Prodotto editoriale di informazione con anche contenuti pubblicitari. Numero 4 - Luglio 2017 - Magazine realizzato da CS Communication

Sanità & Benessere

e focus

MEDICAL NETWORK

PRIMO PIANO

L'équipe di Urologia delle Molinette di Torino

FOCUS

I campi d'applicazione della Radiologia Interventistica

LOMBARDIA E VENETO

L'Eccellenza dalla A alla Z

Le **ECCELLENZE** *passano da noi*

5X1000
all'Istituto Nazionale dei Tumori
Codice fiscale 800.182.301.53

FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI
L'oncologia italiana è nata qui

CANCRO

Cancelliamolo insieme.
Con il 5x1000 all'Istituto Nazionale
dei Tumori di Milano

Codice fiscale
800.182.301.53
istitutotumori.mi.it

L'**Istituto Nazionale dei Tumori**
combatte ogni giorno
per sconfiggere il cancro.
Col tuo 5x1000 ce la faremo

Editoriale

Cari Lettori,
anche questo numero, come gli altri finora realizzati, vuole essere un nuovo viaggio alla ricerca di punti di riferimento della Sanità italiana, con ritratti e testimonianze di specialisti protagonisti del nostro Sistema Sanitario. Pagine da leggere comodamente sotto l'ombrellone o seduti all'ombra di un ulivo secolare.

L'informazione e la comunicazione in ambito sanitario ormai hanno un ruolo di rilievo assoluto nel panorama contemporaneo, ciò lo si deve ai cambiamenti socio-culturali che si muovono di pari passo con i continui apprendimenti ed aggiornamenti.

Oggi il cittadino/paziente che non è più entità passiva ma un interlocutore attento e sempre più competente, vuole partecipare attivamente ai propri percorsi terapeutici, documentandosi ed arricchendo il proprio bagaglio di conoscenze.

Sfogliando questo numero, troverete un focus sulla **Radiologia Interventistica**, campo in cui le innovazioni tecnologiche stanno rivoluzionando ciò che prima era ambito prettamente diagnostico. Presentiamo altresì l'**Unità Urologica dell'Ospedale Molinette di Torino**, che ha effettuato negli ultimi mesi interventi di assoluta rilevanza internazionale, ampiamente documentati dai media italiani.

Ci spostiamo poi in Veneto, dove la città di Padova è rappresentata anche dal **Dipartimento di Clinica Medica-DIMED**, diretto dal Prof. **Fabris**. Presente la Prof.ssa **Burra**, epatologa di fama internazionale recentemente nominata presidente della ILTS - International Liver Transplantation Society, ed il reparto di **Pneumologia** diretto dalla Prof.ssa **Saetta**. Riflettori puntati anche su Verona con il reparto di **Cardiochirurgia** del Prof. **Faggian** e su Milano, con l'Istituto dei Tumori rappresentato dalla Clinica Medica Oncologica del Prof. **de Braud** e dall'Unità di Chirurgia del Colo-retto del Prof. **Ermanno Leo**, figura di rilievo della chirurgia italiana.

Con la maggior parte di loro, nei prossimi numeri, approfondiremo le patologie mediche trattate, fornendoVi dettagliati spunti sulla prevenzione, le sintomatologie e le cure da adottare.

Continuate a seguirci sul nostro portale
www.sanitaebenessere.it.

Buona lettura e che sia un'estate "rigenerante"!!!

A. Argenta

Sommario

Primo Piano
Urologia, Prof. Paolo Gontero 2

Focus Radiologia Interventistica
Radiologia, Dott. Maurizio Cariati 4
Radiologia, Prof. Franco Orsi 5
Radiologia, Prof. Antonio Gaetano Rampoldi 6
Radiologia, Dott. Carlo Spreafico 7
Radiologia, Dott. Maurizio Grosso 8

Medicina, Prof. Fabrizio Fabris 10
Pneumologia, Prof.ssa Marina Saetta 12
Gastroenterologia, Prof.ssa Patrizia Burra 13
Cardiochirurgia, Prof. Giuseppe Faggian 14
Oncologia, Prof. Ermanno Leo 15
Laboratorio analisi Fleming Research 16
Medicina Oncologica, Prof. Filippo de Braud 17
Eventi, Fiera Intercare Milan 2017 18
Anestesia e rianimazione, Dott. Francesco Deni 20

Responsabile di Progetto
Sarah Cosmano
Responsabile Customer Care
Roberta Valsecchi
www.cscommunication.it
www.facebook.com/redazionecscommunication

Business Editor
Aurora Argenta
aurora.argenta@cscommunication.it

Responsabile Redazione
Teresa Cosmano
redazione@cscommunication.it

Giornalisti
Carmelo Nicotera, Moira Perruso, Barbara Reverberi
redazione.s&b@cscommunication.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
© everythingpossible/123RF,
© zerbor/123RF, © epstock/123RF,
© sermax55/123RF

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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

L'Urologia dell'Ospedale Molinette di Torino, un'eccellenza tutta italiana

Il Prof. Gontero: "La principale innovazione è lavorare affiatati in gruppi dove ognuno è super-specialista di un settore specifico dell'urologia"

La Divisione di Urologia dell'Ospedale Molinette - Città della Salute e della Scienza di Torino, ha fatto la storia dell'urologia chirurgica piemontese ed italiana. A dirigere questa Struttura Complessa, dal 1° novembre del 2016, è il Prof. **Paolo Gontero**, docente alla Scuola Europea di Urologia (ESU) e Professore di Urologia all'Università di Torino. Dal 1998 al 2000, ha lavorato nel Dipartimento di Urologia dell'Ospedale Universitario King's College di Londra. Nel 2004 ha ricoperto l'incarico di Consultant all'Ospedale Universitario St George di Londra, nel 2014 è stato Visiting Professor al Dipartimento di Urologia dell'Università di Miami e nel 2016 al Dipartimento di Urologia della University of South California. Il Prof. Gontero si occupa principalmente di Chirurgia Oncologica Urologica con particolare interesse per la chirurgia robotica del carcinoma prostatico, per la chirurgia laparoscopica e robotica dei tumori del rene e per la terapia chirurgica del carcinoma della vescica. Si occupa poi della chirurgia ricostruttiva per malformazioni renali e per incontinenza urinaria con tecnica robotica o laparoscopica ed utilizza la tecnologia del laser verde per la terapia chirurgica dell'ipertrofia prostatica benigna. Dal 2014 ricopre l'incarico di Direttore Scientifico del Progetto Prostata Torino. È membro del comitato direttivo dell'European Multicenter Prostate Cancer Clinical and Translational Study Group (EMPACT) e socio dell'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). È coinvolto in progetti di ricerca in ambito internazionale e coordinatore di protocolli di studio su nuove terapie per il carcinoma vescicale e per il carcinoma prostatico. Dal 2016 è membro dell'Ufficio per le Linee Guida Europee sul carcinoma vescicale ed è stato nominato Chairmen per l'Edizione 2017 della Consultazione Internazionale per il tumore della vescica.

Il Prof. Gontero ed il suo staff

LE ECCELLENZE DELL'UROLOGIA DELLE MOLINETTE

Oncologia urologica: gestione integrata e multidisciplinare attraverso percorsi diagnostici e terapeutici condivisi dei tumori del rene, della vescica, della prostata, del pene e del testicolo nell'ambito della Rete Oncologica Regionale.

Chirurgia robotica urologica: prostatectomia radicale robotica (per tumore della prostata); nefrectomia parziale robotica (per tumori del rene); cistectomia radicale robotica (per tumori vescicali non avanzati); pieloplastiche robotiche (per stenosi del giunto pielo-ureterale); prelievo di rene per trapianto da vivente.

Laparoscopia urologica: nefrectomia laparoscopica radicale e parziale (per tumore del rene); nefro-ureterectomia laparoscopica (per tumori della via escretrice); pieloplastica laparoscopica (per stenosi del giunto pielo-ureterale; interventi laparoscopici per incontinenza urinaria e prolassi di organi pelvici.

Andrologia chirurgica: trattamento chirurgico delle malformazioni del pene, dei tumori del pene, dell'impotenza erettile ed interventi di ricostruzione totale del pene.

Trapianto renale: dalla bonifica pretrapianto alla ricostruzione del serbatoio vescicale, terapia delle problematiche post-trapianto alla chirurgia sul rene trapiantato e sulla via escretrice; prelievo di rene laparoscopico e robotico da donatore vivente.

Calcolosi urinaria: trattamento integrato mini-invasivo della calcolosi, con disponibilità della sala operatoria H24

Ipertrofia prostatica benigna: terapia endoscopica mini-invasiva dei casi complessi (con utilizzo del laser verde)

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

Prof. Gontero, quali sono i tumori che vengono trattati nel reparto che dirige e quali le tecniche utilizzate?

Vorrei premettere che l'attività clinica e chirurgica uro-oncologica presso la nostra Divisione di Urologia è suddivisa in diversi team che hanno sviluppato competenze specifiche. Pertanto ogni tipologia di tumore urologico viene trattata da un gruppo di urologi dedicati che possono essere considerati dei "super-specialisti" di quel particolare tumore. Questo al fine di dare un'offerta sia clinica che chirurgica adeguata agli standard di efficacia oggi richiesti. Esiste inoltre una stretta collaborazione con medici di altre specializzazioni (in primis gli oncologi ed i radioterapisti) con i quali si formano dei veri e propri team multidisciplinari. I tumori cui viene riservato più spazio sono quelli della prostata, della vescica e del rene, ma abbiamo una certa esperienza anche in quelli più rari del testicolo e del pene. Per il tumore della prostata, siamo stati tra i primi ad adottare strategie diagnostiche innovative quali le biopsie con la fusione delle immagini della risonanza magnetica e siamo inoltre tra i pochissimi centri in Italia ad effettuare la PET-PSMA. In campo terapeutico, vantiamo un'esperienza ormai decennale, nella prostatectomia radicale robotica, applicandola anche come terapia di salvataggio nella malattia avanzata dopo il fallimento di altre terapie. Per il tumore alla vescica siamo, a livello nazionale, tra i centri che eseguono il maggior numero di cistectomie radicali. La recente adozione di nuovi protocolli integrati di gestione pre e post-operatoria sembra aver migliorato i risultati di un intervento tradizionalmente pesante per il paziente. Siamo anche un centro di sperimentazione di tecniche diagnostiche avanzate, tra cui la diagnosi fotodinamica, ed un centro di sviluppo di nuove terapie endovescicali per il tumore della vescica, in particolare la termochemioterapia. Per il tumore al rene infine, privilegiamo la tecnica laparoscopica e robotica per asportare selettivamente solo la parte malata del rene (e conservare quella sana). La collaborazione con la Chirurgia Vascolare e l'esperienza maturata dopo molti anni di trapianti di rene, ci consente di affrontare anche casi molto complessi con la tecnica dell'autotrapianto.

Il Prof. Paolo Gontero nella sala operatoria robotica delle Molinette

Nel trattamento delle malattie della prostata avete due speciali alleati, la PET-PSMA e la Greenlight, di cosa si tratta?

La PET-PSMA è un tipo particolare di PET che serve ad identificare precocemente la ripresa del tumore alla prostata dopo un'iniziale apparente guarigione. Si tratta di un'indagine innovativa, che con estrema precisione riesce, rispetto alla tradizionale PET con colina, a rilevare la presenza di depositi anche molto piccoli di tumore alla prostata. Il "laser verde" o Greenlight invece, risolve in un solo giorno ed in anestesia locale l'ipertrofia prostatica benigna. Questa metodica sfrutta l'azione di un potente laser al tribolato di litio che vaporizza con precisione millimetrica solo l'eccesso di tessuto prostatico, trasformandolo in bollicine di vapore. L'intervento mininvasivo si effettua per via endoscopica in anestesia spinale ed in one day surgery. La maggior parte dei pazienti torna a casa dopo una notte di ricovero e riprende le sue normali attività nel giro di una settimana.

Quali sono i protocolli innovativi messi in campo per il tumore della vescica?

Oltre ai protocolli di ottimizzazione della chirurgia ricostruttiva della vescica dopo la sua asportazione per malattia avanzata, devolviamo molte energie al trattamento conservativo della malattia non invasiva, in particolare con la somministrazione di farmaci endovescicali mediante ipertermia a radiofrequenze o con il sistema EMDA. Stiamo anche sperimentando nuove forme di immunoterapia sia per la malattia superficiale che per quella avanzata.

Prof. Paolo Gontero
S.C. di Urologia
Azienda Ospedaliero Universitaria
Città della Salute e della Scienza
Sede Molinette
C.so Bramante, 88/90
10126 Torino
Segreteria: 011 0916518
paolo.gontero@unito.it

Questo supplemento è stato realizzato da Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

Le tante sfaccettature della Radiologia Interventistica

Ad illustrarcele il Dott. Cariati, Direttore dell'Unità Operativa di Radiologia dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

La Radiologia Interventistica è la Radiologia, intesa non solo come strumento diagnostico ma anche come mezzo d'intervento in senso terapeutico. Ad illustrarci i suoi campi di applicazione è il Dott. **Maurizio Cariati**, Direttore, dal 2008, dell'Unità Operativa di Radiologia dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, Presidio San Carlo Borromeo. Dal 2009 è anche Direttore del Dipartimento di Scienze Diagnostiche della stessa Azienda Ospedaliera milanese. È professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica dell'Università degli Studi di Milano ed è stato eletto presidente dell'ICIR (Italian College of Interventional Radiology) per il biennio 2017-2019.

L'Angio Team del Dott. Cariati

Dott. Cariati, quando il radiologo è diventato chirurgo?

Il radiologo non è un chirurgo, ma ha cominciato ad effettuare interventi in modo del tutto casuale. La Radiologia Interventistica infatti, nasce nel 1964 a Portland, negli Stati Uniti, per l'estro di Charles Dotter, il quale eseguì casualmente la prima dilatazione di un'arteria iliaca, senza intervento chirurgico, nel tentativo di superare una stenosi, cioè un restringimento, mediante un catetere. Involontariamente effettuò così la prima angioplastica. Il giorno successivo la claudicatio agli arti inferiori di cui era affetto il paziente, si era risolta. La Radiologia Interventistica italiana invece, iniziò a Roma nel 1972, quando venne effettuata la prima embolizzazione arteriosa in un carabiniere, vittima di un conflitto a fuoco e giunto al pronto soccorso del Policlinico Umberto I, con un'importante emorragia intestinale. Si utilizzarono dei coaguli ottenuti dal sangue del paziente stesso, introdotti nell'arteria lesionata con un catetere. In tal modo, l'emorragia venne bloccata e si evitò l'intervento chirurgico, salvandogli la vita.

Quali sono i principali campi di applicazione della Radiologia Interventistica?

Un grande settore della Radiologia Interventistica è il trattamento della patologia vascolare: aorta toracica ed addominale, carotidi, renali, iliache, femorali, fistole A-V per dialisi. Le arterie ristrette possono essere dilatate, quelle chiuse riaperte, dilatate con angioplastica o con stent (maglia metallica che permette al sangue di fluire ed impedisce all'arteria di richiudersi). Tutte queste procedure vengono effettuate in sala angiografica, attraverso l'inserimento dei cateteri specifici, in anestesia locale, dall'arteria femorale od in alternativa dall'arteria omerale, brachiale o radiale. Tramite i cateteri, oggi sempre più sottili, si può raggiungere qualunque organo od arteria del corpo ed effettuare l'intervento necessario. L'avvento delle endoprotesi aortiche, ha consentito il trattamento degli aneurismi dell'aorta in modalità mininvasiva, cioè senza la necessità di un intervento chirurgico tradizionale, bensì attraverso piccoli fori nelle arterie femorali. Nel contesto delle patologie cerebrovascolari ischemiche acute, è di grande importanza il trattamento endovascolare dello stroke ischemico acuto, cioè la ricanalizzazione dell'arteria che si è improvvisamente ostruita ed ha determinato l'ictus. In tal caso, dopo una rapida diagnosi, attraverso la rimozione endovascolare del trombo, l'evento acuto può risolversi in poche ore. Un altro settore della Radiologia Interventistica è il trattamento dei noduli tiroidei benigni, con la termoablazione a radiofrequenza. L'ago-elettrodo, collegato ad un generatore di radiofrequenza, viene inserito all'interno del nodulo tiroideo, sotto controllo ecografico. Tra le applicazioni più comuni della RI vi è il trattamento del varicocele, sia maschile che femminile. Si tratta della dilatazione della vena spermatica e del plesso pampiniforme nel maschio o della vena ovarica nella femmina. Anche in questo caso si inserisce un piccolo catetere attraverso la vena della gamba o del braccio e si inietta una sostanza sclerosante che occlude le vene ormai dilatate. Un altro campo di applicazione è quello del sistema biliare, con il trattamento delle stenosi, sia benigne che neoplastiche, delle vie biliari, nonché la rimozione dei calcoli dalle vie biliari intraepatiche e dal coledoco, che possono presentarsi anche dopo l'intervento di colecistectomia. Anche il trattamento endovascolare dei fibromi uterini è realtà ben nota, così come quello dell'ipertrofia prostatica e più recentemente delle emorroidi, attraverso l'embolizzazione. Un altro fondamentale settore è l'osteoarticolare. La vertebroplastica, cioè il consolidamento dei cedimenti vertebrali da trauma od osteoporosi, consiste nell'introduzione di cemento plastico, attraverso un ago, nel corpo della vertebra fratturata, per ottenerne la rapida stabilizzazione. Infine, la Radiologia Interventistica svolge un ruolo fondamentale e ben consolidato nel trattamento multimodale dei tumori.

Dott. Maurizio Cariati
Unità Operativa Complessa di Radiologia – ASST Santi Paolo e Carlo – Ospedale San Carlo Borromeo
Via Pio II, 3 - 20153 Milano
Segreteria: 02 40222465
Fax 02 40222465
maurizio.cariati@asst-santipaolocarlo.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

Le tecniche avanzate nel campo della Radiologia Interventistica

Il Prof. Orsi, Direttore della Divisione di Radiologia Interventistica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, ci parla della crescita esponenziale di questa branca della medicina

La Radiologia Interventistica nasce per sviluppare tecniche meno invasive rispetto alle metodiche chirurgiche standard, ma capaci di produrre gli stessi risultati clinici. A parlarcene il Prof. **Franco Orsi**, Direttore della Divisione di Radiologia Interventistica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, Fellow della Società Europea di Radiologia Interventistica (CIRSE) e co-fondatore della IESIR (Italia European Society of Interventional Radiology). Professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Radioterapia dell'Università di Milano, nell'ambito dell'attività interventistica si è dedicato con particolare attenzione alla patologia focale epatica, dalla diagnostica specifica al trattamento locoregionale, sviluppando protocolli di trattamento chemioterapico intrarterioso con accesso percutaneo.

Prof. Franco Orsi

Prof. Orsi, quali sono i risultati raggiunti dalla Radiologia Interventistica?

La Radiologia Interventistica è una branca iperspecialistica della medicina ed è ormai presente in tutti gli ospedali. In Italia ha avuto più successo e più espansione, creando delle eccellenze; siamo considerati infatti, la frontiera dell'evoluzione in questa branca. Si è riusciti a capire meglio il meccanismo oncologico e la necessità di essere il meno invasivi ed il più precisi possibili nelle cure e sono state migliorate le tecniche di imaging, che oggi ci consentono di identificare il tumore molto prima che diventi sintomatico. Tuttavia, l'aver anticipato la diagnosi, identificando tumori sempre più piccoli, non è stato accompagnato da un sostanziale miglioramento nella riduzione dell'invasività delle terapie. Lo scopo dell'oncologia è oggi la cronicizzazione della malattia. La Radiologia Interventistica è nata in passato per palliare malattie avanzate e per risolvere le complicanze post-chirurgiche, ma oggi riveste sempre più frequentemente il ruolo chiave nello gestire la malattia, anche in fase iniziale, con intento curativo.

Qual è il fiore all'occhiello che lo rende orgoglioso della sua Struttura?

La soddisfazione principale è quella di aver trasformato una branca prettamente tecnologica in una branca clinica, fondando la Divisione Clinica di RI. L'atto tecnico, infatti, ha senso solo quando viene interpretato in una gestione clinica del paziente. La crescita culturale e di esperienza nella mia realtà organizzativa è esponenziale poiché il trattamento è seguito direttamente dall'immediato follow up del paziente in reparto. In questo modo il paziente, oggi, ci riconosce come clinici di riferimento.

Quali sono le tecniche avanzate nel campo della Radiologia Interventistica?

Ne individuo principalmente tre, alle quali mi sono particolarmente dedicato. Partiamo dal trattamento HIFU, tecnica non invasiva, che consiste nell'utilizzo del suono per distruggere il tumore. Si tratta di penetrare all'interno del corpo con ultrasuoni e sfruttare l'energia meccanica per distruggere il tessuto tumorale. Uno degli ambiti più promettenti nei quali questa tecnica può essere utilizzata, è il tumore del pancreas. La sua assoluta non invasività, rende HIFU una promettente alternativa terapeutica in questa grave malattia. Dalla casistica personale riporto l'interessante caso di un paziente, collega, con malattia avanzata ed in progressione ai trattamenti standard, che ha avuto risposta completa al trattamento HIFU, anche grazie ad un'inattesa risposta immunitaria, innescata da una risposta anticorpale dopo la distruzione del tumore primitivo al pancreas, che ha distrutto anche le metastasi a distanza. L'azione degli ultrasuoni focalizzati è in grado pertanto di promuovere una risposta immunitaria contro il tumore; già studiato sugli animali, noi siamo riusciti a riscontrare questo fenomeno anche sugli esseri umani. Altra tecnica terapeutica in rapida ascesa è la termoablazione dei tumori renali. Il tumore renale è abbastanza complesso da gestire quando è avanzato, ma ancora una volta, grazie alla diagnostica, si riesce ad intercettarlo in fase iniziale, quando è definito "incidentaloma", cioè un piccolo tumore renale identificato incidentalmente. Attraverso la cute si inserisce un ago, con il quale il tumore viene "bruciato", consentendo al paziente di lasciare l'ospedale il giorno dopo. La terza pratica è la chemoperfusione a circolazione extracorporea, tecnica mininvasiva molto complessa, introdotta per la prima volta in Europa proprio dal nostro Centro. Si propone come una metodica valida per i pazienti affetti da metastasi epatiche multiple non resecabili e si riferisce a due forme principali di patologia: il colangiocarcinoma e le metastasi del melanoma oculare. Prevede l'isolamento dei vasi sanguigni che irrorano e drenano l'organo in modo da ottenere una completa separazione del circolo epatico da quello del resto dell'organismo: a tale scopo è necessario allestire due circuiti extracorporei, uno per garantire l'integrità della circolazione sistemica ed uno per consentire la perfusione del fegato. Grazie a questa metodica è possibile eseguire una perfusione utilizzando elevate concentrazioni di farmaci senza incorrere nella tossicità sistemica che si osserverebbe nel caso in cui le stesse dosi venissero somministrate per via endovenosa od intra-arteriosa. I risultati preliminari di questa terapia sono davvero promettenti, mostrando risposte cliniche in pazienti senza alternative terapeutiche.

Prof. Franco Orsi
Radiologia Interventistica
IEO - Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti, 435 - 20141 Milano
Segreteria: 02 57489060
Fax 02 94379238
radiologia.interventistica@ieo.it
franco.orsi@ieo.it
www.ieo.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

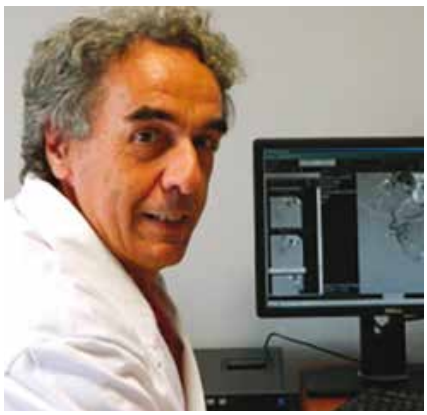
Un ago riscaldato per distruggere i tumori ed una nuova tecnica per curare le emorroidi

Il Prof. Rampoldi, Direttore della Radiologia Interventistica del Niguarda di Milano, ci parla di due nuove frontiere, la termoablazione e l'embolizzazione

Un ago riscaldato ed un intervento di pochi minuti in anestesia locale, e senza ricorrere ad invasive operazioni chirurgiche, può oggi distruggere alcuni tipi di tumore, così come un trattamento alternativo endovascolare mininvasivo, permette di guarire completamente dalle emorroidi. A parlarci di queste nuove frontiere in campo medico, il Prof. **Antonio Gaetano Rampoldi**, Direttore della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Niguarda di Milano.

Prof. Rampoldi, in cosa consiste la cosiddetta termoablazione, che permette di bruciare i tumori?

Si tratta di una metodica di distruzione mirata del tessuto neoplastico senza intervento chirurgico e senza somministrazione di chemioterapici per via generale. Il meccanismo di distruzione del tessuto tumorale si basa sulla somministrazione di calore nel nodulo neoplastico attraverso uno o più aghi che vengono inseriti attraverso la cute sotto guida radiologica (raggi X), ecografica o della TAC. Grazie al calore generato da onde radio o microonde che portano la temperatura oltre i 70 °C (che per definizione è una temperatura tumoricida), è possibile in pochi minuti causare la morte dei tessuti tumorali trattati, cioè delle lesioni tumorali primitive o secondarie, che interessano principalmente il fegato, il rene ed i polmoni, ma che possono interessare anche l'osso. Con questa tecnica possiamo intervenire in maniera mininvasiva, con una piccola incisione di 2-3 millimetri, e calibrare le modalità del trattamento a seconda della neoplasia. Si agisce localmente, delimitando e colpendo solo l'area interessata dalla malattia. L'intensità di calore e la durata dell'intervento sono misurate in base alla grandezza del tumore da distruggere. Questo tipo di procedure



Prof. Antonio Gaetano Rampoldi

sono eseguibili in anestesia locale con una blanda sedazione, ed il paziente può essere dimesso entro 24 ore.

Per quanto riguarda le emorroidi invece, sappiamo che esiste oggi un nuovo trattamento molto più semplice ed indolore rispetto a quello tradizionale. Di cosa si tratta?

Il trattamento di embolizzazione endovascolare prevede un intervento più semplice e rapido rispetto alle tecniche tradizionali, condotto dall'interno, non doloroso, né durante né dopo, praticando un'anestesia locale della cute all'inguine od a livello del polso. L'intervento viene eseguito durante un'angiografia. Il radiologo interventista dopo aver praticato l'anestesia, esegue la puntura dell'arteria scelta come accesso all'apparato vascolare e sospinge all'interno il materiale diagnostico ed operatorio. Questa fase come pure la successiva non è dolorosa, l'unica sensazione provata dal paziente è un pò di calore locale e fugace, quando viene iniettato il mezzo di contrasto che serve all'operatore per ricevere informazioni e studiare la parte malata. Lo studio infatti prevede il creare immagini delle arterie emorroidarie e la decisione di quali chiudere. Una volta ottenuta una precisa mappa di come sono fatte le arterie e quali partecipano alla malattia, mediante l'uso di un microcatetere si naviga all'interno delle stesse e si individua il punto giusto per chiudere le arterie responsabili dell'aumento del flusso o del sanguinamento: a questo punto si sospinge all'interno del microcatetere fino alla suo estremo un minuscolo filamento metallico (microspirale) che viene fatto uscire all'interno dell'arteria e di cui occuperà l'intero canale, chiudendola. Al termine viene rimosso il microcatetere e viene tamponato il foro cutaneo d'ingresso. Con questa procedura, molto meno invasiva rispetto alle precedenti chirurgiche e per nulla dolorosa per il paziente, si ottiene lo stesso effetto che si persegue con le tecniche chirurgiche volte alla legatura/cucitura delle stesse arterie emorroidarie.

Ci sono altre novità in campo radiologico interventistico?

Tra le più interessanti c'è sicuramente la possibilità di riapertura di occlusioni croniche di vene centrali (cava superiore ed inferiore, vene iliaco-femorali) con posizionamento di stent dedicati. Queste tecniche, molto sofisticate, possono estendersi anche alla vena porta, che rappresenta il vaso più importante del fegato. La sua ricanalizzazione, in caso di cavernoma portale, darà al paziente affetto da cirrosi epatica, la possibilità di essere sottoposto a trapianto di fegato, con risoluzione completa dei suoi sintomi.

Prof. Antonio Gaetano Rampoldi
Radiologia Interventistica –
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Segreteria: 02 64442700
Fax 02 64442881
antonio.rampoldi@ospedaleniguarda.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

L'importanza della Radiologia Interventistica nella cura dei tumori

A parlarci di questa specialità il Dott. Carlo Spreafico, Responsabile della S.S. Interventistica Oncologica Vascolare Epatobiliare dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Precisa ed efficace come un intervento chirurgico, ma molto meno invasiva, la Radiologia Interventistica prende sempre più piede nella cura dei tumori. A parlarcene il Dott. **Carlo Spreafico**, dal 2012 Responsabile della S.S. Interventistica Oncologica Vascolare Epatobiliare dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, nella Struttura Complessa di Radiologia 2 dell'IRCCS milanese. Laureato in Medicina e Chirurgia, è specializzato in Radiologia Diagnostica e Radioterapia.

Dott. Carlo Spreafico

Dott. Spreafico, cosa si intende per Radiologia Interventistica?

La Radiologia Interventistica comporta una serie di procedure di tipo terapeutico che utilizzano i mezzi d'immagine di pertinenza radiologica per consentire l'esecuzione di interventi con un approccio di tipo percutaneo, attraverso la pelle, senza tagli, con una terapia loco-regionale. Le terapie interventistiche consistono nell'applicazione di un'energia, fisica o chimica, veicolata all'interno del tumore o mediante puntura diretta, come nel caso delle ablazioni percutanee (radiofrequenza, micro-onde, crioterapia), od attraverso le strutture vascolari. Dal punto di vista dell'oncologia si va affermando il concetto che la cura dei tumori è un processo di tipo multidisciplinare. Un gruppo multidisciplinare presenta l'esperienza e la conoscenza per quel tumore ed a seconda della stadiazione e delle caratteristiche cliniche del paziente, vengono scelte le terapie. La Radiologia Interventistica consente alcune di queste terapie. Si è modificato negli anni anche il concetto dell'asportazione del tumore. Fino agli anni '80, forse anche oltre, l'intervento doveva essere il più demolitivo possibile. Ora grazie alla combinazione di terapie, possono essere trattati i tumori in modo meno aggressivo. All'Istituto Nazionale dei Tumori uno dei tumori maggiormente trattati dalla Radiologia Interventistica è quello del fegato, uno dei capisaldi su cui si sviluppano la ricerca e la terapia. Il fegato è forse il più importante tra gli organi trattati dalla Radiologia Interventistica perché il fatto che il tumore primitivo si trovi confinato all'interno dell'organo, lo rende più facilmente aggredibile da terapie locali, piuttosto che da terapie sistemiche generali. Quando il tumore del fegato si trova in uno stadio più avanzato, il che avviene in alta percentuale dei casi, le terapie più tipicamente locali, come le resezioni chirurgiche o le ablazioni radiologiche percutanee, non possono essere eseguite. In questi casi le terapie loco-regionali eseguite per via intra-arteriosa dai radiologi interventisti diventano molto importanti: mi riferisco alla chemioembolizzazione ed alla radioembolizzazione. Con la chemioembolizzazione iniettiamo attraverso le arterie delle particelle o del materiale miscelato con dei chemioterapici, che rimangono però localmente nel fegato e nei tumori e lì agiscono. L'altra classe di terapia, più recente, si chiama radioembolizzazione. Siamo stati fra i primi in Italia nel 2007 ad utilizzarla. Si esegue sempre il cateterismo arterioso del fegato e si rilasciano delle particelle che contengono Yttrio 90, un isotopo radioattivo che esegue una radioterapia assolutamente locale.

La Radiologia Interventistica interviene in tutti i tipi di tumore o solo sul fegato?

Non solo sul fegato, un altro organo che ben si presta è infatti il rene. Un passo importante è stato capire che i tumori possono essere anche multinodulari e multicentrici dall'origine, per cui togliere un rene non conviene, perché anche l'altro potrebbe ammalarsi, mettendo il paziente in una situazione molto difficile. Il risparmio di parenchima renale è importante sin dall'inizio, per cui la terapia chirurgica da demolitiva diventa settoriale. In quest'ottica trovano spazio anche le terapie ablative radiologiche percutanee, in particolare la radiofrequenza e la crioterapia. Dunque terapia mirata che distrugga il minor tessuto renale funzionante, così da mantenere al paziente la funzionalità dell'organo, ma nello stesso tempo distrugga il nodulo, perché il tumore del rene rimane confinato a lungo ed in genere metastasi e diffusione sono tardive.

Quindi non una unica cura per il cancro ma una modalità mutidisciplinare?

Il messaggio più importante è che il tumore si tratta in modo multidisciplinare. Il problema può essere che, per esempio negli ospedali minori, pur in presenza di figure professionali eccezionali, alcune metodiche, come la radioembolizzazione, di cui parlavo prima, non hanno una grande diffusione perché richiedono un approccio multidisciplinare complesso che manca. Diventa importante affrontare certe patologie in luoghi dove ci siano tutte le competenze in grado di garantire il meglio al paziente. Il positivo del nostro Istituto, soprattutto per le patologie di cui ho parlato, è che ci sono vari gruppi interdisciplinari, che possono offrire tutto quello che attualmente la medicina moderna può offrire al paziente oncologico, comprese tutte le terapie loco-regionali.

Dott. Carlo Spreafico
S.S. Interventistica Oncologica Vascolare Epatobiliare – Fondazione IRCCS Istituto Nazione dei Tumori
Via G. Venezian, 1- 20133 Milano
Segreteria: 02 23902071
Fax 02 23902396
carlo.spreafico@istitutotumori.mi.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Al Santa Croce di Cuneo i primi interventi di embolizzazione prostatica

Il Dott. Grosso, Direttore della Radiologia dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo, ci parla di questa nuova metodica mini-invasiva

L'ipertrofia prostatica benigna (IPB) è un ingrandimento della ghiandola prostatica dovuta alla proliferazione degli elementi stromali e ghiandolari della prostata, assai frequente negli uomini dopo i 70 anni. A parlarci di questa patologia, il Dott. **Maurizio Grosso**, Direttore della Radiologia dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Torino, si è specializzato in Radiodiagnostica all'Istituto di Radiologia dell'Università torinese. Dal 1994 al 1998 è stato Responsabile di "Diagnostica per immagini e trattamento percutaneo delle malattie dell'apparato vascolare" all'Ospedale San Giovanni Battista Molinette di Torino. Dal 2002 al 2016 è stato Direttore del Dipartimento Radiologico del Santa Croce, mentre dal 2016, è anche Direttore del Dipartimento Interaziendale dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera cuneese. Ha svolto incarichi di insegnamento nelle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale, in Radiologia, in Chirurgia d'Urgenza ed in Chirurgia Vascolare dell'Università di Torino; attualmente ha incarichi di insegnamento nella Scuola di Specializzazione di Radiodiagnostica eddel Corso di Laurea di Tecnica di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia.

Dott. Grosso, ci parli dell'ipertrofia prostatica benigna. Esiste una cura?

Si tratta di una patologia che prima o poi interessa tutti gli uomini al di sopra dei 70 anni, ne soffre infatti quasi l'80%. Consiste nell'ingrossamento della ghiandola prostatica, la prostata, che fa parte del sistema genito-urinario maschile. Via via che la ghiandola si ingrossa, comprime e schiaccia l'uretra causando l'ispessimento delle pareti della vescica. Col tempo, la vescica si può indebolire perdendo la capacità di svuotarsi completamente. I principali sintomi infatti sono a carico del tratto urinario: minzione frequente, urgenza della minzione, bisogno frequente di urinare durante il sonno. Esiste una terapia medica che può bloccare la crescita della prostata, ridurre il volume ed i sintomi associati con la patologia. Questa è efficace nelle fasi iniziali e non troppo avanzate. Il 25% dei pazienti con IPB però deve essere sottoposto a trattamento per disturbi della minzione e l'intervento chirurgico di adenomectomia o resezione trans-uretrale (TURP) sono attualmente le terapie di prima scelta per tale patologia. Questi tipi di intervento, anche se molto efficaci, possono comportare qualche piccolo inconveniente, come l'incontinenza e l'eiaculazione retrograda, ossia l'eiaculato viene immesso nella vescica anziché fuoriuscire dall'uretra peniena. Negli ultimi 10 anni però è stata proposta per il trattamento dell'IPB una nuova metodica di Radiologia Interventistica mini-invasiva, l'embolizzazione transcatetere, ossia l'occlusione delle arterie prostatiche con microsfere eseguita con approccio angiografico percutaneo. I primi ad utilizzare questa metodica sono stati due centri, in Brasile a San Paolo ed in Portogallo a Lisbona, che hanno ottenuto risultati incoraggianti. In Italia, la prima embolizzazione in un paziente con IPB, con problemi di ritenzione urinaria e portatore di catetere vescicale permanente non candidabile alla chirurgia per le condizioni generali, è stato eseguito proprio al Santa Croce.

Dott. Maurizio Grosso

In cosa consiste questo intervento?

L'embolizzazione consiste nel provocare l'occlusione delle piccole arterie della prostata iniettando micro-particelle attraverso un piccolo tubicino (microcatetere), introdotto senza alcun taglio, in anestesia locale, con la semplice puntura di un'arteria periferica, di solito femorale. In questo modo si determina un'ischemia, ossia la riduzione del flusso di sangue. Occludendo i vasi prostatici si interrompe il nutrimento ai tessuti malati e la prostata in un breve lasso di tempo tenderà a tornare alle dimensioni originarie. La procedura, effettuata con scarsissime complicanze e con minimo disagio per il paziente, ha ottenuto finora buoni risultati, permettendo anche di rimuovere, in oltre l'85% dei casi trattati, il catetere vescicale con rapida dimissione dall'ospedale. Tale procedura di Radiologia Interventistica si sta diffondendo anche in Italia (ad oggi, oltre 300 procedure sono state effettuate nel nostro Paese ed inserite in un Registro italiano con dati assai promettenti), ma è indispensabile per ottenere risultati sempre migliori un approccio multidisciplinare con coinvolgimento del radiologo interventista e dell'urologo, indispensabile per la corretta selezione dei pazienti ed il successivo follow-up.

Dott. Maurizio Grosso
S.C. Radiologia – Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle
Via M. Coppino, 26 - 12100 Cuneo
Segreteria: 0171 641401
Fax 0171 641128
grosso.m@ospedale.cuneo.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

QUANTO INVESTONO LE AZIENDE IN RICERCA?

14,4
Media del settore.

30%

Se la media del settore farmaceutico è del **14,4%***, Celgene ogni anno investe circa il doppio. Perché crede nelle nuove cure, nel rapporto tra scienza e uomo, nel cambiamento positivo. Per questo siamo tra i leader mondiali nelle cure ematologiche e oncologiche.
Perché non stiamo cercando numeri, stiamo cercando vita.

celgene.it

Celgene

*EFPIA – The Pharmaceutical Industry in Figures 2015

Medicina a Padova: il Dipartimento di Medicina-DIMED dalla A alla Zeta

Il Prof. Fabrizio Fabris, Direttore del Dipartimento di Medicina–DIMED, ci porta a conoscere le molteplici attività del dipartimento universitario

Il Dipartimento di Medicina – DIMED dell'Università di Padova è il compendio di competenze multidisciplinari nell'ambito della Medicina che spaziano su 19 settori scientifico-disciplinari. Il Prof. **Fabrizio Fabris**, che ne è alla guida come Direttore dal 2015, ci illustra le molteplici sezioni che si articolano in attività didattiche, di ricerca ed assistenziali.

Prof. Fabris, ci parli delle Unità Operative del Dipartimento che dirige

L'**Anatomia Patologica** (diretta dal Prof. Massimo Rugge) è articolata in aree specialistiche per malattie oncologiche e non-oncologiche utilizzando tecniche tradizionali, morfometriche e di biologica molecolare; tale organizzazione consente di erogare prestazioni di "medicina di precisione". L'attività si realizza con collaborazioni nazionali ed internazionali particolarmente indirizzate alla patologia oncologica e trapiantologica. La **Sezione di Citodiagnostica** (Prof. Ambrogio Fassina), utilizza le metodologie dell'Anatomia Patologica in campo citologico applicandole ai fini diagnostici in particolare nelle malattie oncologiche. La **Clinica Medica 1** (Prof. Fabrizio Fabris) affronta la medicina interna con particolare riguardo alle dislipidemie, alle patologie dell'emostasi e delle piastrine, le malattie allergiche, l'osteoporosi e le numerose patologie rare correlate ai vari interessi clinici. La **Clinica Medica 3** (Prof. Roberto Vettor), oltre all'attività assistenziale riguardante la Medicina Interna, possiede competenze assistenziali specifiche nel settore della metodologia clinica, endocrino-metabolico e dell'obesità. La **Clinica Medica 5** (Prof. Paolo Angeli) e la **Sezione Emergenze epatiche** (Prof. Carlo Merkel) hanno sviluppato competenze nelle malattie del fegato compresi i disturbi della sfera cognitiva e la medicina dei trapianti; la Clinica Medica 5 è infatti sede

Prof. Fabrizio Fabris

> **DIMED è un punto di riferimento nazionale per molte malattie rare**

del "Centro Regionale per le malattie del fegato". La **Clinica Dermatologica** (Prof. Mauro Alaibac) è Centro di Riferimento Regionale per la Psoriasi e per la Dermatologia Pediatrica. Viene inoltre considerato un'importante centro di riferimento per l'oncologia cutanea e per la terapia fotodinamica. L'**Unità di Dietetica** (Prof.ssa Lorenza Caregaro Negrin) svolge la sua attività nel settore dell'alimentazione e della nutrizione clinica, intesa come strumento di prevenzione e di terapia. L'**Unità di Ematologia** (Prof. Gianpietro Semenzato) si distingue per la diagnosi e la cura delle leucemie acute e croniche applicando la trapiantologia autologa, delle interstiziopatie polmonari immuno-mediate, delle immunodeficienze acquisite e congenite. Vengono condotti progetti di ricerca su nuovi farmaci e metodi di cura innovativi. L'**Endocrinologia** (Prof. Marco Boscaro) si propone come centro di attrazione nazionale per la diagnosi ed il trattamento delle patologie endocrine in particolare delle tireopatie e le malattie dell'asse ipofisi-surrene. La **Clinica Geriatrica** (Prof. Enzo Manzato) rivolge peculiarmente la sua attività agli anziani per ristabilire, mantenere e promuovere lo stato di salute e limitare gli esiti invalidanti delle patologie correlate all'età senile di cui studia i meccanismi fisiopatologici. Le **Unità Operative dell'Ipertensione** (Prof. Gian Paolo Rossi) e di **Medicina Vascolare** (Prof. Paolo Palatini) sono impegnate nella cura delle malattie cardiovascolari attraverso lo studio dell'ipertensione arteriosa e degli altri fattori di rischio, la diagnosi precoce, la terapia della fase acuta e la prevenzione secondaria attraverso un'intensa attività di ricerca di base ed epidemiologica. La **Sezione di Anestesia e Rianimazione** (Prof. Carlo Ori) presta assistenza peri operatoria per diverse specialità chirurgiche: dalla chirurgia generale alla cardiochirurgia dell'adulto e del bambino, alla chirurgia toracica, ortopedica e ginecologica, alla chirurgia dei trapianti di organi addominali, polmone e cuore. L'**Unità Operativa di Radiologia** (Prof. Diego Miotto) è articolata in radiologia interventistica, ecografia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica e radiologia pediatrica ed eroga prestazioni di diagnostica per immagini con le più moderne tecnologie. Le due **Unità Operative di Malattie del Metabolismo** (Prof. Angelo Avogaro e Prof.ssa Annunziata Lapolla) assicurano il trattamento delle complicanze acute della malattia diabetica, delle complicanze croniche e delle complicanze infettive. Altra importante missione è l'attività di ricerca di altissimo livello finalizzata allo studio del diabete mellito di tipo 1 e 2, della messa a punto di farmaci innovativi e delle connessioni sistemiche del diabete e delle malattie metaboliche. La **Sezione di Malattie Trombotiche ed Emorragiche** (Prof. Paolo Simioni) svolge un ruolo di eccellenza nella diagnosi e cura delle malattie trombotiche, emorragiche e delle coagulopatie complesse. L'**Unità di Medicina dello**

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

Sport e dell'Esercizio (Prof. Marco Zaccaria), oltre all'attività di certificazione sportiva, assicura il mantenimento ed il ripristino dello stato di salute, alla prevenzione, alla diagnosi e cura di patologie legate all'attività sportiva, alla valutazione dell'efficienza fisica di soggetti sani e con patologie croniche per la prescrizione dell'esercizio fisico come terapia. La S**ezione di Medicina di Laboratorio** (Prof. Mario Plebani), svolge servizi di analisi cliniche su campioni biologici e sui pazienti, oltre ad attività specifiche per la determinazione quali-quantitativa di indicatori biologici volte a rilevare anomale variazioni dei parametri fisiologici ed è impegnata in una attività traslazionale di interazione con tutte le sezioni del Dipartimento di Medicina e degli altri dipartimenti aziendali. La **Medicina Nucleare** (Prof. Franco Bui) è la branca specialistica della medicina che si avvale dell'uso di radionuclidi artificiali a scopo diagnostico, terapeutico e di ricerca biomedica. Il reparto è stato riconosciuto Centro di Eccellenza Nazionale per la Medicina Nucleare Pediatrica e per lo studio delle patologie neurologiche e neoplastiche con l'impiego di attrezzature di altissimo contenuto tecnologico (PTE - TAC, PET - RNM) uniche in Italia. L'**Unità Operativa di Reumatologia** (Prof. Leonardo Punzi) è una struttura all'avanguardia nella diagnosi e nella cura delle malattie reumatiche muscoloscheletriche, delle connettiviti e delle malattie auto infiammatorie dell'adulto. L'**Unità Operativa di Andrologia e Patologia della Riproduzione umana** (Prof. Carlo Foresta) è un centro di riferimento e di alta specializzazione che si occupa delle patologie andrologiche ed endocrinologiche, con particolare attenzione alle problematiche dell'infertilità di coppia. È sede del Centro Regionale Specializzato di Crioconservazione dei Gameti Maschilie del Centro Regionale Specializzato per la Sindrome di Klinefelter. La **Sezione di Farmacologia Medica** (Prof. Roberto Padrini) si occupa delle interazioni dei farmaci e della personalizzazione terapeutica, della ricerca di farmaci innovativi in campo cardiovascolare ed oncologico.

Quali sono i progetti che più caratterizzano il suo lavoro e la rendono orgoglioso?

Il Dipartimento di Medicina-DIMED rappresenta un punto di riferimento nazionale per un ampio numero di malattie rare ed ha contribuito in misura sostanziale al prestigio di cui gode, a livello europeo, l'Azienda Ospedaliera Università di Padova nel campo di tali patologie. Allo scopo di migliorare ulteriormente una performance già ai massimi livelli, il DIMED sta perseguendo un progetto di progressivo miglioramento ed integrazione delle competenze scientifiche e degli spazi da dedicare alla ricerca, alla formazione scientifica ed alla didattica nell'ambito della medicina e delle professioni sanitarie (7 corsi di laurea e 14 Scuole di Specializzazione), elementi che hanno già raggiunto livelli di assoluta eccellenza sia in ambito nazionale, che internazionale. Infatti il DIMED si è classificato nei primi posti della valutazione nazionale ANVUR relativa ai Dipartimenti dell'area medica e rappresenterà, insieme ad altri 14 dipartimenti, l'Università di Padova nella prossima competizione nazionale di Eccellenza.

In quale direzione sta andando il suo Dipartimento?

Sotto il profilo assistenziale, si sta dedicando la massima attenzione all'attivazione di percorsi in grado di assicurare ai pazienti il miglior livello di cure possibile, attraverso l'applicazione di protocolli clinici omogenei e conformi alle linee-guida più aggiornate e modelli assistenziali in grado di massimizzare gli esiti, nel contempo assicurando un utilizzo razionale delle risorse. Tra gli obiettivi del DIMED rientra inoltre la costituzione del Centro di Ricerca Clinica in grado di consentire l'esecuzione di studi clinici controllati di fase I e II e di implementare in misura progressivamente crescente l'applicazione della Medicina Individualizzata (Precision Medicine) nell'ampio settore della patologia umana che rientra nelle competenze professionali dei 95 docenti del DIMED coadiuvati da eccellenti collaboratori tecnici ed amministrativi.

Prof. Fabrizio Fabris
Dipartimento di Medicina-DIMED
Università degli Studi di Padova
Azienda Ospedaliera Università di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Segreteria: 049 8211857
Fax 049 8212159
fabrizio.fabris@unipd.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

È a Padova il miglior centro d'Italia per la cura delle malattie respiratorie

La Prof.ssa Saetta, Direttore dell'Unità Operativa di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, ci illustra i campi di specializzazione di questa struttura d'eccellenza

L'Unità Operativa Complessa di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova si occupa delle più importanti patologie respiratorie, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'asma bronchiale, le neoplasie polmonari, le infezioni respiratorie e le fibrosi polmonari. È articolata in diversi servizi che presentano caratteristiche di alta specializzazione uniche nel panorama regionale e nazionale. A dirigerla la Prof.ssa **Marina Saetta**, Professore Ordinario dell'Università degli Studi di Padova, Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio e Direttore della Clinica Pneumologica del Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova. È autrice di più di 200 pubblicazioni internazionali, che hanno totalizzato più di 11.000 citazioni. Negli anni si è distinta per aver ricevuto prestigiosi finanziamenti alla ricerca e numerosi riconoscimenti internazionali: tra i più importanti la Cournand Lecture, conferitale nel 1998, dalla European Respiratory Society (ERS), come "Miglior giovane pneumologo europeo" ed il Presidential Award, attribuitole nel 2015 sempre dalla ERS, in virtù «dell'eccellente contributo alla medicina respiratoria e per la sua passione nel trasmettere le conoscenze e formare giovani medici».

Prof.ssa Saetta, quali sono i punti di forza ed i servizi che distinguono l'Unità Complessa che dirige da tutte le altre Pneumologie?

I nostri punti di forza sono diversi. Sicuramente va annoverato il servizio di broncoscopia diagnostica ed interventistica, il cui responsabile è il Dott. Umberto Fantoni, coadiuvato dal Dott. Marco Damin, che esegue interventi di alta specializzazione per la diagnosi, il monitoraggio e la terapia del tumore del polmone, dell'enfisema polmonare e di altre importanti patologie evitando al paziente, in molti casi, interventi chirurgici invasivi. Un altro punto

Prof.ssa Marina Saetta

di forza è il Centro di Assistenza e Ricerca ad Alta Specializzazione su Asma bronchiale e Malattie Ostruttive Croniche indotte da fumo di sigaretta, che mira non solo alla cura del paziente ma anche alla ricerca dei meccanismi responsabili dello sviluppo di queste malattie. Il Centro, la cui responsabile è ora la Dott.ssa Kim Lokar Oliani, è stato classificato, dall'indagine del Corriere della Sera, al primo posto in Italia tra i centri pneumologici che si occupano di malattie ostruttive croniche. Siamo poi uno dei centri di riferimento dell'ERN (European Reference Network for Rare Diseases) per le Malattie Rare del polmone. Tra queste si annoverano le fibrosi polmonari, malattie estremamente invalidanti, per le quali ora esistono nuovi farmaci molto promettenti. Responsabili di questo Centro per le Malattie Rare sono il Prof. Paolo Spagnolo e la Dott.ssa Elisabetta Balestro. Altro fiore all'occhiello è la Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio, l'unica nel Triveneto, che accoglie giovani medici in formazione da tutta Italia. Attualmente il nostro team è composto da 18 medici specializzandi, 5 dirigenti medici, un Professore Associato universitario, 2 ricercatori, un dottorando di ricerca e 2 assegnisti di ricerca. Un altro elemento distintivo della nostra struttura è la stretta interazione Ospedale/Università, che è un fattore fondamentale nella cura dei pazienti, soprattutto quelli particolarmente complessi, che si rivolgono a noi da tutta Italia. L'attività clinica svolta è infatti strettamente collegata all'attività di ricerca. Abbiamo un ambulatorio dedicato esclusivamente alla preparazione ed al follow up dei pazienti da sottoporre a trapianto di polmone, che agisce in stretta connessione con la broncoscopia interventistica e con la Chirurgia Toracica. Il paziente viene monitorato e seguito prima e dopo il trapianto, ma ci occupiamo anche di quei pazienti che per qualche motivo non possono essere trapiantati. Creiamo così una rete, insieme alla Chirurgia Toracica, che ci consente di diventare punto di riferimento importante a livello nazionale per questi pazienti.

Quali patologie comportano il trapianto del polmone?

Le principali patologie che più frequentemente obbligano il paziente al trapianto sono la fibrosi cistica (altra patologia che seguiamo in prima persona grazie alla grande competenza del Dott. Marco Damin), le fibrosi polmonari e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Fibrosi polmonare idiopatica e BPCO sono entrambe associate al fumo di sigaretta. Quest'ultima in particolare è la terza causa di morte al mondo, e qui la prevenzione può giocare un ruolo fondamentale. I dati dell'abitudine al fumo tra i giovani sono purtroppo allarmanti, con una diffusione in particolar modo tra le giovani donne. Che il fumo sia dannoso è una delle poche certezze della medicina. È necessario pertanto fare in modo che i giovani non comincino a fumare e che chi già lo fa smetta in tempo. Per questo abbiamo un ambulatorio specificamente dedicato ad aiutare le persone che fumano a smettere di fumare.

Prof.ssa Marina Saetta
UOC di Pneumologia
Azienda Ospedaliera Università di Padova
Via Giustiniani, 3 - 35128 Padova
Segreteria: 049 8218515 - 516
Fax 049 8213110
marina.saetta@unipd.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

L'importanza delle immunoglobuline nel trattamento dell'epatite B

La Prof.ssa Patrizia Burra, Direttore dell'UOSD "Trapianto Multiviscerale" dell'Azienda Ospedaliera di Padova, ci spiega i vantaggi di questo farmaco

L'epatite B è una malattia del fegato causata da un virus a DNA (HBV), trasmesso attraverso fluidi corporei quali sangue, liquido seminale e secrezioni vaginali, ma anche dalla madre al nascituro durante il parto. A parlarci dell'infezione da HBV, la Prof.ssa **Patrizia Burra**, Direttore dell'UOSD "Trapianto Multiviscerale" dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova, che recentemente è stata eletta presidente della ILTS (International Liver Transplantation Society).

Prof.ssa Patrizia Burra

Prof.ssa Burra ci parli dell'epatite B

Il virus dell'epatite B è responsabile dell'infezione del fegato, che clinicamente si può manifestare come epatite acuta, od epatopatia cronica, od addirittura epatite fulminante. Nella maggior parte dei casi, i soggetti che vanno incontro ad un'infezione acuta, sono in grado di contrastare efficacemente l'infezione e di eliminare il virus, producendo anticorpi, mentre in altri casi l'infezione persiste e nel 15-25% dei casi determina l'evoluzione in fibrosi del fegato con potenziale sviluppo di cirrosi e rischio poi di sviluppare tumore del fegato.

Quando una persona affetta da epatite B deve essere sottoposta ad un trapianto di fegato?

Il trapianto di fegato è considerato un intervento che si rende necessario quando l'organo non è più in condizione di sostenere le sue funzioni e le terapie mediche convenzionali non sono più in grado di controllare le complicanze. Nel caso di epatite B, le indicazioni al trapianto di fegato sono rappresentate dalla cirrosi epatica complicata, con o senza presenza di tumore del fegato, dall'epatite acuta che non risponde alla terapia medica e dall'epatite fulminante. Quest'ultima si manifesta con comparsa di ittero ed encefalopatia epatica e la rapidità con cui il fegato perde le sue funzioni, rende necessario un trapianto di fegato in urgenza. L'epatite fulminante infatti, insorge all'improvviso interessando il fegato in precedenza perfettamente sano e può portare al decesso anche in pochi giorni, se non si rende disponibile un organo per il trapianto.

I pazienti trapiantati per epatite B sono quelli con i migliori risultati dopo l'intervento. Ciò che ha migliorato la loro qualità di vita è sicuramente la somministrazione di immunoglobuline anti-epatite B per via sottocutanea. Quali sono i vantaggi?

È vero, i risultati dopo trapianto per malattia epatica HBV-correlata sono ottimi, grazie alla possibilità di prevenire la reinfezione del nuovo organo. Lo schema tradizionale di prevenzione dell'infezione consiste nella somministrazione al paziente trapiantato, della combinazione di immunoglobuline anti-epatite B (HBIg), insieme ad un farmaco antivirale. Le HBIg vengono somministrate nella fase del trapianto, poi in profilassi dopo il trapianto, per impedire che il virus reinfetti il fegato. In altri casi, quelli considerati a basso rischio di reinfezione, la posologia delle HBIg può essere ridotta nel tempo od addirittura sospesa, continuando la profilassi con il solo farmaco antivirale. Le HBIg possono essere somministrate tramite infusione per via endovena, che però si può effettuare solo in struttura ospedaliera o territoriale adeguata; con iniezione intramuscolare, di più facile gestione da parte del paziente; oppure con somministrazione sottocutanea, che il paziente gestisce da solo. Quest'ultima, grazie alla sua praticità, consente infatti una facile autosomministrazione periodica, che di certo migliora la qualità della vita del paziente trapiantato. Grazie alla profilassi con HBIg in associazione con i farmaci antivirali, la percentuale di riattivazione del virus dopo il trapianto è molto bassa, tra 0 e 5% dei casi, un risultato assolutamente eccezionale ed impensabile nel passato quando non esistevano le immunoglobuline.

Il miglioramento di vita è stato dimostrato nello studio Twins. Di cosa si tratta?

La somministrazione sottocutanea di immunoglobuline anti-HBV è sicura ed efficace, mantiene stabili le concentrazioni di anticorpi anti-HBs e migliora l'autonomia dei pazienti. Per fare un confronto con altre vie di somministrazione, sulla qualità di vita del paziente, è stato creato un questionario specifico, capace di analizzare diversi aspetti sia dell'autonomia del paziente, che della sua percezione di sicurezza. Il questionario è stato quindi utilizzato in due studi, chiamati Twins 1 e Twins 2. Nel primo è stato confrontato l'impatto sulla qualità di vita della somministrazione di HBIg per via endovenosa od intramuscolare in 177 casi, ed i risultati hanno confermato migliore flessibilità e minor necessità di sostegno da parte del personale sanitario, a favore della somministrazione intramuscolare. Nel secondo studio invece, è stato valutato l'effetto sulla percezione di benessere, sia fisico che mentale, dopo modifica della modalità di somministrazione di HBIg, da via endovenosa od intramuscolare, a via sottocutanea. Dopo 6 mesi di profilassi con HBIg sottocute, si è osservato un miglioramento globale della qualità di vita.

Prof.ssa Patrizia Burra
UOSD "Trapianto Multiviscerale"
Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Segreteria: 049 8212890
burra@unipd.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Vivere bene con l'insufficienza cardiaca oggi si può

Il Prof. Faggian, Responsabile dell'Unità di Cardiochirurgia dell'Ospedale Borgo Trento di Verona, ci parla del nuovo dispositivo LVAD

L'insufficienza cardiaca è una sindrome complessa per cui il cuore si indebolisce e la sua attività diviene insufficiente per l'organismo. Per una serie di cause, il muscolo cardiaco può generare una minore forza contrattile, non riuscendo più a fornire una quantità adeguata di sangue rispetto alle normali esigenze. A parlarcene il Prof. **Giuseppe Faggian**, Responsabile dell'Unità di Cardiochirurgia dell'Ospedale Borgo Trento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova si è specializzato in Cardioangiochirurgia nella stessa Università, formandosi successivamente al Children's Hospital Harvard University di Boston, al RoyalChildren's Hospital di Melbourne, alla Stanford University ed alla University of California di San Diego. Ha eseguito, in équipe con il Prof. Vincenzo Gallucci, il primo trapianto cardiaco in Italia ed il primo trapianto cardiaco combinato di cuore e rene con successo al mondo. Direttore della Scuola di Specialità in Chirurgia Cardiaca dell'Università di Verona, ha all'attivo circa 300 pubblicazioni su riviste internazionali e vanta oltre 200 trapianti di cuore eseguiti in qualità di primo operatore ed oltre 2000 interventi di chirurgia cardiaca e vascolare maggiore.

Prof. Faggian, cos'è lo scompenso cardiaco e cosa lo provoca?

L'insufficienza cardiaca è un problema serio, ma non significa che il cuore abbia ceduto e perduto completamente la sua funzione contrattile. Questa è soltanto ridotta, per cui il cuore con difficoltà pompa la quantità di sangue adeguata ad esaudire le necessità del corpo. L'insufficienza cardiaca è generalmente una malattia cronica e può essere tenuta sotto controllo con una terapia adeguata e cambiamenti dello stile di vita. Diverse sono le malattie che possono portare allo scompenso. È pertanto importante diagnosticarle per tempo, al fine di iniziare una terapia appropriata. Le cause più frequenti sono: la malattia delle arterie coronarie (compreso infarto cardiaco); la malattia delle valvole cardiache; la malattia del muscolo del cuore (miocardiopatia); l'alta pressione arteriosa e le malattie croniche dei polmoni (enfisema e bronchite cronica). Un cuore indebolito svolge con fatica la sua funzione di pompa e ciò ha come conseguenza un eccessivo ristagno di liquidi nei polmoni, nel fegato e nelle parti più declivi del corpo (caviglie e piedi). La ritenzione di fluidi porta ad avere respiro corto, soprattutto se distesi; stanchezza generale e debolezza; facile affaticamento durante gli sforzi, anche se lievi; gonfiore alle gambe ed ai piedi ed aumento di peso.

Prof. Giuseppe Faggian

Sappiamo che esiste un dispositivo in grado di aiutare chi soffre di insufficienza cardiaca avanzata. Di cosa si tratta?

Insufficienza cardiaca avanzata significa che il lato sinistro, destro od ambedue, del cuore sono diventati troppo deboli per poter pompare la normale quantità di sangue ricco di ossigeno in tutto il corpo e di conseguenza, ci si sente troppo esausti per partecipare alle abituali attività della vita quotidiana, come camminare, salire le scale, mangiare od anche solo stare sdraiati. Per queste persone effettivamente un valido aiuto è rappresentato dal dispositivo di assistenza ventricolare LVAD, un impianto ausiliario per il ventricolo sinistro che aiuta il cuore a pompare il sangue in tutto il corpo ed ad aumentare l'apporto di ossigeno agli organi. Questa pompa meccanica, viene impiantata chirurgicamente nel torace all'interno del pericardio. Le dimensioni ridotte del dispositivo, permettono un'incisione più piccola rispetto alle tecnologie VAD più datate. La pompa viene collegata direttamente al cuore nella parte inferiore del ventricolo sinistro, dove preleva sangue ricco di ossigeno per spingerlo nell'aorta. Una volta che il sangue ha raggiunto l'aorta è in grado di fluire al resto del corpo. Il cavo di azionamento collegato alla pompa, esce dal corpo tramite una piccola incisione cutanea addominale e viene quindi collegato all'unità di controllo. Questo dispositivo funziona a batterie, ricaricabili, che forniscono fino a 17 ore di alimentazione ininterrotta ed ha due componenti: il cavo (driveline), che trasferisce l'alimentazione e le informazioni tra il computer (controller) e la pompa cardiaca ed il controller, che alimenta e gestisce il funzionamento della pompa. Questo controller, di facile utilizzo, pesa solo 500 grammi e si inserisce discretamente nel taschino di una giacca.

Prof. Giuseppe Faggian
Unità Operativa Complessa di Cardiochirurgia
Nuovo Polo Chirurgico
Ospedale Borgo Trento
P.le A. Stefani, 1 - 37126 Verona
Segreteria: 045 8123307
Fax 045 8123308
giuseppe.faggian@univr.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

A Milano il centro di riferimento per il trattamento del tumore al colon retto

Il Prof. Leo, Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Colo-rettale dell'Istituto Nazionale dei Tumori, ci parla di questa malattia molto frequente

La Struttura Complessa di Chirurgia Colorettale dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, si occupa di tutti gli aspetti clinici e di ricerca riguardanti i tumori dell'apparato digerente, con particolare riferimento ai tumori colorettali. Da circa un ventennio è centro di riferimento nazionale ed internazionale per il trattamento chirurgico dei tumori intestinali primitivi e recidivi, con particolare riferimento agli adenocarcinomi del retto distale. A dirigere la struttura il Prof. **Ermanno Leo**, che dalla fine degli anni '80, si dedica esclusivamente alla patologia del colon retto. Relatore ai più importanti congressi internazionali, è membro della SSO (Società Oncologica Chirurgica Statunitense). Dal 1996 è il Presidente del Simposio Internazionale sulla Chirurgia Conservativa per i Tumori del Retto e dallo stesso anno è anche membro della Commissione Oncologica della Regione Lombardia. Nel 1997 ha fondato ARECO Onlus (Associazione per la Ricerca Europea in Chirurgia Oncologica), di cui è presidente. Il 31 gennaio 2003 viene nominato dal Ministro della Salute, quale esperto del Consiglio Superiore di Sanità ed a marzo di quell'anno viene insignito dell'onorificenza di "Commendatore della Repubblica Italiana". L'anno successivo, in occasione della Giornata Mondiale della Sanità, riceve anche la Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica e nel 2006 viene insignito del titolo di Cavaliere di Gran Croce. Recentemente ha ottenuto il riconoscimento da parte della "Harvard Medical School" di una chiara leadership internazionale nel campo dei tumori del colon retto.

Prof. Ermanno Leo

I 7 CONSIGLI DEL PROF. LEO...

... per la prevenzione ed il trattamento dei tumori del colon-retto

1) Tutti devono, ove possibile, indagare su precedenti oncologici colon-rettali nella propria linea familiare. In caso di presenza di precedenti eseguire colonscopia;
2) Eseguire gli screening e rispettare i tempi di controllo;
3) L'efficacia della tecnica è strettamente collegata al chirurgo colo-rettale con documentata casistica operatoria;
4) È importante, in presenza di diagnosi di tumore del colon retto, recarsi presso un centro specializzato dove si esegue una chirurgia adeguata e delicata;
5) Le recidive, spesso in percentuali elevate (47% come documentato da Heald), sono legati ad interventi non adeguati. La prognosi della malattia è anch'essa collegata all'esecuzione di un primo intervento chirurgico che non lasci residui;
6) È la cultura, in particolare chirurgica, applicata alla cura e le relative conoscenze che ne scaturiscono a sconfiggere un tumore, non le singole tecnologie;
7) Alimentazione: non ci sono cibi cancerogeni! Si consiglia una dieta equilibrata nella quale la qualità dei cibi deve essere il primo requisito.

Prof. Leo, ci parli del tumore al colon retto

Questo tumore, molto frequente, insorge nel grosso intestino, ovvero nel colon e nel retto, ed è causato dalla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa, cioè del rivestimento interno della parete intestinale. Il tumore si sviluppa più spesso nel colon (circa il 70% dei casi) e meno frequentemente nel retto (30%). La maggior parte dei tumori del colon-retto deriva dalla trasformazione in senso maligno di polipi, ovvero di piccole escrescenze dovute al proliferare delle cellule della mucosa intestinale. I polipi sono considerati forme precancerose, sebbene rientrino nelle patologie benigne. La probabilità che un polipo del colon si evolva verso una forma invasiva di cancro dipende dalla dimensione del polipo stesso: è minima (inferiore al 2%) per dimensioni inferiori a 1,5 cm, intermedia (2-10%) per dimensioni di 1,5-2,5 cm e significativa (10%) per dimensioni maggiori di 2,5 cm. Tutti i cancri del colon-retto possono avere un aspetto a polipo, a nodulo oppure manifestarsi con ulcere della mucosa. Questo tipo di tumore colpisce ogni anno in Italia circa 50.000 persone. È una malattia subdola che non dà segnali evidenti, tant'è che al momento della diagnosi, circa un terzo dei malati presenta già metastasi a livello del fegato. Eppure potrebbe scomparire se tutti facessero una colonscopia dai 45 anni in su.

Come si affronta questo tipo di tumore?

Oggi sappiamo tutto di questo tumore: come nasce, quali sono le caratteristiche delle forme precancerose (i polipi intestinali) e quali i fattori che ne promuovono lo sviluppo. Ora si tratta di sfruttare queste conoscenze per bloccarne la progressione. Il segreto però, come dicevo, sta nella prevenzione. Nel cancro del colon-retto, è il fattore tempo a farla da padrone. Se la diagnosi è rapida, anche l'intervento chirurgico sarà limitato e talvolta è persino possibile evitarlo. In ogni caso la terapia di scelta è la chirurgia: sulla base della posizione del tumore si procederà con un intervento parziale o, nei casi più gravi, con la totale asportazione del tratto di colon interessato o del retto. Rispetto agli interventi demolitivi effettuati fino a non molti anni fa però, la chirurgia del carcinoma del retto si è fatta sempre più conservativa. Con i nuovi modelli di intervento, più conservativi ma anche più "studiati" sulle caratteristiche della malattia, abbiamo visto ridursi le recidive a cinque anni, dal 30 all'8% circa. Una chirurgia adeguata può ridurre perfino i trattamenti aggiuntivi come la chemioterapia e la radioterapia. Nel 1990 inoltre, abbiamo messo a punto una nuova tecnica che ha permesso di ridurre le colostomie (il "famigerato" sacchetto).

Prof. Ermanno Leo
Struttura Complessa di Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico 2 (Colon-retto)
Fondazione IRCCS Istituto Nazione dei Tumori
Via G. Venezian, 1- 20133 Milano
Segreteria: 02 2390 2616
Fax 02 2390 3228
ermanno.leo@istitutotumori.mi.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Fleming Research, società leader nelle analisi di laboratorio

Tra i numerosi esami che vengono effettuati anche il Test del Microbiota per individuare i batteri che popolano l'intestino

La sede del Laboraratorio Service Lab di Milano

La società **Fleaming Research**, nata nel 1976 ad opera dei biologi novaresi Alberto Stangalini e Carlo Roccio, ha perseguito un'unica filosofia aziendale cioè quella di creare un'attività di diagnostica di laboratorio con criteri di qualità basati prevalentemente sulla rapidità del servizio (prelievi, referti), sulla precisione e sull'accuratezza dei dati analitici, sull'innovazione continua degli strumenti e degli esami, ampliandone in continuazione il numero e la varietà. L'avventura aziendale dei due biologi, specializzati uno in Endocrinologia Sperimentale e l'altro in Microbiologia Medica, è iniziata con la creazione quasi contemporanea di due laboratori di analisi cliniche, a Novara ed ad Abbiategrasso. Il primo, ad impronta esclusivamente privatistica, ed il secondo convenzionato con SSN. L'estensione delle due sedi, sia come struttura che come ampliamento delle attività sanitarie quali la Radiologia, la Fisioterapia ed il Poliambulatorio, sono state dettate prevalentemente dalle esigenze locali, nonché per offrire ai pazienti una serie di servizi integranti la diagnostica di laboratorio. Stangalini e Roccio, nel giro di pochi anni, per perseguire l'evoluzione, in particolare delle analisi cliniche, hanno sviluppato a Milano, in Viale Bianca Maria, uno dei primi laboratori privati italiani specializzati in Microbiologia ed Immunologia ed ad Abbiategrasso uno specializzato nel settore Ormonale, Tossicologico e RIA. Successivamente è stato realizzato a Milano, in Via Quaranta, un unico laboratorio specialistico che ha accorpato e potenziato tutti i settori specialistici sopra elencati, con l'aggiunta delle sezioni di Genetica e di Anatomia Patologica. Quest'ultimo è diventato così un laboratorio di service non solo per le altre strutture della Fleming, ma anche per alcune centinaia di strutture private e pubbliche quali laboratori privati, case di cura, poliambulatori ed ospedali. Il supporto di ricercatori universitari garantisce elevati livelli scientifici e mette a disposizione della diagnostica clinica, quelle indagini innovative di particolare complessità tecnica che hanno superato il filtro della validazione clinico-diagnostica. Strutturalmente occupa una superficie di oltre 1000 mq, è accreditato con il Servizio Sanitario della Regione Lombardia ed è autorizzato come Laboratorio Generale di Base con le specializzazioni in biochimica clinica e tossicologia; ematologia ed emocoagulazione; microbiologia e virologia; anatomia patologica; citogenetica e genetica medica.

GLI SVILUPPI DELLA RICERCA GENETICA

Il progredire della ricerca genetica e l'applicazione clinica di tali ricerche ha permesso di conoscere i meccanismi che regolano la trasmissione del nostro patrimonio genetico. Dal 1989 è attiva in Fleming Research la sezione specializzata di Esami Genetici. L'evoluzione della Diagnostica Molecolare con Next Generation Sequencing ha messo a disposizione dei ricercatori una mole notevole di dati sul genoma clinico, sul genoma di virus, batteri e funghi, consentendo una diagnostica molecolare avanzata in diversi campi di applicazione per lo studio delle malattie genetiche (Talassemia, Fibrosi Cistica, Emocromatosi, X fragile, etc.); per la diagnostica molecolare delle malattie infettive (HBV-DNA, HCV-RNA, HIV-RNA, Papilloma Virus, etc.); per le malattie Trombotichee Cardiovascolari (Fatt V Leiden, Fatt II, MTHFR, ACE Polim, Fatt XIII, etc.); per l'infertilità maschile e femminile (Microdelezioni Cromosoma Y, Rec-FSH, Rec-LH, PAI-1 Plasminogeno, etc.); per i fattori legati all'osteoporosi (Col 1A1) e per il diabete (HLA DR, IRS Polim); per la diagnosi genetica della Celiachia (HLADQ2, HLADQ8) e le intolleranze al lattosio ed al fruttosio; per l'Alzheimer (Genotip APO E) e per la degenerazione maculare (DMLE); per la ricerca dei marcatori tumorali della mammella/ovaio e della prostata (BRCA1, BRCA2, PCA3, etc.); per la ricerca dei marcatori predittivi oncologici (K-RAS, EGFR, B-RAF, etc.), permettendo alla Clinica la possibilità di rendere applicabile quella che viene ormai chiamata la Medicina Personalizzata.

TEST DEL MICROBIOTA

Tra gli esami eseguiti da Fleming c'è anche il test Microbiota Profile NGS (Next Generation Sequencing), una nuova tecnica che, attraverso il sequenziamento del DNA, utilizzando il gene ribosomiale 16S presente solo nei batteri, permette di identificare circa 1.000 generi e 6.500 specie batteriche diverse, valutando quindi l'intera comunità microbiotica intestinale. Questo test aiuta a comprendere l'origine dei malesseri intestinali ed è un efficace supporto per una corretta terapia medica. Inoltre, attraverso lo stesso test, è stato possibile scoprire che esiste una notevole variabilità di popolazioni batteriche in ogni individuo, tale da rendere ognuno diverso dagli altri. Il test diagnostico Microbiota è stato definito non solo dal punto di vista tecnico, ma per favorire la sua interpretazione clinico-applicativa. In particolare sono stati creati degli algoritmi tali da poter estrapolare le funzioni dalle 500/600 specie batteriche che vengono identificate in ogni soggetto. Per effettuare il test basta consegnare un campione di feci in uno dei Centri Prelievo Fleming, dove i pazienti dovranno compilare un questionario utile per ottenere una valutazione personalizzata dei risultati del test. Al termine dell'esame verrà consegnato un referto con indicato lo stato del microbiota intestinale, l'elenco dei principali gruppi batterici presenti e di tutti i batteri patogeni rilevabili in campo fecale.

Service Lab Fleming Research
Via Quaranta, 57 - 20137 Milano
Centralino: 02 92956410 - Fax 02 55230125
service@fleming-research.it

Le nostre sedi

MILANO	
Viale Bianca Maria, 35	02 76020693
V.le Jenner, 73	02 92956480
NOVARA	
Viale Dante Alighieri, 43/A	0321 399181
ARONA	
Via Monte Pasubio, 32	0322 243369
BIELLA	
Via Della Repubblica, 6	015 22011
ABBIATEGRASSO	
Via San Carlo, 30	02 94967163
CESANO BOSCONE	
Via Milano, 21	02 4503645
CORSICO	
Via Monti, 26	02 45103007
TREZZANO S/N	
Via Curiel, 26	02 4451625
BUSTO ARSIZIO	
Via Mameli, 21	0331 639585

info@fleming-research.it
www.fleming-research.com

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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Tumore del pancreas, dalla nanotecnologia arriva una nuova chance terapeutica

Il Prof. de Braud, Direttore del Dipartimento di Medicina Oncologica e della divisione di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, ci parla del Nab-paclitaxel

Aggressivo, ma asintomatico e per questo difficile da diagnosticare in fase iniziale, è considerato il più letale tra tutti i tipi di tumore. È il carcinoma del pancreas che in Italia colpisce ogni anno 5.500 uomini e 5.900 donne. Per combattere questo tumore arriva dalla nanotecnologia una nuova chance terapeutica disponibile anche in Italia. A parlarcene il Prof. **Filippo de Braud**, Direttore del Dipartimento di Medicina Oncologica e della divisione di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Prof. Filippo de Braud

Prof. de Braud, ci parli di questo temibile tumore. È possibile prevenirlo?

Il tumore del pancreas è una tra le patologie tumorali più gravi e letali, che si colloca tra le prime 5 per incidenza e nel 2030 (?) si prevede che sarà la seconda causa di morte dopo il tumore del polmone. È caratterizzato da uno sviluppo spesso rapido, aggressivo e da una diagnosi tardiva; inoltre è particolarmente resistente ai farmaci. Quasi asintomatico al suo esordio, si manifesta solo quando le metastasi agli organi contigui (vie biliari e fegato) ne palesano la presenza: di conseguenza il paziente si trova ad affrontare la malattia quando è già in stadio avanzato. Il rischio di ammalarsi di carcinoma del pancreas è circa doppio nei fumatori rispetto ai non fumatori. Tra gli altri fattori di rischio ci sono una storia familiare di carcinoma pancreatico, di pancreatite, diabete od obesità; alcune sindromi genetiche, come quella di Lynch, una mutazione genetica ereditaria che predispone al carcinoma pancreatico ed associata più frequentemente ad un rischio elevato di tumore al colon. Non essendo note tutte le cause, è difficile consigliare una prevenzione efficace. È senza dubbio importante non fumare ed avere una dieta ricca di frutta e verdura e povera di alcol. È bene poi mantenere un peso corporeo sano, specialmente intorno alla mezza età, fare attività fisica ed evitare il consumo di carne rossa. Le persone che hanno altri casi di tumore del pancreas in famiglia devono poi sottoporsi a controlli periodici sulla funzionalità del pancreas, del fegato e dell'intestino.

Quali sono le cure disponibili?

Attualmente, le opzioni terapeutiche per il carcinoma pancreatico sono limitate, in parte a causa della diagnosi generalmente tardiva. La chirurgia rappresenta ad oggi una delle modalità più efficaci per intervenire su questo tumore. Le tipologie di intervento sono sostanzialmente quattro: la duodenocefalo-pancreasectomia (DCP), che consiste nell'asportazione della testa del pancreas, la parte più voluminosa della ghiandola. Per motivi anatomici, questa sezione deve essere rimossa con il duodeno, la porzione terminale della via biliare (coledoco) e la colecisti; la pancreasectomia distale, in cui si seziona l'organo a livello del passaggio testa corpo, con la rimozione quindi della parte sinistra della ghiandola e nella maggior parte dei casi anche della milza; la pancreasectomia totale, che consiste nell'asportazione completa della ghiandola insieme a duodeno, coledoco e colecisti; l'epaticodigiunostomia e la gastrodigiunostomia, il cui scopo è fornire un by-pass alla progressione della bile o del contenuto dello stomaco, quando risultano bloccati da una massa pancreatica non asportabile. La radioterapia è una valida alleata della chirurgia e trova indicazioni sia in fase preoperatoria (neoadiuvante), sia dopo l'intervento (adiuvante). Nel primo caso, serve per ridurre il cancro primitivo. Il chirurgo riuscirà così ad eseguire un intervento meno invasivo e demolitivo. Nella modalità post-operatoria, invece, ha come obiettivo la riduzione delle recidive locali. Anche la chemioterapia può essere impiegata prima o dopo l'intervento chirurgico. I farmaci chemioterapici infatti, vengono utilizzati per distruggere le cellule tumorali. Bloccano la loro divisione e riproduzione, consentendo quindi una regressione della malattia. I trattamenti per il tumore del pancreas, così come per tutte le altre tipologie tumorali, prevedono la somministrazione di un solo medicinale o di combinazioni di prodotti differenti. Per lunghi anni l'unico trattamento possibile per un paziente con carcinoma pancreatico è stata la gemcitabina. Gli ultimi progressi nel campo della ricerca hanno permesso di compiere ulteriori e promettenti passi avanti. Le protagoniste assolute di questa rivoluzione sono le nanotecnologie, come il Nab-paclitaxel, diventato il primo nuovo trattamento indicato in prima linea per il carcinoma pancreatico metastatico.

Qual è il valore aggiunto di questa nuova terapia?

Ha un'azione chemioterapica più selettiva che aiuta a migliorare i risultati nei pazienti affetti da tumori incurabili e difficili da trattare. La tecnologia "nab" sfrutta in pratica la nanotecnologia per migliorare la somministrazione mirata delle terapie antitumorali. Questa tecnologia consiste nell'impiego dell'albumina, una proteina umana naturalmente presente nell'organismo, di dimensioni quasi nanometriche, in cui vengono racchiusi farmaci chemioterapici, nella fattispecie il nab-paclitaxel, che vengono così trasportati direttamente nella sede del tumore. Questo farmaco, associato alla gemcitabina, ha dato risultati incoraggianti, aumentando significativamente la sopravvivenza e permettendo di avere a 3 anni e mezzo, pazienti lungo sopravviventi. La nuova terapia con un meccanismo di trasporto innovativo permette di arrivare alla radice del tumore arrestandone così la crescita. Gli altri medicinali utilizzati finora, invece, avevano difficoltà a superare lo spesso tessuto connettivo presente attorno all'organo.

Prof. Filippo de Braud
Fondazione IRCCS Istituto Nazione dei Tumori
Via G. Venezian, 1 - 20133 Milano
Segreteria: 02 23903066
Fax 02 23902149
segreteria.oncologiamedica@istitutotumori.mi.it
filippo.debraud@istitutotumori.mi.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Milano, grande successo per la prima edizione di Intercare

L'unica fiera in Italia dedicata al turismo sanitario ha visto la partecipazione di buyer provenienti da 21 nazioni

Ha riscosso un notevole successo la prima edizione di "Intercare", la tre giorni dedicata al turismo medicale tenutasi nel Centro congressi di Palazzo delle Stelline, a Milano, dal 25 al 27 maggio. Trenta espositori, provenienti da 9 paesi del mondo, hanno accolto numerosi buyer da 21 nazioni. Incontri, seminari e market meeting hanno accreditato l'Italia e le sue eccellenze sanitarie come punto di riferimento per i pazienti che dall'estero scelgono di viaggiare per ricevere le migliori cure. Un fenomeno sempre più diffuso grazie alla crescente globalizzazione. Numerosi gli incontri da cui sono emersi dati di rilievo sulla situazione del nostro Paese verso questo innovativo settore, con focus particolareggiati sulle statistiche lombarde, sul Sistema Sanitario Nazionale e su come le strutture ospedaliere si stiano attrezzando per agevolare la domanda dall'estero, oggi in costante crescita. Grazie ai numerosi convegni e workshop, la fiera ha permesso ai buyer internazionali di conoscere approfonditamente il "sistema Italia" dal punto di vista della sanità, agevolando domanda e offerta e diventando punto di riferimento per incontri trade ed accordi commerciali, oltre che fonte d'informazione autorevole per pazienti che desiderano aggiornarsi su cure ed innovazioni. Sono sempre di più, infatti, i pazienti che per vari motivi, scelgono di spostarsi per farsi curare. Nonostante però, il nostro Sistema Sanitario Nazionale sia classificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno dei migliori al mondo, l'Italia per il momento si distingue principalmente per il gran numero di pazienti che si recano all'estero per curarsi, ricercando, in prevalenza, trattamenti estetici low cost o cure dentistiche. Quello che al momento ancora manca, è un'offerta valida e strutturata in grado di invogliare i pazienti stranieri ad usufruire dei servizi sanitari nei quali l'Italia eccelle.

I NUMERI

Secondo i dati di Global Health Index, l'Italia è il paese più sano al mondo (comparato ad altri 163 Stati). Dal 1990 l'aspettativa di vita alla nascita ha subito un incremento del 5,7% e si attesta intorno agli 83 anni, al pari della Spagna. Inoltre il rischio di morte prematura si attesta intorno al 9,83%, il più basso d'Europa. Questo anche per l'ottimo livello del Sistema Sanitario Nazionale, grazie al quale le patologie che sono considerate acute o molto gravi vengono interamente coperte, garantendo un'assistenza certificata e di alto livello. In Italia sono presenti 1.936 ospedali: di questi 208 sono in Lombardia di cui 103 pubblici, 96 privati accreditati, 9 privati non accreditati. Solo la Lombardia, ed in particolare Milano, fiore all'occhiello della sanità italiana, riceve il 23% dei pazienti che si spostano dalle altre regioni per curarsi e che ricercano per la maggior parte cure per le patologie oncologiche e radioterapia.

Il taglio del nastro ed alcuni momenti della manifestazione

TURISMO MEDICALE

Gli ultimi dati rilevati stimano tra gli 11 ed i 14 milioni i pazienti che ogni anno viaggiano per motivi di salute nel mondo. Questo flusso ha generato, nel 2015, un fatturato stimato tra i 70 ed i 100 miliardi di dollari con una crescita del 20% rispetto all'anno precedente.

Al momento l'Italia appare più un esportatore di pazienti, con un'offerta che, per diversi motivi, non è ancora strutturata per sviluppare un vero e proprio flusso incoming. «L'Italia è un paese che sicuramente ha grandi potenzialità ancora da sviluppare – ha affermato Maurizio Cavezzali, CEO della Equipe International, società specializzata nell'organizzazione di fiere su settori e trend emergenti - ed Intercare nasce proprio per essere il punto di riferimento italiano ed internazionale del Turismo Medicale. Non vogliamo permettere che una nazione ricca di eccellenze come la nostra rischi di rimanere indietro sotto questo aspetto. La partecipazione ed il supporto delle Istituzioni a questa prima edizione ci fa ben sperare in una maggiore attenzione ed in un futuro in crescita per l'intero settore». Intercare ha raccolto il consenso ed il supporto di numerosi operatori e realtà a livello italiano ed europeo per ampliare ed organizzare l'offerta, come l'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) che raggruppa oltre 500 strutture sanitarie italiane e le rappresenta all'interno di Confindustria; la UEHP (European Union of Private Hospitals); l'EHTTA (European Historic Thermal Towns Association), associazione europea delle città termali; l'ASTOI Confindustria Viaggi, associazione italiana che rappresenta oltre il 90% del mercato del tour operating italiano, che hanno patrocinato questa prima edizione.

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393468261608 redazione@cscommunication.it

PRESENZE ILLUSTRI AD INTERCARE

La prima edizione di Intercare, la tre giorni dedicata al turismo medicale tenutasi a Milano, dal 25 al 27 maggio, ha visto la partecipazione di medici di fama internazionale, tra questi il Dott. **Matthew R. Kaufman**, co-direttore del Centro medico per il trattamento della paralisi e della chirurgia nervosa ricostruttiva della Jersey Shore University, che per l'occasione ci ha rilasciato un'intervista esclusiva. Il Dott. Kaufman, è membro del Consiglio di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva certificato dall'American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, oltre che membro dell'American College of Surgeons e della Società Rhinoplasty. Inoltre è co-direttore del Centro medico per il trattamento della paralisi e della chirurgia nervosa ricostruttiva della Jersey Shore University ed Assistente Professore Clinico di Chirurgia al David Geffen UCLA Medical Center di Los Angeles, in California.

Dott. Matthew R. Kaufman

Dott. Kaufman, Lei ha conseguito riconoscimenti e certificazioni per la chirurgia plastica otorino-laringoiatrica, per la chirurgia della testa-collo e per altre attività di alta specializzazione. Una delle peculiarità che la contraddistingue è la chirurgia per la paralisi del diaframma con un intervento di correzione al nervo frenico. Ci può spiegare quest'intervento più nel dettaglio e quanta della sua pratica chirurgica è dedicata alla chirurgia nervosa?

La paralisi del diaframma è il risultato di un disturbo respiratorio. Il diaframma contribuisce infatti alla maggior parte della respirazione e se questo presenta un problema, si può intervenire chirurgicamente sul nervo frenico. Quando il nervo frenico è danneggiato il muscolo non lavora correttamente ed il paziente presenta significativi problemi respiratori. L'intervento risolve il problema andando a ricostruire i nervi grazie alla combinazione di tecniche come la decompressione cervicale ed il trapianto del nervo. Grazie a quest'operazione il paziente ottiene respiri più normali (regolari) e riesce a respirare normalmente in maniera continua. Il processo d'intervento può durare all'incirca due anni per ottenere un completo recupero. I miei studi si focalizzano su questa particolare chirurgia che ho elaborato nel 2007 ed ad oggi svolgiamo circa 350 interventi su pazienti provenienti da tutto il mondo.

Quali sono le cause di lesione del nervo frenico e quali le percentuali di successo per questo tipo di chirurgia?

Approssimativamente il 50% dei pazienti non presenta cause specifiche e queste possono essere simili a quelle di altri disturbi respiratori, pertanto bisogna essere sicuri delle cause del problema perchè per altri problemi l'intervento potrebbe non avere effetto. Un buon 50% delle cause di problemi al nervo frenico sono spesso dovute ad un trauma localizzato nella zona del collo od in quella toracica, per esempio vediamo come la chirurgia al cuore, la chirurgia al polmone o la chirurgia localizzata alla zona del collo ed infine l'influenza osteopatica o chiropratica, possano causare talvolta questo tipo di danni. Gli interventi realizzati fino ad ora hanno ottenuto un successo dell'80-85%.

Che caratteristiche dovrebbe avere un paziente per essere idoneo ad un intervento di chirurgia del nervo frenico? Per quale motivo una persona potrebbe sottoporsi all'intervento o potrebbe non farlo?

Solitamente il paziente dovrebbe presentare una brevità od intermittenza nella respirazione durante lo svolgimento di attività. Talvolta diagnosticare il problema non è immediato perchè il nervo frenico non è tra le prime cause che provocano problemi respiratori; tuttavia è possibile svolgere un'analisi mirata alle regioni del collo per diagnosticare le motivazioni del manifestarsi di tali sintomi. Solitamente i pazienti più idonei per la chirurgia al nervo frenico sono quelli più giovani e più attivi perchè hanno maggiori esperienze e sintomi rispetto ad una persona adulta e sedentaria la quale potrebbe non rendersi conto dei sintomi del problema. La persona più giovane e più attiva ma incapace di svolgere esercizi o lavori che richiedono molta attività ed un maggiore sforzo fisico, oppure anche semplici attività come dormire regolarmente, potrebbe potenzialmente avere dei problemi al nervo frenico e quindi essere idonea a sottoporsi all'intervento.

Quali possono essere considerate le nuove frontiere della chirurgia che Lei appunto mette in pratica? Cosa ci possiamo aspettare, quali novità prospettate?

Inizialmente i medici risolvevano tale affaticamento respiratorio consigliando di non prestare troppa attenzione al problema ed imparando a conviverci. Il paziente ora ha la possibilità di scegliere, può decidere di sottoporsi a trattamenti per migliorare le funzioni respiratorie e quindi la qualità della propria vita. Guardando al futuro, un grande risultato sarebbe quello di convincere i pazienti della concreta possibilità di una soluzione fisica di questo problema comune. L'obiettivo è quello di far crescere il numero dei pazienti sia negli Stati Uniti che negli altri continenti come l'Europa. Al mondo ci sono migliaia di persone che soffrono di questo problema.

Un'ultima domanda da una frase che Lei ha detto e che mi piacerebbe spiegasse meglio: "Un aspetto importante della nostra pratica è lavorare innovativamente al di fuori dei centri accademici universitari, specialmente per ciò che concerne la chirurgia plastica, con una maggiore flessibilità ed indipendenza. Questo è un beneficio per i pazienti". Ci spieghi meglio questo concetto

Lavorare in un istituto privato permette di svolgere ricerche in diversi ambiti senza direttive e con maggiore autonomia e permette di chiedere fondi da concentrare su una ricerca più mirata. Questo tipo di focalizzazione permette di sviluppare trattamenti specifici e di promuovere uno studio sistematico.

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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Il dolore acuto post-operatorio, importante saperlo gestire

Il Dott. Deni, Responsabile dell'Acute Pain Service (APS) del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Raffaele di Milano, ci spiega come trattarlo efficacemente

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno potenziale o reale dei tessuti (trauma/chirurgia) che, se non viene trattato in maniera appropriata, può incidere negativamente sulla morbilità peri operatoria. A parlarcene il Dott. **Francesco Deni**, Responsabile dell'Acute Pain Service (APS) del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Docente del Corso Elettivo "Farmacologia del dolore e tecniche di analgesia" dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, è membro della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).

Dott. Francesco Deni

Dott. Deni, che cos'è e come si manifesta il dolore acuto post-operatorio?

Il dolore acuto post-operatorio è per definizione un dolore programmato. Ogni intervento chirurgico è gravato da un tipo diverso di dolore. In alcuni interventi il dolore previsto è lieve, in altri è moderato, mentre negli interventi di chirurgia maggiore (addominale, toracica, ortopedica) è severo. L'analgesia deve quindi essere programmata ed intrapresa il più precocemente possibile. Il dolore post-operatorio dipende da diversi fattori di natura infiammatoria, neurofisiologica e psichica. La psiche può modificarlo in maniera importante, tanto che per uno stesso intervento chirurgico l'intensità può variare da un paziente all'altro. Il dolore è la maggiore preoccupazione del paziente che deve essere sottoposto ad un intervento ed una buona gestione prevede un'adeguata informazione, che deve iniziare in sede di visita chirurgica ed anestesiologica e proseguire fino al ricovero in reparto.

Cosa origina la manifestazione del dolore post-operatorio?

Un dolore post-operatorio mal controllato innesca una serie di meccanismi che alterano l'equilibrio fisiologico del paziente, ritarda la mobilizzazione, allunga i tempi di ospedalizzazione, aumenta morbilità e mortalità. In un paziente con un dolore non adeguatamente controllato, c'è un'attivazione del sistema simpatico con liberazione di catecolamine che aumentano la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, questo porta ad un aumento del consumo di ossigeno del cuore ed espone il paziente al rischio di infarto miocardico. Un paziente con dolore, spesso, è un paziente che respira male, che non riesce a tossire adeguatamente e questo porta ad un aumento delle complicanze bronco pneumoniche. Inoltre, il dolore determina uno stato di ipercoaugulabilità del sangue che espone il paziente ad un maggior rischio di embolia polmonare. Una buona gestione del dolore acuto post-operatorio è quindi necessaria non solo per motivi etici.

Come si affronta il dolore post-operatorio? Qual è la strategia usata al San Raffaele?

La gestione del dolore acuto post-operatorio non può essere lasciata alla sensibilità di qualche infermiere o medico, ma deve prevedere una "buona organizzazione". Al San Raffaele, già dal 2001, è attivo un Acute Pain Service (APS) che è parte integrante del servizio di Anestesia e Rianimazione, attivo H24; la cui realizzazione è stata possibile grazie all'adesione del San Raffaele al progetto "Ospedale senza Dolore". Il controllo del dolore indotto dall'intervento chirurgico deve essere quotidiano e comincia fin dalla Recovery Room. La sua misurazione mediante scale, validate a livello internazionale, e la valutazione dell'efficacia dei protocolli analgesici applicati è obbligatoria e costituisce il requisito più importante per una gestione efficace e razionale.

C'è una terapia comune o va personalizzata?

L'analgesia post-operatoria deve essere personalizzata. Aderendo alle linee guida internazionali ed italiane sulla gestione del dolore acuto post-operatorio, abbiamo realizzato dei protocolli analgesici per ogni tipo di intervento. In quelli di chirurgia maggiore, le tecniche maggiormente utilizzate sono l'analgesia mediante catetere epidurale, ossia la somministrazione endovenosa di oppioidi mediante PCA (Patient Controlled Analgesia), che è il metodo migliore di somministrazione, in cui è il paziente il protagonista della gestione del proprio dolore. Di recente abbiamo introdotto una nuova tecnica di somministrazione degli oppioidi, quella sublinguale. Anche in questo caso è il paziente stesso che decide quando e quanto analgesico autosomministrarsi. Per l'analgesia in chirurgia ortopedica si utilizzano i blocchi nervosi periferici, che consentono un più rapido recupero ed un miglior controllo del dolore nelle prime ore post-operatorie. Negli interventi in cui il dolore è lieve-moderato, vengono impiegati analgesici per via endovenosa ad orari fissi. Tutti questi protocolli rispondono al concetto di Terapia Multimodale, colpire cioè il dolore con più "frecce".

Quanto è importante il lavoro di squadra in questo ambito?

Molto. Il lavoro di équipe è la base per la realizzazione di un'adeguata gestione del dolore post-operatorio. È fondamentale il coinvolgimento di chirurghi, anestesisti ed, in particolare, degli infermieri che sono l'anello più importante di questa catena. A questo scopo vengono organizzati ogni anno corsi di formazione.

Redazionale realizzato con il contributo di Grünenthal Italia

Dott. Francesco Deni
Servizio di Anestesia e Rianimazione
Ospedale San Raffaele
Via Olgettina, 60 - 20132 Milano
Segreteria: 02 26432656
deni.francesco@hsr.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 +393468261608 redazione@cscommunication.it

Per curare e conoscere nel rispetto della qualità della vita

Associazione
per la **R**icerca **E**uropea
in **C**hirurgia **O**ncologica

Presidente
Dottor Ermanno Leo
(Chirurgo Oncologo)

Sede
Via Luciano Manara, 17
20123 Milano - Italia

Tel. +39 0255018044
Fax +39 0259902344
e-mail: info@areco.it
www.areco.it

"Nei miei anni di professione medica, interamente svolta presso l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, l'esperienza accumulata mi ha portato a "vivere" i cambiamenti terapeutici verso alcune forme di tumori. In particolare, negli ultimi dieci anni, si è osservata una impressionante diminuzione degli interventi demolitivi con un aumento del rispetto dell'integrità fisica dei pazienti. Ho quindi cominciato a chiedermi se per curare i tumori del retto che, uniti a quelli del colon rappresentano il secondo tipo di tumore per incidenza, doveva ancora essere necessario eseguire una chirurgia devastante del fisico e della psiche del paziente. La tecnica tradizionale prevede infatti che, asportando il tratto di intestino in cui è annidato il tumore, l'estremità del colon venga collegata a un foro praticato nella parete dell'addome in modo da convogliare le feci in un sacchetto (colostomia). ***Con la nuova chirurgia il ricorso alla colostomia definitiva rappresenta l'eccezione e non più la regola.*** *Siamo sicuramente di fronte ad una svolta storica sia scientifica che socio-culturale. Pensiamo solo che oggi ci sono oltre 60.000 persone in Italia portatrici di colostomia definitiva (sacchetto sull'addome) con prospettive di vita molto lunghe (almeno questo!).* ***Se fosse stata applicata nel passato tale tecnica, probabilmente solo il 10% avrebbe avuto una colostomia definitiva.*** *Tutto questo senza trascurare i risultati clinici, infatti dopo dieci anni di questa chirurgia, grazie alla casistica conseguita ed internazionalmente riconosciuta, possiamo indicare che* ***abbiamo ottenuto la riduzione delle recidive dal 30% all'8%.***

Quale riconoscimento per i risultati conseguiti, il 7 aprile 2004, è stata consegnata dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi la Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica.

Dottor Ermanno Leo
(Chirurgo Oncologo, Presidente di ARECO)

Per sostenere l'Associazione:

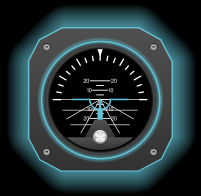
Destina il 5x1000 della tua dichiarazione dei redditi
Codice Fiscale 97206900157

DC Bead LUMI™

La prima* sfera radiopaca a eluizione di farmaco

UN NUOVO LIVELLO DI

CONTROLLO



VISIONE

Possibilità di vedere le sfere durante e dopo il trattamento

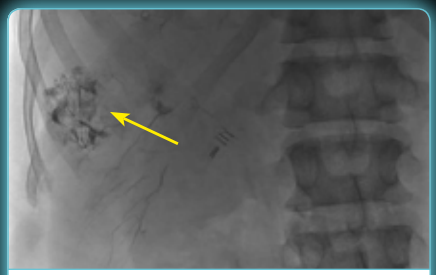
PRECISIONE

Procedura più precisa e controllata rispetto alle tecniche attualmente disponibili[1]

SICUREZZA

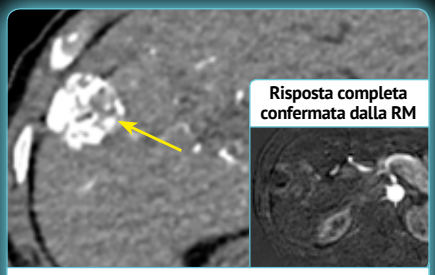
Fiducia nel trattamento di successo del paziente

LUMI-TACE di un carcinoma epatocellulare isolato di 4,6 cm con più vasi che lo alimentano



Fluoroscopia single-shot durante la procedura

CBCT 10 minuti dopo l'embolizzazione con DC Bead LUMI™



DC Bead LUMI™ è ancora visibile nella CBCT del follow-up di 6 settimane

www.dcbeadlumi.com

DC Bead LUMI™ prevede il caricamento con doxorubicina (per il trattamento di tumori HCC) e irinotecano (per il trattamento di tumori mCRC) nella relativa indicazione approvata del marchio CE.

Le immagini mostrate e le citazioni utilizzate in questa parte sono basate sull'esperienza di casi clinici con le sfere radiopache di BTG negli Stati Uniti. Il 14 dicembre 2015, la Food and Drug Administration statunitense ha concesso l'autorizzazione per queste sfere radiopache per embolizzazione sotto il marchio "LC Bead LUMI™" per il trattamento dei tumori ipervascolarizzati e delle malformazioni arterovenose. DC Bead LUMI™ è approvato con marchio CE come sfera radiopaca a eluizione di farmaco. Al fine di evitare confusione, BTG ha sostituito qualsiasi riferimento a LC Bead LUMI™ con DC Bead LUMI™, poiché si sta dimostrando la natura radiopaca del prodotto.

** "Prima" si riferisce alla disponibilità commerciale*

1. Duran R et al. *Theranostics* 2016; 6(1): 28-38.

Imagine where we can go.

BTG

btg-im.com

DC Bead LUMI™ è prodotto da Biocompatibles UK Ltd, una società del gruppo BTG International. DC Bead e DC Bead LUMI sono marchi di Biocompatibles UK Ltd e DC Bead è un marchio registrato in Cina, nell'Unione Europea, in Giappone e nella Repubblica di Corea. "Imagine where we can go.", "See More. Treat Smarter.", BTG e il logo BTG a forma di cerchio sono marchi di BTG International Ltd. BTG e il logo BTG a forma di cerchio sono marchi registrati negli Stati Uniti, nell'Unione Europea e in alcuni altri paesi. Tutti i diritti riservati. © Copyright 2016 Biocompatibles UK Ltd. EM-LUM-2016-0387. EMEA. Data di preparazione dicembre 2016.