



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**U.O.C. Centro Regionale per i Trapianti di organi e tessuti
(C.R.T.) Sicilia**
Piazza Nicola Leotta, 4
90127 Palermo

TEL. 0916663828
FAX 091 6663829
E-MAIL segreteria@crt Sicilia.it
PEC crt Sicilia@pec.it
WEB www.crt Sicilia.it

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

16 Ottobre 2019

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

(TIZIANA LENZO – MARIELLA QUINCI)

Neonato asfittico, da Palermo una corsa contro il tempo: salvato al Policlinico di Messina

16 Ottobre 2019

Il bimbo era stato partorito a Villa Serena. Da qui la chiamata al servizio Sten di Villa Sofia-Cervello e dopo aver verificato velocemente la mancanza di posti sia a Palermo che al Cannizzaro di Catania è stato deciso il trasporto con l'elisoccorso al "Martino". Il piccolo è stato sottoposto all'ipotermia terapeutica.

di [Redazione](#)



PALERMO. Un efficiente e tempestivo **raccordo** fra Aziende ospedaliere siciliane e servizio **118** salva la vita ad un neonato.

È accaduto fra Palermo e Messina nella notte fra venerdì e sabato scorso. A **Villa Serena** una mamma dà alla luce un bambino. Il bambino è però asfittico ed ha urgente bisogno del trattamento di ipotermia terapeutica entro sei ore dalla nascita.

Parte da Villa Serena la chiamata per il servizio STEN (**Servizio trasporto emergenza neonatale**) di **Villa Sofia- Cervello** di Palermo, che in Sicilia ha il maggior numero di interventi ed è fra i primi dieci in Italia.

Di turno il dr. **Mario Tumminello** dell'equipe STEN. Al Cervello però non è possibile effettuare il trattamento di ipotermia e quindi si attiva l'Ospedale **Civico**, ma anche lì non c'è il posto. Viene attivata quindi la macchina del **118**.

Si tenta al **Cannizzaro** di Catania ma anche lì non c'è disponibilità. Il dr. Tumminello non si perde d'animo e riesce a trovare la disponibilità al Policlinico di Messina.

In tempo reale con il 118 viene organizzato da Boccadifalco il trasporto in elicottero e in appena 50 minuti il bambino arriva al **Policlinico di Messina** dove viene sottoposto all'ipotermia terapeutica a poco tempo dalla nascita.

«Il Servizio STEN- sottolinea il Direttore Generale di Villa Sofia-Cervello, **Walter Messina**– è da anni un fiore all'occhiello della nostra Azienda. Siamo orgogliosi dunque che sia partita da qui una macchina operativa che, grazie al raccordo fra diversi soggetti, abbia assicurato un servizio di grande efficienza in grado di salvare la vita ad un bambino».

Ospedale Borsellino, al via una tecnica innovativa per la Risonanza magnetica

16 Ottobre 2019

Denominata 'Whole Body', consente di studiare l'intero corpo senza radiazioni ionizzanti.

di [Redazione](#)



TRAPANI. Da oggi sarà possibile eseguire la Risonanza magnetica '**Whole Body**' anche a Marsala. Il reparto di Radiologia dell'ospedale "**Paolo Borsellino**", infatti, è stato dotato della **tecnica innovativa** che consente di studiare l'intero corpo **senza radiazioni ionizzanti**, offrendo informazioni sia morfologiche che funzionali, attraverso sequenze che sfruttano la diffusione molecolare dell'acqua e ricostruzioni multiplanari dell'intero corpo.

La RM Whole Body si aggiunge all'ampio ventaglio di prestazioni di alta specializzazione e avanguardia eseguite dall'equipe radiologica dell'Unità Operativa di Radiologia diretta da **Rosario Urso**.

"La RM Whole Body – ha spiegato Urso – trova indicazione nella stadiazione e nel **follow up** nei pazienti affetti da malattia **linfoproliferativa** e da alcuni tumori solidi, da quelli della mammella alla prostata. E' utilizzabile – ha sottolineato Urso – quando le indagini convenzionali non siano state conclusive e per le pazienti gravide, che non possono essere studiate con altre tecnologie che fanno uso di radiazioni ionizzanti".

L'esame dura circa 40-50 minuti, si può eseguire sia con mezzo di contrasto che senza mezzo di contrasto ed è prenotabile contattando direttamente l'Unità Operativa di Radiologia dell'ospedale Paolo Borsellino ai **numeri di telefono 0923/753268 – 0923/ 753111**.

L'U.O. di Radiologia di Marsala è la prima struttura pubblica in provincia di Trapani ad effettuare questo tipo di esame.

Tumori: Allison, sfida è immunoterapia efficace per 100% casi

16 Ottobre 2019



La sfida futura dell'immunoterapia è quella di poter arrivare a garantire la sopravvivenza "del 100% dei pazienti con questo tipo di trattamento. E' il prossimo traguardo ma io sono molto ottimista". A dirlo è James Allison, nobel per la Medicina 2018, uno dei padri dell'immunoterapia.

Ospite del convegno 'The Healthcare to come' all'università Statale di Milano, ha parlato dei suoi studi sull'immunoterapia, che lui stesso sta prendendo per curarsi. "Ho un cancro alla vescica, è il terzo che ho, dopo melanoma e tumore alla prostata. E sto prendendo un farmaco di immunoterapia che mi è stato detto funziona per l'85% dei casi", ha raccontato. Secondo Allison, uno dei punti su cui bisognerebbe apportare dei cambiamenti è il metodo di sviluppo dei farmaci delle grandi aziende farmaceutiche, "non troppo entusiaste dell'immunoterapia per i costi. Ma l'approccio tradizionale va ripensato, perchè è obsoleto e non molto utile".

Dello stesso parere anche Padmanee Sharma, docente dell'università del Texas di Houston, nonché compagna di Allison. "Bisogna cambiare le sperimentazioni cliniche per avere dei campioni di laboratorio appropriati - ha detto - Attualmente sono in corso 2000 studi clinici sull'immunoterapia, che integrano laboratorio e ricerca clinica". Ma una delle cose più importanti che ha mostrato l'immunoterapia, secondo Paolo Casali dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, è "la possibilità di dare benefici di lungo periodo ai pazienti che vi rispondono. Si tratta di sottogruppi di malati, più o meno numerosi a seconda del paziente". Ma indubbiamente

"l'immunoterapia può dare traguardi straordinari - aggiunge Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano - Ci vorrà molto tempo, ma è la strada giusta per la cura del cancro".

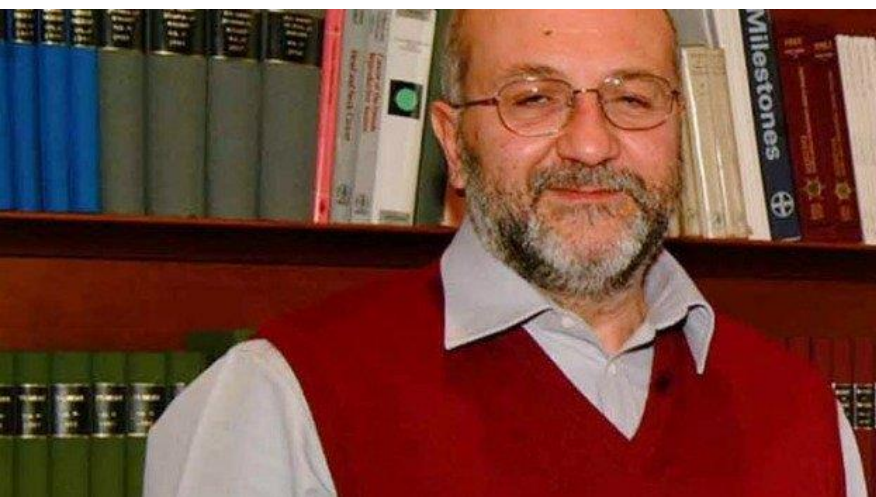
Il grande cambiamento, rileva Paolo Veronesi, presidente della Fondazione Umberto Veronesi, è che "oggi la

medicina personalizzata da slogan sta diventando una realtà concreta, soprattutto in oncologia. Con i farmaci a bersaglio molecolare e l'immunoterapia le possibilità per i pazienti sono aumentate in modo esponenziale".

GIORNALE DI SICILIA

Ricerca italiana 'promossa' da Nobel per la medicina Allison

16 Ottobre 2019



La ricerca italiana è 'promossa' per le sue "aree di eccellenza" da James P. Allison, premio Nobel per la Medicina nel 2018 per i suoi studi sull'immunoterapia, e ospite del convegno 'The Healthcare to come' presso l'Università Statale di Milano.

"Per quello che ne so - ha detto parlando a margine dell'evento promosso dalle fondazioni Silvio Tronchetti Provera e Umberto Veronesi - il sistema di ricerca italiano è abbastanza buono. Ci sono delle aree di eccellenza". Sa, come gli hanno raccontato alcuni suoi colleghi, "che c'è un problema di fondi, ma anch'io - ha proseguito - mi lamento per i finanziamenti nel mio paese, gli Stati Uniti. Ci sono comunque dei picchi di eccellenza". Anzi, secondo lui un premio Nobel è possibile anche in Italia: "ci sono un sacco di persone che lo meriterebbero, ma non mi arrischio a fare previsioni".

E proprio sui finanziamenti alla ricerca si è espresso Pier Giuseppe Pellicci, dell'Istituto europeo di oncologia di Milano e professore della Statale, che rimarca come "restiamo in fondo alla classifica dei paesi europei dove il rapporto tra la spesa per la ricerca e il Pil è quasi del 2%, contro il nostro 1,4%". Il problema in Italia, oltre all'entità dell'investimento, "ancora troppo basso", è la struttura ricerca: "non abbiamo ancora un sistema disegnato per avere come unico scopo quello di generare ricerca e conoscenza". Quanto alla possibilità di un Nobel all'Italia, Pellicci è convinto che prima o poi "arriverà: abbiamo i talenti giusti e l'entusiasmo".

Medicina di Genere. Iss: “Sotto stress le cellule degli uomini si suicidano mentre quelle delle donne resistono e sopravvivono”

E' quanto ha osservato un gruppo di ricercatori del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS che, in uno studio pubblicato sulla rivista internazionale [Cell Death and Disease](#), in collaborazione con ricercatori dell'Università di Bologna e del CNR di Roma, è riuscito ad identificare alcuni componenti molecolari alla base della diversa risposta delle cellule maschili (XY) e femminili (XX) agli stress, capaci di attivare i processi di morte cellulare (apoptosi) o di indurre meccanismi protettivi (autofagia).

16 OTT - Un'altra evidenza scientifica conferma che essere uomini o donne condiziona l'insorgenza e il decorso delle malattie, come pure la risposta alle cure. E' quanto ha osservato un gruppo di ricercatori del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS che, in uno studio pubblicato sulla rivista internazionale [Cell Death and Disease](#), in collaborazione con ricercatori dell'Università di Bologna e del CNR di Roma, è riuscito ad identificare alcuni componenti molecolari alla base della diversa risposta delle cellule maschili (XY) e femminili (XX) agli stress, capaci di attivare i processi di morte cellulare (apoptosi) o di indurre meccanismi protettivi (autofagia).

“In generale – spiega **Paola Matarrese** dell'ISS, coautrice della ricerca – le cellule maschili (XY) rispondono allo stress andando incontro a morte programmata (apoptosi), una forma di suicidio cellulare regolato; mentre le cellule femminili (XX), in risposta allo stesso stress, attivano meccanismi di sopravvivenza (autofagia) e resistono alla morte cellulare”.

“Alla base di queste differenze – sostiene **Anna Ruggieri** del Centro ISS per la salute genere specifica – potrebbe essere coinvolto un microRNA (miR548am-5p) che, proprio per questo, è stato oggetto del nostro studio”. I microRNA sono corte sequenze di materiale genetico che regolano l'espressione dei geni, e sono pertanto in grado di cambiare il destino delle cellule, modificandone le funzioni, la specializzazione e la capacità proliferativa. E' noto che i microRNA hanno un ruolo di rilievo in molte malattie, dai tumori alle malattie infettive e autoimmuni, nelle quali si sono osservate alterazioni dei loro livelli di espressione. Inoltre, ogni microRNA è in grado di regolare numerosi geni, generando potenzialmente un effetto a cascata di grandi proporzioni.

I microRNA sono presenti anche sui cromosomi sessuali e in particolare sul cromosoma X. Le cellule delle donne hanno due cromosomi X, mentre le cellule degli uomini hanno un solo cromosoma X e un cromosoma Y. Per mantenere un equilibrio nel numero di geni e di proteine, nelle cellule femminili uno dei due cromosomi X rimane inespesso, viene cioè inattivato. Alcune porzioni del cromosoma X sfuggono però all'inattivazione. Questo significa che, le donne, rispetto agli uomini, hanno un numero doppio di quei geni che si trovano proprio nelle zone del cromosoma X sfuggite all'inattivazione. Partendo da un'analisi bioinformatica, il gruppo di ricercatori ha selezionato alcuni microRNA localizzati proprio in quelle regioni del cromosoma X che sfuggono all'inattivazione, identificandone alcuni che sono quindi espressi maggiormente nelle cellule femminili. I ricercatori hanno così verificato sperimentalmente che il miR548am-5p era presente in cellule femminili umane (fibroblasti di cute) a livelli cinque volte maggiori rispetto alle stesse cellule maschili ed era direttamente coinvolto nella regolazione del destino cellulare (apoptosi o sopravvivenza). “In particolare, l'alto livello del miR548am-5p nelle cellule femminili sarebbe responsabile – continua Ruggieri – della maggiore resistenza a diversi tipi di stress, attraverso la regolazione di alcuni geni, come Bax e Bcl2, coinvolti nei meccanismi di morte mediata dai mitocondri”.

La scoperta che non solo geni, ma anche elementi regolatori della loro espressione siano presenti in quantità diverse tra uomo e donna – conclude Matarrese – dimostra ancora una volta come la biologia dei due sessi sia fondamentale diversa e come tale vada affrontata. Una delle importanti ricadute di questa scoperta è dunque il potenziale utilizzo di questi microRNA come biomarcatori di quelle malattie che colpiscono i due sessi in maniera diversa, oltre che come nuovi bersagli terapeutici sesso-specifici”.

A ciascuno la sua salute

L'80% dei pazienti con malattie autoimmuni (per esempio, lupus, artrite reumatoide, tiroidite di Hashimoto) sono donne. Alcune malattie neurologiche, come il Parkinson e l'Alzheimer, mostrano significative differenze di incidenza nei due sessi: il Parkinson colpisce più gli uomini e l'Alzheimer maggiormente le donne. Le donne hanno una maggiore incidenza di fratture di femore e sono a maggior rischio di depressione. Gli uomini, invece, hanno un rischio maggiore di mortalità per cancro e di essere colpiti da malattie cardiovascolari in più giovane età. Il genere influenza anche la sintomatologia di molte patologie. Per esempio, nel caso dell'infarto del miocardio, i sintomi possono essere diversi nei due sessi determinando talvolta un ritardo nella diagnosi, soprattutto nelle donne. Allo stesso modo, il cancro del colon nella donna si localizza più frequentemente nel colon ascendente, ha meno sintomi all'esordio e si manifesta successivamente con caratteri di urgenza.

A fronte di tante differenze le donne sono spesso penalizzate nelle cure, poiché i trial clinici sono effettuati quasi esclusivamente negli uomini e le conoscenze sulla diversa risposta alle terapie nei due sessi spesso non sono applicate nella pratica clinica. Ne consegue una minore appropriatezza delle cure nel sesso femminile, almeno per alcune malattie, rispetto a quello maschile.

Linee guida sulle statine in prevenzione primaria: quelle più aggressive, salvano più vite

Da un confronto tra le linee guida più aggressive e quelle più 'tradizionali' rispetto all'uso delle statine nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari, emergono differenze importanti nella capacità di prevenire eventi cardiovascolari. Ampliare il numero di pazienti candidabili al trattamento permette di risparmiare un maggior numero di eventi. E il numero di pazienti da trattare per risparmiare un evento (NNT) con le statine è lo stesso per le linee guida più aggressive e per quelle tradizionali, oltre che inferiore a quello dell'aspirina e della terapia antipertensiva. Le statine insomma sono il farmaco 'principe' della prevenzione primaria cardiovascolare.

16 OTT - Dal 2014 ad oggi sono state pubblicate 5 linee guida sull'impiego delle statine nella prevenzione primaria delle patologie aterosclerotiche cardiovascolari. Sono siglate dalle principali società scientifiche ed enti sanitari del mondo (National Institute for Health and Care Excellence, NICE del 2014; US Preventive Services Task Force – USPSTF del 2016; Canadian Cardiovascular Society – CCS del 2016; European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society - ESC/EAS del 2016 e infine American College of Cardiology/American Heart Association - ACC/AHA del 2018.

Sebbene tutte si basino sulle stesse evidenze cliniche, prodotte da una serie di trial clinici randomizzati sull'impiego delle statine in prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari, l'indicazione su chi dovrebbe essere sottoposto a questo trattamento varia moltissimo da una raccomandazione all'altra, in termini di modelli predittivi di valutazione del rischio di eventi cardiovascolari, di soglie del rischio e di livelli di colesterolo LDL dai quali iniziare la terapia.

Un'analisi comparativa pubblicata su [JAMA Cardiology](#) è andata ad esaminare punti in comune e differenze di queste raccomandazioni, cercando di distillarne il messaggio attraverso un unico valore, il *number needed to treat* (NNT₁₀) ovvero il numero di pazienti da trattare in prevenzione primaria con una statina per evitare un evento aterosclerotico cardiovascolare nell'arco dei successivi 10 anni.

La coorte di pazienti nella quale sono state calate queste raccomandazioni è quella del *Copenhagen General Population Study*, costituita da 45.750 soggetti di età compresa tra 40 e 75 anni, per il 43% maschi, seguiti per una media di 10,9 anni. Al momento del loro arruolamento (tra il 2003 e il 2009) nessuno di loro era affetto da patologie aterosclerotiche cardiovascolari. Nell'arco del follow-up sono stati registrati 4.156 eventi.

Il numero di soggetti candidabili al trattamento con statine varia molto tra le diverse linee guida

Stando alle raccomandazioni delle 5 diverse linee guida, erano candidati al trattamento con statine il 44% dei soggetti esaminati secondo le linee guida CCS, il 42% secondo quelle ACC/AHA, il 40% secondo il NICE, il 31% secondo le raccomandazioni USPSTF e il 15% secondo le linee guida europee ESC/EAS.

La sensibilità e specificità per gli eventi aterosclerotici cardiovascolari sono risultate rispettivamente del 68% e del 59% per le raccomandazioni CCS; del 70% e del 60% per quelle ACC/AHA; del 68% e del 63% per quelle NICE; del 57% e del 72% per quelle USPSTF; del 24% e dell'86% per quelle ESC/EAS.

Il numero di soggetti da trattare per risparmiare un evento

Di conseguenza, il numero di pazienti da trattare per risparmiare un evento aterosclerotico cardiovascolare a 10 anni (NNT₁₀), adottando un regime di statine a moderata intensità e ad alta intensità, risulta rispettivamente di 32 e 21 per i criteri CCS; di 30 e 20 per quelli ACC/AHA; di 30 e 20 per quelli NICE; di 27 e di 18 per quelli USPSTF; di 29 e 20 per quelli ESC/EAS.

In altre parole, il NNT per risparmiare un evento è molto simile nelle diverse linee guida. Tuttavia, le linee guida CCS, ACC/AHA e NICE assegnano correttamente alla terapia con statine un numero maggiore di individui, tra quelli che più avanti nel tempo svilupperanno un problema aterosclerotico cardiovascolare, rispetto a quanto non facciano le linee guida USPSTF e ESC/EAS. In precedenza gli stessi autori avevano dimostrato che le linee guida CCS, ACC/AHA e NICE sono quelle che hanno la maggior

potenzialità di riduzione di tutti gli eventi cardiovascolari: il 32-34% contro il 18-27% ottenibile con le linee guida ESC/EAS e USPSTF. Da questo nuovo studio emerge che questi risultati sono ottenibili con lo stesso NNT, sia per le linee guida più aggressive che per quelle più tradizionali.

Dal confronto emerge che sebbene il numero di pazienti da trattare per evitare un evento cardiovascolare nell'arco dei successivi 10 anni sia sostanzialmente lo stesso in tutte e 5 le linee guida, ci sono grandi differenze sulla sensibilità per gli eventi cardiovascolari e sulla eleggibilità al trattamento con statine.

In altre parole in tutte le linee guida, la decisione se iniziare un trattamento o meno in prevenzione primaria con le statine si basa sul rischio cardiovascolare assoluto previsto e/o sulla presenza di fattori di rischio importanti come la presenza di diabete.

Perché è saggio allargare l'indicazione al trattamento con statine ad un maggior numero di persone

In considerazione del favorevole profilo di sicurezza delle statine, delle evidenze schiaccianti della loro utilità nella prevenzione degli eventi aterosclerotici e della disponibilità di tanti generici low-cost, la maggior parte delle linee guida, a partire al 2013, ha abbassato le soglie di trattamento.

Ampliare così tanto la popolazione dei trattati potrebbe avere come conseguenza il fatto di andare a trattare molti soggetti a basso rischio e quindi di determinare un aumento del NNT per prevenire un evento cardiovascolare, rispetto alle linee guida più 'tradizionali'. Il confronto tra queste linee guida dimostra che non è così, perché il NNT rimane sostanzialmente lo stesso per tutte e 5 le linee guida.

Le ricadute sulla pratica clinica

In conclusione, le linee guida CCS, ACC/AHA e NICE, trattando un maggior numero di soggetti e mantenendo lo stesso NNT, sono in grado di prevenire un maggior numero di eventi, di quanto non facciano le linee guida ESC/EAS e quelle USPSTF.

E questo ha una ricaduta importante nella pratica clinica - commentano gli autori dello studio di confronto – perché dimostrano che il grande potenziale di ridurre il carico di eventi cardiovascolari nella popolazione con le linee guida più 'aggressive' non si traduce in NNT più elevati rispetto alle linee guida più 'tradizionali', ma in un maggior numero assoluto di eventi evitati.

Altro dato che gli autori sottolineano è che l'NNT delle linee guida sulle statine è inferiore a quello per prevenire un evento aterosclerotico cardiovascolare utilizzando l'aspirina o utilizzando la terapia antipertensiva, sempre in prevenzione primaria.

In conclusione, gli autori dello studio ritengono che, in prevenzione primaria, le linee guida sulle statine da preferire nella pratica clinica, nell'ottica di risparmiare un maggior numero di eventi, sono quelle CCS, ACC/AHA e NICE.

Maria Rita Montebelli