



# Sanità & Benessere

efocus



## Neuroetica...

### LA MEDICINA DEL FUTURO

Creare Reti Assistenziali  
sul Territorio

### LA SFIDA POST PANDEMIA

Monoclonali e Retrovirali contro  
il virus del Covid e della burocrazia

### PSICHIATRIA

L'impatto della guerra  
sulla Salute Mentale

LABORATORIO, RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA SENZA TREGUA. INDAGHIAMO IL RUOLO DELLE MUTAZIONI GENETICHE E SVILUPPIAMO NUOVI TRATTAMENTI PER NON LASCIARE SOLO CHI LOTTA CONTRO UNA MALATTIA RARA.

# NOI DICIAMO SCIENZA.



MATTIA VIVE A MILANO, HA 5 ANNI E CONVIVE DALLA NASCITA CON UNA MALATTIA RARA DI ORIGINE GENETICA. UN'INFANZIA DIFFICILE TRA TERAPIE E RINUNCE. LA VITA DI MATTIA È PERÒ CAMBIATA GRAZIE AI PROGRESSI SCIENTIFICI: OGGI PUÒ SOGNARE DI SALTARE COME I SUOI COETANEI.

# TU DICHI SALTARE.

TRADUCIAMO LA SCIENZA IN VITA.



#TRADUCIAMOLASCIENZAINVITA | pfizer.it

## Interdisciplinarietà e Umanità: i valori guida della Neuroetica per un futuro sostenibile

di Padre Alberto Carrara\*



Il 2022 è l'anno dei 20 anni dalla definizione considerata "canonica" della Neuroetica. Il 13 e 14 maggio di vent'anni fa – era il 2002 – a San Francisco in California si svolse il primo congresso mondiale di esperti in materia intitolato: Neuroethics: mapping the field. Aprendo i lavori, il politologo del New York Times William Safire (1929-2009) suggerì quella che divenne una delle definizioni più citate di Neuroetica e che gli valse, per molti anni, una presunta "paternità" del termine prima che venisse reso noto l'articolo Neuro-ethics of "walking" in the newborn di Anneliese Alma Pontius. Safire così descrisse la Neuroetica: quella parte della bioetica che si interessa di stabilire ciò che è lecito, cioè, ciò che si può fare, rispetto alla terapia e al miglioramento delle funzioni cerebrali, così come si interessa di valutare le diverse forme di interventi e manipolazioni, spesso preoccupanti, compiute sul cervello umano. Il cervello umano, o meglio, il sistema nervoso di cui esso è parte, non è un sistema tra i sistemi; le neuroscienze cioè non possono venir comparate con le altre scienze biologiche per una semplice ragione: il loro oggetto di studio ha una relazione stretta e interdipendente con le dimensioni più propriamente umane dell'uomo, dall'autocoscienza alla creatività, dalla responsabilità all'amore.

Nel contesto odierno nel quale lo sviluppo tecnologico applicato alle neuroscienze apre

scenari spesso inimmaginabili che comportano, da un lato, maggiore efficienza e precisione nei settori neurochirurgici con importanti mitigazioni degli effetti collaterali, dall'altro canto, le tangibili manipolazioni e modificazioni sempre più precise del comportamento umano, delle emozioni e delle diverse caratteristiche della personalità umana, suscitano preoccupazione e timori.

Per questo diventa imprescindibile quella riflessione sistematica ed informata tanto sulle neuroscienze e neurotecnologie, come sulle loro interpretazioni che oggi è la Neuroetica o Neurobioetica. Non tutte le prospettive interdisciplinari su questa riflessione avranno lo stesso valore per la prassi e l'impegno sociale. Quelle "neuroetiche" attente alla centralità della persona umana intesa in modo integrale ed integrato, e non secondo logiche parziali e riduzionistiche, potranno aiutare ad edificare un presente che valorizzi, dal punto di vista neurale e personale, non solo le molteplici dimensioni umane, quindi non solo "tutto l'uomo", ma "ogni uomo" su questo pianeta. Anche per la Neuroetica vale, e forse ancora di più di altre discipline, l'insegnamento per il quale "nessuno si salva da solo" e che l'umanizzazione della scienza e della tecnologia, sempre e comunque, saranno gli antidoti a ogni possibilità di autodistruzione dell'umanità.

\* Presidente dell'Istituto Internazionale di Neurobioetica (IINBE), Direttore del Gruppo di Neurobioetica (GdN) dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Membro della Pontificia Accademia per la Vita, Fellow dell'UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights e Docente di Neuroetica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Europea di Roma

### Primo piano

CARDIOLOGIA

Prof. Furio Colivicchi **2**

### Primo piano

CHIRURGIA TORACICA

Prof. Pierfilippo Crucitti **3**

### Parliamo di

PSICHIATRIA

Prof.ssa Liliana Dell'Osso **4**

### Dedicato a...

ASSOCIAZIONE DOSSETTI

**5**

### Speciale

TERAPIA DEL DOLORE

Prof. Massimiliano Carassiti **6**

Prof.ssa Flaminia Coluzzi **7**

### Speciale

ONCOLOGIA

Prof. Gianni Amunni **8**

Dott.ssa Antonietta Satolli **9**

### A proposito di

REUMATOLOGIA

Dott.ssa Stefania Padula **10**

Dott. Gaetano Nutile **10**

### Parliamo di

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Prof.ssa Patrizia Laurenti **11**

### Parliamo di

DERMATOLOGIA

LEO Pharma **12**

[WWW.SANITAEBENESSERE.IT](http://WWW.SANITAEBENESSERE.IT)

### CS COMMUNICATION Srl

Corso Italia 22, 20122 Milano

### CEO & Founder

Direttore Editoriale

Stefano Cucchiari

### Comitato Medico Scientifico

Prof. Camillo Ricordi

Director, Diabetes Research Institute and Cell Transplant Center, University of Miami Fit4Pandemic.org

Prof. Nicola Petrosillo

Responsabile del servizio di controllo delle infezioni e Consulenze Infettivologiche presso il Policlinico Universitario del Campus Bio-Medico di Roma

Prof. Antonino Mazzone

Direttore UOC Area Medico Ospedale Nuovo di Legnano, Vicepresidente FISM

### Head of Health Projects

Mario Martegani

### Project Manager

& Event Creator

Aurora Argentina

### Public Relations Officer

Stefano Veronesi

### Health Project Specialist

Stefano Carretta,  
Luisa La Fauci, Marco Moreschi

### Customer Care & Executive Assistant

Barbara Cirrito

### Legal Office

Avv. Michela Degiovanni

### Social Media Manager

Giulia Cucchiari

### Responsabile Redazione

Francesca Pavesi

redazione@cscommunicationsrl.it

### Journalist Health & Care

Chiara Maranghi

### Progetto Grafico

BlackOut Creativity On - London

### Stampa

Mediagraf SpA

[www.mediagrafspa.it](http://www.mediagrafspa.it)

[www.printbee.it](http://www.printbee.it)



Sanità & Benessere efocus



Sanita\_benessere\_focus



Sanità & Benessere efocus



### SANITÀ & BENESSERE

Reg. Tribunale di Milano

Num R.G. 6251/2019 - Num Reg. Stampa 112

del 21 maggio 2019

Le **ECCELLENZE** passano da noi



## Progetto Ponte HT: fare Rete in Cardiologia

UNA INIZIATIVA DI ANMCO PER RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO, DIFFONDENDO LA CONOSCENZA DI QUELLE PATOLOGIE CRONICHE RARE COME L'**AMILOIDOSI CARDIACA**, CHE NECESSITANO DI DIAGNOSI PRECOCI E TRATTAMENTI MIRATI

Il **Prof. Furio Colivicchi** è Presidente dell'ANMCO e Direttore dell'UOC di Cardiologia dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, struttura ospedaliera dell'ASL Roma 1, una delle più grandi d'Italia, con oltre un milione e 100 mila residenti. Una struttura integrata tra ospedale e territorio, in cui la Cardiologia Clinica gestisce anche le attività che si sviluppano nei municipi, secondo un modello innovativo di assistenza fortemente voluto dalla Direzione Generale di questa ASL e supportato dai fondi regionali con i quali sono stati sviluppati diversi ambulatori territoriali per garantire prestazioni cardiologiche di primo livello di prossimità.

### Professore, qual è l'obiettivo di questo innovativo modello assistenziale?

“L'idea è quella di creare, anche attraverso la costituzione delle nuove case della salute e degli ospedali di comunità, un networking cardiologico per la presa in carico dei malati con patologie cardiache croniche che sia il più vicino possibile ai pazienti sul territorio. Come ANMCO, che riunisce circa 5 mila Cardiologi di tutta Italia, stiamo quindi promuovendo un modello di Cardiologia del SSN che non sia solo esclusivamente legato all'ospedale, al suo funzionamento e alla risposta all'emergenza, ma che porti all'integrazione di percorsi condivisi tra medicina specialistica e medicina territoriale. In quest'ottica abbiamo sviluppato il Programma Ponte HT, che è stato già testato e viene costantemente implementato in varie Regioni – da Roma alla provincia di Bari, dalla Campania al Molise – e che consiste nel fornire gratuitamente a tutte le Cardiologie interessate l'accesso a una piattaforma informatica per la gestione della cartella clinica e delle attività ambulatoriali dei pazienti con patologie cardiache. Il termine Ponte vuole proprio dare l'idea della volontà di superare le barriere che



**Prof. Furio Colivicchi**

tradizionalmente hanno limitato l'efficacia di alcuni interventi, per garantire continuità di cura. L'obiettivo futuro è di proseguire nella crescita e nello sviluppo del programma per arrivare a coinvolgere e informatizzare tutte le Cardiologie degli Ospedali pubblici d'Italia”.

### In questo contesto, come si inquadra l'Amiloidosi Cardiaca?

“L'**Amiloidosi** si colloca all'interno del progetto generale della Rete di Cardiologia ospedale- territorio con l'idea di gestire anche questa patologia inquadrandola in un modello di cura e di presa in carico di medio e lungo periodo diverso rispetto al passato. L'**Amiloidosi** è, infatti, una malattia sistemica, in cui si ha un deposito extracellulare di materiale proteico che si accumula nei tessuti. A seconda dell'organo che viene coinvolto, causa danni a livello cardiaco, neurologico, renale... Dal punto di vista della sopravvivenza e dell'aspettativa e qualità della vita, il coinvolgimento del cuore è particolarmente rilevante. Purtroppo ad oggi la frequenza

dell'**Amiloidosi Cardiaca** non è del tutto nota, perché, trattandosi di una patologia che colpisce soprattutto soggetti di età avanzata, over 65 anni, spesso viene trascurata e confusa con altre problematiche, facendo sì che alcune sindromi cliniche possano non essere colte nella loro essenza causale. Molti episodi di scompenso cardiaco in pazienti di età più avanzata, ad esempio, sono in realtà riconducibili alla presenza di questi depositi di materiale proteico che infiltrano il cuore rendendolo meno efficiente e meno efficace nella sua contrazione e favorendo lo sviluppo di insufficienza cardiaca”.

### Qual è l'obiettivo della Rete Cardiologica in termini di gestione dei pazienti affetti da Amiloidosi Cardiaca?

“Il nostro obiettivo è innanzitutto quello di aumentare, attraverso la nostra Rete clinica, la consapevolezza dei Cardiologi e più in generale dei Medici del SSN rispetto a questa patologia, anche perché per alcune forme, come quella da transtiretina, esistono dei farmaci specifici che sono in grado di bloccare la progressione della malattia, ma bisogna intervenire per tempo. Per questo è molto importante saperla riconoscere tempestivamente. In secondo luogo vogliamo strutturare una Rete di accesso a questi farmaci innovativi che, avendo un costo elevato, non possono essere utilizzati in maniera diffusa sul territorio ma devono essere somministrati dai Centri di Riferimento secondo percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti. Come ANMCO abbiamo costituito anche un gruppo di studio specifico per le malattie rare e per la cronicità cardiovascolare, composto da esperti, con l'obiettivo proprio di sviluppare dei programmi di formazione e di ricerca finalizzati a costruire una diffusa competenza che consenta di riconoscere sempre meglio e precocemente questa malattia”.

### Contatti

**Prof. Furio Colivicchi**  
Direttore UOC di Cardiologia Clinica  
e Riabilitativa Ospedale San Filippo Neri  
Via Giovanni Martinotti, 20 – 00135 Roma  
Tel. 06 33062294

**Mail:** [furio.colivicchi@aslroma1.it](mailto:furio.colivicchi@aslroma1.it)

## Strumentazioni innovative al servizio della Chirurgia nella cura del Tumore al Polmone

NELLE PROCEDURE DI VIDEOTORACOSCOPIA, AVERE A DISPOSIZIONE STRUMENTI DI LIVELLO E STUDIATI APPOSITAMENTE PER QUESTA TECNICA CHIRURGICA GARANTISCE INTERVENTI PIÙ SICURI E PERFORMANTI

A parlargene, il **Prof. Pierfilippo Crucitti**, Direttore dell'UOC di Chirurgia Toracica della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma e Presidente della Fondazione Un respiro per la vita ETS che si occupa di ricerca, prevenzione, diagnosi e cura del tumore al polmone. Il Centro è uno dei pochissimi in Italia ad utilizzare un'innovativa tecnica mini invasiva per trattare questa patologia: la VATS (Video Assisted Thoracic Surgery) Uniportale.

### Professore, quanto conta una strumentazione chirurgica di livello nelle procedure di VATS?

“Avere la strumentazione adatta e di elevata qualità in questo tipo di chirurgia è fondamentale e rende l'intervento più sicuro per il paziente e meno complesso per il chirurgo. La VATS UNIPORTALE è, infatti, una tecnica innovativa di approccio mini invasivo caratterizzata da un'unica incisione di soli 3-4 cm al livello del IV o V spazio intercostale, attraverso la quale vengono inserite all'interno del torace una telecamera e gli strumenti operatori per portare a termine l'intervento di rimozione del tumore, con notevoli vantaggi in termini di dolore post-operatorio e a livello estetico pur mantenendo alto lo stand oncologico. Negli ultimi anni, la tecnologia ci è venuta molto incontro, sviluppando una serie di strumenti realizzati ad hoc proprio per questa tecnica per consentirci di lavorare in totale sicurezza all'interno della cavità toracica”.

### Cosa caratterizza in particolare gli strumenti chirurgici utilizzati per la VATS UNIPORTALE?

“Il fatto di essere sviluppati appositamente per questa tecnica chirurgica,



**Prof. Pierfilippo Crucitti**

partendo dagli strumenti che venivano utilizzati in chirurgia tradizionale, e modificandoli per lavorare “da fuori”: la strumentazione è più fina, di più piccole dimensioni, allungata e con un fulcro molto prossimale rispetto a quella tradizionale, ma risponde perfettamente allo stesso scopo. Io con la mia équipe utilizzo il set della Scanlan, che comprende una serie di strumenti – dalle pinze da presa ai passafili... – particolarmente performanti perché nati proprio per questo tipo di chirurgia, in maniera che si possano aprire e chiudere nella cavità toracica senza interferire con la ferita. Un altro strumento fondamentale, ad esempio, è il divaricatore per i tessuti molli, da posizionare sull'incisione di 3-4 cm e che retrae leggermente la cute del tessuto sottocutaneo per permettere all'ottica di entrare, uscire e spostarsi senza sporcarsi sulla ferita, e mantenendo al contempo pulita la ferita stessa. Attraverso questo divaricatore, passa la telecamera che ha un'inclinazione di 30 gradi proprio

per permetterci di direzionare la visione all'interno di tutta la cavità toracica con diverse angolature senza interferire con gli altri strumenti, così come sono state ripensate le suturatrici meccaniche per tagliare e suturare vene e arterie polmonari. L'utilizzo di queste nuove tecnologie, peraltro, favorisce anche la didattica, poiché oggi possiamo ad esempio videoregistrare tutto l'intervento, visualizzarlo sui monitor in sala operatoria da parte di tutta l'équipe o rivedere l'operazione con gli studenti, un aspetto a cui teniamo molto, essendo un Policlinico Universitario”.

### Che ruolo hanno le Aziende in questo contesto?

“Importantissimo. Sono sempre molto aperte al dialogo e pronte a rispondere tempestivamente alle richieste dei chirurghi. Tanto che molti ferri che oggi vengono usati nella VATS UNIPORTALE portano il nome del primo chirurgo che li ha fatti disegnare sulla base di una sua esigenza. Oggi ancora di più questa collaborazione è significativa, dal momento che, se fino a qualche tempo fa la chirurgia uniportale era limitata ai primi stadi della malattia, quindi più semplici da operare, adesso si sta spostando sempre più anche su tumori avanzati e dunque più complessi. Per questo diventa imprescindibile avere una strumentazione adeguata e sempre più performante che ci permetta interventi più complicati, come ad esempio la ricostruzione di un bronco o di un vaso sanguigno, senza dover aprire il torace, con grande vantaggio per i nostri pazienti”.

### Contatti:

#### **Prof. Pierfilippo Crucitti**

Direttore dell'UOC di Chirurgia toracica  
Fondazione Policlinico Universitario  
Campus Bio-Medico  
Via Álvaro del Portillo, 200 – 00128 Roma

Tel. 06 225411.899 – 240

**Mail: p.crucitti@policlinicocampus.it**

## L'impatto della guerra sulla Salute Mentale

ANSIA, DISTURBI DELL'UMORE, ISOLAMENTO, DISINTERESSE AL LAVORO E ALLO STUDIO: ANCHE CHI NON VIVE DIRETTAMENTE LA GUERRA PUÒ SUBIRNE LE CONSEGUENZE A LIVELLO PSICHICO. AGIRE IN MODO PREVENTIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA

La recente guerra tra Russia e Ucraina e la relativa instabilità economica, sociale e politica che ne consegue, avvenuta così a ridosso della pandemia non ancora risolta, rischia di avere ricadute importanti sulla salute mentale della popolazione con un notevole incremento dei disturbi psichici. A parlarcene la **Prof.ssa Liliana Dell'Osso**, Direttore dell'Unità Operativa e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Pisa e Presidente del Collegio Nazionale dei Professori Ordinari di Psichiatria.

### Professoressa, quale sarà l'impatto sulla Salute Mentale della popolazione che sta vivendo indirettamente questo scontro?

“In primo luogo, dobbiamo considerare che questo evento avviene in un momento di grande difficoltà, in cui continuiamo a convivere con una pandemia che ha sconvolto le nostre vite. In tale contesto, la guerra torna a minare la nostra sicurezza, rinforzando l'esperienza traumatica pandemica tramite l'esposizione a un ulteriore pericolo precedentemente impensabile e precipitando ulteriormente la situazione economica e sociale, che era alle soglie della ripresa. Assisteremo quindi al rinforzarsi di tutte quelle esperienze post-traumatiche osservate durante la pandemia. Inoltre, la situazione favorirà lo sviluppo di recrudescenze di sintomi d'ansia o di disturbi dell'umore in pazienti già in precedenza affetti, o l'esordio nei vulnerabili. Va aggiunto che il ripetersi in rapida successione di eventi profondamente destabilizzanti, minaccianti la sicurezza e l'integrità biologica, come la pandemia e la guerra, potrà far sì che anche i soggetti meno fragili che si erano mostrati resilienti verso la prima esperienza esauriscano le loro risorse psichiche”.

### Quali fasce della popolazione sono maggiormente esposte?

“Naturalmente il rischio sarà maggiore in primo luogo per i soggetti che si sono tro-



**Prof.ssa Liliana Dell'Osso**

vati fisicamente nei luoghi dove la guerra era in atto, esposti a bombardamenti e guerriglia. Quindi il mio pensiero va certamente ai rifugiati. A parità di esposizione, in genere le donne sono più vulnerabili. Inoltre, come nel caso della pandemia, più a rischio saranno le persone ai margini, o coloro che già vivono condizioni di instabilità economica e che potrebbero vedere ulteriormente deteriorarsi la loro condizione”.

### Possiamo parlare di trauma?

“La presenza della guerra in Europa per il momento non riflette le specifiche caratteristiche di un evento traumatico estremo, se non per i rifugiati, per i militari o per coloro che hanno avuto un'esposizione propria o dei loro cari agli eventi bellici. Chiaramente, bisognerà anche valutare l'impatto della situazione economica e sociale sulla vita dei singoli individui, diversa da caso a caso. D'altra parte, i disturbi trauma e stress correlati comprendono condizioni di diverse entità e lo stesso PTSD non va inteso come un fenomeno del tutto o nulla: potremo assistere quindi a disturbi psichici subclinici anche a seguito di eventi traumatici più lievi”.

### Quali sono i principali sintomi con cui si può manifestare un disturbo post traumatico e quando è necessario rivolgersi ad uno Specialista?

“I principali sintomi comprendono ricordi ricorrenti e pensieri intrusivi circa l'evento traumatico, iperattivazione, sentirsi continuamente tesi, irritabili e “sul filo del rasoio”, tentativi di evitamento delle situazioni che ricordano l'evento. Nel tempo si verifica perdita delle prospettive future, visione pessimistica del mondo, perdita di interessi e distacco affettivo dagli altri. Allo Specialista è importante rivolgersi quando i sintomi provocano una sofferenza soggettiva, ma anche quando non lo fanno in apparenza ma di fatto incidono significativamente e negativamente sulla nostra sfera lavorativa, sociale, scolastica, sentimentale”.

### Quali ricadute può avere un trauma di questo tipo a livello sociale, lavorativo e scolastico?

“Le sindromi post-traumatiche, anche se lievi, possono avere un impatto negativo su tutte le sfere della vita. Quando sono meno evidenti possono essere ancora più rischiose proprio perché il soggetto sarà meno propenso a cercare aiuto e allo stesso modo i familiari sottovaluteranno il problema. Tipicamente i soggetti tenderanno ad isolarsi, provando una sensazione di disinteresse verso gli altri. Si tenderà ad avere una visione negativa di se stessi e, allo stesso modo, anche il mondo esterno sarà visto come un ambiente ostile. Molte persone potranno rinunciare a impegnarsi nel percorso scolastico o a concentrarsi sulla carriera lavorativa, pensando che possa essere inutile. A peggiorare le diverse aree di funzionamento potrà poi esservi una maggiore facilità al discontrollo e all'instabilità emotiva che potrà esitare in scoppi di collera, reazioni esagerate rispetto al contesto o anche nel coinvolgimento in attività ad alto rischio”.

### Contatti

#### Prof.ssa Liliana Dell'Osso

Direttore dell'Unità Operativa e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Pisa

Via Roma, 67 – 56127 Pisa

Tel. 050 995272

**Mail: [liliana.delloso@med.unipi.it](mailto:liliana.delloso@med.unipi.it)**



# La sfida post pandemia: monoclonali e retrovirali contro il virus del Covid e della burocrazia

PASSATA LA FASE ACUTA, RESTANO I NODI LEGATI ALL'ADOZIONE DI TERAPIE TEMPESTIVE A BASE DI ANTICORPI MONOCLONALI E FARMACI ANTIVIRALI: UNA NUOVA FRONTIERA NELLA LOTTA ALLA MALATTIA A CUI SI FRAPPONGONO IN ITALIA NUMEROSI OSTACOLI NORMATIVI E AMMINISTRATIVI

Il tema è stato affrontato nel recente Webinar "Covid-19  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ...Omicron: Tsunami contagi. L'importanza del fattore tempo per antivirali e monoclonali" organizzato dall'Associazione "Giuseppe Dossetti - i Valori, Sviluppo e Tutela dei Diritti". Abbiamo focalizzato i punti principali con **Salvatore Amato**, Presidente OMCEO Palermo e **Mario Caligiuri** avvocato esperto di Diritto alla Salute, rispettivamente membro del Comitato Scientifico e componente del Consiglio Direttivo dell'Associazione; e ancora, **Ignazio Grattagliano**, Coordinatore SIMG per la Puglia e **Antonio Magi**, Presidente OMCEO Roma.

## Dott. Amato, quali sono i principali problemi di una Sanità regionalizzata?

"L'Italia non ha un SSN unico bensì "a silos" con tre sistemi, la medicina ospedaliera, la medicina ambulatoriale, la medicina del territorio, che in molte Regioni non dialogano tra loro nei tempi giusti. Il primo problema è quindi quello di una mancanza di rete efficiente ed efficace che grava su una filiera di procedure e trattamenti che invece necessiterebbero una rapidità di intervento. Il secondo problema è legato alla scelta politica, a mio avviso errata, di concentrare ogni attività di cura del Covid – dall'attivazione di una terapia alla prescrizione di un antivirale – negli hub o sugli specialisti mentre, per velocizzare le procedure, avrebbe dovuto essere il territorio il primo punto di partenza".

## Avvocato Caligiuri, quali sono le criticità all'accesso ai farmaci monoclonali e retrovirali?

"Il problema principale è che la fase di promulgazione delle leggi non tiene conto dei tempi per la loro applicazione. Il fattore tempo è fondamentale nel settore sanitario, ma in generale attraversa la giurisdizione. Basti pensare alla questione del codice rosso nei femminicidi: il non rispetto della tempestività dei termini previsti provoca una serie di disfunzioni e difficoltà. Ci si trova di fronte a un sistema che incoraggia le donne alla denuncia ma poi non è in grado di gestire la domanda di tutela e protezione dalla violenza.



**Dott. Salvatore Amato**  
**Avv. Mario Caligiuri**



**Dott. Antonio Magi**  
**Dott. Ignazio Grattagliano**



Gli strumenti di prevenzione ci sono ma non vengono utilizzati per garantire ai cittadini un servizio efficiente. Lo stesso sta accadendo per l'accesso alle terapie con anticorpi monoclonali e farmaci antivirali per i pazienti affetti da Covid 19, fondamentale perché facciano effetto, entro 5 giorni dai sintomi. Purtroppo, però, in Italia, il ricorso, nei tempi previsti, a queste terapie incontra troppi ostacoli organizzativi, burocratici e comunicativi. Ciò causa impedimento all'accesso a queste cure, diritto invece primario e inviolabile dell'uomo e sancito dalla Costituzione. Per questo è necessario fare patrimonio dell'esperienza che abbiamo vissuto, agendo da subito in modo che non si verifichino nuovamente quelle disfunzioni che si sono registrate durante la pandemia, giungendo a delle definizioni strutturali che restino nel tempo, con la finalità ultima di rendere il SSN un sistema effettivamente al servizio del Cittadino".

## Dott. Magi, perché i farmaci contro il Covid non arrivano per tempo al letto del paziente?

"I problemi sono ancora i tanti, troppi passaggi burocratici e organizzativi che bloccano una normale logica di attività medica. A questo si aggiunge la differenziazione regionale che non consente un'uguaglianza di accesso alle cure, siano esse farmacologiche, diagnostiche, ambulatoriali. Serve quindi una riorganizzazione reale e globale della medicina territoriale, che renda tutta la filiera più snella per quanto riguarda gli accessi all'assistenza e ai farmaci da parte dei pazienti, e preveda investimenti importanti sul personale sanitario – che già oggi non è sufficiente e lo sarà sempre meno negli anni a venire – sulle strutture e sulle nuove tecnologie. Di fronte a una malattia come il Covid, che sta passando da pandemica a endemica, è ancora più fondamentale che i medici del territorio possano prescrivere tempestivamente le terapie e i pazienti abbiano facile e veloce accesso ai farmaci. Sarebbe auspicabile la formazione di équipe formate da medici, tecnici, infermieri presenti sul territorio per assistere i cittadini non solo in caso di Covid, ma per tutte le cure domiciliari e le cronicità".

## Dott. Grattagliano, cosa non funziona nell'accesso alle cure con monoclonali e retrovirali?

"La pandemia ha dato un'accelerata alla digitalizzazione in tutti i settori, medicina compresa, ma non c'è stata di pari passo un'organizzazione e una compenetrazione dei diversi sistemi informatici di Regioni e Asl, delle piattaforme, dei software gestionali dei MMG, che quindi non dialogano tra loro. Mancano, praticamente in tutte le Regioni, rapidità di comunicazione, di distribuzione del farmaco, dell'esecuzione delle terapie, in una filiera che non funziona come dovrebbe. Il nodo diventa ancora più grosso quando ci si appropria alla prescrizione di uno dei trattamenti farmacologici per il Covid, che richiederebbero una rapidità di avvio entro i 5 giorni e una piattaforma informatica di gestione che ad oggi non esiste e quindi bisogna ancora muoversi tra moduli cartacei, mail, telefonate, blocchi nel weekend. L'inefficienza è dovuta ai sistemi che governano il territorio che continuano a non essere appropriati: bisognerebbe, invece, mettere il MMG nelle condizioni di lavorare con velocità e accuratezza per realizzare l'anglosassone Test and Treat e linkage to care".

## Contatti:

**Associazione culturale G. Dossetti - I Valori**  
Via Ottavio Assarotti, 8  
00135 Roma

Tel. +39 06 3389120  
Cell. +39 380 892580

**Mail: [segreteria@dossetti.it](mailto:segreteria@dossetti.it)**



## Il Dolore Cronico non oncologico: cos'è e come si tratta

DI FRONTE A UN DOLORE CRONICO, MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTA DEVONO LAVORARE INSIEME PER IDENTIFICARE SEDE DEL DOLORE E MALATTIA CHE LO ORIGINA, I FARMACI PIÙ EFFICACI E I RELATIVI DOSAGGI, E GLI INTERVENTI ANTALGICI PIÙ UTILI

A parlarcene il **Prof. Massimiliano Carassiti**, Vicedirettore della Scuola di Specializzazione di Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore e Responsabile dell'Anestesia in Ortopedia e della Medicina del Dolore della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

### Professore, cosa si intende per Dolore Cronico non oncologico e chi ne soffre?

“Il dolore cronico è inteso come un dolore persistente, che può essere continuo o ricorrente, di durata ed intensità tali da influire sulla vita del paziente e ridurre le capacità funzionali. Ha una prevalenza sulla popolazione generale del 19% ed è prevalentemente non oncologico. A differenza del dolore acuto, è un dolore patologico, poiché realizza una vera e propria “malattia dolore”. È stato riconosciuto dall'OMS come uno dei maggiori problemi mondiali di salute pubblica, in quanto interessa tutte le fasce di età, con una maggiore prevalenza nel sesso femminile e nella popolazione anziana, in cui ha conseguenze invalidanti non solo sull'aspetto psicofisico, ma soprattutto socio relazionale”.

### A chi rivolgersi per individuare la giusta cura?

“Il primo filtro è il Medico di Medicina Generale che, di fronte a un paziente la cui malattia non sia al momento diagnosticabile, o non guaribile, o in caso di dolore che persista dopo la guarigione della malattia stessa, deve discriminare se il dolore sia neuropatico, nocicettivo o misto e definire se l'episodio contingente sia inquadrabile nell'ennesimo episodio di riacutizzazione di una malattia nota, oppure rappresenti la cronicizzazione persistente di un processo evolutivo di una malattia inguaribile o, ancora, il primo episodio di una nuova malattia da diagnosticare”.

### Quali sono i diversi livelli di cura?

“Il primo livello è quello del Medico di



**Prof. Massimiliano Carassiti**

Medicina Generale, che procede con una diagnostica clinica e strumentale semplice, può intervenire con un tempestivo trattamento farmacologico, attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata in caso di disabilità e/o malattie concomitanti, monitorare gli esiti degli interventi e inviare, in caso di risposta inadeguata o in presenza di un dolore complesso, a una valutazione specialistica in un Centro Spoke. Qui viene identificato un piano di cura con procedimenti invasivi e interventi farmacologici finalizzati al blocco anestetico regionale/periferico/plessico/spinale. Il III Livello di cura viene effettuato in un Centro Hub: il dolore di difficile controllo richiede l'esecuzione di procedure neurofisiologiche”.

### Il Terapista del Dolore: chi è e cosa fa?

“La Terapia del Dolore è l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore. È praticata pre-

valentemente del Medico Anestesista, che sicuramente rappresenta la figura più completa per competenze sul fronte dell'approccio farmacologico e non. Le terapie farmacologiche prevedono il ricorso ad analgesici, FANS (anti-infiammatori non steroidei), antidepressivi o antiepilettici-anticonvulsivanti e l'uso di oppioidi e cannabinoidi, regolamentato da specifiche norme e linee guida. Gli interventi non farmacologici includono tecniche infiltrative di Anestesia Loco-regionale e metodiche strumentali per l'inibizione del dolore come la radiofrequenza e la stimolazione nervosa midollare e dei nervi periferici. Altri approcci, comprendenti la terapia fisica e il trattamento cognitivo-comportamentale, fanno parte di un piano di gestione del dolore integrato e hanno lo scopo di gestire lo stimolo doloroso”.

### Fans, automedicazione e oppioidi: sfatiamo alcuni falsi miti...

“FANS e Antinfiammatori vanno utilizzati nel trattamento sintomatico alla dose minima efficace e per il periodo più breve possibile. Tutti i FANS sono associati a tossicità gastrointestinale grave, con rischio maggiore per gli anziani e sono controindicati nello scompenso cardiaco grave. Gli Antinfiammatori sono contro-indicati nella cardiopatia ischemica, nelle patologie arteriose periferiche, nello scompenso cardiaco moderato e grave. Per quanto la legge 38/2010 abbia semplificato la gestione dei farmaci oppioidi, permangono pregiudizi culturali: in realtà se prescritti in modo appropriato e sotto controllo medico, possono essere utilizzati per lunghi periodi e con effetti collaterali anche inferiori ai FANS. È dimostrato che, in presenza di benefici clinici accettabili, i rischi di una tossicodipendenza in seguito a trattamento con oppiacei sono minimi o pressoché nulli. Le criticità della scelta stanno nella profonda conoscenza della persona che soffre cui bisogna dedicare tempo, attenzione ed ascolto”.

### Contatti:

#### Prof. Massimiliano Carassiti

Responsabile Anestesia in Ortopedia e Medicina del Dolore Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma Tel. 06 22541 8870

**Mail: [m.carassiti@policlinicocampus.it](mailto:m.carassiti@policlinicocampus.it)**



# Sindrome da Dolore Pelvico Cronico: l'importanza di un approccio multidisciplinare

IN QUESTA PATOLOGIA LA NEUROINFIAMMAZIONE HA UN RUOLO CHIAVE. PER QUESTO, ACCANTO AL TRATTAMENTO DEI SINTOMI ORGANO-SPECIFICI, SERVE UNA TERAPIA DEL DOLORE CHE SPENGA L'INFIAMMAZIONE CHE COLPISCE IL SISTEMA NERVOSO

A parlarne, la **Prof.ssa Flaminia Coluzzi**, Professore di Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore presso l'Università La Sapienza di Roma, che ha tenuto un intervento su questo tema durante il XX° Congresso Nazionale A.G.E.O. di Padova.

## Prof.ssa, cosa si intende per Sindrome da Dolore Pelvico Cronico?

“È una forma di dolore viscerale, localizzato nell'area pelvica o perineale, che può irradiarsi alla regione lombare o inguinale. Origina da diverse strutture o organi localizzati nell'area interessata, pertanto può essere di natura ginecologica, urologica, gastrointestinale o muscoloscheletrica e può interessare sia gli uomini che le donne. Purtroppo è spesso gravata da un ritardo diagnostico di anni”.

## Si può identificare da soli l'organo da cui origina questo dolore?

“Non sempre e questo rende difficile la diagnosi e il trattamento. Gli impulsi dolorifici dalla periferia vengono infatti captati dai “nocicettori” che trasportano l'informazione fino al midollo spinale, da qui ai centri più profondi del cervello e infine alla corteccia cerebrale, dove identifichiamo il punto esatto da cui il dolore proviene. Nella corteccia cerebrale, tuttavia, non tutte le strutture del nostro organismo sono equamente rappresentate. Per questo non siamo in grado di comprendere da soli se il dolore viscerale, come il Dolore Pelvico Cronico, proviene dall'utero, dalle ovaie, dall'intestino o dalla vescica. Inoltre gli organi pelvici comunicano tra loro con meccanismo di “cross-talk”, pertanto accade che soggetti affetti da una patologia ginecologica abbiano ad esempio anche ripercussioni sull'apparato gastroenterico”.

## Cosa significa cronico?

“Da un punto di vista temporale, significa che dura almeno da 6 mesi. Tuttavia sa-



**Prof.ssa Flaminia Coluzzi**

rebbe più corretto inquadrare la cronicità da un punto di vista fisiopatologico, ove cronico significa che ha perso la sua funzione primaria di campanello di allarme ed è diventato esso stesso una patologia. Questa evoluzione del dolore da un ruolo fisiologico a una manifestazione patologica corrisponde a un processo che definiamo “sensibilizzazione centrale”, ossia di amplificazione a livello midollare degli stimoli dolorifici. Un ruolo chiave lo gioca la “neuroinfiammazione”, ossia l'attivazione di cellule residenti nel sistema nervoso che fisiologicamente hanno un'azione protettiva nei confronti dei patogeni esterni, ma che, una volta attivate, possono rilasciare sostanze che mantengono esse stesse alti i livelli di infiammazione amplificando la percezione del dolore”.

## Quindi questa Sindrome è una malattia del sistema nervoso?

“In realtà è così. Quando un paziente presenta sintomi organo-specifici, la causa scatenante, che sia di origine ginecologica, gastroenterica o urologica deve essere comunque trattata dagli specialisti preposti per la specifica disciplina.

Tuttavia, contemporaneamente, il paziente ha diritto a una adeguata e tempestiva terapia del dolore, che possa contenere il processo di sensibilizzazione centrale e spegnere la neuroinfiammazione, che interessa il sistema nervoso periferico e centrale”.

## Quali sono le molecole che si usano per queste forme di dolore?

“La maggior parte di questi pazienti hanno una componente neuropatica del dolore, pertanto le indicazioni sono quelle di utilizzare in prima linea farmaci adiuvanti, come anticonvulsivanti e antidepressivi. La fisioterapia del pavimento pelvico, così come l'utilizzo di miorilassanti, può essere importante in alcune forme dove è diagnosticato un ipertono o una contrattura muscolare. La neuroinfiammazione invece ha come target di terapia le cellule immuni residenti nel sistema nervoso, ossia mastociti e microglia. Queste possono essere modulate da sostanze classificate come alimenti a fini medici speciali, come la palmitoiletanolamide (PEA), efficace nella sua forma ultramicronizzata (um). Alcune formulazioni associano la PEA-um alla polidattina che svolge un'azione anti-infiammatoria e anti-angiogenica”.

## Qual è la relazione tra Dolore Pelvico Cronico e depressione?

“La depressione è una comune comorbidità in varie forme di dolore cronico. Chiaramente il Dolore Pelvico Cronico, più di altri, ha un forte impatto negativo sulla qualità di vita. Inoltre, colpendo maggiormente le donne, espone le pazienti al rischio di non esser adeguatamente valutate per gli aspetti patologici organici, perché identificate come soggetti con disturbi della sfera affettiva. Parliamo di “sindrome” perché le donne, oltre al dolore, lamentano ansia, depressione, disturbi dell'attenzione, insonnia, affaticamento e oggi conosciamo anche il comune denominatore di tutte queste manifestazioni: la neuroinfiammazione, che spiega entrambi i fenomeni di dolore e depressione”.

## Contatti:

### Prof.ssa Flaminia Coluzzi

Prof. Associato di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore Dipartimento SBMC Sapienza Università di Roma / Ospedale Universitario Sant'Andrea Roma

Tel. 06 33775673

**Mail: [flaminia.coluzzi@uniroma1.it](mailto:flaminia.coluzzi@uniroma1.it)**

# La nuova sfida dell'Oncologia: una Rete di Assistenza Territoriale

SERVE UN CAMBIO DI PARADIGMA NELL'ASSISTENZA ONCOLOGICA, CHE VADA OLTRE L'OSPEDALE E PREVEDA NUOVI SETTING ASSISTENZIALI E UNA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE A LIVELLO TERRITORIALE E AL DOMICILIO, ANCHE ALLA LUCE DELLE NUOVE OPPORTUNITÀ OFFERTE DAL PNRR

Molte regioni stanno valutando un nuovo modello organizzativo per l'Oncologia, finalizzato a integrare i servizi territoriali con il sistema ospedaliero. Regione Toscana è stata la prima ad attivarsi in questo senso con una innovativa sperimentazione di gestione territoriale del paziente oncologico, come ci spiega il **Prof. Gianni Amunni**, da oltre 10 anni Direttore Generale dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) toscana, e Presidente di Fondazione Periplo, l'Associazione dei clinici che svolgono un ruolo di riferimento nelle Reti Oncologiche Regionali di appartenenza.

## Professore, qual è stato il punto di partenza che vi ha spinto a ripensare il modello di gestione del paziente oncologico?

“La premessa è che in Italia abbiamo 3 milioni e 600 mila casi prevalenti oncologici, un numero enorme che presenta bisogni molto diversi, che spaziano dall'altissima intensità assistenziale – penso alle CAR-T – a esigenze più prettamente socio-sanitarie. Nell'attuale organizzazione sanitaria questa mole di persone ha come unico punto di riferimento l'Oncologia ospedaliera, che diventa sempre più la struttura per acuti o per l'alta specializzazione. La nostra scommessa è quella di ridisegnare il percorso del paziente oncologico, mettendo a disposizione nuovi setting assistenziali che non siano soltanto ospedalieri”.

## Cosa dovrebbe prevedere questo nuovo paradigma assistenziale?

“Si tratta di organizzare l'assistenza oncologica secondo il nuovo Chronic Care Model, mettendo a disposizione del paziente nuovi luoghi di cura – dai letti di cure intermedie alle Case di Comunità fino al domicilio – e focalizzandosi su alcune attività che contribuiscono alla qualità di vita del paziente oncologico e che trovano una loro più logica collocazione a livello territoriale. Penso alla riabilitazione oncologica, alla psiconcologia, al



**Prof. Gianni Amunni**

supporto nutrizionale, al recupero dei pazienti che non hanno fatto gli screening, ma anche ad altre attività che possano essere delocalizzate, come ad esempio quelle di monitoraggio terapeutico o di controllo dell'aderenza al trattamento, o, ancora, alcune terapie farmacologiche che richiedono un minore impegno assistenziale, così come la gestione di alcune situazioni di tossicità da chemioterapia. Tutte attività che risparmierebbero al paziente chilometri di viaggio per passare pochi minuti in ospedale. Non si tratta ovviamente di avere due oncologie, una di serie A ospedaliera, e una di serie B territoriale, ma di avere un'unica regia del percorso oncologico che consenta di allocare meglio il paziente nelle sedi del suo bisogno. È chiaro che per realizzare questo percorso servono nuovi team assistenziali, in cui il Medico di Medicina Generale abbia un ruolo importante, e un'infrastruttura telematica particolarmente efficace ed efficiente”.

## Che cosa è stato fatto fino ad oggi in Toscana?

“Siamo partiti tre mesi fa con un progetto pilota, uno studio di fattibilità, coordinato da ISPRO e che vede coinvolte tre sedi AFT: una della città di Firenze, una del

Valdarno aretino e una della Valle del Serchio (LU). Per ognuna abbiamo reclutato un oncologo e un infermiere, che hanno iniziato a lavorare in stretta contiguità con l'Oncologia ospedaliera e i Medici di Medicina Generale per una prima fase di definizione delle casistiche e di analisi sulla popolazione oncologica; sono stati delineati alcuni criteri che riguardano la malattia, le condizioni generali del paziente ma che si spingono anche a definire ad esempio la distanza dal luogo ospedaliero di cura. Grazie a un confronto continuo e alla condivisione avvenuta attraverso vari tavoli multi-stakeholders, siamo inoltre arrivati anche alla stesura di un documento di indirizzo per la prescrizione, la preparazione e la somministrazione del farmaco oncologico nel nuovo percorso di cura integrato. Sulla base di tutti questi elementi stiamo iniziando la fase di delocalizzazione e di presa in carico del paziente nelle strutture territoriali. Nello studio siamo supportati anche dal Laboratorio Mes e dall'Università Sant'Anna di Pisa per avere, attraverso un set di indicatori, una valutazione dei risultati di fattibilità di questo percorso”.

## Cosa vi aspettate per il futuro?

“La riorganizzazione dei percorsi oncologici con ambiti territoriali è ormai all'ordine del giorno: ci sono già diverse realtà che, a livello nazionale, stanno anticipando quanto previsto dal PNRR in tema di valorizzazione della medicina territoriale. L'obiettivo è quello di creare una rete di assistenza oncologica tagliata su misura per ogni paziente, che abbia a disposizione più strumenti, più luoghi di cura e più setting assistenziali, e di definire dei requisiti minimi del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale uguali su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire a tutti i pazienti livelli minimi di assistenza e a ciascuno il trattamento più adeguato ai suoi bisogni”.

## Contatti

### Prof. Gianni Amunni

Direttore Generale ISPRO  
Via Cosimo Il Vecchio 2 – 50139 Firenze

Tel. 055 32697830

**Mail:** [direzione.generale@ispro.toscana.it](mailto:direzione.generale@ispro.toscana.it)

# Colangiocarcinoma e nuovi farmaci a bersaglio molecolare: una sfida aperta per la ricerca

UNA CURA EFFICACE PER IL TUMORE DELLE VIE BILIARI: ANCHE PER I PAZIENTI AFFETTI DA TUMORI RARI IN ARRIVO NUOVI IMPORTANTI RISULTATI E INNOVATIVE POSSIBILITÀ DI CURA SEMPRE PIÙ SPECIFICHE E SEMPRE MENO INVASIVE

Nella macrocategoria dei tumori solidi del fegato esistono alcune forme per le quali la ricerca e individuazione delle cause di insorgenza è ancora in corso, con la conseguente difficoltà a sviluppare un percorso terapeutico specifico. Tra questi rientra il Colangiocarcinoma, che rappresenta circa il 20% dei tumori del fegato: un approfondimento, con importanti e positivi aggiornamenti, con la **Dott.ssa Maria Antonietta Satolli**, oncologa universitaria, docente e relatrice.

## Dott.ssa Satolli, quali sono le caratteristiche peculiari di questo tumore?

“Quando parliamo di Colangiocarcinoma parliamo di un tumore primitivo epatico che origina cioè dalle cellule che costituiscono il dotto biliare, completamente diverso dall'epatocarcinoma, molto più studiato, ma che origina dalle cellule che costituiscono la struttura epatica cioè gli epatociti.

E' un tumore che, data l'incidenza, rientra nei tumori rari: la maggior parte dei soggetti che sviluppa questa patologia è di sesso maschile e di età superiore ai 70 anni, ma i dati dell'ultimo quinquennio (2015/2020) registrano un incremento di casi decisamente significativo, di circa il 14%, a cui si accompagna anche una diminuzione dell'età di insorgenza. Come per molti altri tipi di tumore ci sono alcune situazioni cliniche che predispongono in maniera chiara allo sviluppo del tumore, come la colangite sclerosante o specifici fattori ereditari o genetici, ma sono piuttosto rare. Nella maggior parte dei casi è più corretto parlare di co-fattori legati anche a condizioni ambientali, come l'esposizione all'amianto e stili di vita come il fumo di sigaretta e l'obesità”.

## Quali sono, ad oggi, gli strumenti a nostra disposizione per contrastare e curare questa patologia?

“Il pilastro dei trattamenti rimane la chi-



**Dott.ssa Antonietta Satolli**

urgia. Tuttavia questo tumore presenta una sintomatologia subdola, per alcuni aspetti comune a molti altri disturbi minori e che clinicamente può rimanere a lungo silente. Questo fa sì che spesso la maggior parte dei pazienti, al momento della diagnosi, non possa più ricorrere all'intervento chirurgico. In seconda istanza i trattamenti loco-regionali e la chemioterapia rimangono la strada più efficace, ma la vera chiave del trattamento del Colangiocarcinoma rimane legata al sequenziamento genico, ovvero alla possibilità di identificare “cluster” mutazionali che si presentano nei pazienti, permettendo così la formulazione di farmaci cosiddetti a bersaglio molecolare, che agiscano cioè in maniera specifica sulla mutazione, come se ne possedessero la carta d'identità. Semplificando è come individuare una serratura e costruire ad hoc la chiave per aprirla”.

## Da un punto di vista farmacologico nuovi risultati sono stati appena raggiunti, quali sono le buone notizie per i pazienti?

“L'individuazione di una specifica alterazione molecolare, causata dal riarrangia-

mento del recettore 2 del fattore di crescita dei fibroblasti denominato FGFR2, ha permesso la realizzazione di un farmaco dedicato che è più efficace della chemioterapia di seconda linea nel controllare la malattia avanzata come è stato evidenziato nello studio clinico FIGHT 202.

Questa nuova molecola è efficace solo nel sottogruppo di pazienti che presentano l'alterazione molecolare di FGFR2, circa il 7-8% di tutti i pazienti con Colangiocarcinoma.

La molecola in questione, il pemigatinib, è stata approvata per il trattamento di questi pazienti in progressione di malattia dopo una prima chemioterapia sia dalla FDA (Food and Drug Administration) che dall'EMA (European Medicines Agency). Resta da concludersi il percorso di AIFA per la rimborsabilità del farmaco, ma il più è stato fatto”.

## Quanto è importante continuare a sostenere la ricerca e la sensibilizzazione intorno a questa patologia?

“Fondamentale, sia nei confronti della popolazione sia verso le diverse realtà sanitarie, in primis i medici di base, decisivi nella prima fase di diagnosi della patologia. Importanti risultati arrivano anche dal fronte istituzionale: dal 2015 abbiamo dato vita al GICo (Gruppo Italiano Colangiocarcinoma - Onlus) un cardine nel panorama scientifico per l'attuazione di nuovi studi sia retrospettivi che prospettici e che, riunendo specialisti diversi, ha permesso un approccio multidisciplinare. Nel 2019 un altro importantissimo tassello: la nascita dell'Apic (Associazione Pazienti Italiani Colangiocarcinoma) che è diventato un punto di riferimento, aggregazione e confronto tra medici, pazienti e istituzioni.

Grazie anche all'attività di questi due enti è possibile continuare a mantenere attiva la ricerca e garantire soprattutto la condivisione dei dati, fondamentale per l'individuazione sempre più rapida di una risposta terapeutica a molti tumori”.

## Contatti

### Maria Antonietta Satolli, MD, PhD

Università di Torino - Italy  
Dipartimento di Oncologia-Oncologia Medica 1  
Città della Salute e della Scienza  
C.so Bramante 88 10126- Torino

Tel. +390116334382

**Mail:** [mariaantonietta.satolli@unito.it](mailto:mariaantonietta.satolli@unito.it)



## Rete Reumatologica Territoriale: un modello di assistenza accessibile e sostenibile

LA TERRITORIALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA È UN TEMA CENTRALE NELL'ATTUALE RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ: LA REGIONE CAMPANIA È PIONIERA, GRAZIE A UNA RETE REUMATOLOGICA TERRITORIALE CHE PUÒ PRESCRIVERE FARMACI BIOLOGICI BIOSIMILARI

Ce ne parlano due Specialisti Reumatologi Ambulatoriali attivi sul territorio campano: la **Dott.ssa Stefania Padula** dell'ASL di Caserta e Napoli sud e Delegata Regionale del CREL (Collegio Reumatologi Italiani Territoriali) e il **Dott. Gaetano Nutile**, che opera nella provincia di Avellino e a Salerno città.

### Dottoressa, da dove nasce l'idea di questa Rete e in cosa consiste?

“L'idea della Rete è nata nel dicembre 2020, da quando la Regione Campania ha autorizzato alla prescrizione dei farmaci biotecnologici anche noi Reumatologi territoriali afferenti agli ambulatori dei distretti sanitari diffusi su tutto il territorio Regionale. La prescrizione di questi farmaci era, infatti, prima consentita soltanto ai colleghi Reumatologi universitari e ospedalieri, da cui i pazienti dovevano a recarsi per la prescrizione, in alcuni casi con non pochi disagi. La scelta è stata determinata da un lato dall'affermarsi della figura del Reumatologo territoriale, dall'altro dalla situazione organizzativa legata al COVID, che ha reso impossibile l'accesso alle strutture ospedaliere per molti pazienti, con le inevitabili conseguenze in termini di ritardo diagnostico e di aumento dei costi diretti e indiretti associati. Si è sentita quindi l'esigenza di snellire le procedure e oggi in Regione Campania il percorso del paziente reumatologico è diventato più semplice: egli arriva direttamente dallo specialista Reumatologo ambulatoriale presente sul proprio territorio di appartenenza in ognuna delle 7 ASL della Campania, dove può ricevere sia la diagnosi che la terapia più appropriata al singolo caso, e seguire il suo percorso sul territorio. Ovviamente il supporto delle strutture ospedaliere è comunque necessario per i casi più complessi che richiedono un ricovero o una terapia infusionale, e per questo è in atto una stretta e continua collaborazione territorio-ospedale, nell'ottica di creare una rete di assistenza integrata”.

**Quanto conta, per il trattamento tempestivo ed efficace dei pazienti, l'aver consentito la prescrivibilità anche dei farmaci biologici e biosimilari alle strutture territoriali?**



**Dott.ssa Stefania Padula**



**Dott. Gaetano Nutile**

“Moltissimo. In questo modo, infatti, possiamo iniziare subito la terapia con i farmaci tradizionali, che restano validi come primo step, ma, grazie a un monitoraggio costante, in caso di intolleranza, effetti collaterali o inefficacia della terapia tradizionale, possiamo passare prontamente ai farmaci biologici e biosimilari senza dover ricorrere al supporto dei colleghi ospedalieri ed evitare ritardi nel trattamento. I farmaci biosimilari, come ad esempio gli antiTNF-alfa, sono farmaci la cui efficacia e sicurezza è stata ampiamente dimostrata e consolidata nella pratica clinica. Grazie all'utilizzo di questi farmaci i costi per il SSR sono in costante diminuzione, a fronte del progressivo aumento del numero dei pazienti che oggi possono accedere a queste terapie; le risorse liberate possono contribuire anche a finanziare la ricerca scientifica”.

### Dott. Nutile, quali sono i vantaggi concreti per i clinici e per i pazienti?

“Grazie alla Rete Reumatologica Territoriale oggi riusciamo a seguire meglio, in modo diretto e continuativo i pazienti, dalla diagnosi, alla prescrizione tempestiva della terapia, al monitoraggio costante per tenere la patologia sotto controllo. La mole di lavoro è molta, io personalmente copro sei presidi ambulatoriali

dislocati sul territorio per evadere tutte le prenotazioni, proprio per garantire che i pazienti non perdano le visite fissate nei tempi giusti. A loro volta, anche i pazienti sono contenti di poter avere un presidio sul territorio, vicino a casa, senza doversi recare in ospedale magari a chilometri di distanza, con tempi di attesa molto lunghi, con il rischio che nel frattempo la patologia si aggravi. Oggi il paziente viene trattato precocemente, con il farmaco più adeguato, e a un costo minore. E questo grazie anche agli statement di indirizzo terapeutico per la prescrizione dei farmaci biotecnologici, a cui abbiamo lavorato anche noi Reumatologi Territoriali insieme ai colleghi universitari e ospedalieri, e che ci consentono di procedere in maniera più sicura e spedita nella stesura dei Piani Terapeutici, cucendo addosso a ogni paziente il farmaco più giusto”.

### Nella sua esperienza, la Rete Reumatologica sta funzionando?

“Assolutamente sì, l'abbiamo voluta con forza nel corso degli anni ed è diventata realtà proprio nel periodo del Covid, quando abbiamo cominciato noi, in telemedicina, a seguire con trattamento biologico i pazienti che non potevano o volevano andare in ospedale. Oggi seguiamo garantendo una presenza vicina al paziente ed efficiente, senza contare l'aspetto di farmacoeconomia: la diffusione di prodotti biosimilari, infatti, determina un importante risparmio di risorse per il SSR”.

### Dottoressa Padula, come vede l'evoluzione della Rete Reumatologica?

“Alcuni passi avanti si stanno già facendo e ci consentono di avere un ruolo sempre più attivo in Regione. Verrà creata una Commissione che dovrà valutare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnologici e verrà istituito un tavolo tecnico permanente per la stesura dei PTDA e la formulazione di raccomandazioni prescrittive. Negli ultimi anni, inoltre, si è sviluppata una sempre più stretta collaborazione tra territorio, università e ospedale, con momenti di confronto e aggiornamento. L'auspicio è che a breve si possa ampliare l'offerta territoriale, sfruttando anche i fondi derivanti dal PNRR per attivare altri Centri ambulatoriali di Reumatologia sul territorio”.

### Contatti:

**Dott. Gaetano Nutile**  
ASL Salerno CUP **089 2875028**  
ASL Avellino CUP **0825877140**  
**WhatsApp 3337584092**

**Dott.ssa Stefania Padula**  
ASL Caserta cup **800984043**;  
ASL Parete **Whatsapp 366936782**;  
ASL Na 3 sud Torre del Greco **081 8490587**

# Dall'influenza al Covid, l'importanza di vaccinarsi

L'OMS RACCOMANDA LA VACCINAZIONE ANNUALE COME IL METODO PIÙ EFFICACE PER PREVENIRE L'INFLUENZA, SOPRATTUTTO NELLE PERSONE A PIÙ ALTO RISCHIO DI COMPLICANZE INFLUENZALI, COME I SOGGETTI DI ETÀ SUPERIORE AI 65 ANNI

L'attuale contesto epidemiologico è fortemente segnato dall'impatto della pandemia. Le ultime due stagioni influenzali sono state caratterizzate da una bassa circolazione dei virus influenzali, grazie a tutte le misure di contenimento adottate per la prevenzione del SARS-CoV2. È importante però che la vaccinazione antinfluenzale torni ad essere una priorità e vengano introdotte misure che ci aiutino ad avvicinarci agli obiettivi di copertura vaccinale sia negli ultra-sessantacinquenni, sia nelle categorie a rischio. Ne abbiamo parlato con la **Prof.ssa Patrizia Laurenti**, Professore Associato di Igiene presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Igiene Ospedaliera nel Dipartimento Salute della Donna, del bambino e di Sanità Pubblica della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS.

## Nell'attuale quadro di sanità pubblica come si inquadra il tema dell'influenza stagionale?

“L'influenza è una malattia respiratoria stagionale comune e contagiosa, che in alcune persone può causare gravi complicazioni potenzialmente fatali. L'influenza può determinare l'insorgenza di sintomi clinici variabili da una malattia respiratoria da lieve a moderata fino a gravi complicazioni, ospedalizzazione e, in alcuni casi, morte. Poiché la trasmissione può verificarsi un giorno prima che si sviluppino i sintomi, e fino a 5-7 giorni dopo lo sviluppo della malattia vera e propria, l'influenza è considerata altamente contagiosa. L'OMS raccomanda la vaccinazione annuale come il metodo più efficace per prevenire l'influenza, soprattutto nelle persone a più alto rischio di complicanze influenzali, come i soggetti di età superiore ai 65 anni”.

## Cosa fare per mantenere alte le coperture nella prossima stagione influenzale, a fronte di una possibile interferenza con la vaccinazione Covid e di una bassa percezione del rischio influenza?

“È evidente che i vaccini rappresentano una misura preziosissima nella gestione delle epidemie, rispetto all'obiettivo di riduzione



**Prof.ssa Patrizia Laurenti**

di casi gravi che richiedono il ricovero o la morte, ma da soli non sono sufficienti. Il cosiddetto “Modello del Formaggio Svizzero” ben rappresenta l'importanza di introdurre più barriere di protezione/prevenzione contro le infezioni poiché nessuna da sola è impenetrabile presentando “buchi” che se si “allineano” possono mantenere alto il rischio di contagio. Oltre al distanziamento sociale, le mascherine e l'igiene delle mani, altri fattori importanti dovrebbero essere **linee guida e circolari ministeriali** che diano delle indicazioni chiare su quali vaccini utilizzare per ogni specifica popolazione e l'efficienza di Servizi Sanitari e Istituzioni nel garantire un adeguato sistema di sorveglianza e tutela della salute pubblica”.

## In relazione alla programmazione della prossima campagna di vaccinazione antinfluenzale quali considerazioni di carattere epidemiologico possiamo fare?

“La pandemia da Sars-COV2 non è ancora terminata e si profila sempre più la possibilità di una 4a dose di vaccino nel prossimo autunno. In questa prospettiva è cruciale, ora che siamo in primavera, programmare la campagna vaccinale antinfluenzale del prossimo autunno da realizzarsi verosimilmente insieme all'offerta di un nuovo

vaccino contro SARS-COV-2. Non appena il Ministero esprimerà le nuove raccomandazioni per una quarta dose di vaccino bisognerà continuare a sostenere la co-somministrazione nei gruppi a rischio per età, per patologie concomitanti e per motivi professionali, in primis gli Operatori Sanitari, in considerazione di quanto sia essenziale la tutela della loro salute in periodi di epidemie. Possibilità questa già indicata dal Ministero della Salute nel corso del 2021, di poter somministrare all'interno della stessa seduta vaccinale i vaccini anti-SARS CoV2 e vaccini antinfluenzali”.

## Quali vaccini sono disponibili oggi e quali sono le corrette opzioni di scelta e criteri di appropriatezza per gli ultra sessantacinquenni?

“La vaccinazione antinfluenzale stagionale viene gratuitamente offerta a gruppi target di popolazione considerati a rischio per patologia o per età. Come per la malattia COVID-19, la gravità dell'influenza è fortemente associata all'età avanzata, e gli adulti più anziani sono a maggior rischio di forme gravi di malattia e di decesso rispetto agli adulti più giovani. Le cellule del sistema immunitario, con l'avanzamento dell'età, subiscono un progressivo processo di invecchiamento biologico, noto con il termine di **immunosenescenza**. A causa del declino del sistema immunitario correlato all'età, l'efficacia del vaccino antinfluenzale tende a essere bassa nelle persone a partire dai 65 anni, proprio per la ridotta capacità dell'organismo di produrre una risposta al vaccino sufficientemente protettiva. Abbiamo oggi a disposizione diversi vaccini e nella circolare ministeriale 2021-22 si evince ad esempio un'indicazione all'uso di vaccini potenziati negli over65, poiché hanno dimostrato di essere particolarmente adatti alla popolazione anziana per la loro capacità di aumentare la risposta immunitaria. In questo senso, la vaccinazione antinfluenzale deve essere ispirata al criterio dell'appropriatezza, un termine che indica la misura di quanto una scelta sia adeguata rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario”.

## Contatti:

### Prof.ssa Patrizia Laurenti

Direttore UOC Igiene Ospedaliera Dip. Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS Largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma Tel. 06 30154396-5836

**Mail: Patrizia.Laurenti@unicatt.it**

## Guardare oltre la pelle: l'impatto socio-economico della Dermatite Atopica

UNA PATOLOGIA CRONICA AD OGGI ANCORA MOLTO SOTTOSTIMATA SIA DA UN PUNTO DI VISTA CLINICO SIA, SOPRATTUTTO, PSICOLOGICO E DI QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI. SERVONO NUOVE LINEE GUIDA, L'INSERIMENTO DELLA MALATTIA NEL PIANO DI CRONICITÀ E LA DEFINIZIONE DI UN "BUDGET DI SALUTE" PER CIASCUN PAZIENTE

L'impatto che la Dermatite Atopica ha sulla vita dei pazienti è notevole e tocca la sfera psicologica (dalla rinuncia a una vita sociale alle difficoltà sul lavoro fino a stati di ansia e depressione), oltre ad impattare su costi diretti e indiretti e sul SSN. ALTEMS (Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari), in partnership con LEO Pharma e ANDeA (Associazione Nazionale Dermatite Atopica) ha realizzato uno studio sull'impatto socio-economico della patologia, che è stato presentato di recente a Roma e a cui hanno partecipato, tra gli altri la **Prof.ssa Clara De Simone**, Associato di Dermatologia del Policlinico A. Gemelli; il **Dott. Filippo Rumi**, Ricercatore ALTEMS; il **Prof. Americo Cicchetti**, Direttore ALTEMS, il **Dott. Mario Picozza**, Presidente ANDeA. Di seguito i punti chiave emersi.

### Cos'è la Dermatite Atopica

Si tratta una patologia cronica infiammatoria, caratterizzata da lesioni cutanee e prurito intenso, causata dalla disregolazione immunitaria e dalla disfunzione della barriera cutanea. Può essere aggravata dallo stress psicofisico o dal naturale cambio di stagione. Si stima che una persona su 20 ne sia affetta ed è prevalente nei bambini. La severità di malattia va valutata sia su base clinica ma anche sulla base della qualità di vita. La malattia richiede un trattamento efficace e sicuro a breve e lungo termine, con una terapia personalizzata perché i pazienti hanno manifestazioni cliniche differenti. Quello che ad oggi manca è una standardizzazione dei criteri di diagnosi e severità di malattia e un approccio globale al paziente, che curi non solo la Dermatite ma anche le comorbidità atopiche e sistemiche, al fine di raggiungere l'obiettivo di una medicina personalizzata.



### I risultati della ricerca condotta da ALTEMS e LEO Pharma

Questa malattia porta un notevole onere finanziario non solo per il SSN ma anche sui pazienti. Lo studio ha considerato sia la prospettiva dei costi diretti sanitari che quella dei costi indiretti, mostrando che i primi rappresentano una delle voci più rilevanti sul costo totale relativo alla malattia. La componente sociale, legata alle perdite di produttività o alle spese out of pocket, rappresenta la seconda voce più rilevante. Un fattore importante da considerare è anche l'impatto della malattia sulla qualità della vita dei pazienti e sulla socialità: la gran parte dei partecipanti ha, infatti, dichiarato di aver rinunciato nell'ultimo mese a palestre, attività sportive, cinema, teatro, hobbies e feste. Risultano invece avere un impatto minore le visite, gli esami ematochimici e i prodotti specifici. Nonostante la Dermatite Atopica sia ancora sottovalutata e considerata come disturbo dermatologico minore, comporta un notevole onere finanziario

per il SSN, ma ancor di più per le persone colpite da questa condizione. I risultati di questo studio possono essere dunque utili per identificare i potenziali fattori che incidono sulla scelta di nuove opzioni terapeutiche per la gestione clinica ed economica della malattia.

### L'importanza della ricerca "Cost of Illness"

Questi studi servono a far comprendere al decisore politico la posizione corretta, in una scala di priorità, che deve essere attribuita a un determinato problema di salute. Per mantenere sostenibile un Sistema Sanitario è fondamentale, infatti, non considerare la soladimensione economica, ma tenere presenti anche le dimensioni sociale e ambientale della sostenibilità. Questo tipo di studi fornisce quindi una valutazione indispensabile per prendere una decisione razionale su come allocare le risorse e come raggiungere i migliori obiettivi possibili con le risorse disponibili. Attraverso l'analisi del "Costo Malattia" della Dermatite Atopica, non solo inteso come costo del Sistema Sanitario ma come impatto generale sulla società, lo studio ha evidenziato l'importanza di inserire questa patologia nella seconda parte del Piano di Cronicità (quello che tratta di esenzioni e bisogni non clinici) e di cambiare prospettiva nelle decisioni allocative, passando dal "quanto costa" al "quanto vale".

### Il contributo di LEO Pharma alla ricerca

Come ha sottolineato il Dott. Giovanni Izzo, Market Access & Public Affairs Head LEO Pharma Italia, l'azienda è da sempre impegnata al fianco dei pazienti con patologie della pelle con un forte impatto sulla qualità della vita. Per questo partnership come quella con ALTEMS sono fondamentali per produrre evidenze di valore per tutti gli attori che ogni giorno operano nel sistema sanitario.

### Contatti:

#### Sabrina Bisceglia

Public Affairs & Communication Manager

LEO Pharma SpA

Via Elio Vittorini, 129 – 00144 Roma

Tel. 06 52625548

**Mail: [SBBIT@leo-pharma.com](mailto:SBBIT@leo-pharma.com)**



# Sanità & Benessere efocus



# Health & Wellness observatory

**L'evoluzione che rende l'identità delle origini sempre attuale verso il domani.**

Il simbolo della testata di Sanità / Benessere, che rappresenta l'emblema stesso della scienza medica, si trasforma graficamente liberandosi dalla sua sfera primordiale e aprendosi a dimensioni diverse e divenendo così "DNA della trasformazione" verso nuovi orizzonti dal respiro internazionale.

Il suo tratto visivo si modella e dà vita ad un design di sintesi con linee dalla sagomatura compatta e contemporanea. La forza del simbolo rimane centrale grazie al suo richiamo cromatico e alla sua armonia e simmetria delle forme.

Un nuovo lettering, dai caratteri sobri e dal registro evoluto, dona riconoscibilità e leggibilità alla testata giornalistica, caratterizzando il suo posizionamento sul panorama italiano e non solo.

## NEW Look

**Sanità & Benessere efocus** presenta il suo **Rebranding nel 2022**. La testata cambia pelle senza rinunciare al suo obiettivo e la sua identità. La MISSION resterà sempre quella di combattere le Fake News in ambito Sanitario e dare punti di riferimento ai lettori, veicolando informazioni scientifiche con i brand più forti sul territorio.

## Ma in cosa consiste il Rebranding?

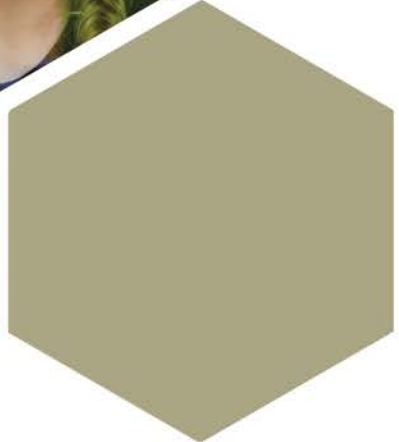
Il rebranding è il processo di un cambiamento strategico dell'identità di un marchio. Esso può comprendere il restyling del logo, del design o della strategia di posizionamento di un brand che è già consolidato nel mercato. Il rebranding è necessario per avere un registro comunicazionale sempre attuale e di facile identificazione.

## WHO?

Abbiamo alcuni esempi di **rebranding** tra le testate giornalistiche con le quali Sanità&Benessere viene veicolata. **Il Sole 24 Ore** ha fatto un primo rebranding nel 2008 cambiando il suo logo ma mantenendo sempre il suo colore originale. **La Repubblica** dal 2017 ad oggi ha cercato di ascoltare i propri lettori e fornire un layout di più facile fruizione. **La Stampa** che dal 2016 ad oggi ha creato un look più contemporaneo con uno sguardo al digitale e il loro motto è "Digital First".

# Lundbeck.

Ogni giorno **siamo**  
**al fianco** di pazienti,  
caregiver, medici e istituzioni  
per **promuovere la salute**  
del **cervello**, oltre lo stigma.



Scopri chi siamo



Lundbeck

