale, la sindrome coinvolge cinque distinti risultati, tra cui un ridotto flusso biliare, malattie cardiache congenite, difetti ossei, un ispessimento di una linea sulla superficie dell'occhio e particolari caratteristiche facciali. La diagnosi può essere confermata dall'analisi genetica.

Il trattamento si concentra sul tentativo di aumentare il flusso di bile dal fegato, mantenendo il normale modello di crescita e sviluppo del bambino e correggendo le carenze nutrizionali che spesso si sviluppano. Poiché il flusso biliare dal fegato all'intestino è rallentato nei pazienti con sindrome di Alagille, vengono spesso

prescritti farmaci progettati per aumentare il flusso della bile.

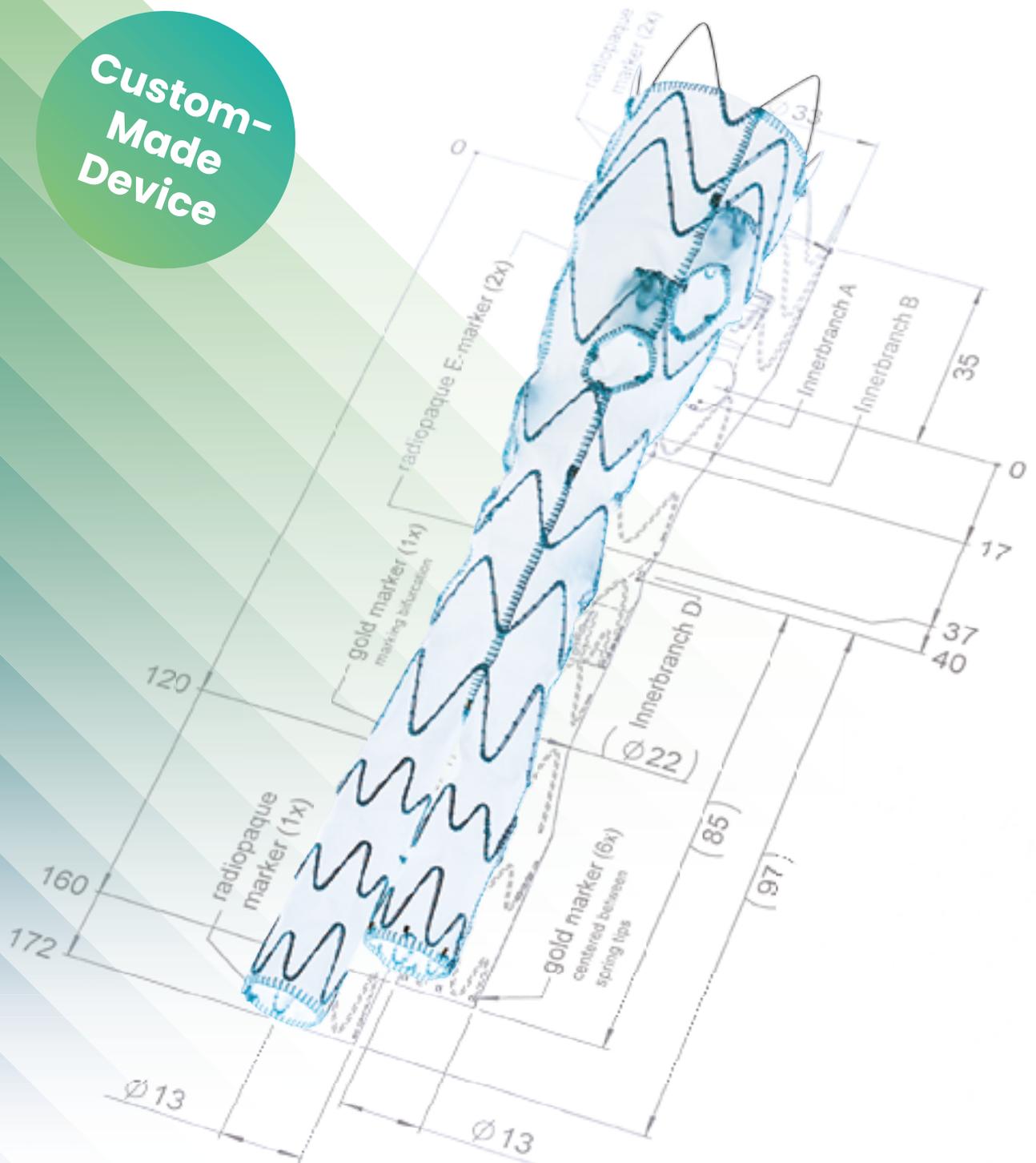
Mentre il ridotto flusso biliare nell'intestino porta ad una cattiva digestione dei grassi alimentari, un tipo specifico di grasso può ancora essere ben digerito e quindi gli alimenti per lattanti contenenti alti livelli di trigliceridi a catena media (MCT) vengono solitamente sostituiti alle formule convenzionali. Alcuni bambini possono crescere adeguatamente con il latte materno se viene somministrato olio MCT aggiuntivo. Problemi con la digestione e l'assorbimento dei grassi possono portare ad una carenza di vitamine liposolubili (A, D, E e K). Le carenze di queste vitamine possono essere diagnosticate mediante esami del sangue e di solito possono essere corrette con grandi dosi orali. Se il sistema del bambino non è in grado di assorbire le vitamine somministrate per via orale, possono essere necessarie iniezioni di vitamina nel muscolo.

A volte è necessario un intervento chirurgico durante l'infanzia per aiutare a stabilire la diagnosi della sindrome di Alagille mediante esame diretto del sistema dei dotti biliari e tramite biopsia epatica. Tuttavia, la ricostruzione chirurgica del sistema dei dotti biliari non è raccomandata perché la bile può ancora fluire dal fegato e attualmente non esiste alcuna procedura che possa correggere la perdita dei dotti biliari all'interno del fegato. Occasionalmente, la cirrosi epatica avanza a uno stadio in cui il fegato non riesce a svolgere le sue funzioni. Il trapianto di fegato viene quindi considerato.



Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System

Sycamore

KYPHOPLASTY PEDICULAR ANCHORAGE

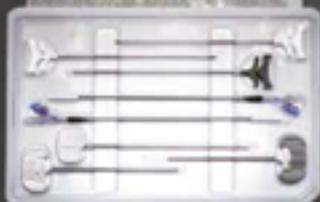
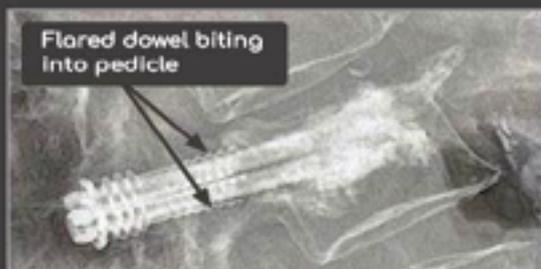
La tecnologia Dowelplasty è indicata nella riduzione anatomica delle fratture vertebrali da compressione di origine traumatica, con o senza patologie sottostanti che influenzano la qualità ossea, come osteoporosi e lesioni maligne.

- Kit monouso sterile "all-in-one" comprensivo di impianti e strumentario dedicato
- Ripristino mirato dell'altezza vertebrale
- Sistema intuitivo, veloce ed efficiente
- Forte ancoraggio peduncolare



Strumenti posizionati
in ordine di utilizzo

Sistema da utilizzare con il kit cifoplastica STERISPINE VA e KITCEMENT per la cementazione della vertebra.



SteriSpine^{VA}
KypHOPLASTY SYSTEM



safe orthopaedics

Distributore per l'Italia



mv
Bio innovations

www.mvbioinnovations.com

HD HealthDefencesrl

DISTRIBUTORE LAZIO
Via Portuense, 959 - 00148 Roma
tel 0665002930 - info@healthdefence.it