

NEGRI NEWS 188

MENSILE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI IRCCS

www.marionegri.it

SALUTE

L'ultima sfida del re dei trapianti: "Anch'io ho un cuore nuovo"

Robert Montgomery ha portato il suo team della scuola di medicina e del trapianto del NYU Langone Health di New York nel più grande centro di trapianto dell'Ucraina in guerra. Innovazioni e primati di una persona che intravede opportunità dove gli altri vedono problemi. Poi anche uno dei più grandi chirurghi del mondo ha bisogno di un trapianto di cuore. Una vita che sembra un film dove però ci sono tutti i progressi della medicina e della chirurgia e la dedizione di chi fa ricerca per trovare farmaci nuovi. Anche quelli per i quali i virus che verranno non avranno vita facile.

Per settimane il team della scuola di medicina e del trapianto del NYU Langone Health di New York si è trasferito in Ucraina nel più grande centro di trapianto del Paese devastato dalla guerra.

Lo ha voluto fortemente il loro capo, Robert Montgomery; hanno avuto del coraggio, c'è stato bisogno che gli ucraini proteggessero il loro viaggio con degli apparati mobili per schivare i missili: "Mi sono reso conto di quanto buia possa essere la notte", ha detto Montgomery.

In Ucraina i medici di New York hanno visitato oltre 300 pazienti in quattro centri per rifugiati e poi sono riusciti a portare a termine con successo tre trapianti di rene e uno di cuore, in quello che restava dell'ospedale dei trapianti, fianco a fianco con i colleghi di Leopoli; hanno visto devastazione e morte, gli hanno promesso che continueranno ad aiutarli.

Ma chi è questo Robert Montgomery? Uno dei più grandi chirurghi del mondo, scapestrato, se volete, ma certamente geniale; pensate che durante un viaggio da Dallas a Parigi di un po' di anni fa si trova per caso seduto accanto a Denyce Graves, mezzo soprano, alta, nera, bellissima; parlano tutto il tempo e mentre l'aereo sta per atterrare hanno già deciso che si sposeranno. Denyce ad appena 30 anni aveva già incantato tutto il mondo con la sua Carmen al Metropolitan. Oggi è la "top diva" della sua generazione, canta regolarmente alla National Cathedral di Washington ed è proprio lì che Denyce e Robert si sposano, con una cerimonia tutto sommato semplice, ma si erano già sposati, si fa per dire, in un villaggio Masai in Africa con un patto di ferro: "Tu vieni a vedermi all'opera e io un giorno verrò al tuo di teatro ("operating theatre", si dice proprio così in inglese) voglio vederti operare". Montgomery vede Denyce nel 2007 alla Washington National Opera nel Bluebeard's Castle, lei dopo averci pensato su un bel po' si decide ad andare da lui in ospedale. Assiste a un trapianto dall'inizio alla fine, ma "non sono sicura che lo rifarei".

Montgomery adesso è una celebrità: ha

introdotto l'intervento chirurgico di prelievo del rene da vivente attraverso una procedura laparoscopica, cioè molto poco invasiva rispetto alla chirurgia tradizionale (quella tecnica oggi nel mondo la usano tutti). È entrato nel Guinness dei primati per aver fatto il maggior numero di trapianti in un giorno solo. Come se non bastasse ha saputo rimuovere il rene di una donatrice attraverso la vagina, un po' imbarazzante a dirlo tutta, ma funziona: non c'è bisogno di incidere i tessuti e si guarisce subito. Sempre lui un anno fa ha trapiantato il rene di un maiale modificato geneticamente su un uomo in condizioni di morte cerebrale; quel rene ha funzionato.

Robert Montgomery, insomma, è una di quelle persone che intravede opportunità dove gli altri vedono problemi: quando ti senti dire "No, questo non potrà mai funzionare", lui ci prova.

Ma un giorno capita che il principe dei chirurghi del trapianto abbia bisogno, proprio lui, di un trapianto di cuore. Possibile?

"Adesso so"

Robert Montgomery ha una cardiopatia familiare che ha già portato alla morte suo padre, a soli 52 anni, e suo fratello che, quando ne aveva appena 35, ebbe un arresto cardiaco mentre faceva sci d'acqua. Per "Bobby" fu un trauma, al punto di decidere che avrebbe voluto essere medico e dedicarsi al trapianto e fare quello che non era stato consentito a suo padre (allora 50 anni erano troppi per avere un trapianto di cuore).

Robert Montgomery dall'età di 29 anni è portatore di un defibrillatore ma arriva il momento in cui il cuore del chirurgo del cuore si ferma; lo rianimano, il cuore riparte ma torna a fermarsi altre sette volte nel giro di pochi anni, l'ultima proprio in Italia, a Matera, in albergo, nel settembre di quattro anni fa. A quel punto è chiaro che Bobby ha bisogno di un trapianto di cuore. In terapia intensiva, nell'attesa di un organo che non arriva mai, il super chirurgo pensa quello a cui hanno sempre pensato

i suoi ammalati: "Quanto dovrò aspettare"? Montgomery sa bene che non sempre il cuore arriva in tempo, se non succede si muore. Insomma, devi essere fortunato. Montgomery non vuole favoritismi ma sa che per lui sarà più difficile trovarlo perché lui è molto alto e quindi necessita di un cuore grande e in più il suo sangue è di gruppo 0 e quindi occorre un donatore compatibile. Ma dopo qualche giorno di rianimazione gli comunicano che un cuore è stato trovato: apparteneva ad un giovane morto per overdose ma purtroppo ammalato di epatite. Montgomery non ci pensa un minuto: "Benissimo, prendo quel cuore! Nel fare questa scelta il dottor Montgomery sapeva che si sarebbe ammalato di epatite C, quel virus è molto contagioso e chi riceve un organo da una persona infetta, a sua volta si ammala tanto che fino a pochi anni fa organi di pazienti con epatite C non se ne usavano proprio. "Meglio - pensa Robert - forse quel cuore sarebbe stato scartato, così non tolgo un cuore a quelli che aspettano". Cinque giorni dopo l'intervento, Robert contrae il virus dell'epatite.

Oggi però c'è un farmaco (costosissimo, certo, ma anche estremamente efficace) che guarisce più del 95% dei pazienti, lo si deve prendere ogni giorno per otto settimane e dà anche qualche disturbo, ma pazienza. Bobby guarda avanti.

Due settimane dopo è già in ospedale e dopo altre due settimane di nuovo in sala operatoria non prima di aver parlato col paziente che opererà il giorno dopo per dirgli fra l'altro una cosa bellissima: "Adesso so perfettamente cosa proverai, ci sono passato anch'io due mesi fa; ero dall'altra parte, dalla tua parte, l'altra faccia della medaglia la conosco bene".

Per convincere gli ammalati a non rifiutare gli organi di pazienti con l'epatite C a Robert adesso bastano poche parole: "Vede signore, di epatite C si guarisce come sono guarito io, il rischio di morire mentre si aspetta un organo che sia un cuore, un fegato o un polmone, è molto più alto". Da giovane Bobby era stato in Africa; "Chissà, forse è stata quell'esperienza, di certo lui sa parlare con i suoi ammalati con una dolcezza incredibile", dicono gli infermieri.

Chi ha avuto la pazienza di leggermi fin qui penserà che tutto questo non è vero, che è la trama di un film ma in quel film c'è tutto il progresso della medicina e della chirurgia e la dedizione di chi fa ricerca per trovare farmaci nuovi. Agli antibiotici siamo abituati, ma fino a pochi anni fa non pensavamo che ci sarebbero state pillole capaci di vincere anche i virus. Adesso ci siamo: col virus dell'epatite C, dell'herpes, con l'HIV e un po' anche con SARS-CoV-2. I virus che verranno non avranno vita facile.

GIUSEPPE REMUZZI

Corriere della Sera, 21/10/2022

Telemedicina, la sanità del futuro?

Nella tavola rotonda organizzata dalla MNIAA analizzate le potenzialità e le possibili criticità della telemedicina, la pratica autorizzata dal Ministero della Salute che il SSN può utilizzare per realizzare l'assistenza sanitaria a distanza. La digitalizzazione della sanità ha avuto un'inevitabile accelerazione nei due anni in cui era pressoché impossibile eseguire visite mediche in presenza. I vantaggi dell'impiego di vecchi e nuovi strumenti di telemedicina e i rischi del *digital divide* e della introduzione di disuguaglianze di trattamento. Essenziale il coinvolgimento dei medici.

Si parla tanto di telemedicina, la pratica autorizzata dal Ministero della Salute che il Sistema Sanitario Nazionale può utilizzare per realizzare l'assistenza sanitaria a distanza, ma ancora non è chiaro quanto le tecnologie informatiche avanzate rese disponibili per i cittadini potranno sopperire, nell'attuale sistema sanitario italiano, alle difficoltà che potranno coinvolgere le fasce più anziane o più economicamente deboli della popolazione. Inevitabilmente inoltre la realizzazione di questi obiettivi comporterà un peso organizzativo ed economico che la comunità scientifica dovrà assumere. Tutto ciò giustifica il punto interrogativo presente nel titolo della Tavola Rotonda organizzata dall'Associazione Alumni del Mario Negri (MNIAA) tenutasi il 24 ottobre presso la sede della Società Svizzera di Milano

TELEMEDICINA la sanità del futuro?

Introduce

Armanda Jori, Presidente MNIAA
Relatori

Ruggiero Cortella, Giornalista Corriere della Sera-Redazione Salute

Eugenio Santoro, Capo Laboratorio Informatica Medica Istituto Mario Negri

Silvio Garattini, Presidente Istituto Mario Negri (in registrazione)

Qui di seguito il dr. Santoro elabora ed approfondisce i contenuti dell'evento (a.i.)

La pandemia di Covid-19 ha fornito l'occasione per accelerare sul processo di digitalizzazione della sanità.

La telemedicina, sebbene come disciplina esistesse già da molti anni (le prime linee guida italiane risalgono al 2013), è stata ampiamente impiegata durante i due anni nei quali era pressoché impossibile eseguire visite mediche in presenza.

Esperienze di telemedicina, telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto, teleriabilitazione, in Italia e nel mondo, si sono moltiplicate consentendo a molti pazienti, soprattutto quelli affetti da malattie croniche, di poter essere seguiti direttamente da casa.

Istituzioni sanitarie nazionali hanno definito linee guida più specifiche in grado di identificare a quali pazienti può essere rivolta la telemedicina, quali strumenti possono essere impiegati al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e la loro privacy, quali sfide organizzative affrontare per rendere disponibili questi strumenti non solo tra le strutture private (dove da

molti anni sono disponibili), ma anche tra le strutture pubbliche, regolamentando prescrizione e rimborsabilità.

Con il PNRR inoltre circa 2,4 miliardi di Euro sono stati allocati per l'implementazione della telemedicina in Italia (con lo sviluppo di specifiche piattaforme) e per la riorganizzazione del Fascicolo Sanitario Nazionale, ripensato per essere non più uno strumento di tipo amministrativo che tiene traccia delle prestazioni richieste dai pazienti ma un vero e proprio strumento di tipo clinico in grado di conservare la storia dei pazienti e degli esiti clinici delle prestazioni di cui hanno fruito (ovunque essi siano stati prodotti), di fornire indicazioni e suggerimenti ai medici e reparti di emergenza sui farmaci che essi stanno assumendo o sulle allergie di cui essi soffrono, di ospitare informazioni per poter attuare strategie di sorveglianza e prevenzione. Accanto ai tradizionali strumenti di telemedicina iniziano a farsi largo strumenti originariamente pensati per il mondo dei "consumer", come orologi e braccialetti intelligenti, app per smartphone, e strumenti dell'Internet of Things, che in molti casi sono in grado di raccogliere parametri fisiologici e altre informazioni in grado di migliorare il processo di cura dei pazienti seguiti da casa oppure di favorire

una migliore aderenza al trattamento farmacologico a cui essi sono sottoposti.

I vantaggi dell'impiego di questi strumenti, una volta a regime, è innegabile: seguire pazienti da casa evitando spostamenti, monitorare i pazienti più fragili o quelli che soffrono di patologie croniche, eseguire riabilitazioni direttamente dal domicilio, ridurre i costi per l'assistenza sanitaria, avere a disposizione grandi quantità di dati in grado di identificare in tempi brevi nuove pandemie o situazioni anomale dal punto di vista epidemiologico, sono alcuni degli aspetti positivi della digitalizzazione in ambito sanitario.

Occorre tuttavia superare alcune difficoltà ed evitare i rischi causati da un eccesso di digitalizzazione, a cominciare dal cosiddetto "digital divide".

Esclusioni e disuguaglianze

Anziani, persone poco scolarizzate, economicamente svantaggiate o che vivono in zone nelle quali la banda larga (ma anche Internet alle velocità usuali) rischiano di rimanere escluse da questa trasformazione per età, limitata competenza nell'impiego di strumenti digitali, costi, carenza di infrastrutture.

La telemedicina, al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare, potrebbe poi introdurre disuguaglianze di trattamento, riconducibili non solo al "digital divide" ma anche ad altri aspetti come il disegno del software e l'addestramento dell'algoritmo. La possibilità di monitorare costantemente la propria salute potrebbe poi portare ad una eccessiva medicalizzazione e all'uso di farmaci o di prestazioni sanitarie inutili o inappropriate.

Ma soprattutto occorrerebbe dimostrare dal punto di vista scientifico che gli strumenti di telemedicina (e i suoi derivati,

EUGENIO SANTORO

(continua in ultima pagina)



(da sin) Eugenio Santoro, Ruggiero Cortella, Armanda Jori

Case di Comunità: quel che serve perché funzionino

Il PNRR prevede 18,5 miliardi per interventi nel settore della salute tra cui, entro il 2026, 1.350 Case di Comunità che dovranno offrire i servizi previsti dal Regolamento DM77, il più importante dei quali le "cure primarie" di assistenza territoriale erogate da equipe multiprofessionali di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta autorizzati comunque a continuare a svolgere l'attività nei propri ambulatori. I rischi di spesa aggiuntiva e di doppi binari assistenziali di problematica gestione. Necessaria una revisione perché si realizzi il potenziale innovativo delle Case di Comunità.

Nel 2020 l'Unione Europea, per il rilancio dell'economia nella fase successiva alla pandemia, ha introdotto uno strumento che consente agli stati membri di accedere a sovvenzioni e prestiti presentando un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il testo definitivo del PNRR predisposto dal governo Draghi è stato approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021. Il Piano prevede anche 18,5 miliardi per interventi nel settore della salute che riguardano l'attuazione di reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Tra gli interventi per l'assistenza sanitaria territoriale è inclusa l'apertura entro il 2026 di almeno 1.350 Case di Comunità, che dovrebbero coordinare i servizi territoriali. Il governo ha comunicato che entro il 28.2.2022 ciascuna regione doveva definire il proprio piano per la realizzazione delle Case di Comunità, che quindi entravano ufficialmente a far parte della programmazione sanitaria nazionale. In realtà le Case di Comunità non possono definirsi come qualcosa di completamente nuovo in quanto sono un'evoluzione delle Case della Salute, già previste nel 2007 come strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio interventi socio-sanitari integrati. L'adesione alla sperimentazione era però rimasta relativamente limitata: nel 2020 ne erano state aperte solo 493 in 13 regioni su 21. Regioni importanti come Lombardia, Campania e Puglia ne erano completamente sprovviste. Non solo la distribuzione delle Case della Salute era molto disomogenea ma mancavano dati complessivi sulla qualità dell'assistenza.

Attività aggiuntiva

Un'indicazione sui servizi che devono offrire le Case di Comunità è stata invece definita da un regolamento (DM77) datato 23/5/2022 che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale ricalcando con qualche aggiornamento l'innovazione apportata nel 2007 dalle Case della Salute. Le Case di Comunità sono definite come un luogo accessibile e di facile individuazione, a disposizione dei cittadini, nell'ambito del distretto socio-sanitario. Devono prevedere la presenza medica di 24 ore e di 7 giorni su 7 e la presenza infermieristica di 12 ore e di 7 giorni su 7. Le Case di Comunità devono erogare per il DM77 una serie ben precisa di servizi di cui il più importante "le cure primarie" che

devono essere erogate da equipe multiprofessionali di cui fanno parte medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta. D'altronde viene accennato che l'assistenza medica deve essere svolta come attività aggiuntiva rispetto alle attività svolte dai MMG per i propri assistiti in contrasto con la prescrizione di garantire una presenza medica e infermieristica continuativa e quotidiana. Visto che i MMG sono autorizzati a continuare a svolgere la propria attività nei loro ambulatori, rimangono vaghe sia la tipologia e soprattutto la quantità di medici presenti nelle Case di Continuità, nonché

quali utenti possano accedervi.

Si prefigura quindi un doppio binario difficilmente gestibile tra i MMG, che continuano la loro attività secondo le modalità tradizionali, e le Case di Continuità che finirebbero per somigliare a un poliambulatorio con annesso un servizio di guardia medica, funzionante secondo i canoni classici della medicina di attesa.

Visto che il PNRR non prevede investimenti per le risorse umane, ad eccezione dell'assistenza domiciliare, le regioni dovrebbero caricarsi la spesa aggiuntiva indotta dalle Case. La disponibilità del FSN è giudicata insufficiente anche per il mero mantenimento dei servizi esistenti, per cui le prescrizioni del D.M. 77 rischiano di rimanere velleitarie e inefficaci.

In conclusione le Case di Comunità hanno un potenziale innovativo che può dare una svolta alla sanità territoriale di cui c'è grande bisogno. Il progetto però sconta il limite di essere basato sull'elencazione delle prestazioni da erogare senza un quadro generale di programmazione correlato ai bisogni di salute dei cittadini e delle comunità di cui fanno parte.

È necessaria una revisione perché le potenzialità si realizzino.

**ANGELO BARBATO
ALESSANDRO NOBILI**

PRONTUARIO DI IDEE PER LA SCUOLA ITALIANA

Sulle caratteristiche della nostra scuola esistono posizioni eterogenee, spesso non disintegrate. C'è chi la esalta come la migliore del mondo e chi la considera completamente inadeguata alle esigenze dei tempi attuali. Non vi è dubbio che non tutto è da buttare ma anche che vi siano necessari importanti cambiamenti che cercherò di commentare.

1. La scuola italiana manca di un insegnamento che aiuti i giovani, fin dalle scuole elementari, a pensare alla propria salute. Non tutte le malattie piovono dal cielo. Molte malattie da quelle croniche ai tumori sono in gran parte evitabili. Dipende da noi, attraverso l'applicazione delle buone abitudini di vita, migliorare la nostra salute ma ciò richiede la presenza della scienza nella scuola. Manca nella nostra scuola l'idea che la scienza sia fonte di conoscenza, attraverso specifiche metodologie, che la rende diversa dalla conoscenza di altre forme di sapere come la conoscenza letteraria, filosofica o artistica.

Se voglio sapere se un farmaco fa bene o fa male, se fa bene fare esercizio fisico, non lo posso chiedere alla filosofia o alla letteratura, lo devo chiedere alla scienza. Ciò richiede la presenza di insegnanti che oggi, salvo eccezioni, non esistono ma che devono essere preparati a questo tipo di attività. Questo cambiamento necessario nella nostra scuola avrà in futuro il vantaggio di diminuire la creduloneria, di migliorare la salute dei cittadini, di ridurre l'assenteismo da malattie evitabili e di permettere la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nonché una miglior visione della realtà da parte dei politici.

2. La nostra scuola è una scuola del passato. Tutto ciò che si studia appartiene a quanto già accaduto: dalla storia alla filosofia, dall'arte alla biologia. Ciò è un bene perché ci permette di sapere da dove veniamo ma è anche una limitazione perché non ci permette di capire dove andiamo. Manchiamo di prospettiva perché non ci occupiamo del presente e tanto meno del futuro. Ciò determina la relativa incapacità del nostro mondo imprenditoriale e politico a realizzare progetti di ricerca e piani strategici. Inoltre i nostri documenti che riguardano appunto piani strategici sono molto lunghi perché nella nostra scuola, ad esempio, rispetto a quella francese, c'è poca tendenza a fare riassunti privilegiando invece i temi. Fare riassunti abitua a capire i punti importanti di quanto si legge o si progetta.

3. La scuola italiana è passiva, molto spesso soprattutto nelle Università, soggetta solo a lezioni frontali. I giovani italiani fanno poche domande e interagiscono poco con gli insegnanti. Sembra paradossale ma una parte delle lezioni dovrebbero farle gli studenti. L'enorme disponibilità di informazioni dovrebbe permettere di preparare una lezione con la guida e l'aiuto degli insegnanti. Sarebbe una modalità importante per ricordare ed elaborare le informazioni, per imparare cosa ritenere e cosa si può dimenticare. Un'altra modalità per rendere più attivo il comportamento dei giovani è la realizzazione di dibattiti sulla interpretazione di avvenimenti storici o su problemi che riguardano il futuro della nostra società. È una modalità per avere in futuro dibattiti meno aspri e più comprensivi. Questi cambiamenti richiedono coraggio perché si tratta di sconfiggere tabù e di richiedere agli insegnanti più formazione per un'attività differente dall'attuale routine. Il Ministro dell'educazione ha una grande opportunità per essere ricordato nel futuro con gratitudine.

SILVIO GARATTINI
la Repubblica, 28/11/2022

Ricerche in pillole

a cura di **Armanda Jori**

L'ARGON IN CORSA CONTRO L'ARRESTO CARDIACO

L'arresto cardiaco è uno degli eventi più gravi che possa colpire l'apparato circolatorio con una mortalità che si aggira intorno al 70% dei colpiti e con una sopravvivenza che comporta comunque gravi situazioni invalidanti soprattutto di tipo neurologico.

Un evento che colpisce in Europa 700 mila persone di cui circa 60.000 solo in Italia. Generalmente si tratta di individui apparentemente sani non portatori di malattie cardiache, anche di giovane età in particolare a seguito di traumi o di attività sportive. Solo l'8% dei sopravvissuti rimane esente da danni neurologici.

Non vi sono terapie efficaci di prevenzione né di riabilitazione.

Possiamo adesso dire con ottimismo non c'erano. Perché, come hanno pubblicato anche i giornali di informazione nel mese di agosto di quest'anno, un paziente colpito da un trauma cranico la settimana precedente era uscito dal Policlinico milanese in perfette condizioni fisiche.

Era il primo paziente nel mondo trattato con il gas Argon!

Non era però il risultato di un miracolo ma di almeno dieci anni di lavoro di ricerca del professor Giuseppe Ristagno (responsabile del Laboratorio di Fisiopatologia Cardiopolmonare dell'Istituto Mario Negri, associato di Anestesia alla Statale di Milano) e del suo team.

L'Argon è un gas inerte, molto stabile, poco reattivo e costituisce circa l'1% della nostra atmosfera.

L'ipotesi su cui si basarono le prime ricerche era che l'Argon potesse esercitare un'azione diretta sulle membrane dei mitocondri rendendole più resistenti all'assenza di ossigeno che si verifica durante l'arresto cardiaco.

I primi risultati in laboratorio si dimostrarono positivi e crebbe la speranza della realizzazione dell'ipotesi, pur consapevoli che avrebbe comunque richiesto molti anni di lavoro.

Eravamo ancora nel 2012 quando giovani ricercatori del Mario Negri parteciparono alla Maratona di Milano, l'evento solidale che abbina lo sport all'attività di fundraising, sostenendo il progetto titolato "In corsa contro l'arresto cardiaco": non vinsero la Maratona ma vinse la ricerca!

Infatti dai dati ottenuti in laboratorio si poté passare allo studio sugli animali dove fu accertato che dopo un arresto cardiaco la mortalità si attesta sul 70% degli animali colpiti, mentre negli animali trattati con Argon il 70% sopravviveva senza successivi danni neurologici.

Il passo successivo era verificare se l'Argon potesse esercitare questa protezione anche nell'uomo.

Ovviamente i risultati ottenuti sul paziente 0 non consentono attualmente di autorizzare l'impiego dell'Argon come terapia

ma permettono di avviare studi controllati sui pazienti per verificarne l'efficacia e garantirne la sicurezza.

Dieci anni di ricerca hanno permesso di avviare i primi studi clinici, se i risultati lo confermeranno, speriamo che in tempi più brevi una nuova speranza possa essere concessa a tanti pazienti colpiti da un evento così devastante.

FRATTURE, SALUTE DELLE OSSA E INTEGRATORI DI VITAMINA D

La frattura delle ossa nelle persone anziane rappresenta uno dei più gravi problemi per la salute pubblica. Si calcola che negli Stati Uniti più di 50 milioni di cittadini siano affetti da scarsa massa ossea e da osteoporosi. L'insorgenza di queste patologie sono responsabili del grande numero di fratture che colpisce soprattutto le fasce anziane della popolazione.

Gli integratori di vitamina D sono utilizzati in tutto il mondo per promuovere la formazione di massa ossea aumentando l'assorbimento intestinale del calcio e, si ritiene, il prevenire del determinarsi di fratture.

Negli ultimi decenni l'utilizzo di questi farmaci è aumentato in modo esponenziale. Mentre in Italia la nota 96 della ASL stabilisce quali sono le condizioni alle quali il SSN consente l'utilizzo del farmaco a carico dello Stato, in altri Paesi non esistono queste limitazioni.

Negli Stati Uniti società e fondazioni consigliano ai cittadini dai 50 anni in su l'assunzione giornaliera di alte dosi di vitamina D (dagli 800 ai 2000 IU al giorno) per prevenire il rischio di fratture.

È sorprendente che per verificare questa asserzione non vi siano studi controllati e randomizzati che la documentino in modo univoco.

Gli effetti di una prolungata somministrazione supplementare di vitamina D sul verificarsi di fratture vengono riportati nei diversi lavori come positivi, inconsistenti o addirittura dannosi.

Nel luglio del 2022 sono stati pubblicati sulla *New England Journal of Medicine* (1), una delle più autorevoli riviste scientifiche internazionali, i risultati di un importantissimo studio condotto al Brigham and Women's Hospital di Boston al fine di dimostrare se la supplementazione cronica di vitamina D (2000 IU per day) condotta per circa 5 anni su una popolazione di ultracinquantenni non affetti da alterazioni o patologie della massa ossea determinasse nel tempo, una protezione dall'insorgenza di fratture

Allo studio parteciparono 25.871 persone: 12.927 furono trattate con vitamina D, 12.944 ricevettero il placebo.

La durata media del trattamento fu di 5,3 anni. Alla fine del periodo di osservazione si poté documentare che la supplementazione di vitamina D non aveva ridotto il rischio di fratture.

Infatti nel gruppo dei 12.927 pazienti che avevano assunto la vitamina D si erano verificati 769 casi di fratture, nel gruppo costituito dai 12.944 partecipanti di controllo che avevano ricevuto il placebo si erano verificate fratture in 782 soggetti.

Questo studio così ampio, randomizzato e controllato permette agli autori di concludere che una popolazione di media o

avanzata età, in buona salute e priva di alterazioni di massa ossea all'inizio della sperimentazione, sottoposta alla supplementazione di vitamina D senza coamministrazione di calcio non risulta avere un minor rischio di essere colpita da fratture rispetto ad una popolazione di controllo trattata con placebo.

L'utilizzo di integratori di vitamina D come mezzo di prevenzione per una più sicura salute delle ossa e una difesa dalle più frequenti fratture deve essere quindi considerata una ottimistica e superflua pratica non supportata da una giustificazione scientifica.

New England Journal of Medicine
28,07,2022-387-299

SALUTE/Telemedicina, la sanità del futuro?

(continua da pagina 2)

soprattutto quelli finanziati dalla collettività) siano più sicuri ma soprattutto più efficaci (capaci cioè di migliorare esiti clinici e la salute delle persone) rispetto alle procedure tradizionali, o quantomeno identificare su quali popolazioni o patologie forniscono i migliori risultati.

Infine, i medici devono essere messi nelle condizioni di utilizzare facilmente questi strumenti nelle future Case di Comunità, senza doverli subire, senza stravolgere il loro modo di lavorare, preservando al tempo stesso la relazione con i pazienti.

È quindi auspicabile un loro coinvolgimento fin dalla loro progettazione, favorendo quel processo di co-creazione alla base delle migliori esperienze digitali oggi disponibili.

La trasformazione digitale passa innanzitutto da loro.

EUGENIO SANTORO

NEGRI NEWS

Direttore Responsabile
SILVIO GARATTINI

Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS
via Mario Negri 2 - 20156 Milano
Tel. 02.39014.1 - Fax 02.354.6277
www.marionegri.it

Stampa: Postel SpA Roma
Iscritto nel registro del Tribunale di Milano
al N. 117 in data 28 marzo 1981
Tiratura 32.000 copie
Finito di stampare nel mese di Dicembre 2022

Per garantire la privacy, in conformità a quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo (GDPR), l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, quale titolare del trattamento, garantisce che i dati personali dei lettori sono trattati per procedere all'invio della presente pubblicazione e di aggiornamenti circa la posizione dell'Istituto sui temi di maggiore attualità e per fornire informazioni sulle sue iniziative e sulle scoperte scientifiche più recenti. Secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa le richieste di eventuali variazioni, integrazioni o cancellazioni dovranno essere indirizzate al titolare del trattamento. L'informativa Privacyconsultabile <https://www.marionegri.it/privacy-newsletter>

Citando la fonte, articoli e notizie possono essere ripresi, in tutto o in parte, senza preventiva autorizzazione.

IMN ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI · IRCCS