Prodotto editoriale di informazione con anche contenuti pubblicitari. Numero 12 - Aprile 2019 - Magazine realizzato da C.S. Communication

Sanità & Benessere

e focus

SPECIALE CARDIOVASCOLARE
Le nuove frontiere della ricerca

PREVIEW PNEUMOLOGIA
L'importanza dell'assistenza domiciliare

ENURESI
Sintomi e trattamenti

Le **ECCELLENZE** *passano da noi*

Centro Cardiologico Monzino

Humanitas Research Hospital

Az. Universitaria Integrata di Trieste

www.sanitaebenessere.it

effetti

MALATTIE RARE

IL NOSTRO IMPEGNO PER COLO**RARE**
IL FUTURO DI OGNI PAZIENTE

Da sempre abbiamo a cuore il futuro dei nostri pazienti.

Il nostro impegno nelle malattie rare ha reso possibile lo sviluppo di soluzioni terapeutiche in diverse aree quali l'endocrinologia, l'ematologia e la neurologia.

La nostra missione è quella di continuare a ricercare soluzioni innovative per il trattamento di altre patologie rare e contribuire a migliorare la vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Pfizer

www.pfizer.it

Editoriale

Cari Lettori,
come anticipatoVi nel fascicolo precedente, dedichiamo questo numero del Magazine ad un Focus Speciale sul Cardiovascolare, nel quale vengono prese in considerazione alcune delle patologie più frequenti – dall'amiloidosi cardiaca all'insufficienza mitralica, dallo scompenso cardiaco all'infarto – e presentate le ultime novità in fatto di innovazioni tecnologiche e ricerca in questo settore. Sistemi mini invasivi di riparazione della valvola mitralica, interventi di rivascolarizzazione miocardica, cardiologia di precisione, fino allo studio sui geni per stimolare la rigenerazione cardiaca: negli ultimi anni la ricerca e lo sviluppo di tecnologie applicate all'ambito cardiologico e cardiochirurgico hanno fatto passi da gigante, dando un grande impulso alla cura di patologie anche rare e implementando in maniera sensibile la sopravvivenza e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti. A parlarci di tutto questo, come sempre, grandi nomi della Medicina Italiana che, affiancati da équipe competenti e interagendo con specialisti di altri ambiti, operano in strutture del nostro Paese rinomate per l'eccellenza, la qualità e l'avanguardia dei trattamenti e delle cure.

Uscendo dall'ambito strettamente cardiologico, un altro aspetto importante affrontato nel Magazine è quello della prevenzione: basti pensare all'importanza di una corretta e sana alimentazione per i pazienti affetti da diabete di tipo 2, nel difendersi dalle complicazioni cardiovascolari che ne sono diretta conseguenza e che un'alimentazione sbagliata possono invece favorire.

Vi salutiamo con una piccola anticipazione di quello che troverete nei prossimi numeri del Magazine: la rivista si arricchirà, infatti, di nuovi contenuti, dando voce ad altri protagonisti che in diversi ambiti – dall'arte, intesa a 360° in tutte le sue forme, con il suo ruolo terapeutico nella cura dell'anima accanto a quella del corpo, fino al sociale – contribuiscono con la loro attività alla salute e al benessere delle persone. Per ora non Vi diciamo di più ma siamo sicuri che troverete nelle nostre pagine notizie e informazioni altrettanto valide e di qualità, come quelle a cui Vi siete abituati in questi anni.

Non ci resta che augurarVi una buona lettura che speriamo sia, come sempre, utile e interessante. Vi ricordiamo che potrete approfondire ulteriormente i temi trattati sul nostro portale **www.sanitaebenessere.it**

A. Argenta

Sommario

Primo Piano - Focus Cardiovascolare

Prof. Riccardo Cappato 2
Prof. Antonio Bartorelli 3
Prof. Gianfranco Sinagra 4
Dott. Andrea Donti 5
Prof. Dott. Mario Carminati 6
Prof. Paolo Cerrato 7
Prof. Giuseppe Mercuro 8
Dott. Domenico Gabrielli 9

Parliamo di...

Preview Pneumologia, Prof. Stefano Nava 10

A tu per tu con...

Enuresi, Dott. Antonio D'Alessio 11
Diabetologia, Prof. Gabriele Riccardi e Prof. Antonio Ceriello 12

Responsabie di Progetto
Stefano Cucchiarini
Responsabie Customer Care
Roberta Valsecchi

www.cscommunication.it
Sanità&Benessere efocus

Business Editor
Aurora Argenta
aurora.argenta@cscommunication.it

Responsabile Redazione
Francesca Pavesi
servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Giornalisti
Elisabetta Piccinini
servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Grafica ed impaginazione
QG Project di Gulyas Monika
Alessandro Villa
info@qgproject.it

Stampa
Mediagraf S.p.A.
www.mediagrafspa.it
www.printbee.it

Foto copertina
© Siarhei Lenets/123RF

Questo supplemento è stato realizzato da **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Strumenti moderni per la lotta alla morte improvvisa

Esistono tecnologie efficaci per riuscire a fare prevenzione primaria e secondaria di fronte a questo tipo di evento

"Partiamo subito con un messaggio positivo e tranquillizzante: l'incidenza di un evento di morte improvvisa è mediamente molto bassa ma soprattutto è possibile "risorgere" da un episodio di questo tipo attraverso terapie opportune, che esistono e sono efficaci. La trattazione di questo tema rientra pertanto nel tema più ampio della morte naturale. Una premessa importante e profonda quella che il Professor **Riccardo Cappato**, Responsabile del Centro di Ricerca di Aritmologia ed Elettrofisiologia presso l'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI) e Consulente del Centro di Aritmologia ed Elettrofisiologia II presso l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, tiene a sottolineare, nell'introdurre un tema che, altrimenti, rischierebbe di destabilizzare il nostro immaginario creando inutili ansie e turbamenti.

Prof. Riccardo Cappato

Prevenzione primaria e secondaria

Oggi lo sviluppo di tecnologie moderne ha messo a disposizione della classe medica strumenti in grado di adottare misure terapeutiche – vere e proprie strategie di "resurrezione" (!) – volte ad abortire il processo di irreversibile evoluzione verso la morte. Se parlare di prevenzione in assoluto è difficile, perché per la gran parte di questi soggetti la morte improvvisa è il primo evento clinico della loro storia, si può fare comunque **prevenzione primaria**. Innanzitutto utilizzando la prevenzione delle ischemie cardiovascolari: cura dei fattori di rischio cardiovascolari (fumo, ipertensione, iperglicemia…) e stile di vita sano. Inoltre, soprattutto in cuori sani, oggi abbiamo delle alterazioni elettrocardiografiche che possono far presagire il rischio di aritmie maligne. Il cuore, infatti, muore improvvisamente per tre cause fondamentali: un rallentamento incompatibile con la vita (brachicardia severa), aritmie troppo forti (tachicardia o fibrillazione ventricolare) e dissociazione elettromeccanica. Contro quest'ultima causa non si può fare nulla, mentre contro le tachicardie e fibrillazioni ventricolari si può intervenire, seppur in tempi molto brevi (8/10 minuti al massimo). Una delle prime pratiche di terapia acuta dell'arresto cardiaco da tachicardia è la disponibilità di dispositivi di **defibrillazione automatica esterna**, posti sul territorio nelle aree più a rischio ovvero a più alta densità di popolazione (centri commerciali, metropolitane, stazioni, aeroporti…) che producono una scossa elettrica: un vero e proprio miracolo che, di fatto, resuscita il paziente riportando alla normalità il ritmo sinusale nel giro di pochi secondi. Mediamente, con un buon piano di gestione territoriale, il 3-5% a volte anche il 7% delle vittime di arresto cardiaco può sopravvivere a un anno dall'evento. È possibile, infine, riconoscere preventivamente dei soggetti che hanno un elevatissimo rischio di morte improvvisa (fino al 12-13% per anno a fronte dell'1,5 per 1000 nei soggetti normali) – soggetti con infarto pregresso, forte compromissione della funzione contrattile ventricolare sinistra, scarsa qualità della vita per affanno, difficoltà di respiro… – nei quali, grazie all'identificazione dei fattori di rischio, si può impiantare un apparecchio defibrillatore dotato di caratteristiche di miniaturizzazione che consentono la sua indossabilità per tutta la vita. Si tratta di **defibrillatori automatici impiantabili**, dotati di algoritmi di monitorizzazione costante del battito cardiaco che, in caso di fibrillazione ventricolare, erogano la scossa in maniera automatica. Rispetto ai defibrillatori esterni hanno il grande vantaggio di attivarsi automaticamente nel giro di pochi secondi. Quello sottocutaneo, di più recente invenzione e che ho sviluppato insieme a dei colleghi americani, è posizionato fuori dal cuore e preferito, per la prevenzione primaria, in tutti quei soggetti con anomalie elettriche importanti ma senza cardiopatie gravi e di giovane età. La **prevenzione secondaria** è la medesima di quella primaria ma si rivolge a quei soggetti che sono sopravvissuti a un evento di morte cardiaca improvvisa e quindi che sono ancor più a rischio rispetto agli altri. È bene sottolineare, infine, che la prevenzione della morte improvvisa si avvale ovviamente anche di tutte quelle terapie farmacologiche o interventistiche utilizzate a supporto di altre patologie e che, migliorando la condizione cardiovascolare di base, contribuiscono a ridurre il rischio di un evento drammatico.

LA MORTE IMPROVVISA

Avviene inattesa nel breve volgere di poco, mediamente entro un'ora dall'inizio dei sintomi. Più del 90% degli episodi sono dovuti al cuore, ma eccezionalmente ci possono essere altri organi responsabili, in primis il cervello. In Italia si calcola che circa 50 mila persone all'anno – di norma tra i 60 e i 70 anni – muoiano a causa di morte improvvisa: di questi più della metà non ha mai avuto un segnale clinico di avvertimento o comunque tale da mettere in allerta il medico; l'altra metà è costituita da soggetti con patologie cardiovascolari. C'è poi una piccola categoria di soggetti in cui la morte improvvisa arriva nel contesto di una cardiopatia grave ma non tale da far presagire che l'evoluzione del loro percorso possa improvvisamente trasformarsi in un evento così drammatico.

Prof. Riccardo Cappato
Istituto Clinico Humanitas
Via Alessandro Manzoni, 56,
20098 Rozzano (MI), Italy
Tel. 02.82244005
email: riccardo.cappato@humanitas.it
https://www.riccardocappato.it/

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

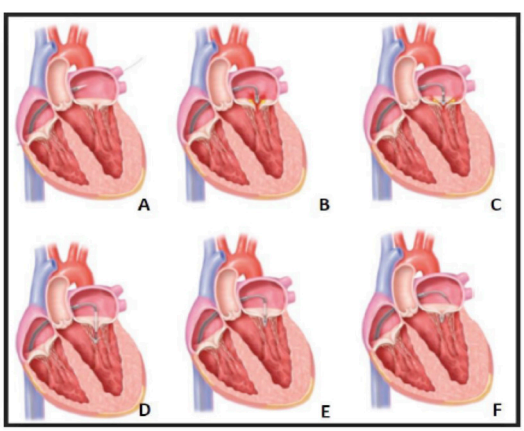
Una clip per curare la valvola mitrale

È il sistema mini invasivo più affermato al mondo per il trattamento dell'insufficienza mitralica nei pazienti che non possono essere sottoposti ad intervento cardiochirurgico

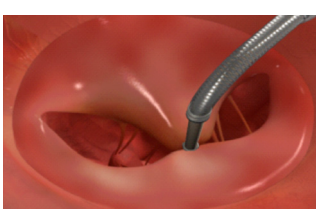
Il sistema di riparazione denominato Mitral Clip è oggi considerato il dispositivo più valido per il trattamento dell'insufficienza della valvola mitralica severa, una patologia che oggi colpisce circa l'11% della popolazione sopra i 70 anni e ha un importante impatto sulla prognosi e sulla qualità di vita dei pazienti. A parlarcene è il Professor **Antonio Bartorelli**, Ordinario di Cardiologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano e Coordinatore della Cardiologia Interventistica presso il Centro Cardiologico Monzino di Milano, dove da anni si utilizza questa tecnica con risultati molto soddisfacenti.

Il dispositivo Mitral Clip è nato dall'intuizione di un gruppo di ingegneri americani che pensarono di replicare la tecnica cardiochirurgica sviluppata dal Prof. Ottavio Alfieri e denominata Edge-to-Edge: un punto chirurgico che univa i due lembi valvolari creando un doppio orifizio che permetteva alla valvola di chiudersi nuovamente in maniera corretta senza più avere rigurgito e ad aprirsi senza creare stenosi. La clip non fa altro che riprodurre il punto chirurgico ridando alla valvola la sua continenza. Il primo caso al mondo fu eseguito a Caracas nel 2003: il paziente è tuttora vivente e sta bene. Nel 2004 è stato avviato Everest, il primo studio randomizzato che mise a confronto questa tecnica con quella cardiochirurgica dimostrando che il sistema della Mitral Clip era sicuro e aveva un notevole impatto sulla sintomatologia e sulla qualità di vita dei pazienti affetti da insufficienza mitralica. Il risultato in termini di riduzione dell'insufficienza della valvola era meno soddisfacente di quello chirurgico ma era comunque molto valido nel migliorare la qualità di vita dei pazienti. Questo ha portato nel 2008 all'ottenimento del marchio CE, a cui è seguita poi l'approvazione della Food and Drug Administration americana. Oggi è la procedura più affermata nell'ambito della riparazione non chirurgica della valvola. Si stima, infatti, che nel mondo siano state fatte oltre 80.000 procedure, di cui 5.000 in Italia. COAPT, lo studio più recente che è stato fatto negli Stati Uniti e che ha messo a confronto l'intervento con Mitral Clip alla sola terapia per lo scompenso che consegue alla grave insufficienza della valvola in 610 pazienti, ha dimostrato una riduzione, rispetto al solo trattamento conservativo con i farmaci, del 47% delle ospedalizzazioni e del 38% della mortalità.

Prof. Antonio Bartorelli



Le fasi dell'impoianto di Mitral Clip. (A) Puntura transettale. (B, C) Avanzamento del sistema verso la valvola mitrale. (D) Posizionamento della clip al di sotto del piano valvolare. (F) Grasping dei lembi. (E) Rilascio della clip.



Per chi è indicata questo tipo di procedura?

La scelta tra l'intervento chirurgico e la tecnica delle clip si basa sul rischio chirurgico del paziente: se la persona è molto anziana o ha delle comorbilità (altre patologie gravi o ha subito già degli interventi soprattutto di natura toracica o cardiochirurgica) che rendono l'intervento chirurgico a cuore aperto e circolazione extracorporea a rischio, la tecnica della Mitral Clip è una soluzione molto valida. In tutti gli altri casi, l'intervento cardiochirurgico di riparazione o sostituzione della valvola resta la procedura standard.

Come viene applicata la clip?

La procedura è estremamente mini invasiva perché comporta soltanto una puntura della vena femorale per l'introduzione di un lungo catetere che arriva fino all'atrio di destra, quindi la puntura del setto interatriale per il passaggio del catetere dall'atrio destro a quello sinistro e da qui alla valvola mitrale, dove si possono agganciare i lembi valvolari e installare la clip. La degenza è molto breve e non comporta alcuna riabilitazione, ha tempi di recupero molto veloci e migliora decisamente la qualità di vita dei pazienti.

È bene rivolgersi a un centro specializzato?

Assolutamente sì. Questo intervento richiede, infatti, un team di cardiologi interventisti, cardiochirurghi, ecocardiografisti (perché la procedura è guidata da un ecocardiogramma transesofageo) e di anestesisti molto affiatato ed esperto.

Prof. Antonio Bartorelli
Coordinatore Cardiologia Interventistica
Centro Cardiologico Monzino
Via Carlo Parea, 4, Milano
tel. 02-58002391
email: antonio.bartorelli@ccfm.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Trieste all'avanguardia in Italia per la Cardiologia

Innovazione tecnologica, interazione dipartimentale, ricerca, attenzione umana al paziente i punti di forza

La S.C di Cardiologia dell' A.S Universitaria Integrata di Trieste nasce nel 1964 ed è sempre stata connotata dall'avanzamento tecnologico, la collegialità d'approccio, l'attenzione umana al malato e un'organizzazione fortemente orientata alla continuità ospedale-territorio. Un Heart Team concreto con Cardiochirurgia e Cardioanestesia e l'interazione dipartimentale con il Centro Cardiovascolare territoriale costituiscono i punti di forza per rispondere con efficacia e appropriatezza ai bisogni dei pazienti. Dal 1999 è diretta dal Prof. **Gianfranco Sinagra**, Professore Ordinario di Cardiologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Università degli Studi di Trieste. "La struttura è Centro di Riferimento per le Cardiomiopatie, lo Scompenso Cardiaco e la Cardiologia Invasiva, incluso il trattamento percutaneo dei difetti congeniti, delle cardiopatie valvolari e dei disordini del ritmo. Dal 2010 è attivo il Laboratorio di Ricerca in Cardiologia Molecolare e Medicina Traslazionale. Siamo inoltre sede della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Università degli Studi di Trieste che offre una rete formativa articolata e molteplici attività nell'ambito di Corsi di Laurea, Master ed Attività professionalizzanti nazionali ed internazionali. Un'intensa collaborazione con la Cardiochirurgia e Cardioanestesia ha consentito inoltre l'attivazione di un programma di assistenza ECMO per procedure interventistiche ad alta complessità in pazienti clinicamente instabili, mentre una serie di Registri consentono il monitoraggio costante dei percorsi e delle procedure".

Qual è la mission clinico-organizzativa della struttura?

Il paziente è la nostra priorità. La nostra mission è quella di rispondere ai suoi bisogni con prestazioni di eccellenza, attenzione alla persona, puntando alla massima qualità e appropriatezza, all'ascolto, al coinvolgimento e alla comunicazione. L'innovazione continua di pensiero, organizzazione e tecnologie riveste un ruolo fondamentale, così come le scelte sostenibili. La filosofia che ci guida è quella dell' "io" come parte del "sistema".

Quali sono le principali novità nello studio delle Cardiomiopatie?

La Ricerca nel campo dello Scompenso Cardiaco e Cardiomiopatie è sempre stata un nostro punto

Prof. Gianfranco Sinagra

qualificante. Dalla fine degli anni '70 è stato istituito il Registro Cardiomiopatie che a oggi include 8 linee di attività sui vari capitoli di patologia per oltre 2100 pazienti. Le Cardiomiopatie sono malattie primitive o geneticamente determinate del Miocardio, che colpiscono soggetti mediamente giovani, spesso in aggregazione familiare. Al capitolo delle cardiomiopatie afferiscono anche le Miocarditi e le Cardiotossicità miocardiche. Lo studio di queste malattie richiede specifiche competenze, protocolli di studio specifici, applicazione estensiva e valutazione accurata della Risonanza Magnetica, caratterizzazione genetica e in casi selezionati biopsia endomiocardica. Tutto ciò è possibile attraverso la larga esperienza del Centro e le collaborazioni multidisciplinari, in particolare con l'IRCCS Burlo Garofolo e la sezione di Patologia Cardiovascolare dell'Università di Trieste. Dalla fine degli anni '80 è stata istituita una biobanca che ad oggi include materiali biologici di oltre 2000 pazienti. Per le attività di Ricerca sono attive inoltre diverse collaborazioni internazionali.

In questo ambito si colloca il Progetto Innovativo CardioRiGen

Esattamente. Ideato da me e da Mauro Giacca e recentemente finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trieste, il Progetto si propone due obiettivi generali ambiziosi: da un lato, applicare le tecnologie più avanzate di sequenziamento del DNA e di creazione di cellule staminali personalizzate per individuare la migliore terapia possibile per ogni paziente con malattia cardiaca; dall'altro, sviluppare nuove terapie basate sui geni per stimolare la rigenerazione cardiaca dopo l'infarto. In entrambi i settori, la collaborazione tra ASUITS e ICGEB (International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology) ha portato a risultati di eccellenza di livello internazionale. Il programma di lavoro contempla uno sviluppo temporale di tre anni. Il personale coinvolto opererà nel Laboratorio del Centro Clinico Sperimentale di Cardiolologia Molecolare presso la S.C di Cardiologia dell'Ospedale di Cattinara. A partire da una singola cellula del sangue o della pelle è oggi possibile ottenere per ogni paziente una coltura di cellule staminali personalizzate, che poi possono diventare cellule contrattili del cuore. È un approccio di straordinario valore per saggiare l'efficacia di farmaci in maniera personalizzata per ogni paziente. Oltre a questa medicina di precisione, proseguiranno anche gli studi sulla possibilità di rigenerare il cuore dopo un infarto, un traguardo che oggi sembra possibile grazie alla scoperta di piccoli RNA in grado di rimettere in moto il meccanismo di proliferazione delle cellule cardiache.

Quali sono le ultime innovazioni nelle terapie per lo scompenso cardiaco?

Recentemente la focalizzazione è andata a molecole ad alta innovazione come l'associazione Sacubitril-Valsartan che hanno mostrato un significativo valore aggiunto rispetto alla terapia con Ace inibitori e alla terapia non farmacologica con l'impiego di dispositivi di resincronizzazione e di prevenzione primaria della morte improvvisa mediante defibrillatore. Collateralmente è aumentata la consapevolezza della necessità di un'attenta caratterizzazione delle cause dello scompenso, utili ad orientare in maniera specifica la terapia e alle comorbilità come gli stati di carenza di ferro, la presenza del diabete o dell'insufficienza renale come condizioni da inquadrare, seguire e correggere.

Prof. Gianfranco Sinagra
Dipartimento ad Attività Integrata Cardiotoracovascolare
Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste
via Pietro Valdoni 7, Trieste
Tel. 040 3994477
email: cardiologia@asuits.sanita.fvg.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Il difetto interatriale nell'adulto: dalla diagnosi all'intervento

Come riconoscere questa malformazione congenita, quando intervenire e con quale tipologia di terapia

La maggior parte delle cardiopatie congenite oggi viene scoperta in età pediatrica e talvolta anche prima della nascita. Tuttavia alcune patologie, che sono totalmente asintomatiche, possono sfuggire alla diagnosi ed essere quindi diagnosticate per la prima volta in persone adulte. Le più comuni sono la valvola aortica bicuspide e il difetto interatriale (DIA), di cui ci parla il Dottor **Andrea Donti**, Responsabile della Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva dell'AO-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi.

Dott. Andrea Donti

Dottore, come si arriva alla diagnosi nel paziente adulto?

Mentre nel bambino il DIA è quasi sempre asintomatico, nell'adulto questa malformazione può determinare la comparsa di sintomi. I più comuni sono l'affanno di respiro durante l'attività fisica, ridotta tolleranza allo sforzo oppure il batticuore in conseguenza di aritmie e in particolar modo la fibrillazione atriale. Talvolta invece il sospetto diagnostico può essere del tutto occasionale: ad esempio riscontrando una dilatazione del cuore in una lastra del torace oppure ascoltando un soffio cardiaco ad una visita clinica di routine o ancora vedendo l'aspetto patologico in un elettrocardiogramma eseguito per motivi di screening. La diagnosi richiede a questo punto di essere confermata ed approfondita con altri esami: soprattutto l'ecocardiografia e solo raramente una Tac o una Risonanza per definire esattamente il difetto e la strategia terapeutica.

È sempre necessario intervenire su questo difetto in un adulto?

Esistono casi rari, con un importante aumento della pressione polmonare, nei quali può essere preferibile non intervenire perché l'intervento potrebbe risultare più pericoloso della patologia stessa. In generale però, il consiglio è sempre quello di chiudere il difetto, scegliendo tra due opzioni terapeutiche: la chirurgia tradizionale in circolazione extracorporea oppure la chiusura transcatetere utilizzando dei dispositivi chiamati "ombrellini" che vengono trasportati e posizionati all'interno del cuore attraverso piccoli cateteri inseriti dalla vena femorale a livello dell'inguine. Gli ombrellini attualmente disponibili hanno caratteristiche diverse fra loro: in base alla forma e alle dimensioni del difetto, viene scelto l'ombrellino che si ritiene maggiormente in grado di adattarsi all'anatomia del singolo paziente. Una volta nel cuore questi dispositivi vengono rivestiti dalle cellule che rivestono l'interno del cuore e inglobati all'interno del setto interatriale, in un tempo di circa sei mesi, durante il quale il paziente deve seguire una terapia farmacologica antiaggregante. È bene sottolineare che non tutti i tipi di difetto interatriale possono essere curati con entrambe le terapie: il più comune di tutti, l'ostium secundum, oggi nell'80% dei casi si può trattare con la chiusura transcatetere. Altri tipi di difetto richiedono, invece, ancor oggi come unica soluzione la chirurgia tradizionale che, comunque, ha fatto grandi passi avanti e ha dei rischi molto bassi a fronte di ottimi risultati. La scelta dunque viene fatta in base al tipo di difetto. Dove è possibile, si preferisce la chiusura attraverso il catetere, perché ha degli indubbi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale: elimina i rischi della chirurgia, accorcia i tempi di degenza, ma soprattutto diminuisce quelli di recupero. Tuttavia anche la chiusura transcatetere è una procedura delicata e non è priva di rischi che, seppur minimi (siamo nell'ordine di uno 0,2-0,3%), possono avere conseguenze rilevanti come la necessità di ricorrere alla chirurgia tradizionale per una complicanza acuta.

Mi preme quindi sottolineare come sia fondamentale rivolgersi sempre – sia per la procedura in sé che per la scelta del tipo di terapia – a strutture che abbiano maturato una certa esperienza e un volume di interventi significativo nel campo del trattamento sia cardiologico che cardiochirurgico delle cardiopatie congenite.

IL DIFETTO INTERATRIALE (DIA)

È una malformazione congenita che consiste nella presenza di un foro tra i due atri del cuore con conseguente passaggio di sangue dall'atrio sinistro all'atrio destro, quindi nel ventricolo destro e infine nei polmoni. Se il difetto è ampio, comporta nel tempo una dilatazione nella parte destra del cuore e un eccesso di sangue all'interno del polmone. A seconda delle dimensioni e della posizione del foro, si hanno diverse tipologie di DIA. Quello più diffuso è l'ostium secundum. Oggi, nella maggior parte dei casi, questo tipo di malformazione si tratta senza ricorso alla chirurgia tradizionale bensì occludendo il DIA con dispositivi comunemente detti "ombrellini" inseriti da una vena dell'inguine.

Dott. Andrea Donti
Resp. della Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva dell'AO-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi
Via Albertoni, 25 - Bologna
Tel. 051 2143437
email: segr.card.ped@aosp.bo.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Ictus in età giovanile e forame ovale pervio: il punto di vista del cardiologo

Quando può esserci una relazione tra ischemie senza causa apparente e questa anomalia cardiaca e come intervenire

Pazienti giovani, sportivi, con uno stile di vita sano e nessun fattore di rischio cardiovascolare che improvvisamente hanno uno o più episodi di ischemia cerebrale. Una delle possibili cause può e deve essere ricercata in un'anomalia morfologica del cuore, molto più diffusa tra la popolazione (circa il 20%) di quanto si possa immaginare: il forame ovale pervio che, oggi, può essere risolto con successo grazie a una procedura mini invasiva e risolutiva, come spiega il Dottor **Mario Carminati**, Cardiologo dell'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato (MI).

Dott. Mario Carminati

Professore, cosa si intende per forame ovale pervio?

Il forame ovale pervio (PFO) è un'anomalia congenita del cuore che consiste nella persistenza di un foro che mette in comunicazione l'atrio destro con l'atrio sinistro del cuore. Fisiologicamente il forame è pervio durante la vita fetale ma, subito dopo la nascita, la membrana del forame ovale si accolla alla parte muscolare del setto interatriale e quindi non avviene più alcuna comunicazione tra i due atri. Il mancato accollamento determina questa anomalia.

Qual è l'interesse per questa anomalia nella pratica clinica?

È legato agli eventi ischemici cerebrali cosiddetti criptogenetici, ossia per i quali apparentemente non è identificata una causa dimostrata. In alcuni casi, infatti, questo tipo di evento può essere potenzialmente messo in relazione con la pervietà del forame ovale sulla base del presunto meccanismo di embolia paradossa: un'ischemia cerebrale può essere, infatti, determinata da un trombo che si forma nel sistema venoso profondo, si stacca dalla parete della vena, diventa un embolo, arriva nell'atrio destro, attraverso il forame ovale passa in quello sinistro, quindi nel ventricolo sinistro, poi nell'aorta e da lì in un'arteria periferica, ad esempio un' arteria cerebrale. Da qui la relazione tra le due patologie. Quindi, quando un evento ischemico cerebrale avviene senza causa apparente, soprattutto in una persona giovane, si procede con una serie di accertamenti per cercarne l'eventuale causa e tra questi si va anche alla ricerca della pervietà del forame ovale.

Come si esegue la ricerca del forame?

Si effettua un'ecocontrastografia: tramite un'ecocardiografia o un doppler transcranico si inietta in una vena periferica un bolo di liquido (una semplice soluzione fisiologica) che provoca un effetto di bollicine (bubble test). Normalmente se non c'è una comunicazione tra atrio destro e sinistro le bollicine rimangono confinate nel cuore destro. Se, invece, c'è uno shunt ossia un passaggio di bollicine da un atrio all'altro, si conferma la pervietà del forame. E si conferma quindi anche la potenzialità che si sia verificata un'embolia paradossa. Se dunque non è possibile affermare che l'evento ischemico sia stato causato da un'embolia, tuttavia questa probabilità è proporzionalmente più alta quanto più giovane è il paziente e quanto più non vengano identificati altri fattori di rischio cardiovascolari.

A questo punto come si può intervenire?

Per avere una diagnosi definitiva bisogna eseguire anche un ecocardiogramma transesofageo, che permette una definizione più accurata della morfologia del setto interatriale. Una volta completato il workup diagnostico, la terapia "classica", conservativa, che si può mettere in atto, è di tipo farmacologico antiaggregante, che ha lo scopo di ridurre il rischio di formazione di trombi. Viceversa si può decidere di intervenire optando per la chiusura meccanica del forame ovale. Dagli ultimi studi clinici, infatti, è stato dimostrato che questa procedura, applicata a un gruppo selezionato di pazienti con determinate caratteristiche – giovani, senza altri fattori di rischio cardiovascolari e che hanno avuto uno o più eventi ischemici cerebrali – sia più efficace nel prevenire recidive rispetto alla sola terapia farmacologica.

In cosa consiste l'intervento?

La procedura viene eseguita pungendo la vena femorale per introdurre un catetere che arriva fino all'interno del cuore dove viene posizionato un occlusore sotto controllo fluoroscopico (ossia con monitor radiologici) e anche con un monitoraggio ecocardiografico. Si tratta di un intervento solitamente coronato da successo, con rischi di complicanze molto bassi e che richiede un ricovero molto breve: in un paio di giorni il paziente può tornare a casa e riprendere la sua vita normale. Il device introdotto nell'arco di qualche mese viene endotelizzato, cioè ricoperto da uno strato di cellule che l'organismo costruisce e che inglobano l'occlusore nei tessuti dell'organismo in modo definitivo. Soprattutto nelle persone molto giovani questa procedura, seguita da una terapia antiaggregante per un periodo limitato di circa 6 mesi, è sicuramente una soluzione efficace e definitiva rispetto al dover essere sottoposti a vita ad una terapia farmacologica.

Dott. Mario Carminati
Responsabile Unità Operativa di Cardiologia Pediatrica e Congeniti Adulti
Ospedale I.R.C.C.S. Policlinico San Donato
Piazza Edmondo Malan, 2 – S. Donato Milanese (MI)
Tel. 02-52774531
email: info.psd@grupposandonato.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Ictus e forame ovale pervio: il punto di vista del neurologo

Possono essere molte le cause di un ictus giovanile: servono competenze neurologiche specifiche per comprendere le cause e scegliere le procedure adeguate

Di fronte ad un episodio di ictus criptogenetico in pazienti giovani vanno presi in considerazione diversi fattori causali, tra i quali il forame ovale pervio (FOP), per stabilire la causa che ha portato all'evento ischemico cerebrale e agire di conseguenza. Ne abbiamo parlato con il Dottor **Paolo Cerrato**, Responsabile della Stroke Unit dell'Ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, centro di riferimento per il trattamento e la cura dell'Ictus in Italia.

Dott. Paolo Cerrato

Dottore, cos'è un ictus criptogenetico e quali possono essere le cause in età giovanile?

Il termine criptogenetico identifica tutti quei casi in cui c'è una causa non chiara, non evidente, nascosta. Si tratta di circa il 20% di tutti gli eventi cerebrovascolari. Nello specifico, nel soggetto di età giovanile – intendiamo persone sotto i 45 anni – l'incidenza di nuovi eventi ischemici cerebrali è di circa 10/15 ogni 100 mila abitanti l'anno, mentre in età pediatrica (sotto i 18 anni) l'incidenza è ancora più bassa: 1 / 2casi su 100mila. Nell'ictus pediatrico e giovanile abbiamo due cause principali: la dissecazione delle arterie cerebrali (una sorta di lacerazione dell'arteria), che può essere traumatica o spontanea, e l'ictus da embolia cardiaca dovuta al forame ovale pervio.

Come vengono gestiti questi episodi?

Un paziente che ha un evento ischemico cerebrale, che sia un TIA (attacco ischemico transitorio) o un ictus, deve recarsi immediatamente in pronto soccorso e ricoverato in neurologia o nelle Stroke Unit dedicate all'ictus, dove viene gestito in primis da un neurologo. Se poi, dagli accertamenti, si scopre che è presente un forame ovale pervio, il neurologo si interfaccia con il cardiologo per la diagnostica e per le ricerche terapeutiche così da decidere se intervenire con la chiusura meccanica. Nella valutazione dell'intervento si prendono in considerazione diversi aspetti, oltre all'età del paziente: l'esclusione di altri fattori cardiovasolari, le caratteristiche morfologiche e anatomiche del forame ovale pervio (se è di grosse dimensioni o se presenta l'aneurisma del setto) o ancora se ci sono dei trombi nelle vene delle gambe. In questi casi si propende sempre per l'intervento. Negli ultimi due anni infatti, sono stati pubblicati una serie di studi che hanno dimostrato come ci sia un certo beneficio nel chiudere il forame ovale pervio per via endovascolare, piuttosto che trattare i pazienti con la sola terapia medica. Nella nostra Stroke Unit ricoveriamo circa 420 pazienti con ictus, di cui circa una quarantina all'anno con ictus giovanile e di questi circa la metà con un forame ovale pervio che viene solitamente proposto per la chiusura, in sinergia con il Cardiologo Emodinamista che effettua poi l'intervento in via percutanea senza chirurgia.

Attenzione alla diagnosi

Mi preme sottolineare che, proprio in presenza di soggetti giovani, è fondamentale rivolgersi sempre a un centro specializzato in cui siano presenti neurologi esperti in vasculopatie giovanili: prima di attribuire un ruolo causale al forame ovale pervio, infatti, vanno escluse tutte le altre spiegazioni e tutte le altre cause. Essendo, infatti, il forame così comune tra i giovani, si rischia altrimenti di dare automaticamente un ruolo causale a questa malformazione che invece potrebbe non avere. Oltre alla dissecazione, infatti, che è la più comune insieme al forame, c'è un elenco lunghissimo di altre patologie rare o molto rare che vanno conosciute e diagnosticate per poter essere escluse. Solo per fare qualche esempio la Sindrome di Sneddon, alcune alterazioni della coagulazione, la malattia di Fabry o ancora malattie tipiche di alcune popolazioni e non di altre come la sindrome di Moyamoya (letteralmente nuvola di fumo), un'arteropatia tipica degli orientali.

Dott. Paolo Cerrato
Resp. Stroke Unit – Dip. Neuroscienze della Città della Salute e della Scienza di Torino
C.so Bramante, 88 – Torino
Tel. 011/633.5548 – 4802
email: pcerrato@cittadellasalute.to.it

Questo supplemento è stato realizzato da cscommunication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Infarto e rivascolarizzazione in urgenza, amiloidosi cardiaca

Nonostante i progressi della Cardiologia, l'infarto è ancora mortale. Accesso precoce in ospedale e trattamento adeguato possono fare la differenza

Cos'è la rivascolarizzazione miocardica?

L'intervento di rivascolarizzazione miocardica promuove la riapertura della coronaria occlusa da un coagulo (trombo) e ripristina la circolazione del sangue nelle arterie del cuore. Può essere effettuato anche nei pazienti con malattia coronarica nota e stabilizzata (ischemia cronica). Lo scopo, è quello di interrompere il dolore toracico, restituire il paziente alla sua vita normale e prolungarne la sopravvivenza. A parlarcene, il Professor **Giuseppe Mercuro**, Past President della SIC, Coordinatore Scientifico della Scuola Superiore di Cardiologia della stessa e Professore Ordinario del Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica dell'Università di Cagliari. "In primo luogo, l'intervento di rivascolarizzazione deve avvenire entro le prime due ore dall'infarto, evitando così che la prolungata mancanza di ossigeno provochi una lesione miocardica permanente. Non a caso è stato coniato lo slogan "il tempo è muscolo e vita", che rende bene l'idea di come un intervento precoce possa salvare la vita e risparmiare molte fibrocellule miocardiche, che altrimenti morirebbero. La tecnica ad oggi considerata ideale (golden standard) è l'angioplastica coronarica primaria eseguita in laboratorio attrezzato da un cardiologo interventista. Prevede l'accesso alla coronaria mediante l'introduzione, attraverso un'arteria periferica, di un catetere capace di attraversare il coagulo; il gonfiaggio di un palloncino presente all'apice del catetere e la compressione del trombo e della placca sulle pareti e, infine, il collocamento di una minuscola protesi a maglie nell'arteria (stent) che, espandendosi, provvede a

Prof. Giuseppe Mercuro

mantenerla aperta dopo la disostruzione. Oltre alla protesi coronarica tradizionale, con la sola funzione "meccanica", è disponibile anche uno stent che rilascia in coronaria farmaci capaci di prevenire quel processo di crescita cellulare sulla parete del vaso che la stessa presenza di un corpo estraneo come lo stent può indurre. Infine, per impedire la possibile formazione di trombi nella coronaria dilatata e "stentata", è necessario prescrivere al paziente, per un certo periodo di tempo, una terapia con farmaci per la fluidificazione del sangue. In mancanza di angioplastica primaria (a causa di un ritardo nel ricovero, la distanza da un centro specializzato, l'impossibilità di inserire il catetere), è possibile ricorrere a farmaci trombolitici per dissolvere il trombo, che si somministrano per via endovenosa, ma che non sono utilizzabili in tutti i pazienti e che, comunque, possono produrre emorragie.

Quali aspetti devono essere conosciuti per abbreviare i tempi?

È importante conoscere i sintomi più frequenti: dolore al petto, sudorazione fredda, stato di malessere profondo, nausea e vomito. Il dolore è prossimo alla sede del cuore (precordiale) o allo spazio che sta dietro lo sterno (retrosternale), può irradiarsi ai vasi del collo e alla gola, alla mandibola, al braccio sinistro e allo stomaco. È opportuno ricorrere al 118 in tutti i casi in cui si sospetti un infarto per iniziare al più presto il monitoraggio del paziente, trattare le complicanze che possono verificarsi nelle prime ore (aritmie fatali come la fibrillazione ventricolare) e somministrare i primi farmaci efficaci sul trombo coronarico.

Amiloidosi Cardiaca

Per quanto **l'amiloidosi** sia una malattia rara, il cuore ne rappresenta una delle localizzazioni più frequenti. L'amiloidosi cardiaca risulta, ancora oggi, di difficile diagnosi, a causa della varietà e complessità dei quadri di presentazione. Ma la recente disponibilità di terapie risolutive hanno stimolato l'interesse della comunità scientifica nei confronti della malattia, consentendo la definizione di un condiviso iter diagnostico teso a valorizzare il sospetto clinico e, attraverso esami di facile esecuzione, approdare a indagini più complesse e conclusive. La cura dell'amilodosi cardiaca può divenire un buon esempio di medicina di precisione, al fine di conoscere la malattia per poterla riconoscere nel singolo paziente e curarla caso per caso come scienza e clinica oggi consentono. Importanti sono anche la formazione e l'aggiornamento tra medici e specialisti e creare un "osservatorio diffuso" sulla patologia. Altrettanto importante è, a seguito dell'identificazione diagnostica, avviare il paziente ad un centro clinico di provata esperienza. Infine, esiste la possibilità di sottoporre a un test genetico i membri della famiglia del paziente con amiloidosi per sapere se siano a rischio di malattia e dare la possibilità di un monitoraggio che ne potrebbe identificare le primissime manifestazioni.

L'ESERCIZIO COME TERAPIA

La Società Italiana di Cardiologia (SIC) è un'Associazione Scientifica Accademica che riunisce i cultori della Cardiologia al fine di promuovere il progresso nel campo della conoscenza e cura delle malattie cardiovascolari, favorire i rapporti tra cardiologi, i medici di medicina generale e gli specialisti di altre discipline, stabilire relazioni scientifiche con analoghe associazioni italiane, estere e organismi istituzionali. Nell'ambito di una vasta campagna di informazione e supporto dei pazienti nel post-infarto, ha messo a punto un'App gratuita che, partendo dall'assunto che l'esercizio fisico regolare, svolto per la maggior parte dei giorni della settimana, migliora lo stato emotivo e psicologico e riduce la mortalità cardiovascolare, consenta al paziente, riabilitato dopo un intervento di rivascolarizzazione miocardica, di praticare l'attività fisica nella quantità necessaria e con la giusta intensità.

Prof. Giuseppe Mercuro
Dip. di Scienze Mediche e Sanità Pubblica
Cittadella Universitaria di Monserrato - Asse Didattico E
SS 554 bivio Sestu - 09042 Monserrato (CA)
Tel. 070 6754955
email: mercuro@unica.it

Questo supplemento è stato realizzato da cscommunication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

La medicina di precisione per la cura e la prevenzione delle malattie cardiovascolari

Le innovazioni tecnologiche trovano nuovi ed importanti applicazioni nella Cardiologia

La ricerca della personalizzazione più precisa delle terapie, farmacologiche e non, per il paziente cardiologico è una delle più interessanti evoluzioni della ricerca cardiologica di questi ultimi anni: ne abbiamo parlato con il Dottor **Domenico Gabrielli**, Direttore UOC Cardiologia dell'Ospedale Murri di Fermo nelle Marche e Presidente Nazionale ANMCO. "Lavoro in un centro spoke che, avendo una rete consolidata di percorsi con i centri di riferimento nelle varie patologie, consente al paziente di poter acceder ai migliori trattamenti erogabili, in caso di necessità, in tempi rapidi, restando legato a una territorialità che facilita da un punto di vista pratico molti passaggi. Un ambiente accogliente e friendly che mette a proprio agio le persone, una Cardiologia di "vicinanza" umana e sociale, fatte salve le competenze professionali e scientifiche del gruppo che dirigo".

In questo contesto, cosa significa parlare di cardiologia di precisione?

I progressi in ambito di medicina di precisione sembrano destinati ad estendersi anche alla Cardiologia. Gli studi clinici randomizzati hanno fornito ad esempio un insieme di dati che hanno consentito l'identificazione di nuovi marcatori di rischio e l'implementazione di nuove strategie terapeutiche. Il concetto di terapia individualizzata in Cardiologia ha coinvolto anche il settore dei dispositivi medici – basti pensare alla programmazione dei pacemaker. La Cardiologia è stata anche fra le prime ad applicare alcuni degli strumenti più recenti della medicina di precisione. E ancora: l'identificazione di loci genici specifici associati alla sindrome congenita del QT lungo (una patologia cardiaca su base genetica, caratterizzata da un elevato rischio di aritmie) ha costituito il fondamento per lo studio delle correlazioni genotipo-fenotipo.

Cosa c'è all'orizzonte dalla medicina di precisione in Cardiologia?

Uno dei principali obiettivi sarà quello di

Dott. Domenico Gabrielli

confrontarsi con le patologie dominanti della malattia cardiovascolare, quali l'ipertensione arteriosa e la coronaropatia. Malgrado la loro marcata ereditarietà, la complessità dei meccanismi genetici sottostanti ha reso sempre difficile identificare quelle determinanti genetiche in grado di modificare il trattamento in maniera sostanziale. Per superare questi ostacoli, occorre probabilmente sviluppare e implementare nuovi metodi statistici e nuovi paradigmi analitici. Un approccio promettente attualmente in corso di valutazione è l'approccio per "big data", che consente il riconoscimento di pattern non altrimenti rilevabili tramite i procedimenti clinici e diagnostici standard. Dovremo attrezzarci per catturare e utilizzare la miriade di dati registrati in tempo reale dai dispositivi indossabili o impiantabili, che possono determinare un cambio di paradigma in termini di dinamica temporale nella stratificazione del rischio e nelle modalità di trattamento. Stabilire se un paziente soffra di fibrillazione atriale parossistica e debba continuare la terapia anticoagulante potrebbe diventare facile quanto l'uso di un'applicazione per lo smartphone! Per non parlare di prevenzione: innovazioni cardiologiche e applicazione dell'intelligenza artificiale in Cardiologia consentiranno l'identificazione di persone a maggior rischio di sviluppare patologie, consentendo così di intervenire precocemente a correzione del rischio stesso ove fattibile. Altro campo di sicuro interesse è l'applicazione nel settore dell'emergenza-urgenza, per consentire un iter diagnostico e un'indicazione terapeutica sempre più in linea con le più recenti esperienze scientifiche, e rendere omogenee la diagnosi e il trattamento, consentendo un'equità di accesso alle cure maggiore rispetto alla situazione odierna. Ulteriori applicazioni sono prevedibili in ambito di definizione diagnostiche di malattie cardiache come **l'Amiloidosi**, una cardiomiopatia infiltrativa, più frequente di quanto si possa immaginare soprattutto nell'anziano e che, per la sua variabilità fenotipica e per l'inerzia diagnostica in parte giustificata dalla carenza di terapie adeguate fino a poco tempo fa, viene spesso sotto-diagnosticata; lo sviluppo di farmaci ad hoc (ad esempio il Tafamidis) che hanno dimostrato in studi recenti di ridurre in maniera significativa la progressione della malattia ci deve portare a produrre ogni sforzo per effettuare una diagnosi corretta e, se possibile, precoce sostanziando così una cardiologia di precisione sempre più a favore dei pazienti.

ANMCO

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri è una Società Scientifica fondata nel 1963 e formata da Cardiologi Italiani operanti nel SSN, che ha come obiettivi la promozione della buona prassi clinica, la prevenzione e la riabilitazione di malattie cardiovascolari attraverso proposte organizzative, l'educazione professionale e la formazione, la promozione e la conduzione di studi e ricerche, la leadership nella preparazione e nello sviluppo di standard e linee guida. http://www.anmco.it/

Dott. Domenico Gabrielli
Direttore UOC Cardiologia Ospedale Murri, AV4, Fermo-ASUR Marche
Via Zeppilli, 18 Fermo
Telefono: 0734 6252400
email: domenico.gabrielli@sanita.marche.it

Questo supplemento è stato realizzato da CS Communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Progressi e nuove metodiche in campo pneumologico

Tra le novità, tecniche innovative per la cura dell'insufficienza respiratoria cronica e acuta

Laureato a Pavia, un'esperienza di tre anni in Canada e altre due presso l'Università di Leuven in Belgio e la Tufts University di Boston, due specializzazioni – una in malattie respiratorie e l'altra in anestesia e rianimazione – dal 2010 a Bologna, **Stefano Nava** è Professore ordinario delle malattie dell'apparato respiratorio all'Università Alma Mater di Bologna e Direttore della Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi della città emiliana. L'attività dell'Unità Operativa – formata da 30 posti letto di degenza ordinaria e 7 di terapia intensiva, oltre ai day ospital, gli Ambulatori e i Laboratori – è finalizzata alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento del paziente stabile e con insufficienza d'organo acuta o cronica delle patologie dell'apparato respiratorio sia classiche – bronchite cronica e enfisema polmonare (BPCO), polmonite, tumore del polmone, asma bronchiale, tubercolosi, sindrome delle apnee notturne – sia rare, come ad esempio la fibrosi polmonare, la sarcoidosi, la linfangioleiomiomatosi (LAM). Il "cavallo di battaglia" del dipartimento diretto dal Professor Nava è senza dubbio il trattamento dell'insufficienza respiratoria sia acuta che cronica.

Appuntamento con il Professor Nava sul prossimo numero del Magazine, con uno speciale dedicato alla pneumologia

Quali sono stati i più sostanziali progressi nel campo della pneumologia negli ultimi anni?

Prof. Stefano Nava

Essendo io, come formazione improntato alla cura anche dell'insufficienza d'organo, penso che la ventilazione non invasiva (di cui la scuola bolognese è stata pioniera a livello mondiale) sia nel paziente acuto che cronico, la rimozione extracorporea di CO2 e il nuovo trend di terapia, ossia gli alti flussi umidificati, siano in prospettiva le più grandi novità presenti e future. Si tratta di tre differenti metodiche per curare questa patologia. La prima è la più standardizzata e, se vogliamo, più storicamente presente. La rimozione extracorporea di CO2 e gli alti flussi umidificati sono, invece, nuove tecnologie. In particolare, la rimozione di CO2, seppur ancora in via sperimentale, è sicuramente una tecnica molto innovativa, specialistica e rivoluzionaria. Non dimentichiamoci, inoltre, della farmacologia, sempre più improntata alla personalizzazione del trattamento per ogni singolo paziente. La ricerca farmacologica ci vede ancora spesso attori "passivi" delle multinazionali. Il bello della ricerca clinica, come nel caso dei supporti ventilatori, ci vede invece, in alto a guardare l'orizzonte e la rotta che noi stessi abbiamo scelto.

Qual è, invece, lo stato ad oggi dell'assistenza domiciliare respiratoria?

Nel nostro Paese la situazione dell'assistenza domiciliare è caratterizzata da una grande disomogeneità non solo tra regioni diverse ma anche all'interno della stessa. Di suo, comunque, il sistema di home care e l'attività degli operatori specializzati è importantissimo, non solo per ridurre ma addirittura per prevenire le acutizzazioni delle patologie, oltre che per prevenire anche ricoveri in ospedale. In questo senso un valido supporto arriva dal metodo della telemedicina, una delle più importanti applicazioni dell'innovazione tecnologica nel campo della sanità. Se dunque un programma domiciliare serio è sicuramente in grado di ridurre i costi futuri e dare i suoi frutti, è altrettanto vero che i costi iniziali sono impegnativi ed è necessaria una notevole implementazione delle tecnologie da utilizzare.

LA RIMOZIONE DI CO_2

Sino ad oggi i trattamenti per curare l'insufficienza respiratoria acuta e cronica erano fondamentalmente due: uno invasivo, ovvero intubare i pazienti, l'altro non invasivo, ovvero eliminando l'anidride carbonica con maschera e respiratore. Oggi la ricerca ha portato alla scoperta di una terza via: un catetere nella vena che pesca il sangue, lo porta a un filtro e lo restituisce depurato dall'anidride carbonica. Una rimozione extracorporea della Co2 in grado di ridurre il ricorso all'intubazione e allo stesso tempo la mortalità dei pazienti.

Prof. Stefano Nava
Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria – Pad. 15, Ospedale Sant'Orsola Malpighi
Via Massarenti 9, Bologna
Tel. 051 2143253
email: stefano.nava@aosp.bo.it

Questo supplemento è stato realizzato da cscommunication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Enuresi notturna: cause e rimedi per sconfiggere la pipì a letto

Ce ne parla il Dottor Antonio D'Alessio, Chirurgo Urologo Pediatra e Pediatra. Direttore Unità Operativa Complessa di Chirurgia Pediatrica ASST_OVEST milanese, Ospedale di Legnano

Disturbo molto frequente da cui risulta affetto il 20% circa dei bambini di 5 anni, fra il 7-22% di 7 anni, fra il 5-13% di 10 anni e l'1-4% degli adolescenti, l'enuresi notturna è la perdita involontaria ed intermittente di urina durante il sonno in un'età nella quale dovrebbe essere maturato il controllo della vescica anche di notte. Si tratta di percentuali molto alte e probabilmente in difetto, perché spesso il problema rimane "sommerso" e non viene portato a conoscenza dei Pediatri di famiglia.

Quali sono i fattori che determinano l'enuresi?

L'enuresi rappresenta un evento fisiopatologico complesso nel quale entrano in gioco aspetti ereditari (carattere familiare nei 2/3 dei casi, incidenza più elevata nei maschi), meccanismi biochimici (composizione dell'urina) ed ormonali (deficit nell'incremento notturno di ormone antidiuretico), disfunzioni del serbatoio vescicale (vescica iperattiva con riduzione della capacità vescicale) e problemi di risveglio. Un paziente enuretico può bagnare il letto o perché di notte produce una quantità molto elevata di urine che non possono essere contenute nella vescica o se quest'ultima non è in grado di contenere le urine anche se prodotte in quantità normale. Questo non è dovuto ad una malformazione anatomica della vescica ma allo sviluppo di contrazioni improvvise del muscolo che aumentano le pressioni all'interno del recipiente vescicale e non sono inibite dalle strutture nervose centrali.

Esistono diversi tipi di enuresi?

L'enuresi viene definita in relazione alle cause che l'hanno determinata. Alcuni sottotipi incidono in maniera minore e hanno una base fisiopatologica differente rispetto ai tipi di enuresi prima menzionati, come

Dott. Antoni D'Alessio

quella associata ad apnea notturna ostruttiva o ad ipercalciuria. Le apnee notturne determinate da ipertrofia adenotonsillare, molto frequente in età pediatrica, possono determinare un aumento della produzione di urina durante la notte attraverso un complicato meccanismo fisiopatogenetico e spesso la guarigione o il miglioramento dell'ostruzione delle vie aeree migliora o guarisce l'enuresi. Nel secondo caso il passaggio di grandi quantità di calcio nelle urine porta alla poliuria perché l'acqua segue il calcio e non viene riassorbita dal rene. E' importante ricordare che l'enuresi non è un disturbo psicologico ma causa di scompensi psicologici, come la diminuzione dell'autostima.

Nella maggior parte dei casi l'enuresi è di tipo primario, quando cioè non si sono avute notti asciutte per un periodo continuativo di almeno 6 mesi (80% dei casi circa); nei restanti casi l'enuresi, definita secondaria, si manifesta dopo un periodo asciutto continuativo di almeno di 6 mesi.

Come si può risolvere l'enuresi?

Dopo i 5-6 anni il bambino che bagna ancora il letto deve essere preso in carico. Questo non vuol dire che tutti i casi andranno trattati con terapia farmacologica ma che tutti dovranno essere valutati dal Pediatra di famiglia o dallo Specialista. Nella maggior parte delle situazioni, una corretta anamnesi ed una visita medica scrupolosa escluderanno la presenza di cause malformative; verrà poi consegnato un "diario minzionale", che i genitori avranno cura di compilare con precisione. Dalla valutazione del diario si otterranno informazioni molto importanti circa il numero di minzioni giornaliere, la presenza di urgenza o incontinenza diurna, sulla capacità della vescica, la quantità di liquidi assunti ed il loro frazionamento durante la giornata e la quantità di urine emesse alla notte. Qualunque sia il tipo di enuresi, è importante applicare alcune strategie comportamentali tra cui:

- Insegnare ai bambini a non trattenere troppo la pipì e ad andare in bagno subito prima di andare a letto alla sera
- Idratarsi in modo corretto, bere lungo tutto l'arco della giornata, permettendo così una corretta "ginnastica" vescicale diurna, con la possibilità di ridurre l'assunzione dei liquidi dopo le ore 18 e a cena
- Diminuire i cibi salati e che contengono molto calcio, latte, yogurt e formaggi a cena;
- Controllare eventuali situazioni di stitichezza che possono ripercuotersi sullo svuotamento vescicale facilitandone l'iperattività
- Seguire una dieta corretta in caso di sovrappeso.

Dott. Antonio D'Alessio
Chirurgo Urologo Pediatra e Pediatra. Direttore Unità Operativa Complessa di Chirurgia Pediatrica ASST_OVEST Milanese, Ospedale di Legnano.
email: antonio.dalessio@asst-ovestmi.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto.** Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

L'importanza dell'alimentazione nelle malattie metaboliche

Corretta informazione e alimentazione sana sono la chiave di volta per conciliare la salute con il piacere della buona tavola e vivere meglio

Quando si parla di dieta, soprattutto in caso di pazienti con malattie metaboliche come il diabete di tipo 2, si pensa subito alla necessità di rinunciare ai piaceri della tavola a favore di un'alimentazione sì sana, ma spesso fatta di sacrifici e poco gustosa. Un'alimentazione sana, invece, non significa necessariamente rinunciare a cibi appetitosi, bensì scegliere gli alimenti giusti e abbinarli nel modo corretto, come spiegano i due medici autori, insieme allo chef tristellato Heinz Beck, di **Diabete & Alimentazione**, un volume che ha l'obiettivo di sfatare il mito della dieta triste e restrittiva e di trasmettere un messaggio positivo: la salute passa attraverso una corretta informazione e una alimentazione adeguata e cosciente.

Da sinistra: Prof. Gabriele Riccardi e Prof. Antonio Ceriello

"Questo volume rappresenta davvero una rivoluzione per quanto riguarda i paradigmi classici della terapia del diabete di tipo 2 – spiega **Gabriele Riccardi**, Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo all'Università "Federico II" di Napoli – perché ribalta completamente la prospettiva classica della dieta, insegnando alle persone affette da diabete come sia possibile coniugare il piacere di stare a tavola con un controllo della salute. In sintesi, un nuovo stile di vita per vivere, appunto, meglio. Solitamente, infatti, se una persona è costretta a regimi dietetici troppo restrittivi, dopo pochi mesi abbandona e torna alle proprie abitudini alimentari. I diabetici in particolare restano ligi solo alla riduzione del consumo di zuccheri e dolci. Ma questo non è l'aspetto più importante nella cura del diabete. Mangiare bene diventa parte fondamentale della terapia e della qualità di vita del paziente, considerato che si sta parlando di persone che dovranno convivere con la malattia per tutta la vita, non solo per un breve periodo, nel quale si potrebbe anche accettare l'idea di fare dei sacrifici. È fondamentale dunque educarli a mangiare bene e a riconoscere la qualità degli alimenti: il piacere del cibo può e deve essere ricercato non nella quantità bensì nella qualità di ciò che si mangia, nella raffinatezza, nei profumi, negli accostamenti.

Quali sono gli alimenti consigliati a paziente con diabete mellito di tipo 2?

Innanzitutto frutta e verdura, che contengono una serie di elementi importanti come le fibre e gli antiossidanti che neutralizzano i possibili danni derivanti dalle piccole di quantità di zucchero ingerite. La frutta peraltro, essendo naturalmente dolce, può essere un buon sostituto del dessert. Poi i cereali integrali: il problema, infatti, non è eliminare pane e pasta ma sostituire quelli raffinati con prodotti integrali che aiutano a mantenere la glicemia sotto controllo. E ancora, controllare le quantità di sale, ridurre gli alimenti di origine animale, privilegiando quelli di origine vegetale. È importante scegliere alimenti che non solo non facciano alzare la glicemia ma anche che non vadano ad influire su altri fattori – quali ad esempio la pressione e il colesterolo – responsabili dell'insorgere di complicanze del diabete anche molto gravi.

Perché l'ipergliecemia post prandiale ha un ruolo così importante nel diabetico?

La glicemia nelle persone sane si mantiene sempre costante – spiega il Professor **Antonio Ceriello**, Direttore del Dipartimento di Diabetologia dell'IRCCS Multimedica di Sesto San Giovanni (MI) – qualunque cosa mangino, mentre nel soggetto diabetico il tasso di glicemia nel sangue subisce diverse alterazioni nell'arco della giornata, in particolare dopo pranzo, quando subisce un aumento molto rapido e acuto. È stato dimostrato che questo aumento post prandiale è molto dannoso, non solo perché può portare con sé delle complicanze soprattutto a livello cardiovascolare, ma ha anche per l'importanza fondamentale che ha nel determinare un aumento complessivo dell'emoglobina glicata (un importante marcatore, che, attraverso l'analisi trimestrale del sangue, fornisce un'indicazione della media della glicemia durante i tre mesi precedenti), influenzando quindi il controllo glicemico totale del paziente. Fino a un paio di anni fa si riteneva che il momento peggiore fosse dopo due ore dall'inizio del pranzo, studi più recenti hanno invece dimostrato che quello che succede dopo un'ora è ancor più dannoso, tanto che si sta lavorando a livello mondiale per cambiare le linee guida sull'argomento. Al di là dei farmaci, quindi, è importante promuovere un approccio non farmacologico basato sull'educazione al consumo di cibi a basso indice glicemico, insegnando anche a combinarli nel modo corretto.

Prof. Antonio Ceriello
Direttore Dipartimento Interaziendale Diabete dell'IRCCS MultiMedica
Via Milanese 300,
Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02.242091
email: antonio.ceriello@multimedica.it

Prof. Gabriele Riccardi
Direttore Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
AO Universitaria Federico II
Via S. Pansini, 5 - Napoli
Tel. 081-7462117/561
email: gabriele.riccardi@unina.it

Questo supplemento è stato realizzato da cscommunication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Novartis,
leader nella salute

Innovazione e responsabilità, al servizio del paziente

Leader mondiale nell'area della salute, Novartis è fortemente impegnata nella ricerca e nello sviluppo di farmaci e soluzioni d'avanguardia per curare le malattie, ridurre il carico delle sofferenze e migliorare la qualità di vita delle persone.
Con l'obiettivo prioritario di soddisfare i bisogni dei pazienti, rispettando le attese e i diritti di tutti i suoi interlocutori, Novartis si adopera per gestire le proprie attività in modo sostenibile dal punto di vista sociale, ambientale ed economico.
Attraverso il suo costante orientamento all'innovazione e il suo approccio responsabile alle esigenze della salute, Novartis è un punto di riferimento affidabile per milioni di persone, in Italia e nel mondo.

NOVARTIS

mundipharma