



Sanità & Benessere efocus

Numero 37 - Luglio 2022

Questo Magazine è stato realizzato da CS Communication Srl.
GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione
e non ha responsabilità per il suo contenuto - IP

IN APERTURA

“Con l’assunzione del ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD), AGENAS assicurerà il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in Sanità. Si tratta di un’importante attività, che traghetterà il nostro SSN verso un utilizzo sempre più appropriato delle nuove tecnologie”.

Dott. Domenico Mantoan

PROFESSIONE ANESTESISTA RIANIMATORE

È il **Prof. Giuseppe Foti del San Gerardo di Monza** a raccontarci come questa figura, sempre in prima linea a fianco dei pazienti gravi, abbia competenze che vanno ben oltre la sala operatoria.

AGENAS

**Direttore Generale
Dott. Domenico Mantoan**

DISTURBI MENTALI E PSICOPATOLOGICI

Quali i segnali da non trascurare in bambini e adolescenti



www.sanitaebenessere.it - www.cscommunication.it

CS.communication
editorial media innovation

SOMMARIO

PRIMO PIANO

ONCOLOGIA

PROF. SANDRO PIGNATA 1

PARLIAMO DI

CARDIOCHIRURGIA

PROF. GIUSEPPE SPEZIALE 2

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

PROF. GIUSEPPE FOTI 3

DEDICATO A

GASTROENTEROLOGIA

PROF. MICHELE CICALA 4

MEDICINA INTERNA

PROF. ANTONINO MAZZONE 5

PARLIAMO DI

NEUROPSICHIATRIA

PROF. STEFANO VICARI 6

PSICOLOGIA CLINICA

DOTT.SSA SVEVA BELVISO 7

CHIRURGIA TORACICA

PROF. ALESSANDRO BERTANI 8

PEDIATRIA ONCOEMATOLOGICA

DOTT. MOMCILO JANKOVIC 9

FOCUS

GINECOLOGIA

PROF. FILIPPO MURINA 10

DOTT. FABIO CIANCIO 11

PARLIAMO DI

TERAPIA DEL DOLORE

PROF.SSA FLAMINIA COLUZZI 12

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

PROF. FRANCESCO VERSACI 13

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 Argenta

Health Project Assistant
Stefano Carretta

Health Project Specialist
Luisa La Fauci, Marco Moreschi,
Fabio Piero Agostoni,
Elena Curtosi, Paolo Zanon

Public Relations Officer
Stefano Veronesi

Customer Care & Executive Assistant
Barbara Cirrito

Legal Office
Avv. Michela Degiovanni

Social Media Manager
Giulia Cucchiari

Responsabile di redazione
Francesca Pavesi

Journalist Health & Care
Chiara Maranghi
redazione@cscommunicationsrl.it

Progetto Grafico
BlackOut Creativity On - London

Stampa
Mediagraf SpA
www.mediagrafspa.it
www.printbee.it



Sanità & Benessere efocus
 Sanita_benessere_focus
 Sanità & Benessere efocus

CS.communication
editorial media innovation

SANITÀ & BENESSERE

Reg. Tribunale di Milano
Num R.G. 6251/2019 - Num Reg. Stampa 112
del 21 maggio 2019

AGENAS: la Sanità del futuro è già tra noi

a cura del Dott. Domenico Mantoan*



L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito nel giugno del 1993, che si caratterizza per essere un organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a supporto del Ministro della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano. Sempre ad AGENAS, inoltre, spetta il compito di assicurare la propria collaborazione tecnico-operativa alle singole aziende sanitarie in diversi ambiti, tra cui quello gestionale, economico nonché in tema di efficacia degli interventi sanitari e di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure.

Recentemente il Parlamento ha deciso di conferire all'Agenzia, che ho l'onore di dirigere, il compito di garantire l'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e di supportare il Ministero della salute nella realizzazione di un Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNRR in materia di sanità digitale. Per fare questo la norma - Articolo 21 del Decreto Legge 27 gennaio 2022 n. 4 - prevede che AGENAS assuma anche il ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD), assicurando così il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.

Come è facile immaginare si tratta di un'importante attività, che traghetterà il nostro SSN verso un utilizzo sempre più appropriato delle nuove tecnologie, già oggi a disposizione ma, ancora troppo spesso, poco utilizzate. In AGENAS da mesi siamo a lavoro per l'implementazione di quanto previsto nella "Missione Salute" del PNRR e, in particolare, quelle azioni rivolte all'assistenza domiciliare e allo sviluppo della telemedicina. Nel primo caso il lavoro in sinergia tra Ministero, Regione e AGENAS ha portato

alla firma di veri e propri contratti dove le parti in causa si impegnano alla realizzazione nei tempi degli obiettivi previsti nell'ambito del PNRR. Rispetto alla telemedicina, sin dal settembre dell'anno scorso, in Agenzia abbiamo insediato un tavolo di lavoro per la definizione delle linee guida inerenti al modello digitale per l'assistenza domiciliare. Lavoro sfociato in un Decreto del Ministero della salute pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Non solo, sempre AGENAS ha bandito la gara per l'affidamento in concessione della progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina. Si tratta di una vera e propria autostrada all'interno della quale viaggeranno e si collegheranno tutti i soggetti che operano nel mondo della sanità, siano essi pubblici che privati, permettendo così un interscambio - in sicurezza - di informazioni al fine di rendere sempre più efficace ed equa su tutto il territorio nazionale la presa in carico dei nostri pazienti.

Sono perfettamente consapevole che c'è ancora molto da fare - d'altronde il PNRR ha quale orizzonte temporale il 2026 - ma lo stesso monitoraggio effettuato dall'Unione Europea ci riconosce fin qui il rispetto dei tempi e delle attività previste. Dunque, proseguiamo senza indugio, perché quella che sento descrivere come la sanità del futuro spesso è già tra noi sotto forma di buone pratiche e noi in AGENAS lavoriamo tutti i giorni per individuare queste attività per poi metterle a disposizione di tutti.

* Direttore Generale AGENAS

Le **ECCellenze** passano da noi

TUMORE OVARICO: CENTRI DI RIFERIMENTO E NUOVI FARMACI PER CAMBIARE LA STORIA DELLA MALATTIA

SI TRATTA DI UNA PATOLOGIA SUBDOLA, CHE SI SCOPRE SPESSO IN FASE AVANZATA E CHE COMPORTA UN'ELEVATA MORTALITÀ. UN TEST GENETICO FAVORISCE LA PREVENZIONE E LE DIVERSE OPZIONI TERAPEUTICHE OGGI A DISPOSIZIONE NE MIGLIORANO I TRATTAMENTI

A parlarcene, il **Prof. Sandro Pignata**, Medico Oncologo, Direttore della Struttura Complessa di Oncologia Medica del Dipartimento Uro-Ginecologico dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli, Presidente del Gruppo MITO (Multicenter Italian Trial in Ovarian Cancer and Gynaecologic Malignancies) e Responsabile Scientifico della Rete Oncologica Campana.

Professore, come si inquadra il Tumore Ovarico nel nostro Paese?

"Ci sono circa 5.000 nuovi casi all'anno di cui l'80% viene diagnosticato in fase avanzata, al terzo o quarto stadio, e questo fa sì che purtroppo la mortalità sia ad oggi ancora molto alta: si parla di circa il 50% entro i 5 anni. La diagnosi è spesso tardiva perché ad oggi non ci sono delle misure efficaci di screening, come avviene ad esempio per altre patologie come quelle della mammella. Vi sono in effetti dei sintomi – pancia gonfia, disturbi addominali... – ma non così specifici da portare a un sospetto precoce".

Si può fare prevenzione per questa patologia?

"L'unica possibilità è identificare le pazienti con tumore dell'ovaio che hanno una mutazione di gene – BRCA1 e BRCA2 – e ricercare, nella loro famiglia, se vi sono altri soggetti con la medesima mutazione e che sono quindi a rischio di sviluppare un tumore ovarico o altre forme di neoplasia.

In queste donne sane in cui si evidenzia la mutazione, si può intervenire, una volta terminato il ciclo di vita riproduttivo, asportando le ovaie. Questa è l'unica modalità che, ad oggi, abbiamo per fare prevenzione, tanto è vero che è raccomandato ad ogni donna con un tumore all'ovaio di sottoporsi al test genetico".

Come si tratta questo tumore?

"La chirurgia è il primo trattamento. Si tratta di una chirurgia difficile che deve rimuovere



Prof. Sandro Pignata

tutta la malattia nel perineo, per questo è importante rivolgersi a Centri Specializzati, con un'alta expertise e con elevati numeri di interventi annui. Dal punto di vista della terapia medica fortunatamente sono stati fatti tantissimi passi avanti e quindi se per tantissimi anni abbiamo avuto a disposizione solo la chemioterapia, oggi a questa si sono affiancate alcune terapie aggiuntive, in particolare due classi di nuovi farmaci. La prima è quella degli anti angiogenici per il mantenimento dopo la chemioterapia, e più di recente, una seconda classe di farmaci molto potenti, i PARP inibitori, che hanno rivoluzionato la storia naturale di questa malattia, perché riescono a mantenere nei pazienti la remissione per un lungo periodo di tempo migliorando gli outcome della malattia. Due PARP inibitori – tra cui Olaparib – sono in commercio per il trattamento di I linea mentre nella recidiva ce ne sono 3: olaparib e altri due. Sono farmaci orali che si somministrano dopo la chemio-

terapia e che si sono dimostrati molto efficaci in molte pazienti, in particolare in quelle che hanno la mutazione del gene. L'azione di questi farmaci consiste, infatti, nell'annullamento dei meccanismi di riparazione del Dna nelle cellule neoplastiche dell'ovaio, con la conseguente morte delle cellule malate. Determinare la mutazione genetica è quindi fondamentale non solo per la prevenzione ma anche per valutare la terapia più appropriata ed efficace a cui la paziente possa rispondere meglio. Più di recente si è poi testata la possibilità di combinare le terapie angiogenetiche e i PARP inibitori e anche in questo caso le pazienti mutate rispondono meglio anche alla strategia di combinazione".

Cosa si auspica per il futuro nella cura di questo tumore?

"Purtroppo ad oggi c'è ancora molta frammentazione a livello di Centri di cura, mentre sarebbe auspicabile che, in ogni Regione italiana, gli interventi sul tumore ovarico fossero concentrati in poche istituzioni molto specializzate e con ottime capacità chirurgiche. Da un punto di vista medico, c'è bisogno di continuare a fare tanta ricerca, per identificare diversi tipi istologici di tumore e di conseguenza le terapie specifiche per ciascuno di essi. Ci stiamo indirizzando verso l'obiettivo di avere una terapia differente per ogni tipo molecolare di tumore ovarico".

Contatti

Prof. Sandro Pignata

Direttore SC di Oncologia Medica Dipartimento Uro-Ginecologico Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale
Via Mariano Serravallo, 53 – 80131 Napoli
Tel. 081 5903637

Mail: s.pignata@istitutotumori.na.it

PATOLOGIE VALVOLARI: OGGI L'APPROCCIO È SEMPRE PIÙ MINI INVASIVO

LA TAVI – IMPIANTO DI VALVOLA AORTICA TRANSCATETERE – È L'ALTERNATIVA IDEALE ALLA SOSTITUZIONE CHIRURGICA DELLA VALVOLA AORTICA PER QUEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI STENOSI AORTICA GRAVE AD ALTO O MEDIO RISCHIO CHIRURGICO

Negli ultimi anni la gestione delle patologie della valvola aortica si è evoluta grazie all'introduzione dell'impianto transcateretere, che è diventato il gold standard di cura per alcuni target di pazienti. A spiegarcene i vantaggi, il **Prof. Giuseppe Speziale**, Giuseppe Speziale, Cardiochirurgo principalmente presso l'Anthea Hospital di Bari, ma attivo anche presso Città di Lecce Hospital, Ospedale San Carlo di Nancy (Roma), Villa Torri Hospital (Bologna).

Professore, cos'è la Stenosi Aortica e quali sono, ad oggi, le opzioni di trattamento?

"Si tratta di una riduzione della capacità di apertura della valvola aortica, che causa un'ostruzione alla fisiologica fuoriuscita del sangue tra il ventricolo sinistro e l'aorta nel corso della sistole, ingenerando un sovraccarico di lavoro al cuore sia a riposo che sotto sforzo. È una patologia che generalmente compare dai 60 -70 anni in su e negli ultimi anni è molto più frequente nel nostro Paese a causa dell'invecchiamento della popolazione. È estremamente pericolosa perché può restare silente anche per molti anni ma, quando compaiono i sintomi, ci lascia pochissimo tempo per l'intervento. Non esistono farmaci in grado di far regredire o impedire l'aggravamento di questa malattia e dunque l'unico trattamento efficace consiste nell'intervento di sostituzione della valvola non funzionante con una che svolga la stessa funzione di quella naturale. Per fortuna oggi siamo in grado di operare anche pazienti che, fino a poco tempo fa, erano considerati inoperabili, perché, oltre alla chirurgia tradizionale e a quella più recente mini invasiva, abbiamo anche la possibilità di evitare completamente l'intervento chirurgico ricorrendo, invece, alla cosiddetta TAVI, ossia all'impianto di valvola aortica transcateretere".

Come avviene la procedura di impianto transcateretere e quali sono i suoi vantaggi?

"Mentre nell'intervento per via mini invasiva si effettua un piccolo taglio di circa 2 cm,



Prof. Giuseppe Speziale

attraverso il quale si fa passare una nuova valvola – biologica o meccanica – che va effettivamente a sostituire quella malata, con la TAVI viene inserito in anestesia locale un catetere nell'arteria femorale, in cui si fa passare la protesi fino a raggiungere il cuore, dove si salda sfruttando le calcificazioni della valvola nativa, che quindi non viene asportata. Questa procedura comporta minori tempi di degenza, un rischio minore di complicanze e un recupero delle funzioni motorie più rapido rispetto alla chirurgia convenzionale, aspetto da non sottovalutare data l'età avanzata della maggioranza dei pazienti".

Quali pazienti possono trarre beneficio da questo tipo di procedura?

"Si tratta senza dubbio di un percorso che va personalizzato, poiché non tutti i pazienti sono candidati ideali a ricevere questa procedura. Attualmente sono coinvolti quei pazienti con Stenosi Aortica grave a più elevato rischio chirurgico o a rischio intermedio".

Quali sono le caratteristiche distintive delle protesi valvolari e del sistema di introduzione utilizzati in questa procedura?

"Le protesi valvolari di ultima generazione sono sempre più performanti, di dimensioni più ridotte, più sottili, meno invasive. Il design innovativo snellisce e semplifica le procedure per i chirurghi, consentendo un migliore e più stabile posizionamento della valvola sia in situazioni ordinarie che in anatomie complesse, prevenendo la fuoriuscita di sangue intorno alla valvola e garantendo prestazioni migliori per i pazienti".

Quali sono le prospettive future per questo tipo di trattamento?

"L'evoluzione tecnologica permetterà sicuramente in un futuro prossimo di estendere l'indicazione di questa procedura a un numero sempre maggiore di pazienti, allargando la platea di chi potrà beneficiare dei suoi vantaggi. Nella Cardiochirurgia il futuro si chiama transcateretere e anche la figura del chirurgo si trasformerà: le nuove generazioni avranno in mano sempre meno il bisturi e sempre più il catetere. Sulla diagnosi, invece, c'è ancora molto da fare: ancor oggi, infatti, spesso si scopre la malattia solo per caso, a seguito di controlli non specifici su altre patologie".

Contatti

Prof. Giuseppe Speziale

Cardiochirurgo presso Anthea Hospital
Via Camillo Rosalba, 35-37 – 70124 Bari

Tel. 080 5644169

Mail: info@giuseppespeziale.it

ANESTESISTI, GLI "ANGELI CUSTODI" NEGLI OSPEDALI

CONOSCIUTI PER IL RUOLO DI PROFESSIONISTI SPECIALIZZATI NEL SEDARE I PAZIENTI PRIMA DI UN INTERVENTO CHIRURGICO, LE COMPETENZE DI UN ANESTESISTA-RIANIMATORE VANNO BEN OLTRE LA SALA OPERATORIA, SEMPRE IN PRIMA LINEA NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI GRAVI

Amo definirlo "angelo custode" perché l'anestesista-rianimatore è in prima linea nei delicati momenti dell'emergenza in cui decisione, sangue freddo e competenza permettono di salvare vite. E se per i più l'anestesista si occupa solo di "addormentare" i pazienti in sala operatoria, dietro c'è un lavoro straordinariamente più complesso, variopinto ed affascinante. Lo sa bene il **Prof. Giuseppe Foti**, Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza dell'Ospedale San Gerardo-ASST Monza e professore associato di Anestesiologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Professore quale è il lavoro di un "angelo custode" quale l'anestesista?

Malgrado durante la pandemia il nostro impegno sia nel curare i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva sia nel pattugliare l'Ospedale per identificare quelli che peggioravano sia stato straordinario, non credo che nell'opinione pubblica questo sia ancora del tutto chiaro. Io stesso, molti anni fa giovane laureando in Medicina e Chirurgia, ho impiegato un po' di tempo a capire che quello che volevo fare era impersonificato dall'anestesista-rianimatore. È molto riduttivo pensare che si occupi solo della conduzione dell'anestesia durante intervento chirurgico. Si occupa anche del percorso che precede e segue l'atto chirurgico, quello che modernamente chiamiamo "medicina peri-operatoria". Come diceva Lei è lo specialista che viene chiamato in occasione di qualsiasi urgenza emergenza intraospedaliera in qualsiasi reparto, è frequentemente lo specialista inserito nelle Automediche e negli Elicotteri del soccorso extraospedaliero. Unitamente ad altri specialisti, si occupa della Terapia del Dolore Cronico e delle Cure Palliative. È lo specialista dedicato nei servizi di Medicina Iperbarica. La parto-analgesia, la famosa "peridurale" viene praticata dall'anestesista rianimatore. E poi è lo specialista che si occupa dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e Semi Intensiva Generale, nelle Terapie Intensive post Cardiochirurgiche e Neurochirurgiche e nelle Terapie Intensive Pediatriche. Insomma "tanta roba" come direbbero i miei figli.

Un ruolo che è anche di continuo studio e ricerca. Qual sono stati gli studi recenti che hanno visto il suo gruppo in campo?

Abbiamo coordinato e pubblicato sulla prestigiosa rivista JAMA uno studio osservazionale, in collaborazione con 197 Ospedali, distribuiti in 29 paesi sui 5 continenti intitolato INTUBE. In questo studio abbiamo voluto valutare l'incidenza di effetti collaterali gravi durante la manovra di intubazione di



Prof. Giuseppe Foti

un paziente critico ovvero che richiede ricovero in Terapia Intensiva. Mentre per quanto riguarda l'intubazione elettiva condotta in sala operatoria per condurre l'anestesia generale abbiamo numerosi studi e protocolli che hanno reso la manovra assolutamente sicura e con rischi molto bassi, i dati sull'intubazione del paziente critico scarseggiavano. INTUBE ha evidenziato che in quasi un paziente su due la manovra si associa ad effetti collaterali gravi di instabilità Cardio-respiratoria. I soggetti in cui ciò accade hanno una prognosi peggiore. Se da un lato i pazienti più gravi sono quelli che più frequentemente vanno incontro a questi effetti collaterali è altresì vero che sono stati riconosciute alcune condizioni, abilità tecniche o strategie farmacologiche meno pericolose. Questa collaborazione internazionale ci permetterà certamente di sviluppare protocolli efficaci che rendano la manovra di intubazione, che ricordo in questi casi è indispensabile, sempre più sicura.

Oltre a INTUBE avete portato avanti anche quella che potremmo definire una "intuizione". Ci parla della "Posizione del pensatore di Rodin" e della differenza con la posizione prona?

All'inizio della pandemia, quando eravamo sommersi dai pazienti Covid, dovevamo trovare un modo per migliorare la saturazione di ossigeno di questi pazienti che fosse facilmente applicabile nei reparti di degenza. Sicuramente il casco CPAP, che mi piace ricordare è stato proposto e studiato già molti anni fa dal nostro gruppo e ora è utilizzato in maniera estensiva sia in Italia sia all'estero, ci

ha dato una grande mano. Oltre alla ventilazione artificiale, la pronazione del malato intubato, con grave insufficienza respiratoria è da anni una procedura consolidata che si è dimostrata efficace nel ridurre la mortalità. Durante le primissime fasi della pandemia abbiamo pensato di applicarla nel paziente sveglio, non intubato, ricoverato nel reparto di degenza ordinaria. L'effetto è stato immediatamente evidente: la saturazione di ossigeno dei pazienti migliorava in maniera molto vistosa e clinicamente significativa. Non c'è voluto molto a convincere tutti i colleghi dell'ospedale, non specialisti e non abituati a queste tecniche, che era utile. Dopo aver pubblicato i risultati di questa strategia su Lancet, sono usciti oltre 100 lavori scientifici provenienti da tutto il mondo sull'argomento. Recentemente è stato pubblicato uno studio multicentrico internazionale che è riuscito a dimostrare che la posizione prona in respiro spontaneo nei pazienti con polmonite Covid è in grado di ridurre il ricorso all'intubazione endotracheale e al ricovero in terapia intensiva. È stato anche dimostrato che la posizione prona è tanto più efficace quanto più precocemente applicata e quanto più a lungo è mantenuta nell'arco delle 24 ore. Ma siccome non bisogna fermarsi mai e proseguire nella strada del miglioramento abbiamo pensato ad una posizione alternativa che potesse mantenere gli stessi vantaggi della posizione prona e fosse più facilmente tollerata dal paziente. Il paziente si trova seduto a fianco del letto con le braccia e il tronco appoggiati sul materasso in maniera da assumere una posizione semiprona che abbiamo chiamato "Posizione del pensatore di Rodin". Anche in questo caso si è osservato un rapido e significativo miglioramento della saturazione di ossigeno che ha immediatamente ottenuto il consenso dei pazienti e degli operatori sanitari.

Anche in questo caso si è trattato di uno studio internazionale?

No, si è trattato di uno studio monocentrico i cui risultati sono stati pubblicati a fine 2021 sulla prestigiosa rivista American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Al momento non è ancora possibile dire se questa strategia è in grado di ridurre il ricorso al ricovero in terapia intensiva e all'intubazione tracheale. Per saperlo sarà proprio necessario fare studi multicentrici quali Lei faceva riferimento. Quello che però posso dire sin da ora è che la tecnica ha affiancato ed in taluni casi sta sostituendo la tecnica di pronazione nella gestione dei pazienti con polmonite Covid nei reparti di degenza ordinari in quanto meglio tollerata dai pazienti.

Contatti

Prof. Giuseppe Foti
Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza dell'Ospedale San Gerardo-ASST Monza
Via G.B. Pergolesi 33 – 20900 Monza

Tel 039 2333291

Mail giuseppe.foti@unimib.it

MALATTIE FUNZIONALI E ORGANICHE IN GASTROENTEROLOGIA: FACCIAMO CHIAREZZA

LE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE RAPPRESENTANO LA PIÙ FREQUENTE CAUSA DI CONSULTAZIONI MEDICHE E DI OSPEDALIZZAZIONI E I DISTURBI FUNZIONALI SONO IN CIMA A TUTTI, CON UNA PREVALENZA NEI PAESI OCCIDENTALI DEL 20% DELLA POPOLAZIONE

I disturbi dell'apparato digerente non sono tutti uguali: distinguerne i sintomi e capirne le cause è spesso molto complesso. Per avere un'idea più precisa di quali siano i principali e quali i segnali a cui dobbiamo prestare maggiore attenzione, abbiamo parlato con il **Prof. Michele Cicala**, Direttore dell'UOC di Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Professore Ordinario di Gastroenterologia, Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'apparato digerente e Fellow dell'Associazione Americana di Gastroenterologia.

Professore, cosa si intende per disturbi funzionali e disturbi organici?

"Intendiamo per disturbo funzionale una caratteristica tipologia, chiamata spettro, di sintomi, come ad esempio il dolore addominale associato con alterazioni nella frequenza evacuativa, la dispepsia o il dolore allo stomaco più o meno legato a un pasto. Sono definiti disturbi funzionali quando questi sintomi sono frequenti e persistenti, di solito cronici, e determinano un impatto significativo sulla qualità di vita. La differenza con le malattie organiche, che possono avere all'esordio sintomi molto simili, è l'assenza di qualsiasi alterazione agli esami del sangue, a un'ecografia o a un altro esame radiologico o endoscopico".

Se gli esami diagnostici sono tutti normali a cosa sono dovuti i disturbi funzionali?

"Le cause non sono ancora del tutto note, ma alla base c'è sicuramente un'ipersensibilità viscerale, un'alterata motilità dei muscoli di questo lungo tubo o un'alternanza delle due. La sfera emotiva, poi, è uno dei fattori scatenanti, non per nulla si chiamano anche disturbi dell'asse intestino-cervello. Negli ultimi anni stiamo, infine, studiando anche il ruolo del microbiota intestinale: una profonda perturbazione dell'equilibrio tra le specie batteriche che ospitiamo nella nostra pancia, la cosiddetta disbiosi, può essere causa di alterazioni sensitivo-motorie gastro-intestinali".



Il team dedicato alle patologie gastrointestinali dell'Ospedale: da destra, la Dr.ssa Paola Balestrieri, la Dr.ssa Sara Emerenziani, il Prof. Michele Cicala, il Prof. Michele Guarino, il Dott. Mentore Ribolsi e il Dott. Alessandro Tullio.

Come capire la differenza tra i diversi tipi di disturbo?

"Ci sono i cosiddetti sintomi di allarme che vanno ricercati e consentono una prima diagnosi differenziale, per escludere una patologia organica. Parliamo di un dimagrimento non giustificato, di vomito ripetuto o sangue nelle feci, febbre, una massa palpabile alla visita medica, sintomi che ti svegliano la notte".

Come si arriva a una corretta diagnosi?

"Esami del sangue e delle feci e un'ecografia addominale non si negano a nessuno quando i sintomi sono frequenti. Se poi ci fossero alterazioni specifiche sarà opportuno approfondire con gastro e/o colonscopia ed esami radiologici mirati. Il prelievo di biopsie, nel corso di un esame endoscopico, per l'esame istologico è cruciale se il sospetto è di una malattia infiammatoria cronica intestinale, ossia la rettocolite ulcerosa e la malattia di Crohn. In questi ultimi casi è bene rivolgersi a specialisti e Centri che offrono un approccio multidisciplinare con specialisti diversi dedicati allo studio e all'aggiornamento. La diagnosi delle malattie infiammatorie croniche è, purtroppo, spesso tardiva proprio perché

i sintomi vengono interpretati dal medico come funzionali".

Si parla spesso delle malattie infiammatorie croniche intestinali, l'incubo dei giovani, ma non sono rare?

"Certo, rispetto ai disturbi funzionali, sono molto più rare ma la loro incidenza è in forte aumento – la malattia di Crohn è raddoppiata negli ultimi 20 anni – nei paesi occidentali e nella razza caucasica e effettivamente colpiscono soprattutto soggetti giovani, tra i 16 e i 30 anni".

Quanto impattano sulla qualità di vita del paziente questi disturbi?

"Sia i disturbi funzionali che le malattie croniche infiammatorie intestinali hanno un impatto fortemente negativo sulla qualità di vita. L'imprevedibilità del dolore e della necessità di raggiungere in fretta un bagno, il decorso cronico ricorrente sono da soli altamente troublesome. A parità di diagnosi e grado di attività di malattia, la qualità di vita può essere molto diversa nei vari pazienti e il grado di infiammazione non sempre coincide con quello dei sintomi. Spesso i disturbi funzionali si sommano alla patologia organica e il medico deve tener conto anche di questo, per non dissociare gli obiettivi di cura, i nostri, e quelli, legittimi, del paziente. Per fortuna la ricerca clinica ha fatto molti passi avanti negli ultimi due decenni, le nuove terapie sono sempre più efficaci e sicure, meno gravate da effetti collaterali e consentono, per le malattie infiammatorie croniche, sempre un minor ricorso alla chirurgia e lunghe fasi di remissione clinica. La rivoluzione delle terapie biologiche per le malattie infiammatorie croniche, in grado di modificare profondamente il decorso e la storia naturale della rettocolite ulcerosa e della malattia di Crohn è ora affiancata da quella delle small molecules, compresse che facilitano la gestione della cura, riducendo il ricorso alle strutture sanitarie".

Contatti

Prof. Michele Cicala

Direttore UOC di Gastroenterologia Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Via Alvaro del Portillo, 200 – 00128 Roma
Tel. 06 22541 1899 / 06.22541.1606

Mail: M.Cicala@policlinicocampus.it

FINE VITA: UN TEMA SU CUI RIFLETTERE

IL LIMITE CHE C'È TRA LA VITA E LA MORTE E LA DECISIONE DI PORRE FINE A UNA VITA NON È UNA QUESTIONE FACILE E MERITA SENZA DUBBIO UN DIBATTITO CIVILE E APPROFONDITO CHE NON PUÒ RIDURSI A UNA SEMPLICE LEGGE UGUALE PER TUTTI

È sempre più di attualità nel nostro Paese il dibattito sul fine vita e sull'opportunità di approvare al più presto una legge sull'eutanasia che permetta di mettere fine alla propria esistenza a chi non vuole più soffrire. Ma può essere una legge, una scelta politica l'unico criterio per decidere della vita e la morte di una persona? Su questo argomento estremamente delicato e difficile, per le tante implicazioni mediche e etiche che comporta, si interroga il **Prof. Antonino Mazzone**, Direttore del Dipartimento di Area Medica Cronicità e Continuità Assistenziale dell'Ospedale Nuovo di Legnano (MI), Vicepresidente FISM, Past President di FADOL, attraverso le pagine del suo nuovo libro "Poteva non succedere".

Professore, come si pone di fronte alla questione del fine vita?

"Credo che su questo argomento, così difficile e delicato, non si possa banalizzare, né da un punto di vista medico né deontologico. C'è, infatti, una differenza sostanziale tra aiutare e accompagnare una persona al fine vita, e provocarne la morte. Non è una scelta facile e merita una riflessione. Nel libro racconto ad esempio di una ragazza di 27 anni che non voleva più essere tracheostomizzata e, dal momento che aveva espresso questa sua volontà nel DAT – disposizioni anticipate di trattamento, comunemente conosciute anche come testamento biologico – nonostante fosse arrivata in ospedale in emergenza non le è stato fatto alcun trattamento ed è morta. Io mi chiedo: è corretto questo approccio di fronte a una giovane vita? Non si può farne solo una questione politica. Io credo che chi ha una malattia vada assolutamente aiutato e supportato".

Cosa influisce su una decisione così importante?

"Molteplici variabili: dalla volontà del malato a quella dei suoi familiari, dalla fede religiosa al rapporto con il medico. Ho in mente altri due casi clinici che ho descritto nel libro e che testimoniano come le motivazioni possano essere diverse ma tutte valide: un papà intubato che vuole vivere a tutti i costi per vedere crescere suo figlio; e un altro papà che ha accudi-



Prof. Antonino Mazzone

to il figlio per 18 anni in coma perché era l'unica cosa importante che aveva nella vita. Come si fa a decidere con una legge uguale per tutti di staccare la spina a queste persone? Una decisione basata solo sulla normativa sarebbe un limite troppo forte rispetto alle tante motivazioni che ci sono dietro ogni singola storia, una banalizzazione del rapporto che c'è tra medico e paziente, con la famiglia, delle convinzioni religiose... Nel mio libro non giudico questi casi clinici, semplicemente li racconto, in modo laico e oggettivo, per stimolare una riflessione obiettiva sul tema".

Qual è ad oggi la situazione in Italia sul fine vita?

Attualmente l'eutanasia nel nostro Paese non si può ancora ottenere in modo legale: esistono delle proposte nella legge in discussione al Senato, per chiedere e anticipare in modo assistito la propria morte. Una è ricorrere al cosiddetto suicidio medicalmente assistito, in cui è la persona stessa che chiede di darsi la morte, ad esempio ingerendo dei farmaci sotto la supervisione di personale specializzato, oppure premendo un bottone che inietta un farmaco in vena. Una soluzione che solo per il nome della legge "Suicidio Assistito" io trovo

terribile, aberrante e senza senso, molto distante eticamente e scientificamente per chi ha studiato Medicina.

Quale potrebbe essere, a suo avviso, un giusto approccio al tema?

"Ogni storia è a sé, ha implicazioni psicologiche ed etiche molto forti, come dimostrano le storie che racconto nel libro. Chi, come me, ha fatto il medico per 40 anni, fa fatica ad accettare certe decisioni e credo che anche il nostro Paese, per cultura, non sia poi così vicino a prese di posizione estreme che talvolta rischiano davvero di essere sbagliate e incivili. Le faccio un ultimo esempio: nel libro racconto la bellissima storia di un ragazzo che dopo due mesi di coma viene trasferito dalla rianimazione convinti che ormai non ci sia più nulla da fare. E invece poco dopo si il ragazzo si risveglia e con la riabilitazione riprende una vita normale. Se in quei due mesi avessimo staccato la spina, cosa sarebbe successo? Ma questo è un evento che può capitare, perché la medicina non è una scienza certa ed esatta come la matematica e quindi come possiamo pretendere di stabilire un principio con una legge? In scienza e coscienza un medico sa quando intervenire, quando aiutare e sostenere, quando smettere, credo che questo sia il compito vero della medicina.



Contatti

Prof. Antonino Mazzone

Direttore UOC Area Medica Ospedale Nuovo
Via Papa Giovanni Paolo II – Legnano (MI)

Tel. 0331.449305

Mail: antonino.mazzone@asst-ovestmi.it

DISTURBI MENTALI IN BAMBINI E ADOLESCENTI: PERCHÉ È IMPORTANTE PARLARNE

NELL'ETÀ EVOLUTIVA SONO TRA I DISTURBI PIÙ FREQUENTI. DIVERSI I FATTORI DI RISCHIO, CHE LA PANDEMIA HA AMPLIFICATO. CAMBIAMENTI SOSTANZIALI NEL COMPORTAMENTO DEI RAGAZZI SONO CAMPANELLI D'ALLARME CHE I GENITORI NON DEVONO IGNORARE

È il **Prof. Stefano Vicari**, Professore Associato e Direttore della Scuola di Specializzazione di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore dell'UOC di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù della città a darci il quadro della situazione, anche alla luce della recente pandemia.

Quanto sono frequenti i disturbi mentali nell'età evolutiva e che impatto ha avuto la pandemia sulla Salute Mentale dei giovani-adolescenti?

"I disturbi mentali nell'età evolutiva non sono nati con la pandemia ma, come testimoniano documenti dell'OMS e dell'Unicef, sono da sempre i disturbi più frequenti: basti pensare che un ragazzo su 6/7 nel mondo convive con una diagnosi di disturbo mentale e che almeno il 10% dei bambini e il 20% degli adolescenti soffre di un disagio di questo tipo. Altri due dati fanno riflettere: il suicidio è la seconda causa di morte tra i 10 e 25 anni e circa un bambino su 100 viene maltrattato o abusato. La pandemia ha fatto sicuramente da detonatore a questa situazione, perché è stata, ed è ancora, un periodo di forte stress: bambini e ragazzi hanno avuto paura di ammalarsi e di far ammalare i genitori; c'è stata un'informazione dilagante non filtrata; ci sono stati l'isolamento, la mancanza di attività fisica, di confronto e di relazione con i coetanei e un clima di grande incertezza. Tutto questo ha prodotto un aumento dei livelli di stress nei più giovani: i dati parlano di un 30% in più di accessi al Pronto Soccorso per disturbi mentali e di un raddoppio di ansia e depressione nei bambini e negli adolescenti dal 10/12% al 20/25%. Un aumento di sofferenza mentale che ha riguardato in maniera particolare le ragazze".

Quali sono i segnali che non dovrebbero essere trascurati e come si dovrebbe intervenire?

"Sicuramente genitori e insegnanti devono essere molto attenti ai cambiamenti: se i disturbi dell'umore – quindi ansia e depressione – sono



Prof. Stefano Vicari

le forme più frequenti di disturbo mentale, non sono tuttavia le uniche. A questi, infatti, si associano autolesionismo, ritiro sociale e disturbi alimentari, altra categoria in grande aumento dopo la pandemia. Quando un ragazzo, che era solare, aveva amicizie, frequentava la scuola e faceva attività fisica, diventa più cupo, non vuole più uscire di casa, perde interesse per ciò che prima gli dava piacere, peggiora il rendimento scolastico, comincia a dormire e a mangiare male, allora è bene che i genitori chiedano aiuto, cominciando dal pediatra o rivolgendosi a uno specialista".

Esistono dei fattori di rischio della depressione nei ragazzi? E di conseguenza, degli "atteggiamenti" protettivi che un genitore può mettere in atto?

"Nei disturbi mentali, in generale, il primo fattore di rischio è la familiarità. Poi però ci sono dei fattori ambientali che possono modulare il rischio: in primis fattori psicologici, legati all'autostima, al vivere in un contesto familiare accogliente, sereno, di sostegno nelle difficoltà;

e poi fattori sociali di relazioni con i coetanei. Da qui l'importanza della famiglia, che è il primo nucleo in cui il bambino cresce e impara a gestire le emozioni, e la scuola, dove impara a stare in relazione con gli altri. Altro fattore di rischio è l'uso di sostanze, che inizia ormai molto presto, con effetti disastrosi su un cervello in evoluzione. Un articolo pubblicato nel 2021 ha analizzato le caratteristiche dei ragazzi che sono stati bene durante la pandemia: tra i fattori di protezione compaiono l'aver vissuto in una casa grande con spazi aperti all'esterno, l'aver potuto continuare a fare attività sportiva, l'aver dedicato del tempo alla lettura, l'aver molti fratelli con cui giocare e parlare. Questo significa creare intorno al bambino un mondo di benessere. Ecco anche perché nel primo lockdown, quando i ragazzi sono stati chiusi in casa con tutta la famiglia, abbiamo assistito a una riduzione degli accessi al pronto soccorso, cosa che non è avvenuta nei mesi successivi, quando i genitori sono tornati al lavoro e i ragazzi sono rimasti soli".

Lo stigma nei confronti dei disturbi mentali nei più giovani è un ostacolo a una diagnosi precoce e a un precoce intervento. Come è possibile agire contro questo problema?

"Ad oggi purtroppo in Italia c'è una scarsa cultura sulla Salute Mentale e il tema è ancora molto ignorato, soprattutto da chi ha la responsabilità di governo. L'offerta assistenziale, cioè la possibilità di accogliere questi ragazzi sul territorio, nelle ASL o in ospedale, è molto modesta rispetto alle necessità. Pur essendo i disturbi mentali i più frequenti nei bambini e negli adolescenti, colpisce ad esempio che nelle scuole di pediatria non si studi psichiatria. Questo è frutto sicuramente di un antico pregiudizio, che può essere superato solo con un'adeguata politica per la Salute Mentale, dando tempo alle famiglie di occuparsi dei figli, con modelli economici che consentano di conciliare famiglia e lavoro, mettendo i bambini al centro delle nostre agende, valorizzando il lavoro degli insegnanti nelle scuole e creando sul territorio e nelle comunità luoghi di aggregazione per i ragazzi dove coltivare relazioni sane".

Contatti

Prof. Stefano Vicari

Direttore UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Piazza Sant'Onofrio, 4 / Viale Baldelli, 41 – Roma

Tel. 06 68592735

Mail: stefano.vicari@opbg.net

A ROMA UN CENTRO INNOVATIVO, DEDICATO AI DISTURBI PSICOPATOLOGICI E DEL NEUROSVILUPPO

UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E INTEGRATO, DIAGNOSI PRECOCI PER UNA RIABILITAZIONE PIÙ EFFICACE, UN LISTINO ETICO PER LE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ: QUESTE LE CARATTERISTICHE DEL CENTRO ATTIVAMENTE DI ROMA

Una struttura sanitaria privata autorizzata dalla Regione Lazio ex articolo 26, in fase di accreditamento con il SSN, che si occupa principalmente di bambini affetti da disturbi del neurosviluppo e della sfera psicologica, e delle loro famiglie, con un'équipe multidisciplinare e progetti terapeutici e riabilitativi personalizzati. "Il nostro obiettivo è costruire il futuro per questi bambini, attraverso la diagnosi precoce e percorsi di riabilitazione, lavorando sulle abilità carenti, ma anche sul potenziamento di quelle emergenti" spiega la **Dott.ssa Sveva Belviso**, psicologa clinica che, insieme a un collega neonatologo, ha aperto nel gennaio del 2020 il Centro AttivaMente nel cuore della capitale.

Dott.ssa Belviso, qual è la mission del Centro e a chi si rivolge?

"L'idea di aprire questo Centro è partita dalla mia esperienza personale di difficoltà nell'orientarmi tra tanti specialisti per trovare l'expertise più valida e adatta alle mie esigenze: da qui la decisione di creare un punto di riferimento che fosse in grado da un lato di offrire una presa in carico globale del bambino con disturbi psicopatologici e del neuro-sviluppo e dall'altro di offrire anche un supporto alle famiglie che, di fronte a una diagnosi anche grave, hanno bisogno di essere accompagnate con training specifici sia nel percorso di cura che nell'accettazione della malattia del proprio figlio. Il nostro obiettivo è quindi quello di dare una risposta integrata e multidisciplinare a tutte quelle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza e a tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee d'espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettuale, relazionale). Patologie che è fondamentale riconoscere e trattare per tempo al fine di assicurare il miglior recupero possibile".

Cosa caratterizza questo Centro rispetto ad altri?



Dott.ssa Sveva Belviso

"Innanzitutto l'approccio multidisciplinare e integrato: nel Centro è presente un neuropsichiatra che valuta, insieme alle altre figure professionali presenti – neuropsichiatri, neurologi, otorinolaringoiatri... – il piccolo paziente e condivide con tutta l'équipe un piano riabilitativo e un percorso di follow up, coinvolgendo anche le famiglie, la scuola... In secondo luogo ci caratterizza l'essere un Centro etico: pur essendo una struttura privata, infatti, abbiamo un listino con delle tariffe agevolate per abbattere quelle barriere economiche che costringerebbero alcune famiglie a rinunciare alle cure o a doverle ritardare per attendere i tempi delle liste d'attesa. La diagnosi e la riabilitazione precoci, invece, sono fondamentali nell'età infantile per garantire un recupero adeguato: la massa neuronale nel bambino è infatti molto più ampia rispetto all'adulto e offre quindi capacità di recupero davvero incredibili. Ma bisogna intervenire per tempo. Come

mi piace dire, lavoriamo con il cuore in mano. Infine, sempre per venire incontro alle difficoltà delle famiglie di fronte di una diagnosi difficile, il Centro offre anche un'assistenza burocratica e una consulenza legale gratuita per le varie richieste di indennità, così da alleggerire, anche solo emotivamente, il peso della situazione".

Quale messaggio vorrebbe trasmettere ai genitori che hanno il sospetto di un disagio neuropsichico del proprio figlio?

"Il mio consiglio, di fronte anche al minimo dubbio, è quello di non aspettare, per paura magari di una diagnosi sfavorevole, ma di rivolgersi subito a uno specialista o meglio ancora a un Centro come AttivaMente per una diagnosi precoce che possa, in caso, indirizzare i genitori a un percorso riabilitativo personalizzato. Di fronte a una possibile diagnosi di disturbo psicopatologico o del neurosviluppo di un figlio, c'è spesso una naturale tendenza di negazione da parte di mamme e papà, che invece bisogna superare, sensibilizzando le famiglie sul fatto che, da un lato, non sono sole e che, dall'altro, la riabilitazione può portare davvero a risultati straordinari e dunque la diagnosi precoce è fondamentale".

Contatti

Centro AttivaMente
Via Marche 13/a – 00187 Roma
Tel. 06 90287021

Mail: segreteria@centroattivamente.eu
www.centroattivamente.eu

CHIRURGIA TORACICA E TECNOLOGIA MINI-INVASIVA: UN CONNUBIO DI EFFICIENZA ED EFFICACIA A BENEFICIO DEI PAZIENTI

GRAZIE A SEMPRE PIÙ PRECISE TECNICHE CHIRURGICHE, AUMENTANO I BENEFICI PER I PAZIENTI CHE DEVONO SOTTOPORSI AD UN INTERVENTO, SIA DI TRAPIANTO CHE DI TERAPIA ONCOLOGICA

La Chirurgia Toracica affronta tutti i problemi di interesse chirurgico del distretto toracico e degli organi direttamente interessati, comprendendo quindi attività clinico-scientifiche di diversa natura ed entità. All'interno di questa vasta area d'intervento, la percentuale maggiore di attività si registra nel campo della chirurgia polmonare, e comprende l'ambito della trapiantologia, dell'oncologia medica e della chirurgia benigna. Un approfondimento con il **Prof. Alessandro Bertani**, responsabile del programma di Chirurgia Toracica e Trapianto di Polmone presso l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT), centro di eccellenza italiana nel campo della trapiantologia, l'Istituto è anche il primo ospedale del meridione ad aver ricevuto l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI), uno fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie.

Professor Bertani il trapianto di polmone rappresenta l'attività primaria nell'ambito della chirurgia toracica. Quali sono le peculiarità di questo tipo di intervento?

"Il trapianto polmonare è una terapia per pazienti che sviluppino un'insufficienza respiratoria, dovuta a molte diverse condizioni e malattie, tra cui le fibrosi polmonari, che hanno un'eziologia prevalentemente sconosciuta ma di rapida progressione, l'enfisema polmonare o altre meno frequenti come la fibrosi cistica e ipertensione polmonare e altre ancora di più rara occorrenza. La principale conseguenza di queste patologie è la difficoltà a respirare, quindi il trapianto offre una soluzione salvavita in tutte quelle situazioni in cui le terapie non hanno permesso un recupero di standard di vita normali per i pazienti.

Questo tipo di operazione non può però essere ricondotto a un normale intervento chirurgico per il tipo di complessità che comporta, sia prima dell'intervento, sia durante, che nella fase post-operatoria. La fase preliminare prevede la scelta e la preparazione dei candidati, quindi del paziente ricevente e dell'organo donato. La fase operatoria è, dal punto di vista tecnico, molto complessa e variegata. Va poi aggiunto che anche la fase post-operatoria è peculiare: il paziente che subisce un trapianto dovrà poi essere seguito per tutta la vita sia per le terapie necessarie sia per tutte le analisi di follow up, creando un legame con il Centro presso cui ha subito il trapianto continuo e indissolubile. Ad un trapianto di polmone lavorano almeno due equipe di medici parallele con un'attività che può superare anche le 24 ore consecutive.

Un'altra sezione molto importante della chirurgia toracica riguarda l'attività oncologica, ovvero l'asportazione (lobectomia o segmentectomia anatomica polmonare) della parte di polmone malata e nei pazienti con un tumore in uno stadio relativamente limitato la chirurgia è ancora oggi la soluzione migliore e quella che garantisce le migliori probabilità di cura e guarigione al paziente".



Prof. Alessandro Bertani

Le innovazioni tecnologiche hanno portato dei grandi cambiamenti in questa area d'intervento. Quali sono stati gli sviluppi fondamentali e quali sono i vantaggi ottenuti?

"L'introduzione della chirurgia mini-invasiva nell'ambito della chirurgia toracica, specie quella legata alle patologie polmonari, ha permesso letteralmente di rivoluzionare questo tipo di operazioni. Basti pensare che prima di questo traguardo la normale procedura di intervento prevedeva incisioni molto profonde e ampie, anche di 30 centimetri, sezione dei muscoli e divaricazione delle coste, con un indice di invasività elevatissimo per il paziente e conseguenti degenze lunghe, spesso dolorose, e un'alta possibilità di andare incontro a complicanze post operatorie di vario tipo. Oggi grazie alle nuove tecniche chirurgiche c'è la possibilità di mantenere inalterato il risultato finale delle operazioni ma con modalità completamente differenti: parliamo di VATS (Video assisted thoracoscopic surgery) un approccio endoscopico che consente di eseguire esami diagnostici e interventi chirurgici attraverso incisioni minime, pochi millimetri, grazie all'ausilio di strumenti dedicati e di una telecamera con monitor ad alta definizione.

I vantaggi sono molteplici e rilevanti e riguardano un doppio fronte. Da un lato i benefici per il paziente: con un'invasività così ridotta la degenza è limitata ad un decorso di 3 o 4 giorni, e anche la dolore è fortemente limitato. La stessa probabilità di subire complicanze legate all'intervento diminuisce in modo sensibile, e conseguentemente il ritorno ad una vita normale ed attiva è possibile in tempi decisamente brevi. Altro

aspetto importante è che il paziente potrà quindi iniziare ulteriori cure, come trattamenti chemioterapici o radiologici, prima di pazienti operati con chirurgia tradizionale.

Tutto questo naturalmente ha ripercussioni favorevoli anche in termini socioeconomici. Tempistiche e problematiche ridotte consentono non solo una più ripresa rapida dell'attività produttiva dei pazienti, ma anche un ridotto impatto sulla spesa sanitaria: una serie di benefici che avvantaggiano dunque l'intera comunità. Per le strutture ed il sistema sanitario la disponibilità di competenze e tecnologie per la chirurgia mini-invasiva consente dunque di effettuare un investimento importante che permette, nel lungo termine, di migliorare in primis la vita dei pazienti ma anche di ridurre fortemente i costi economici".

Professor Bertani lei svolge la sua attività presso l'ISMETT di Palermo, che ha ricevuto la certificazione dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) come miglior centro in Italia per i risultati da trapianto su polmone. Qual è l'approccio medico vincente che ha permesso il raggiungimento di questo importante e prestigioso risultato?

"ISMETT è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che opera nella disciplina "cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo" da circa 25 anni, è un centro di eccellenza nel settore dei trapianti, chirurgia cardiotoracica, chirurgia addominale e terapie ad alta specializzazione. Nato dalla partnership internazionale fra la Regione Siciliana e l'UPMC (University of Pittsburgh Medical Center), l'Istituto ha un approccio definito "patient centred" ovvero che pone al centro il paziente con le sue molteplici necessità e peculiarità specifiche di ogni singolo individuo. Gli elevati indici di complessità generati da questi interventi possono essere gestiti solo con un approccio multidisciplinare e integrato, ovvero in centri e istituti dove sono presenti tutte le componenti necessarie: non solo chirurgiche quindi ma anche mediche, anestesio-logiche, infermieristiche e organizzative. Ad esempio anche da un punto di vista strutturale il centro non prevede una divisione classica in padiglioni o reparti, ma ha un'organizzazione basata su quella che viene definita "intensità di cura", ovvero il paziente sta nella parte di ospedale di cui ha più bisogno e i medici si spostano e ruotano per offrire tutti i servizi e tutte le cure di cui necessita il paziente. Questo tipo di approccio ha permesso di raggiungere dei risultati importantissimi: il report del CNT di analisi dei risultati del trapianto di polmone in Italia dal 2002 al 2019 ha evidenziato che i risultati di sopravvivenza dei pazienti dopo trapianto di polmone ad ISMETT primeggiano in tutte le categorie. Inoltre, l'analisi di sopravvivenza dei pazienti "pesata" per la complessità della casistica risulta ancora più favorevole confermando l'effetto positivo del modello organizzativo del centro".

Contatti

Prof. Alessandro Bertani,

Direttore del Centro Trapianto di Polmoni dell'Istituto ISMETT di Palermo - Is.Me.TT.
Via Tricomi, 5 - 90127 Palermo

Tel. 091.2192111

Mail: mail@ismett.edu

DYNAMO CAMP: IL DIRITTO ALLA FELICITÀ DEI PAZIENTI PIÙ GIOVANI

NON TUTTI I PICCOLI MALATI ONCOEMATOLOGICI GUARISCONO, MA TUTTI HANNO DIRITTO ALLA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA POSSIBILE. È QUESTA LA MISSION DI DYNAMO CAMP ONLUS E DEL SUO INSTANCABILE DIRETTORE SCIENTIFICO, IL DOTTOR SORRISO

Milanese con lontane origini serbe, il **Dott. Momcilo Jankovic** è il Direttore Scientifico di Dynamo Camp, un camp di Terapia Ricreativa che, da 15 anni, ospita gratuitamente per periodi di vacanza e svago estivi e invernali bambini e ragazzi malati, in terapia o nel periodo di post ospedalizzazione. Laureato nel 1977, il Dott. Jankovic è entrato subito nel mondo dell'Ematologia Pediatrica insieme al Prof. Giuseppe Masera, occupandosi in particolare di malattie pediatriche oncoematologiche come leucemie e linfomi. Nel 1982 si è spostato da Milano all'ospedale San Gerardo di Monza e per 40 anni ha lavorato a fianco dei bambini, dirigendo anche il Day Hospital di Ematologia Pediatrica, dove oggi continua a dare la sua preziosa consulenza.

Dottore, cosa l'ha guidata in questi anni di attività sempre a fianco dei bambini?

"Mi sono sempre sentito un "medico a 360°" e la scelta della Pediatria è stata proprio dettata dal potermi occupare dell'organismo in toto, con un occhio di riguardo in particolare alla qualità di vita di piccoli pazienti con patologie potenzialmente mortali, grazie all'integrazione tra medicina e altre specialità come la psicologia e la psichiatria. Se il limite del mio lavoro è sempre stato quello di non riuscire a guarire tutti – anche se oggi l'85% dei bambini con malattie ematologiche guarisce – ho sempre portato avanti l'obiettivo di garantire al 100% di loro una buona qualità di vita, sia a chi è destinato a guarire sia a chi, purtroppo, potrebbe non farcela. Perché anche quei bambini che hanno una prognosi infausta, hanno il diritto di godere di una qualità di vita migliore possibile per il tempo che rimane loro da vivere. Negli anni sono riuscito a portare avanti una buona comunicazione non solo con le famiglie ma coi bambini stessi, accompagnandoli durante la chemioterapia o altre terapie pesanti proprio grazie all'arte terapia, alla terapia del sorriso e a tutte quelle attività che possono affiancarli lungo percorso di cura che devono attraversare, rendendolo più leggero. Tra queste rientra anche Dynamo Camp".



Dott. Momcilo Jankovic

Com'è nato l'incontro con Dynamo Camp?

"Sono stato contattato quando ancora non esisteva questa iniziativa in Italia, per provare a realizzare anche nel nostro Paese l'idea lanciata da Paul Newman di organizzare dei camp estivi per ragazzi con disabilità o problematiche diverse. Da allora sono entrato in questo mondo che, ormai diversi anni fa, è diventato realtà e di cui oggi sono, con orgoglio, Direttore Scientifico. Negli anni il Camp è stato implementato e oggi siamo in grado di seguire circa 1.300 bambini durante il periodo giugno-ottobre e di organizzare family weekend in inverno, essendo vicino al Monte Abetone. Inizialmente ospitavamo solo bambini con malattie oncoematologiche, poi abbiamo esteso l'accoglienza anche ai pazienti con malattie neurologiche o con sindromi particolari in cui ci sia una disabilità che limita la qualità di vita del bambino. L'obiettivo è quello di far sentire questi bambini parte integrante di una società che sappi accettare attivamente ogni diversità".

Cosa caratterizza in particolare questo Camp?

"Il valore aggiunto più grande è dato al fatto che qui i bambini dai 6 ai 17 anni vengono ospitati da soli, senza la famiglia, per far testare loro, in prima persona, l'autonomia e farli vivere una vacanza come tutti gli altri bambini. Abbiamo un fantastico team di staff specializzato e formato e tantissimi volontari, anche questi formati, e un ottimo staff medico e infermieristico che si prende cura dei nostri ospiti 24 ore al giorno durante tutto il soggiorno e questa è stata sicuramente una scelta vincente che ha portato Dynamo ad essere una realtà straordinaria oltre che unica in Italia, connessa a un network internazionale con cui condivide comportamenti e approcci, nel rispetto delle diversità".

Cosa spera per il futuro?

"La medicina deve andare sempre avanti nella ricerca scientifica – oggi ad esempio c'è un grande impegno sulla biologia molecolare – ma è altrettanto importante la ricerca clinica, basata sui comportamenti e che comprende tutte quelle attività, talvolta meno considerate o ritenute un po' un lusso come ad esempio proprio la Terapia Ricreativa terapia, che invece funzionano molto, soprattutto sui bambini, perché attivano delle sostanze biologiche nel nostro organismo, le citochine, in grado di modificarne i parametri vitali (pressione sanguigna, frequenza respiratoria, ormoni...) agendo sulla sfera emozionale e dando benessere tangibile, transitorio o definitivo non importa, al paziente".

Contatti

Dynamo Camp

Via Ximenese 716, loc. Limestre – 51028 San Marcello Piteglio (PT)

Mail: dynamo@dynamocamp.org
momcilo@libero.it

www.dynamocamp.org

VULVODINIA: L'IMPORTANZA DELLA SENSIBILIZZAZIONE SU QUESTA PATOLOGIA ANCORA POCO CONOSCIUTA E DI DIFFICILE INDIVIDUAZIONE.

LA SALUTE PSICOLOGICA E FISICA DELLE DONNE, DI CONSEGUENZA DI COPPIE E FAMIGLIE, DIPENDE NON SOLO DALLA BUONA SALUTE GENERALE, MA DA UNA VITA DI RELAZIONE IN CUI LA PROPRIA FEMMINILITÀ POSSA ESSERE VISSUTA PIENAMENTE, SENZA LIMITI O FRUSTRAZIONI

La vulvodinia è una patologia che compare in letteratura medica per la prima volta nel 1880. Bisognerà attendere fino al 1983 affinché la Società Internazionale per lo Studio delle Malattie Vulvovaginali (ISSVD) adotti la prima definizione formale di vulvodinia, andandosi poi a perfezionare nel corso degli anni. Ad Aprile 2021 è stato presentato alla Camera dei Deputati e al Senato della Repubblica il primo progetto di legge scritto dal Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo, per far riconoscere la vulvodinia come patologia invalidante. Tra i fautori di questa iniziativa il Professor Filippo Murina, Specialista in Ginecologia e Ostetricia, attualmente responsabile del Servizio di Patologia del tratto Genitale Inferiore dell'Ospedale V. Buzzi – Università degli Studi di Milano e Direttore Scientifico dell'Associazione Italiana Vulvodinia (AIV).

Professor Murina quali sono le caratteristiche principali di questa patologia e quali sono i soggetti a rischio?

“La vulvodinia si caratterizza con una condizione di bruciore e dolore ai genitali esterni, presenti in un soggetto da almeno 3 mesi. È una malattia molto invalidante e molto frequente, in base ai dati oggi disponibili ne soffre circa il 15/18% delle donne, non è quindi una malattia rara. Sebbene la maggior incidenza si abbia nelle donne comprese tra i 20 e i 45 anni, è una malattia molto trasversale alla fascia di età, con delle caratteristiche molto personalizzate: ad esempio il dolore può essere continuo o solo intermittente, può essere localizzato in un punto specifico della vulva (vestibolo, uretra, clitoride) oppure può essere generalizzato a tutto l'organo genitale. Nell'80% circa dei casi i disturbi sono presenti all'ingresso della vagina, area definita vestibolo vaginale (vestibolodinia). Ad oggi non sono ancora chiare le cause di insorgenza di questa malattia, tuttavia, in base agli studi condotti fino ad oggi, è stato possibile fare una sorta di raggruppamento di alcuni fattori di ricorrenza che ritroviamo con elevata incidenza nelle donne che soffrono di questo disturbo: nel 35% dei soggetti interessati si è infatti riscontrata una storia di infezioni ricorrenti, vaginiti da candida o infezioni alle vie urinarie”.

Come è possibile effettuare una diagnosi tempestiva?

“La diagnosi di vulvodinia sarebbe di per sé relativamente semplice, in quanto non servono esami particolari, ma un esame obiettivo, ovvero una visita ben condotta che consenta di elaborare la diagnosi. Spesso però abbiamo riscontrato un ritardo diagnostico che in alcuni casi è notevole, si parla di



Prof. Filippo Murina

anni, e la causa è da riportarsi principalmente alla difficoltà di evidenziare degli aspetti visibili della malattia, ed interessando direttamente la sfera sessuale spesso attribuirgli una componente psicologica è un processo molto naturale e semplificato. In uno studio condotto anche dal mio gruppo, su oltre 1800 donne, una paziente con bruciore vulvare e difficoltà nei rapporti sessuali, che non presenta clinicamente alcuna causa che possa determinare queste problematiche (come infezioni o altre malattie vulvari) può essere posta a diagnosi di vestibolodinia. A questo punto basta un test molto semplice: è sufficiente, infatti, toccare con l'apice di un cotton fioc l'ingresso alla vagina e valutare se la donna percepisce questo stimolo non come uno stimolo puramente tattile, come dovrebbe essere, ma come uno stimolo doloroso. Se questo accade, in quanto vengono stimolate le terminazioni nervose, si svela la problematica che è alla base della patologia ossia un'ipersensibilità dell'ingresso alla vagina.

Quali sono le cure a disposizione delle pazienti e quali le speranze di miglioramento in questo senso?

“Le cure oggi sono tante e di vulvodinia si può guarire purché venga diagnosticata il più precocemente possibile e si costruisca un protocollo di cura che possa essere il più possibile personalizzato. I farmaci a disposizione oggi sono quelli utilizzati in ambito neurologico che lavorano sulle terminazioni nervose e neurotrasmettitori del dolore, come le

molecole di amitriptilina o pregabalin. Ma fondamentale risulta essere un approccio multidisciplinare che coinvolga molte altre figure, come ostetriche o fisioterapisti, per lavorare adeguatamente sulla muscolatura del movimento pelvico con tecniche di riabilitazione. Fondamentale anche la sinergia delle diverse tecniche innocue e indolori, come ad esempio l'utilizzo dell'elettrostimolazione o tecniche anche più innovative come l'elettroporazione, che si utilizza da qualche anno con risultati sempre più incoraggianti, e che consente di veicolare direttamente dei farmaci attraverso delle microcorrenti nella sede specifica del dolore attraverso l'apertura dei pori della membrana cellulare. Ma la ricerca prosegue a ritmo serrato e stiamo sperimentando frontiere sempre più innovative come la biologia molecolare e la genomica”.

Perché è importante svolgere un'adeguata campagna di sensibilizzazione intorno a questo problema?

La vulvodinia ad oggi non è riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale, nonostante le numerose e profonde implicazioni che comporta nella vita delle donne che ne soffrono. Questo tipo di patologia è infatti fortemente invalidante sotto molteplici punti di vista, psicologico, sociale e anche lavorativo. Chiunque ne soffra vive quotidianamente innumerevoli limitazioni anche nelle attività più semplici, dall'andare in bicicletta, indossare alcuni tipi di indumenti, avere una normale vita sessuale o anche solo il poter stare seduti a lungo. Senza contare che la presenza per un lungo periodo di un dolore cronico e costante è un aspetto che getta nello sconforto psicologico i soggetti che ne soffrono. Innanzitutto bisogna tener presente che la maggior parte degli operatori sanitari fatica ad oggi a effettuare una diagnosi tempestiva, confinando spesso i dolori che si presentano durante i rapporti sessuali come un fattore puramente psicologico. Il fatto che la vulvodinia non si manifesti con nessun elemento immediatamente visibile la rende una malattia subdola e per questo difficilmente individuabile. Manca un numero di centri adeguati che si occupi in modo corretto della malattia, con una disparità che è anche territoriale in quanto le strutture idonee a supportare le pazienti si trova dislocate al nord, con grande disagio per le pazienti. La proposta di legge presentata mira proprio ad ottenere una serie di riconoscimenti e tutele per i soggetti che ne soffrono: dalla rimborsabilità delle cure, alla possibilità di usufruire di permessi lavorativi e non ultimo quello di puntare alla istituzione di un Registro Nazionale che permetta una tracciabilità costante, coerente e unitaria della patologia e delle sue evoluzioni. In Italia fortunatamente l'Associazione Italiana Vulvodinia, parallelamente a molti altri gruppi e associazioni volontarie, svolge un ruolo fondamentale nella diffusione di informazioni e come punto di riferimento per tutte le pazienti che necessitano di assistenza e sostegno”.

Contatti

Filippo Murina, M.D.

Associazione Italiana Vulvodinia Onlus
Via Giovanni Battista Pergolesi, 4, 20124 Milano

Tel. 02.50042000

Mail: info@vulvodinia.org

IL FUTURO DELLA CHIRURGIA GINECOLOGICA TRA INNOVAZIONE TECNOLOGICA E NUOVE TERAPIE

DAGLI STRUMENTI OPERATORI ALL'AVANGUARDIA ALLA GESTIONE DEI DATI FINO A TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SEMPRE PIÙ MIRATI, IL CHIRURGO OGGI HA A DISPOSIZIONE ARMI SEMPRE PIÙ EFFICACI E MINI INVASIVE NELLA LOTTA ALLE PATOLOGIE GINECOLOGICHE

A Catania nel 2020 è stata inaugurata da Humanitas una nuova struttura privata d'eccellenza con altissimi standard di assistenza. Il **Dott. Fabio Ciano** è stato scelto come Responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Ginecologica, oggi tra i primi Centri in Sicilia per la cura delle patologie oncologiche ginecologiche. Con una grande esperienza maturata anche all'estero in un Centro Oncologico francese, Ciano, si occupa, insieme alla sua équipe di 4 eccellenti chirurghi, di Oncologia ginecologica e di chirurgia mini invasiva laparoscopica per tutte le principali patologie ginecologiche, dai tumori al prolasso ai fibromi... "Il supporto tecnologico in sala operatoria è sempre più importante nella nostra attività: basti pensare ai grandi passi avanti che abbiamo fatto negli ultimi anni nella tecnica laparoscopica o ai recenti interventi che stiamo sviluppando di Awake Surgery, la chirurgia da svegli, che ci consente di operare in laparoscopia senza addormentare quelle pazienti che, per motivi vari come ad esempio una gravidanza, sarebbero a rischio con un'anestesia totale. Senza contare l'ausilio fondamentale che la tecnologia dà anche a fini didattici per trasmettere il nostro sapere ai giovani chirurghi: dalla strumentazione che abbiamo a disposizione durante l'intervento ai nuovi sistemi per la gestione dei dati dei pazienti" spiega Ciano.

Dottore, che novità ci sono in termini di registrazione e archiviazione dei dati del paziente?

"Questo è un ambito in cui credo fermamente da sempre e che a mio avviso nel futuro diventerà obbligatorio in ogni struttura ospedaliera. Poter registrare e catalogare correttamente gli interventi, archiviando correttamente la grande quantità di dati che ne derivano, è fondamentale per molteplici motivi. Innanzitutto per garantire il rispetto della privacy del paziente; in secondo luogo come strumento di trasparenza e informazione nei confronti del paziente stesso sulla



Dott. Fabio Ciano

sua patologia e su come è stata trattata; in terzo luogo ai fini medico-legali: la registrazione video di un intervento resta una prova molto più certa e sicura rispetto a un referto scritto; infine, ma non certo meno importante, l'aspetto formativo e didattico per i giovani chirurghi".

Quale supporto può dare l'innovazione tecnologica a livello di formazione dei giovani medici?

"Grandissimo, sia in sala operatoria, durante l'intervento, sia nelle fasi successive: oggi, grazie a monitor, 3D, sistemi integrati con microscopi e telecamere, è possibile seguire in diretta un intervento chirurgico da vicino, come se si fosse a fianco del medico che sta operando. Inoltre, registrandolo e conservando i dati, si può rivederlo anche in seguito e rianalizzarlo per studiare e approfondire tecniche operatorie e case history. L'innovazione tecnologica diventa quindi un ausilio

fondamentale nella trasmissione alle nuove generazioni della pratica chirurgica".

Da un punto di vista, invece, di terapie, quali sono le principali novità?

"In Ginecologia stanno assumendo un ruolo sempre più interessante gli integratori alimentari, in particolare l'inositolo, una molecola che sembra essere molto efficace anche nella lotta ai fibromi uterini, dei noduli dell'utero di cui soffre circa il 40/50% delle donne nel nostro Paese ma che ad oggi non ha terapie mirate per combatterli. Si possono, infatti, asportare o embolizzare ma non trattare farmacologicamente. Altro aspetto su cui, invece, bisognerebbe porre maggiore attenzione sono i farmaci per l'Endometriosi: ad oggi siamo, infatti, uno dei pochi Paesi in cui ancora questi farmaci non sono rimborsati e per i quali non esiste un codice esenzione, a fronte di un numero davvero alto di donne che ne soffrono e che è peraltro molto sottostimato, poiché molto spesso i sintomi vengono trascurati o attribuiti ad altro (ciclo mestruale doloroso...). Si tratta invece di una patologia che può influire anche molto pesantemente sulla qualità di vita quotidiana delle donne, da un punto di vista della socialità, del lavoro, dei rapporti di coppia e dunque andrebbe senza dubbio preso in considerazione e normato in modo più efficace".

Contatti

Dott. Fabio Ciano

Responsabile UO di Chirurgia Ginecologica
Humanitas Istituto Clinico Catanese
Studio: piazza Montessori 3 - Catania

Tel. 095 321843

Mail: fabiociano@hotmail.com

ERNIA DEL DISCO LOMBARE: LE NUOVE FRONTIERE DELLA CHIRURGIA VERTEBRALE ENDOSCOPICA

L'ERNIA DEL DISCO PUÒ ESSERE TRATTATA: IN MOLTI CASI È SUFFICIENTE UN APPROCCIO FARMACOLOGICO ABBINATO A FISIOTERAPIA, TALVOLTA È NECESSARIO INTERVENIRE CHIRURGICAMENTE, CON PROCEDURE OGGI SEMPRE PIÙ CONSERVATIVE E MENO INVASIVE

Ne abbiamo parlato con la **Prof.ssa Flaminia Coluzzi**, Professore di Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore presso l'Università La Sapienza di Roma, e con il **Dott. Domenico Bruno Corrado Billeci**, Specialista in Neurochirurgia, Responsabile Pain Clinic Ismerian di Treviso.

Prof.ssa, cos'è l'Ernia del Disco Lombare e quanto impatta sulla popolazione?

"Si parla di ernia del disco quando, per una serie di condizioni fra cui l'usura e le sollecitazioni come il peso eccessivo, la scarsa attività fisica o il fumo di sigaretta, l'anello fibroso esterno del disco vertebrale si lacera, facendo fuoriuscire la parte centrale che va a comprimere le strutture nervose contenute nel canale spinale. Circa l'80% della popolazione ha, nel corso della propria vita, almeno un episodio di mal di schiena, a causa dei fisiologici processi degenerativi, tuttavia il numero di soggetti che presentano un'erniazione sintomatica a livello lombare è decisamente inferiore, con una prevalenza nel nostro paese di circa il 3%. La fascia di popolazione maggiormente esposta è però quella in età lavorativa (30-50 anni), pertanto l'impatto socio-economico di questa patologia è significativo per la società".

Perché l'Ernia del Disco causa dolore?

"Il dolore è il sintomo più importante ed è spesso di intensità severa ed invalidante: può rimanere localizzato alla regione lombare, ma più spesso può irradiarsi e alla coscia e alla gamba, configurando il quadro della radicolopatia. A seconda della gravità della compressione nervosa si possono avere altri sintomi quali perdita della sensibilità, intorpidimento, formicolii e, nei casi più gravi, perdita di forza a carico di alcuni muscoli dell'arto inferiore".

Come si arriva alla diagnosi?

"L'esame neuroradiologico fondamentale è la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), che consente di valutare in modo dettagliato



Prof.ssa Flaminia Coluzzi

il disco intervertebrale, le strutture nervose, la componente ossea e cartilaginea della colonna".

Quali sono i possibili trattamenti analgesici?

"Il primo approccio dovrebbe essere sempre conservativo con l'utilizzo di farmaci analgesici per garantire al paziente il mantenimento dell'attività fisica e la possibilità di effettuare fisioterapia. Il riposo a letto non è raccomandato. Nelle forme di dolore acuto trovano spazio gli antiinfiammatori, il cui utilizzo va limitato a pochi giorni per i possibili effetti collaterali a livello gastroenterico, renale e cardiovascolare. Le iniezioni peridurali di cortisonici possono essere utilizzate per ridurre l'edema della componente erniata di disco, al fine di minimizzare la compressione sulla radice nervosa, ma gli effetti sono solitamente transitori. Quando, tuttavia, il dolore persiste ed è sostenuto dalla irritazione di una struttura nervosa sono indicate altre categorie di farmaci, come gli analgesici centrali o gli

adiuvanti, che aiutano a modulare gli impulsi dolorifici che vengono trasmessi dalla periferia al cervello".

Dott. Billeci, quando è necessario ricorrere alla chirurgia?

"Attualmente l'indicazione chirurgica di rimozione dell'ernia è data dalla presenza di deficit motori, che possono configurare anche un quadro di urgenza chirurgica, o nel caso in cui la terapia farmacologica e la fisioterapia non abbiano ottenuto alcun risultato sulla sintomatologia dolorosa".

Quali sono oggi le novità in termini di tecniche chirurgiche?

"La tecnica più utilizzata è ancora la microdiscectomia, cioè una metodica che consente, con l'ausilio del microscopio operatorio, di esportare la parte erniata del disco. Resta comunque una tecnica di chirurgia open, invasiva, che comporta l'apertura del canale spinale. Più recentemente è stato introdotto un approccio chirurgico endoscopico al disco erniato, effettuato in anestesia locale, con un'incisione cutanea di meno di un centimetro e molto più conservativo. Permette di ridurre l'aggressività a carico delle strutture muscolari ed ossee che devono essere affrontate per raggiungere il disco malato. Si parla di TESSYS® (Transforaminal Endoscopic Spine Surgery) cioè di un intervento che sfrutta l'accesso attraverso un'apertura naturale della colonna vertebrale, chiamata forame intervertebrale, evitando così di ledere i tessuti intorno (osso e muscolo). La procedura chirurgica dura circa 40 minuti, il paziente può alzarsi e camminare anche un'ora dopo l'intervento, con risultati assolutamente sovrapponibili alla microchirurgia tradizionale "open", tuttavia, rispetto a quest'ultima, con una riduzione significativa del rischio di complicanze".

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

Dott. Domenico Bruno Corrado Billeci

Specialista in Neurochirurgia,
Responsabile Pain Clinic Ismerian Treviso
Tel. 338 4022247

Villa Mafalda Roma: 06 86094767

Mail: db.billeci@gmail.com

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA, L'ECCELLENZA IN PROVINCIA: GRANDI PASSI AVANTI GRAZIE ALL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

DISPOSITIVI DI ULTIMA GENERAZIONE, TECNICHE DI INTERVENTO MINI INVASIVE, IL DIGITALE E UNA RETE EFFICIENTE OSPEDALE – TERRITORIO CONSENTONO OGGI DI GARANTIRE AI PAZIENTI UN ACCESSO ALLE CURE SEMPRE PIÙ ADEGUATO E TEMPESTIVO

Il Santa Maria Goretti di Latina è uno dei primi Centri di Riferimento Cardiologici a livello nazionale per il numero di pazienti con sindrome coronarica acuta trattati invasivamente, è leader nel trattamento di molte cardiopatie strutturali; è tra i primi dieci centri in Europa per il trattamento dell'infarto miocardico acuto mediante angioplastica primaria, primo ospedale in Italia nel 2019. "Siamo davanti ad un'eccellenza che ha prodotto risultati importanti in termini di vite salvate, sul piano dell'efficienza e della qualità del sistema" spiega il **Prof. Francesco Versaci**, Direttore UOC UTIC, Emodinamica e Cardiologia dell'Ospedale pontino.

Professore cosa contraddistingue l'Unità Operativa da lei guidata?

"Il reparto può contare da un lato su tecnologie digitali e inclusive all'avanguardia e dall'altro su una rete tempo dipendente di emergenza per l'infarto che collega strettamente l'Ospedale al territorio. Oltre a grandissime professionalità in termini di personale medico e infermieristico. La rete tempo-dipendente per la cura dell'infarto è attiva sin dal 2013, è considerata un esempio di efficienza e funzionalità. Grazie a una straordinaria sinergia tra personale dell'Ospedale e del 118, è stato possibile mettere in rete tutta la provincia Pontina, anche le zone più remote. Il personale del 118, dotato di 24 ambulanze, 3 auto mediche e un elicottero, trasmettono presso la nostra unità coronarica il tracciato elettrocardiografico dei pazienti da qualsiasi punto del territorio. Il nostro Cardiologo si interfaccia con il 118 collaborando per la diagnosi e la strategia terapeutica. Le cure, efficaci, come ad esempio la somministrazione di farmaci e potenti antiaggreganti viene iniziata subito e il paziente con infarto acuto viene trasferito direttamente in sala di emodinamica per effettuare l'intervento di angioplastica, senza passare dal pronto soccorso. Questo consente di evitare la perdita, irrecuperabile, di tessuto miocardico".

Quali sono le ultime innovazioni che hanno segnato una svolta importante?

"In Cardiologia Interventistica la tecnologia ha sempre avuto un ruolo importantissimo, creando nel tempo dispositivi sempre più sicuri, facilmente impiantabili che hanno davvero modificato strategie ed indicazioni al trattamento dei pazienti affetti



Prof. Francesco Versaci

da malattia coronarica. Ultimamente, tuttavia, una delle innovazioni digitali che ha avuto un forte impulso, complice la pandemia, è il servizio di Telemedicina. Garantire equità ed accesso alle cure primarie rafforzando capillarmente i servizi sul territorio a partire dalle categorie fragili, è l'obiettivo della Asl di Latina che ha adottato un nuovo Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con Scompenso Cardiaco. L'obiettivo è quello di dare la stessa opportunità di cura a tutti gli utenti, dalle isole al territorio, potenziando strutture come gli Ospedali di Comunità, rafforzando l'assistenza domiciliare e realizzando un efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari.

Oggi stiamo seguendo al loro domicilio oltre mille pazienti portatori di pacemaker e di loop recorder, un piccolo dispositivo, del peso di circa 3 gr, che viene introdotto sottocute ed è in grado di registrare e trasmettere al Centro di Riferimento parametri e informazioni utili per seguire l'attività elettrica del cuore. Oltre a questi utenti, vengono seguiti anche altri pazienti più fragili che sono inseriti in una piattaforma di telemedicina e monitorati dai medici della Cardiologia. Una ulteriore originale innovazione che abbiamo apportato è la possibilità di fare esami come ecocardiografie al domicilio dei pazienti mediante l'ausilio dei nostri tecnici sanitari Sonographer, in collegamento online con il Cardiologo che dall'Ospedale può refertare l'esame ed interagire con il paziente. Un'altra tecnica innovativa riguarda i malati di ipertensione

arteriosa, uno dei principali fattori di rischio per le malattie dell'apparato cardiovascolare tra le quali le più temibili sono ictus ed infarto del miocardio: la "denervazione renale" è un intervento mini invasivo che viene effettuato in anestesia locale per via percutanea con l'inserimento di un dispositivo di ultima generazione all'interno delle arterie renali, attraverso il quale si eroga energia a bassa potenza e si ottiene la modulazione delle terminazioni del sistema simpatico. È adatto per tutti quei pazienti ipertesi che non hanno un adeguato controllo dei valori di pressione arteriosa malgrado la terapia medica e ai pazienti "difficili da trattare" perché intolleranti ai farmaci, per la presenza di effetti collaterali, pazienti con scarsa attitudine alla regolarità di assunzione o con prelevato profilo di rischio. Spesso sono pazienti che hanno avuto complicanze legate a pousée ipertensive come ictus, infarto e accessi al pronto soccorso".

Quali potrebbero essere gli step futuri di ulteriore evoluzione nel suo campo?

"Da un lato la nascita di un "ospedale virtuale" – come quello che stiamo creando in accordo con la Direzione strategica della nostra ASL – che si arricchirà via via di tutte le specializzazioni, come internisti, diabetologi, pneumologi e di altri operatori sanitari come infermieri, tecnici che potranno seguire a distanza i pazienti più fragili. Dall'altro, grazie alla continua evoluzione tecnologica, potremo fare grandi passi avanti anche in termini di prevenzione: abbiamo recentemente pubblicato, grazie ad una collaborazione con il Servizio Meteorologico dell'aeronautica Militare di Pratica di Mare ed Arpa Lazio, uno studio che ha dimostrato un legame tra clima, inquinamento e infarto. L'incidenza di infarto ha una distribuzione circadiana e stagionale: se la rottura o l'erosione della placca aterosclerotica sono le cause patogenetiche principali, diversi fattori scatenanti ne sono coinvolti. Tra questi il clima e l'inquinamento. Tali risultati hanno importantissime implicazioni sulle strategie terapeutiche dei pazienti: riuscire a prevedere con anticipo i giorni considerati con bollino rosso per infarto offre la possibilità di prevenzione dei pazienti a maggior rischio di incidenti cardiovascolari e nuove possibilità organizzative per il sistema dell'emergenza sanitaria. Infine, abbiamo iniziato un ambizioso programma che intendiamo incrementare, che prevede il trattamento interventistico delle aritmie complesse e delle valvulopatie che è reso possibile anche grazie alla recente donazione da parte di Fondazione Sanità e Ricerca, di una sala operatoria ibrida, la prima del genere in un ospedale pubblico della nostra Regione che può rendere possibile l'attuazione di tale programma".

Contatti

Prof. Francesco Versaci

Direttore UOC UTIC, Emodinamica e Cardiologia
Ospedale Santa Maria Goretti
Via Lucia Scaravelli – 04100 Latina

Tel. 0773 6553518

Mail: francescoversaci@yahoo.it

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.



 Pfizer

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 DICI SALTARE.

TRADUCIAMO LA SCIENZA IN VITA.



#TRADUCIAMOLASCIENZAINVITA | [pfizer.it](https://www.pfizer.it)