



Sanità & Benessere

e focus



LE NUOVE FRONTIERE DEL DIABETE

A cura del **Prof. Camillo Ricordi**,
massimo esperto mondiale

LOTTA ALLA SEPSI

Associazione Culturale "G. Dossetti: i Valori"
da sempre in prima linea

PREVIEW OFTALMOLOGIA

A cura del **Prof. Paolo Nucci**

PREVIEW RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

A cura del **Dott. Franco Orsi**

Il Tempo della Gentilezza

 di **FRANCESCO ROCCA***


"... **P**oiché tutti possono, in un modo o nell'altro, ciascuno nella sua sfera e secondo le sue forze, contribuire in qualche misura a questa buona opera...". Queste parole, scritte oltre un secolo e mezzo fa da Henry Dunant suonano, oggi più che mai, attuali: così come il nostro padre fondatore stiamo vivendo un momento epocale. Sui campi di battaglia di Solferino, per la prima volta nella storia, gli interventi dei civili furono organizzati in modo da aiutare migliaia di soldati feriti (di tutti gli schieramenti) che non beneficiavano di alcuna assistenza. Tale approccio all'umanitarismo moderno ha portato alla creazione della più grande organizzazione di volontariato del mondo, la Croce Rossa. Oggi viviamo una sorta di "novella Solferino" per chi deve prestare soccorso e non solo. Fondamentale è la tenuta di una responsabilità collettiva: ognuno è chiamato a fare la sua parte. Perché solo uniti ne usciremo, ce la faremo. E sembra un paradosso parlare di unità visto che dobbiamo vivere distanti, fare i conti con la solitudine e contrastare una crisi socio-economica rapida e spietata. Il 2020 ha significato, per troppi, la perdita del lavoro, la necessità di chiedere aiuto. La Croce Rossa Italiana è stata ed è in prima linea per sconfiggere il Covid-19, con una serie di azioni racchiuse nel cosiddetto "Tempo della Gentilezza". Assistenza in emergenza, educazione ai corretti comportamenti, sostegno psicologico e materiale alle categorie più vulnerabili. Queste le macro-aree di azione. Dai termoscanner in porti e aeroporti ai trasporti in biocontenimento, da spesa e farmaci consegnati a casa all'indagine sulla sieroprevalenza, dall'educazione alla salute al supporto psicologico, dall'attivazione di drive in per test rapidi ai buoni pasto per chi si trova in difficoltà, fino agli ospedali da campo e alle tende pre-triage.

Questa "gentilezza", sin dall'inizio, ci è tornata indietro. Abbiamo ricevuto, infatti, in questi ultimi mesi, un grande e prezioso sostegno da parte di aziende, partner, media, testimonial, esponenti del mondo della cultura e dell'arte.

Ma non ci siamo lasciati ancora nulla alle spalle. Ed è per questo che dobbiamo aggiungere una forte dose di tenacia e volontà, ma anche di fiducia, in noi stessi e negli altri. In questo momento di emergenza i nostri volontari hanno dimostrato, attraverso un agire quotidiano appassionato e incessante, un'adesione concreta e reale a quei Principi e Valori che sono alla base del nostro Movimento. E tutto il mondo ce lo ha riconosciuto. Nonostante fake news, negazionismi, paura e stanchezza abbiano dato vita anche a attacchi alle nostre attività, fino a veri e propri atti di vandalismo. Per fortuna solo una goccia nel mare della solidarietà ricevuta.

In attesa di un vaccino Covid accessibile a tutti, aspettando la fine di questa durissima prova, ciascuno di noi è messo di fronte a una scelta di grande responsabilità, ciascuno di noi può e deve fare la differenza.

* **Presidente della Croce Rossa Italiana e della Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa**

SOMMARIO

Speciale Diabetologia

Prof. Camillo Ricordi	1
Prof.ssa Ivana Rabbone	2
Dott. Cesare Berra	3
Prof. Marco Infante	4

In primo piano

Associazione Culturale "G. Dossetti - i Valori"	5
---	----------

Preview Oftalmologia

Prof. Paolo Nucci	6
-------------------	----------

Parliamo di... Psichiatria

Prof. Mario Maj	7
-----------------	----------

Preview Radiologia Interventistica

Dott. Franco Orsi	8
Dott. Vittorio Pedicini	9

Dedicato a... Gastroenterologia

Prof. Alessandro Armuzzi	10
--------------------------	-----------

A proposito di... Ginecologia

Prof. Claudio Gustavino	11
-------------------------	-----------

Malattie Rare

Prof. Giuseppe Limongelli	12
Prof. Maurizio Scarpa	13



Sanità e Benessere
 Reg. Tribunale di Milano
 Num.R.G. 6251/2019, Num.Reg. Stampa 112
 del 21 maggio 2019

CS COMMUNICATION Srl
 Corso Italia 22, 20122 Milano

CEO & Founder
Direttore Editoriale
 Stefano Cucchiarini

Head of Health Projects
 Mario Martegani

Project Manager and Event Creator
 Aurora Argenta

Health Project Specialist
 Stefano Carretta

Health Project Specialist
 Luisa La Fauci

Journalist Health & Care
 Flora Giugliano

Customer Care & Executive Assistant
 Barbara Cirrito

Legal Office
 Avv. Michela Degiovanni

Social Media Manager
 Giulia Cucchiarini


Responsabile Redazione
 Francesca Pavesi
 redazione@csccommunicationsrl.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
 © Aleksej Sarifulin/123RF

www.sanitaebenessere.it

 **Sanità&Benessere efocus**

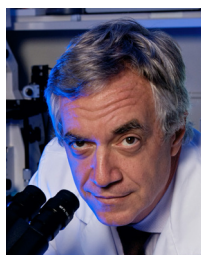
 **sanita_benessere_focus**

 **Sanità & Benessere efocus**

Nuove frontiere nella cura del Diabete

DALLE SOSTANZE PROTETTIVE COME LA VITAMINA D E GLI OMEGA-3, AGLI ANTIOSSIDANTI, DALLO STILE DI VITA AL TRAPIANTO DI ISOLE PANCREATICHE, AUMENTANO LE STRATEGIE PER COMBATTERE QUESTA PATOLOGIA.

Aparlarcene, il **Prof. Camillo Ricordi**, Direttore del Diabetes Research Institute and Cell Transplant Center dell'Università di Miami e **massimo esperto mondiale** nel campo dei trapianti di isole pancreatiche per la cura del Diabete.



Prof. Camillo Ricordi

Quali nuove prospettive stanno emergendo per la cura e la prevenzione del Diabete?

“Non esiste cura senza prevenzione della ricorrenza di malattia. Nel Diabete di Tipo 1 quando si effettua un trapianto di cellule che producono insulina, ad esempio, il trattamento può portare alla guarigione (ossia all'indipendenza dall'uso di insulina esogena) ma poi la ricorrenza della malattia autoimmune resta in agguato e bisogna adottare strategie per prevenirla. Negli ultimi 10 anni le opzioni per il trattamento e la prevenzione del Diabete si sono notevolmente arricchite. Da un lato i trapianti di isole pancreatiche, in molti casi risolutivi, come trattamento dei casi più gravi in soggetti adulti, dall'altro molecole “scudo” come Vitamina D e Omega-3; ma anche polifenoli e attivatori delle sirtuine, come polidatina e pterostilbene, sono oggetto di studi che potrebbero cambiare la nostra vision di come si possano prevenire malattie autoimmuni come il Diabete di tipo 1 o malattie croniche degenerative come il Diabete di tipo 2 e altre patologie neurodegenerative legate a invecchiamento, dieta e stile di vita”.

Dieta e stile di vita possono influire anche sull'insorgenza del Diabete di tipo 1?

“Se grandi passi in avanti sono stati condotti nel Diabete di tipo 2, notoriamente legato a dieta e stile di vita, studi recenti suggeriscono che diete scorrette e carenza di sostanze protettive possano aumentare il rischio di malattie autoimmuni come il Diabete di tipo 1, in cui le cellule delle isole pancreatiche preposte alla produzione di insulina vengono distrutte selettivamente dal sistema immunitario e costringono i pazienti a gestire i loro livelli di zucchero nel sangue attraverso la somministrazione giornaliera di insulina. Sempre più studi dimostrano l'importanza di stile di vita, dieta e l'assunzione di sostanze protettive, che nel caso di pre-Diabete e Diabete di tipo 2 possono migliorare la sensibilità all'azione dell'insulina e, nel caso del Diabete di tipo 1, modulare infiammazione e sistema immunitario prevenendo o ostacolando la progressione delle reazioni autoimmuni”.

Quali sono queste sostanze protettive in fase di studio?

“La Vitamina D e gli Omega-3 sono in fase di studio in trials clinici randomizzati prospettici, per determinare la possibilità di rallentare o arrestare la progressione del Diabete di tipo 1. In questi studi abbiamo osservato

che, in quasi tutti i soggetti, l'esordio del Diabete di tipo 1 viene anticipato da livelli bassi di Vitamina D nel sangue e da un rapporto tra Omega-6 e Omega-3 sbilanciato. Inoltre, più è basso il livello di Vitamina D minore è la produzione residua di insulina all'esordio, indicando una maggiore “aggressività” della reazione autoimmune contro le cellule produttrici di insulina. Polifenoli e attivatori delle sirtuine stanno emergendo

come fattori importanti per modulare il Sistema immunitario e l'infiammazione, contribuendo a mantenere un controllo metabolico efficace”.

Perché è importante avere livelli adeguati di queste sostanze protettive?

“Studi sperimentali hanno dimostrato che carenza di Vitamina D, livelli bassi di Omega-3 e livelli alti di Omega-6 risultano in una insufficiente capacità del nostro Sistema immunitario a modulare reazioni iper-immuni e iper-infiammatorie, che in mancanza di fattori protettivi, possono risultare in una patologia autoimmune come il Diabete di tipo 1 o nel caso di un soggetto predisposto a Diabete di tipo 2 possono aumentare la resistenza all'azione dell'insulina, che in questo caso deriva dallo stato infiammatorio silente legato alla dieta”.

Che test si possono fare per valutare se le nostre difese sono a livelli ottimali?

“È possibile valutare lo stato di infiammazione silente legato alla dieta con un semplice test che misura il rapporto tra Omega-6 e Omega-3 nel sangue usando due markers “surrogati”: il test dell'infiammazione, o rapporto AA/EPA (Acido Arachidonico / Acido Eicosapentaenoico), che valuta lo stato infiammatorio silente del soggetto collegato alla dieta. Se alla carenza di Vitamina D e Omega-3 si aggiunge un'alimentazione ricca di zuccheri raffinati e povera di sostanze protettive come polifenoli e attivatori delle sirtuine, può aumentare il rischio di malattie autoimmuni come il Diabete di tipo 1. L'integrazione di queste sostanze protettive a una dieta sana potrebbe aiutare la prevenzione non solo del Diabete, ma anche di infezioni virali gravi, come il Covid-19, e malattie croniche legate all'invecchiamento”.

Sul fronte della cura dei casi più gravi di Diabete di tipo 1 che novità stanno emergendo?

“Il risultato più importante è probabilmente legato al trapianto di isole pancreatiche, un'opzione terapeutica che ha permesso ad alcuni pazienti di vivere senza avere bisogno di iniezioni di insulina anche per un tempo superiore ai 10 anni. Si tratta di una terapia cellulare che consiste nel prelevare le cellule produttrici di insulina dal pancreas di un donatore, purificarle e trapiantarle nel paziente in

CONSIGLI DI LETTURA

“Suggerisco, per chi volesse approfondire questi argomenti, due libri di cui ho curato l'edizione italiana: l'ultimo libro di David Sinclair “*Longevità - Perché Invecchiamo e perché non dobbiamo farlo*” e l'ultimo di Barry Sears “*Zona della Risoluzione*”, entrambi di Verduci Editore (www.verduci.it)”.



modo da ripristinare la loro capacità di produrre l'insulina senza la necessità di doversi sottoporre a iniezioni. La procedura consente di raggiungere e mantenere profili glicemici ottimali e studi recenti hanno dimostrato che, nonostante l'assunzione di farmaci anti-rigetto, la sopravvivenza di pazienti adulti a 20 anni dal trapianto è addirittura superiore a quella riportata in letteratura per soggetti della stessa età trattati con solo terapia insulinica. Il 2021 vedrà anche i primi trapianti di cellule che producono insulina derivate dalle staminali che potrebbero porre fine al limitato numero di donatori d'organo e la sperimentazione di nuove molecole immuno-modulanti che sostituiranno i farmaci anti-rigetto”.

Queste strategie potrebbero servire anche per malattie virali come il Covid-19?

“Studi recenti hanno sottolineato come alcuni nutrienti e sostanze protettive potrebbero avere un ruolo critico non solo per la prevenzione di malattie autoimmuni o croniche degenerative legate all'invecchiamento, ma anche aiutarci in questa emergenza Covid-19. Mi riferisco a sostanze come Vitamina D3, acidi grassi Omega-3, polifenoli e attivatori delle sirtuine come polidatina, pterostilbene, onochiolo, e altre sostanze naturali come lattoferrina, fisetina e quercetina, tuttora in fase di studio e discusse più in dettaglio sul sito www.fit4Pandemic.com. Inoltre, abbiamo appena concluso uno studio clinico internazionale che ha avuto un successo significativo sulla sopravvivenza e tempo di guarigione di soggetti affetti da forme gravi di Covid-19, grazie a infusioni intravenose di cellule staminali mesenchimali derivate dal cordone ombelicale, le stesse cellule che avevamo già utilizzato con successo per il trattamento del Diabete di tipo 1, e che sono ora in fase di studio anche per altre malattie autoimmuni”.

CONTATTI

Prof. Camillo Ricordi
Direttore Istituto Ricerche sul Diabete e Centro Trapianti Cellulari
Università di Miami
Twitter @CamilloRicordi
LinkedIn, Facebook: Camillo Ricordi
Instagram: The Cure Alliance

Il prezioso contributo della tecnologia nella Diabetologia Pediatrica

L'IMPLEMENTAZIONE, NEI CENTRI PEDIATRICI, DI SOLUZIONI HI-TECH PER IL MONITORAGGIO GLICEMICO E L'EROGAZIONE DI INSULINA PERMETTONO UN BUON COMPENSO METABOLICO E UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA.

Aparlarcene la **Prof.ssa Ivana Rabbone**, docente di Pediatria presso la Scuola di Medicina dell'Università del Piemonte Orientale, da marzo 2020 Direttore della Pediatria dell'Ospedale Maggiore di Novara – Centro Hub di Riferimento per il quadrante Nord-Orientale piemontese per il Diabete infantile – e Coordinatore della Rete Diabetologica pediatrica regionale.

Professoressa, quali sono i tipi di Diabete più diffusi in età pediatrica?

"Nel 95% dei casi si tratta di Diabete di tipo 1, ossia quello legato a un meccanismo autoimmune di distruzione delle cellule beta che producono insulina e che non possono essere ricostruite, e che dunque necessita di una terapia insulinica come trattamento. Recentemente, tuttavia, abbiamo assistito a un incremento (1% circa) del Diabete di tipo 2 anche nei bambini, soprattutto in età adolescenziale. C'è, infine, una terza fetta di pazienti, di cui si parla poco, che hanno un Diabete di tipo monogenico, caratterizzato da una mutazione genetica. Fa parte di questa tipologia il Diabete neonatale, una forma rara geneticamente determinata, in cui l'alterazione di un gene rende le cellule del **pancreas** incapaci di secernere insulina, ma non di produrla. Il Diabete monogenico necessita di un trattamento con **insulina** o, nel caso del Diabete neonatale, di un trattamento con sulfaniluree, un farmaco che va a sbloccare la cellula beta che produce insulina. Ad oggi a Novara, grazie anche alla collaborazione con la Genetista del Dipartimento, abbiamo implementato le diagnosi genetiche per questo tipo di Diabete, diventando un collettore per i pazienti di tutta la Regione".

Come vengono utilizzate le nuove tecnologie nella cura dei pazienti diabetici di tipo 1?

"Innanzitutto per l'automonitoraggio della glicemia. Oggi abbiamo a disposizione dei device, altamente tecnologici ma al tempo stesso molto semplici da utilizzare, che consentono di misurare il livello del glucosio nel corso della giornata in modo veloce, non invasivo e molto pratico. Si tratta di piccoli sensori che si applicano facilmente sulla parte posteriore del braccio – possono farlo tranquillamente i genitori – e che misurano in continuo l'andamento della glicemia. In secondo luogo la tecnologia ci viene in aiuto anche nella somministrazione dell'insulina: oggi, infatti, grazie a diversi modelli di microinfusore – con cateterino o il tipo patch senza fili, che solitamente è più gradito dagli adolescenti perché molto discreto e più



Prof.ssa Ivana Rabbone

FREESTYLE LIBRE

È il device che consente di monitorare il glucosio contenuto nel fluido interstiziale per tenere sotto controllo i valori glicemici in modo rapido e indolore. Il sensore si applica facilmente sul braccio e misura i valori del glucosio in qualsiasi momento della giornata. Con ogni singola scansione, si possono ottenere il valore attuale del glucosio, la tendenza e lo storico delle ultime 8 ore. Il valore della glicemia viene salvato in automatico e conservato nella cartella personale sulla piattaforma LibreView. In questo modo le informazioni sull'andamento saranno sempre disponibili per il medico curante.

pratico – che possono anche essere collegati ad alcuni sensori attraverso un algoritmo, è possibile erogare l'insulina con molta precisione e regolare sia l'ipoglicemia sia l'iperglicemia".

Quali benefici apportano ai pazienti queste soluzioni hi tech?

"Se queste tecnologie sono molto sfruttate dai giovani adulti che le gestiscono in autonomia e con la massima facilità tramite app e smartphone, nei bambini in età pediatrica diventano una vera e propria esigenza metabolica indispensabile. I piccoli pazienti, infatti, sono gestiti ancora da un care giver – in primis il genitore – che ha bisogno di un monitoraggio del glucosio interstiziale in continuo e molto preciso. Questi sensori hi-tech gli consentono di rilevare l'andamento della glicemia su un device esterno via bluetooth, ad esempio il cellulare o il lettore apposito, in modo veloce, semplice e frequente. Con notevoli benefici sia da un punto di vista clinico – il medico ha a disposizione molte più informazioni che può utilizzare per ottimizzare al meglio la terapia – sia di

qualità di vita dei pazienti. Basti solo pensare al non dover effettuare la puntura del polpastrello più volte al giorno, un metodo scomodo, doloroso e frustrante per i pazienti, che spesso finiscono col non misurarsi la glicemia con la frequenza necessaria. Questo moderno tipo di monitoraggio ha dimostrato, invece, di ridurre il rischio di ipoglicemie e di aumentare il tempo che questi pazienti passano con un buon controllo metabolico durante la loro giornata (time in range). Avendo diversi device a disposizione, possiamo "sartorializzare" la terapia in maniera molto precisa, garantendo a ciascun paziente un buon compenso metabolico e una buona qualità di vita".

Sono tecnologie semplici da usare da parte dei genitori dei piccoli pazienti?

"Sì, ma serve un grande lavoro di educazione terapeutica nei confronti delle famiglie, della scuola, dei care giver per renderli autonomi e in grado di gestire una terapia così complessa ma necessaria per mantenere un buon compenso metabolico ed evitare l'ipoglicemia, che tanto spaventa i genitori. Alcuni tipi di sensori hanno addirittura un allarme e, laddove il sensore è collegato al microinfusore, l'algoritmo è in grado di prevedere la discesa della glicemia e sospendere l'erogazione dell'insulina in modo preventivo".

Si può prevenire il Diabete di tipo 1?

"No, la patologia non si può prevenire, quello che si può prevenire è l'esordio grave, facendo arrivare il bambino alle cure prima che si presentino delle manifestazioni acute della malattia. Questo aspetto è emerso in tutta la sua gravità durante la prima fase della pandemia, quando molti pazienti, per paura, arrivavano in ospedale in condizioni già molto gravi, spesso in coma. Purtroppo nel Diabete di tipo 1 il ritardo diagnostico si traduce in un rischio di vita. Per questo è fondamentale riconoscere precocemente i segni dell'esordio della malattia: il bere e l'urinare tanto, anche svegliandosi più volte di notte, e l'astenia. Questa emergenza sanitaria ci ha confermato anche come la telemedicina, supportata dall'innovazione tecnologica, possa essere un valido aiuto per le persone con Diabete, nel curarsi anche a distanza e in sicurezza".

Quali potrebbero essere i prossimi passi nel trattamento del Diabete di tipo 1?

"L'unica forma di guarigione oggi è il trapianto di pancreas, con tutte le conseguenze che esso comporta e non praticabile su pazienti di età pediatrica. Il futuro potrebbe essere lo sviluppo delle cellule staminali, costruendo dei pancreas sostitutivi di tipo biologico che producano insulina alternativamente a quello naturale. Questa però è ancora ricerca, ad oggi si punta tutto sulla tecnologia, che rende questi piccoli pazienti assolutamente abili a fare qualsiasi cosa".

CONTATTI

Prof.ssa Ivana Rabbone
Direttore SCU Diabetologia
Ospedale Maggiore della Carità
Corso Mazzini, 18 – 28100 Novara
Tel. 0321 3733350
Mail: ivana.rabbone@uniupo.it

Tecnologia e nuovi farmaci gli alleati nella cura del Diabete

È IL **DOTTOR CESARE CELESTE BERRA**, RESPONSABILE DELLA DIABETOLOGIA CLINICA DEL GRUPPO MULTIMEDICA, CENTRO D'ECCELLENZA PER LA DIABETOLOGIA E L'ENDOCRINOLOGIA, A RACCONTARCI LE ULTIME NOVITÀ.

Dottore, quale contributo apportano le nuove tecnologie alla cura dei pazienti diabetici, anche in situazioni difficili come la recente pandemia?

“Durante la prima ondata, in cui si è assistito a una chiusura quasi totale degli ambulatori per la gestione della cronicità, noi siamo riusciti, grazie alla tecnologia, ad aiutare i soggetti diabetici, soprattutto quelli fragili e in terapia multi-iniettiva, con l'utilizzo di piattaforme che da remoto potevano darci l'andamento delle glicemie in tempo reale e con valori assolutamente corretti. Nei mesi di febbraio e marzo, con questa tecnologia e l'aiuto di care giver e familiari, abbiamo assistito un'ottantina di soggetti da casa, per lo più anziani. Si tratta di una piattaforma - che prossimamente useremo anche nei reparti - per il monitoraggio della glicemia da remoto che funziona mediante un sensore FGM (Flash Glucose Monitoring) applicato a livello della cute del paziente e collegato a un lettore o una app, che permette di misurare le glicemie senza bucare il dito e quante volte si vuole. Il suo utilizzo anche nei reparti Covid potrebbe essere un valido aiuto nel ridurre i contatti tra medico e paziente favorendo il distanziamento”.

Covid e Diabete: quali relazioni avete potuto osservare?

“Sicuramente chi è malato di Diabete ha un rischio maggiore di sviluppare un andamento da infezione da Covid più grave. A maggior ragione chi soffre di scompenso metabolico è importante che venga ancor più strettamente controllato perché purtroppo il Diabete scompenso è un terreno di coltura perfetto per sviluppare un outcome peggiore dall'infezione da Coronavirus. Senza contare tutti gli altri effetti collaterali legati al lockdown, primo fra tutti l'obesità: al ritorno all'attività ambulatoriale a regime, ci siamo trovati di fronte a un netto peggioramento dello scompenso legato a un incremento del peso. Del resto sappiamo bene che il lifestyle è la terapia fondamentale per il Diabete, soprattutto di tipo 2, quindi



Dott. Cesare Celeste Berra

l'impossibilità di svolgere attività fisica, lo smart working e un'alimentazione scorretta o più abbondante hanno portato a un aumento ponderale di 2 / 4 kg di media, che a sua volta ha causato un peggioramento del compenso metabolico. Per questo è fondamentale, anche nei momenti di difficoltà, non trascurare i malati cronici, mantenendo attivi i contatti, anche per controllare l'aderenza terapeutica, un altro aspetto importantissimo che va costantemente monitorato con visite programmate dal medico curante”.

A livello di terapie farmacologiche quali sono le ultime novità?

“Nel congresso che, con i colleghi Prof. Fiorina, Prof. Folli, Dott. ssa Orsi e Dott. Bertuzzi abbiamo organizzato con enorme soddisfazione di recente, abbiamo trattato proprio il tema dei nuovi farmaci. Se a livello di molecole non ci sono novità sostanziali, grandi passi avanti negli studi clinici sono stati su quello che è il loro utilizzo - è stato ancora una volta sottolineato

come sia importante l'utilizzo della terapia più adeguata nei soggetti con Diabete - e sull'indicazione a trattare il paziente diabetico in prevenzione primaria e non solo secondaria, ossia senza aspettare che, ad esempio, abbia un evento cardiovascolare ma prevenendolo. Farmaci come la **Semaglutide** e Dulaglutide, ad esempio, permettono innanzitutto una somministrazione mono settimanale anziché giornaliera o addirittura due volte al giorno - un enorme passo avanti per un farmaco iniettivo - oltre ad avere importanti benefici in termini di riduzione del rischio cardiovascolare, di scompenso metabolico, di calo ponderale, di riduzione pressoria, e dunque di mortalità. Senza contare il miglioramento della condizione di benessere del paziente che li utilizza. Purtroppo questi farmaci innovativi sono ad oggi sottoutilizzati dai Diabetologi che si mettono ancora poco in gioco e sono ancora restii a proporre ai pazienti questo tipo di terapie”.

Cosa vede nel futuro più prossimo della Diabetologia?

“Da un lato le aziende farmaceutiche stanno studiando ulteriori nuove terapie che sembrano già essere molto promettenti; dall'altro il sogno è quello di poter contare sempre di più su una Rete Diabetologica che, con il supporto di Regioni e Stato, possa gestire sempre meglio i pazienti sul territorio. La Telemedicina è utile ma c'è bisogno di vedere i pazienti e avere uno scambio culturale con tutti gli attori che gestiscono questi soggetti e i soggetti stessi. Serve un approccio multidisciplinare come quello che abbiamo in Multimedita, dove, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, siamo riusciti a organizzare un Centro con gruppi di specialisti - dall'Oculista al Cardiologo - dedicati ai pazienti diabetici per condividere le terapie, la storia clinica, gli esami. Una presa in carico a 360°”.

CONTATTI

Dott. Cesare Celeste Berra

Responsabile della Diabetologia Clinica
IRCCS MultiMedica
Via Milanese, 300
20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 86878889
Mail: cesare.berra@multimedita.it

Diabete di tipo 1 e innovazioni tecnologiche: verso il Pancreas Artificiale

UN SENSORE PER IL MONITORAGGIO CONTINUO DEI LIVELLI DI GLUCOSIO, UN MICROINFUSORE E UN ALGORITMO MATEMATICO DI CONTROLLO, INTERCONNESSI TRA LORO, CONSENTONO DI EMULARE LE FUNZIONI DEL PANCREAS.

Il Diabete di tipo 1 è una patologia autoimmune caratterizzata dalla distruzione delle cellule beta del Pancreas che producono l'insulina e rappresenta circa il 5-10% di tutti i casi di Diabete Mellito. Per trattarla, ad oggi è necessaria una terapia cronica con multiple iniezioni giornaliere di insulina associate all'automisurazione della glicemia capillare da parte del paziente. Ma, come ci spiega il **Prof. Marco Infante**, Professore di Endocrinologia presso l'UniCamillus di Roma, nel corso degli ultimi anni si è assistito a notevoli progressi nelle tecnologie impiegate per la gestione del Diabete di tipo 1, oltre che del Diabete in generale.

Dottore, cos'è il Pancreas Artificiale?

“Oggi sono disponibili diversi sensori impiantabili nel tessuto sottocutaneo che consentono il monitoraggio continuo del glucosio evitando la puntura dei polpastrelli per misurare i valori di glicemia. I microinfusori consentono invece l'infusione continua di insulina nel tessuto sottocutaneo. Lo sviluppo di sofisticati algoritmi in grado di far dialogare in maniera “wireless” i sensori di rilevamento del glucosio ed i microinfusori ha permesso di realizzare il cosiddetto Pancreas Artificiale, un sistema di infusione dell'insulina costituito da tre componenti interconnessi: il sensore sottocutaneo, il microinfusore e l'algoritmo matematico di controllo”.

Quali vantaggi porta il Pancreas Artificiale e in quali tipologie di pazienti è indicato?

“Da un punto di vista pratico, il Pancreas Artificiale ha il gran vantaggio di liberare il paziente dalle multiple iniezioni quotidiane con le penne di insulina, nonché dal frequente monitoraggio della glicemia attraverso la puntura dei polpastrelli. Inoltre, diversi studi hanno evidenziato come questo sistema determini un significativo miglioramento del compenso glicemico, oltre che una riduzione delle ipoglicemie e della variabilità glicemica. L'uso del Pancreas Artificiale può essere quindi particolarmente vantaggioso nel Diabete di tipo 1 caratterizzato da scarso controllo glicemico e/o ipoglicemie severe o episodi ricor-



Prof. Marco Infante

CELLR4

Marco Infante è Managing Editor della rivista scientifica internazionale “peer-reviewed”

CellR4 (Editor-in-Chief: **Prof. Camillo Ricordi**; Verduci Editore - <https://www.cellr4.org/>). *CellR4* (ISSN: 2329-7042) è una rivista scientifica “open-access” e multidisciplinare che abbraccia i molteplici aspetti della medicina rigenerativa, dalla ricerca di base alla medicina traslazionale ed ai trial clinici.



renti di ipoglicemia. Tutti i pazienti con Diabete di tipo 1 (compresi bambini ed adolescenti) possono potenzialmente beneficiarne, tuttavia la motivazione e il corretto addestramento del paziente sono elementi indispensabili per poter intraprendere un percorso terapeutico con i moderni sistemi tecnologici”.

Quali sono le prospettive future della ricerca sulle tecnologie applicate alla gestione del Diabete?

“I dispositivi attualmente in commercio

consentono di emulare le funzioni del Pancreas di una persona sana, ma in maniera parziale. Infatti, gli attuali sistemi di infusione di insulina disponibili vengono definiti “ibridi” in quanto sono in grado di automatizzare soltanto l'infusione basale di insulina, ossia la produzione pancreatica di insulina che avviene lontano dai pasti, mentre al momento del pasto o dello snack, il paziente deve comunicare manualmente al Pancreas Artificiale il quantitativo esatto di carboidrati che intende assumere, per poter calcolare la quantità di insulina da somministrare come bolo prandiale. Il passo successivo sarà quello di sviluppare un Pancreas Artificiale che simuli completamente il comportamento del pancreas di una persona sana rilevando il pasto in maniera automatizzata. A tal proposito, i primi risultati degli studi in corso sono promettenti. Inoltre, si sta studiando la possibilità di integrazione dei sistemi di infusione di insulina con tecnologie sofisticate capaci di rilevare in maniera automatica anche altre variabili che influenzano la glicemia, come l'esercizio fisico, il sonno o situazioni di stress. Infine, sono in corso trial clinici per valutare l'efficacia del Pancreas Artificiale “a doppio” o “triplo ormone”, in grado di somministrare altri ormoni (oltre all'insulina) potenzialmente utili a prevenire le ipoglicemie e ridurre le iperglicemie post-prandiali”.

A che punto è, invece, la ricerca sulla cura per il Diabete di tipo 1?

La ricerca per l'identificazione di una cura biologica per il diabete di tipo 1 continua incessantemente. Di recente, infatti, sono emersi dati incoraggianti riguardanti l'efficacia di nuove immunoterapie. Inoltre, i recenti progressi nel campo della medicina rigenerativa lasciano ben sperare. Nel frattempo, lo sviluppo di tecnologie sempre più avanzate non solo sarà utile per migliorare il compenso glicemico (con importanti ripercussioni in termini di prevenzione delle complicanze croniche della malattia), ma contribuirà a migliorare sempre di più la qualità della vita delle persone con Diabete di tipo 1”.

CONTATTI

Prof. Marco Infante

Professore di Endocrinologia presso UniCamillus, Saint Camillus International University of Health Sciences; Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso Diabetes Research Institute Federation (DRIF), Università degli Studi di Roma Tor Vergata Via di Sant'Alessandro 8, 00131, Roma Mail: marco.infante@unicamillus.org / marco.infante@uniroma2.it

Antibiotico Resistenza, Sepsi e Covid: L'Associazione Culturale "G. Dossetti: i Valori" fa il punto

LA PANDEMIA DI COVID-19 HA SOTTOLINEATO ANCORA UNA VOLTA LA NECESSITÀ DI TRATTARE LA SEPSI COME UN'EMERGENZA PRIORITARIA. FONDAMENTALI DIAGNOSTICA PRECOCE E TRATTAMENTI ADEGUATI.

La Sepsi è una condizione clinica grave, potenzialmente letale e correlata a morbilità e mortalità elevate, che rappresenta un'emergenza a livello mondiale. I costi economici, oltre che di vite umane, associati alla Sepsi sono molto elevati. Nello scenario pandemico attuale, inoltre, circa il 20% dei pazienti con Covid-19 sviluppano complicanze come Sepsi o disfunzione d'organo multipla, contribuendo tragicamente al già enorme onere dei decessi per infezioni. Da qui la necessità di portare l'attenzione delle Istituzioni sul tema, come già da anni, sta facendo l'Associazione Culturale "Giuseppe Dossetti: i Valori", con cui, insieme a alcuni esperti del settore, abbiamo provato a fare il punto sull'argomento: il **Prof. Silvio Gherardi**, Presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione, la **Prof.ssa Stefania Stefani**, Ordinario di Microbiologia presso il Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche dell'Università degli Studi di Catania, Presidente della SIM e Responsabile del Dip. Antibiotico resistenza del Comitato Scientifico dell'Associazione, il **Prof. Pierangelo Clerici**, Presidente dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani e Direttore dell'UO Microbiologia A.S.S.T. Ovest Milanese e il **Prof. Antonino Giarratano**, Vice Presidente SIAARTI e Direttore di Anestesia e Rianimazione dell'Università Policlinico Giaccone di Palermo.

Prof. Gherardi, che ruolo riveste l'Associazione nella lotta alla Sepsi?

"Il problema della Sepsi si colloca all'interno di quello più ampio della resistenza agli antibiotici, tema di cui l'Associazione si occupa dal 2008, quando già sottolineava la carenza di nuovi antibiotici nell'armamentario del medico. Oggi la situazione è ancora più grave: in Italia muoiono 49mila persone all'anno per infezioni ospedaliere, perché non abbiamo antibiotici efficaci per curarle; l'OMS ha dichiarato che nel 2050 la causa di morte da infezione non curabile con antibiotico sarà la seconda nel mondo; abbiamo vecchi patogeni che stanno diventando resistenti e nuovi che stanno emergendo, per i quali non esistono farmaci. E non è tutto. Manca un piano pandemico sulla resistenza agli antibiotici. Associazioni come la nostra, che peraltro ha anche l'Osservatorio di Tutela Civica Nazionale al suo interno, do-



Prof. Silvio Gherardi



Prof.ssa Stefania Stefani



Prof. Pierangelo Clerici



Prof. Antonino Giarratano

vrebbero essere invece coinvolte nella stesura di tale documento e nel PNCAR. Servirebbe un maggiore investimento da parte delle grandi aziende farmaceutiche e dei patti di collaborazione pubblico-privato per garantire all'industria la possibilità di fare ricerca. Infine, dal momento che, oltre alla terapia, un altro parametro fondamentale è la tempistica, bisogna implementare i metodi diagnostici con test di laboratorio innovativi, veloci e appropriati. In Italia si continua a morire per Sepsi, dai reparti di Neonatologia a quelli di Terapia Intensiva. Ci rendiamo conto che un luogo come l'Ospedale, che dovrebbe preservare la vita, diviene luogo di morte? Ci rendiamo conto che un neonato con appena 26 ore di vita può morire per Sepsi? La verità è che in Italia negli Ospedali si muore per ricerca di sostenibilità, si muore perché la prevenzione è considerata un costo. Per questo è necessario investire in ricerca e innovazione".

Prof.ssa Stefani, cosa si sta facendo di concreto nella lotta alla Sepsi?

"Nell'ambito della diagnostica rapida abbiamo fatto grandi passi avanti e tutto il nostro know-how e le conoscenze nel campo della Microbiologia ci hanno permesso di arrivare ad avere oggi a di-

sposizione delle metodologie rapide, molto spesso molecolari, che ci consentono di accorciare moltissimo i tempi dei risultati e poter dare delle risposte ai clinici anche 48 ore prima rispetto alle metodologie classiche. Se la lotta alla Sepsi è un lavoro multidisciplinare, il nostro ruolo di microbiologi di laboratorio è quello di fornire risposte rapide, per dare l'input iniziale, sia nell'identificazione del microrganismo responsabile dell'infezione sia sulla terapia. Una volta usciti da questa pandemia che ha assorbito tutti gli sforzi e le attenzioni della medicina, dovremo inoltre riprendere in mano il piano di lotta all'antibiotico-resistenza, il PNCAR, che era partito a novembre del 2017, in una nuova ottica, inserendo nuove variabili e nuovi pazienti. Ci sarà molto da lavorare, riprendendo quanto è stato fatto in questo primo triennio e andando avanti. Il problema è complesso e abbraccia tanti ambiti - dalla sorveglianza al coinvolgimento del settore - c'è ancora molto da fare e mancano i finanziamenti, ma l'aspetto importante è che, per la prima volta, c'è un coordinamento, una regia centrale che condivide una strategia con le Regioni".

Prof. Clerici, quanto conta una diagnosi precoce nella cura di questa patologia?

"È fondamentale. La Sepsi è una patologia tempo-dipendente: prima noi in laboratorio riusciamo a identificare i microrganismi patogeni presenti nel sangue, prima il clinico è in grado di intervenire in maniera appropriata. Oggi la tecnologia aiuta molto: rispetto a quando, anni fa, bisognava aspettare lo sviluppo dei batteri in coltura - e potevano passare anche giorni - oggi in pochissime ore siamo in grado di dire al medico quali sono i microrganismi responsabili di quell'infezione e, in alcuni casi, anche quali sono gli antibiotici da somministrare e quali quelli a cui il patogeno è resistente. Purtroppo, pur essendo la Sepsi una delle principali cause di morte e ogni anno il 13 settembre si celebra la Giornata Mondiale della Sepsi, se ne parla ancora troppo poco".

Prof. Giarratano, quale interazione c'è tra Sepsi e Covid?

"Il quadro del Covid-19 è un quadro di Sepsi a tutti gli effetti, determinato da microrganismi patogeni, in questo caso virali e non batterici. Il problema del virus è che non ha un'arma per sconfiggerlo come l'antibiotico. Bisogna attendere l'intera risposta immunitaria dell'ospite, che è soggettiva e può evolversi in modo differente. La Sepsi si è incrementata negli ultimi 30 anni, paradossalmente, a causa di una migliore capacità dei Sistemi Sanitari di curare le malattie, a cui si aggiunge l'allungamento della vita media. Questi due parametri hanno portato, infatti, a un aumento delle condizioni ospedaliere in cui si può sviluppare la Sepsi. Questa condizione, associata a un problema di multi resistenza agli antibiotici, simula in parte la situazione che si viene a creare attualmente con il virus. Il Covid-19 è essenzialmente una risposta infiammatoria al microrganismo Sars-Cov2 che determina disfunzioni variabili d'organo, fino ad arrivare alla perdita della funzione d'organo di apparati e organi vitali. Il decesso giunge per insufficienza respiratoria o per tromboembolia o per insufficienza cardiorespiratoria o neurologica, ma nella sostanza si muore per Sepsi e shock settico provocato dal microrganismo. L'area critica e intensivologica sono centrali nel precoce riconoscimento e trattamento della Sepsi, che è l'unico approccio che permette di ridurre la mortalità".

ASSOCIAZIONE "GIUSEPPE DOSSETTI: I VALORI - TUTELA E SVILUPPO DEI DIRITTI"

Fondata dal Segretario Nazionale **Claudio Giustozzi**, il 13 luglio del 2000 a Roma, quale organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), è indipendente da affiliazioni confessionali o partitiche. L'Associazione "G. Dossetti: i Valori - Tutela e Sviluppo dei Diritti", ispirata ai più alti valori del proprio padre spirituale Don Giuseppe Dossetti, è da sempre impegnata nel settore del Diritto alla Salute, a tutela dell'Art. 32 della Costituzione Italiana, avendo costituito, in questi anni, una rete di stakeholders ed esperti del settore che si confrontano ed, insieme, propongono soluzioni. L'obiettivo è realizzare focus tematici su questioni che ritiene essere critiche, e quindi prioritarie, per l'agenda politica sanitaria. L'Associazione si prefigge di superare le barriere che esistono tra Cittadino e Istituzioni, ponendosi come ponte tra mondo scientifico e politico, secondo il principio della riflessione in azione a favore della comunità, favorendo la partecipazione dei Cittadini alla politica, creando luoghi di incontro, diffondendo una cultura della legalità e tutelando la salute collettiva.



CONTATTI

Associazione Culturale "G. Dossetti: i Valori"

Via Giulio Salvadori, 16 - 00135 Roma

Tel. +39 06 3389120

Mail: segreteria@dossetti.it

www.dossetti.it

La miopia nei bambini: le strategie più efficaci per trattarla

DALLE TERAPIE FARMACOLOGICHE ALLE NUOVE LENTI A DEFOCUS PERIFERICO, OGGI GLI OCULISTI HANNO A DISPOSIZIONE DELLE ARMI EFFICACI PER CONTROLLARE IL PEGGIORAMENTO DI UN DIFETTO VISIVO CHE PUÒ ESSERE ANCHE PATOLOGICO.

I Prof. Paolo Nucci è Ordinario di Oftalmologia presso l'Università degli Studi di Milano. Ha una grandissima esperienza nell'Oftalmologia pediatrica - ha un "Fellowship Certificate" (diploma di superspecializzazione) in Oftalmologia Pediatrica e Strabismo del Dipartimento di Oftalmologia dell'Università di Chicago - occupandosi in particolare delle patologie oculari infantili, dello strabismo del bambino e dell'adulto e della Neuroftalmologia. Nell'ambito della sua attività clinica, di ricerca e di didattica, uno degli ambiti a cui si è sempre dedicato è quello della miopia infantile.

Professore, cos'è la miopia?

"Se un tempo il difetto miopico non destava preoccupazioni ma veniva considerato uno dei disturbi refrattivi in cui una persona poteva incorrere e anzi c'era una visione quasi "romantica" della miopia come sorta di vezzo tipico degli studiosi, oggi, alla luce dei nuovi studi epidemiologici, si è visto che la miopia non è da considerare sempre solo fisiologica, ma può essere anche patologica. Se la genetica ha il suo peso, infatti, (l'allungamento del bulbo oculare, causa della miopia, è facilmente ereditabile dai genitori), anche i fattori ambientali giocano un ruolo molto importante. Solo per fare qualche esempio, è stato osservato che in un contesto cittadino è più facile trovare persone miopi rispetto ad un contesto rurale, così come tra le tribù Masai ci sono molti meno miopi rispetto a contesti sociali molto più scolarizzati. L'attività ravvicinata, dunque, è sicuramente causa di una miopizzazione più grave e i device elettronici sono più pericolosi dei libri nella progressione del difetto, perché da un lato si usano più a lungo, dall'altro richiedono una vicinanza maggiore allo schermo".

Bisogna dunque preoccuparsi della miopia?

"Diciamo che la miopia grave può essere un fattore predisponente a tre condizioni: in primis il distacco di retina, perché quando una persona è molto miope - sopra le 6 diottrie - anche la retina è più allungata e diventa più fragile nelle sue parti periferiche; in secondo luogo questo abnorme allungamento del bulbo, tipico della miopia, quando supera le 8 diottrie sfianca anche la parte centrale dell'occhio, andando incontro a una rottura delle membrane retiniche e alla comparsa della maculopatia; infine la miopia potrebbe influire anche sull'insorgenza e l'aggravamento del glaucoma".



Prof. Paolo Nucci

IL PROFESSOR PAOLO NUCCI DÀ APPUNTAMENTO AI LETTORI SUL PROSSIMO NUMERO DEL MAGAZINE PER APPROFONDIRE IL TEMA

PERCHÉ (NON) FARE IL MEDICO DI PAOLO NUCCI

"Questo libro nasce dalla mia storia personale: io sono diventato medico in parte per condizionamento familiare - papà e zio medici - in parte per le letture che ho fatto da bambino (La storia di San Michele, i libri di Cronin...) e che hanno fatto crescere in me l'immagine un po' eroica di questa professione. Nel libro racconto questo mio percorso, fatto di tanti step diversi: dalla scelta di diventare medico, all'entusiasmo del lavoro di ricerca e di apprendimento sul campo, dalle responsabilità sempre più gravose della professione fino alla riappacificazione con questo mestiere, nel ruolo, di grande soddisfazione, di maestro di giovani allievi. Mi piacerebbe che il libro venisse letto soprattutto dai genitori e dai ragazzi che vogliono intraprendere questa carriera". Tutti i proventi del libro sono devoluti alla Onlus Pane Quotidiano.



Si può guarire dalla miopia?

"Dalla miopia non si guarisce ma sicuramente oggi gli oculisti dispongono di alcune armi per controllarne il peggioramento, almeno nelle miopie più leggere - su quelle gravi è più difficile perché la componente genetica è più rilevante - al fine di impedirne o rallentarne la progressione. Nel corso degli anni sono state proposte diverse teorie per la cura della miopia ma nessuno ha convinto fino in fondo e si è affermato. Oggi, invece, abbiamo a disposizione delle terapie che funzionano".

Quali strategie sono disponibili oggi per trattare la miopia infantile?

"La prima tecnica valida è una terapia farmacologica a base di atropina, che funziona nel 60% dei pazienti. Si è visto, infatti, che, anche a dosaggi molto bassi, l'atropina agisce come stimolatore nella produzione di dopamina, un mediatore presente nelle cellule retiniche che sembra bloccare l'attività delle metalloproteasi, gli enzimi che allentano i legami del collagene della sclera (l'involucro dell'occhio). In questo modo, in sintesi, si impedisce all'occhio di allungarsi ulteriormente. Funziona in 6 bambini su 10, quindi oggi lo proponiamo in prima battuta a partire dai 6 anni d'età. Gli effetti collaterali sono nulli e la terapia viene protratta per un periodo variabile dai 2 ai 4 anni, con il risultato di diminuire la progressione miopica di circa la metà. Un'altra strategia valida, più recente, è quella di utilizzare delle lenti a defocus periferico (disponibili sia come lenti a contatto che come occhiale) che, a differenza delle lenti classiche che correggono bene solo al centro ma non nelle parti periferiche, mettono a fuoco ugualmente bene tutto l'occhio. Dal momento che lo stimolo alla crescita dell'occhio

sembra venire proprio dalla sfuocatura che avviene nelle parti periferiche di cui l'occhiale generalmente non si occupa, questo tipo di lente impedisce che questa defocalizzazione periferica rappresenti un elemento di peggioramento del difetto".

In cosa consiste la terapia ortocheratologica?

"Si tratta di lenti che hanno una geometria particolare che tende a schiacciare la cornea indebolendone il potere e dunque il difetto. I risultati sembrano buoni anche se io ho qualche remora concettuale, perché questa tecnica prevede di indossare le lenti di notte, quando l'occhio è chiuso e in condizioni di maggior fragilità perché mancano l'ammiccamento, le lacrime e l'ossigeno dell'ambiente che possono contribuire a evitare una sofferenza corneale che, se diventa cronica, può portare a delle complicanze anche gravi".

Per gli adulti miopi, invece, cosa si può fare?

"Al di sotto delle 6 diottrie una terapia correttiva valida è senza dubbio il laser, in quei pazienti in cui la miopia si sia stabilizzata. Per quei pazienti che, invece, hanno anche in età adulta delle miopie superiori a 7 e non sopportano le lenti a contatto, si sono affacciate sul mercato negli ultimi anni le lenti facheiche, che sostituiscono le lenti a contatto e vengono inserite tra l'iride e il cristallino. Qui la riserva è dovuta al fatto che, per la posizione in cui sono messe, potrebbero portare la cataratta, anche se negli anni sono stati fatti molti passi avanti nel migliorare questo aspetto".

CONTATTI

Prof. Paolo Nucci
Ordinario di Oftalmologia
Università degli Studi di Milano
Mail: contatti@paolonucci.it
www.paolonucci.it

L'impatto della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale

L'EMERGENZA PANDEMICA STA SENZA DUBBIO PESANDO SULLA SALUTE MENTALE DEGLI ITALIANI A DIVERSI LIVELLI E CON DIVERSI ESITI: DALLA POPOLAZIONE GENERALE, AL PERSONALE SANITARIO AI TANTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA.

A darci un quadro della situazione, il **Prof. Mario Maj**, Ordinario di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Campania "L. Vanvitelli". Maj è stato Presidente della Società Mondiale, di quella Europea e di quella Italiana di Psichiatria, è Editor di World Psychiatry, la rivista psichiatrica con il più alto Impact Factor, ed è stato Direttore della Sezione di Neuropsichiatria del Global Programme on AIDS dell'OMS a Ginevra, contribuendo alla caratterizzazione dei problemi cognitivi legati all'infezione da HIV.



Prof. Mario Maj

UN CENTRO D'ECCELLENZA PER LA SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Campania è Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione nel Campo della Salute Mentale. Coordina il Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi, che comprende 27 Centri Universitari e territoriali. Il Dipartimento è Centro di Riferimento della Regione Campania per il trattamento dei Disturbi dell'Umore, dei Disturbi d'Ansia e dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Nel Dipartimento sono disponibili tutti gli interventi farmacologici e psicoterapeutici validati dalla ricerca scientifica per tutta la gamma dei disturbi mentali.

che si è venuta a creare e/o all'interruzione non concordata delle cure farmacologiche e delle sedute di psicoterapia".

Quali disturbi avete riscontrato, invece, nelle persone che hanno contratto l'infezione?

"Negli ultimi mesi è emersa la richiesta di intervento da parte delle persone colpite dall'infezione in forma sintomatica. I problemi più significativi si osservano in coloro che sono stati ricoverati in un'Unità di Terapia Intensiva e sottoposti alla respirazione meccanica. In queste persone si sta osservando con discreta frequenza il quadro del disturbo da stress post-traumatico, con ricordi intrusivi, incubi angosciosi e a volte veri e propri flashback riguardanti l'esperienza traumatica, oltre a uno stato di allarme persistente e all'evitamento degli stimoli che ricordano il trauma. In questi soggetti, inoltre, è più elevato il rischio degli attacchi di panico, della depressione, dell'ansia,

dell'insonnia, nonché di sfumati quadri persecutori. In alcuni pazienti stiamo osservando disturbi cognitivi (problemi riguardanti la memoria, l'attenzione, la concentrazione, la programmazione delle proprie attività; a volte uno sfumato disorientamento nel tempo e nello spazio). È possibile che questa sintomatologia, in una parte dei casi, sia in qualche misura legata al trauma psicologico subito o a una componente psicopatologica vera e propria come la depressione. Sta emergendo tuttavia la possibilità che, in alcuni soggetti, sia implicata una componente "organica", ossia legata all'azione diretta del virus a livello di alcune strutture cerebrali come l'ippocampo, oppure al ridotto afflusso di ossigeno al cervello o, ancora, alle complicanze vascolari o ai processi infiammatori innescati dall'infezione. Abbiamo attualmente in corso uno studio multicentrico con la partecipazione di cinque Università condotto su una casistica molto ampia, che si propone di chiarire i molteplici fattori implicati e le probabili diverse traiettorie di evoluzione nel tempo di questo deficit cognitivo".

Quali sono, infine, i disturbi mentali più frequenti negli operatori sanitari?

"Nelle persone che sono state e sono in prima linea nella lotta alla pandemia si sono osservati e si continuano a riscontrare alcuni casi di grave esaurimento fisico e mentale, con sentimenti di inadeguatezza e di fallimento, spesso associati a problemi nelle relazioni. Una componente significativa di questi quadri è non raramente rappresentata dalla cosiddetta "moral injury" ("ferita morale"), cioè dal vissuto di colpa e di vergogna legato al fatto di aver dovuto assistere a situazioni che ripugnano al proprio senso morale. In particolare, vedere morire persone che si sarebbero forse salvate se fosse stato possibile assisterle in modo più adeguato, o trovarsi a "scegliere" chi sottoporre a una determinata procedura terapeutica a causa della disponibilità limitata di attrezzature".

Quale potrebbe essere una strada per attenuare questa situazione?

"Quest'impatto della pandemia, a vari livelli, sulla salute mentale richiederebbe il reclutamento nei Centri COVID di personale addestrato ad affrontare queste problematiche, l'attivazione di centri di ascolto psicologico nelle ASL, l'assegnazione di nuove risorse umane ai Dipartimenti di Salute Mentale, e l'erogazione di finanziamenti finalizzati all'aggiornamento degli operatori, soprattutto per quanto riguarda l'attuazione di interventi psicoterapeutici specifici, come quelli per il disturbo da stress post-traumatico, da svolgere anche con modalità digitali".

CONTATTI

Prof. Mario Maj
Direttore Dipartimento di Psichiatria
Università della Campania "L. Vanvitelli"
Largo Madonna delle Grazie, 80138 Napoli
Tel. 081.5666503
Mail: mario.maj@unicampania.it

Come si identificano i disturbi mentali?

"I disturbi mentali sono elencati e descritti in un capitolo della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS, oggi alla sua 11ª revisione. Come membro dell'Advisory Board Internazionale, ho partecipato alla stesura del capitolo, coordinando il gruppo che si è occupato dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia".

Quale impatto sta avendo la pandemia sulla salute mentale?

"L'emergenza in corso ha avuto e sta avendo un notevole impatto sulla salute mentale degli italiani, anche se quest'aspetto è stato finora abbastanza trascurato dai nostri governanti. Nei tanti decreti che si sono succeduti, i riferimenti alla salute mentale sono stati scarsi e gli interventi previsti assenti o largamente insufficienti. Pesa il pregiudizio che parlando di disturbi mentali si possa "allarmare" la gente. L'impatto della pandemia sulla salute mentale si è manifestato e continua a manifestarsi a diversi livelli: quello della popolazione generale, quello delle persone colpite direttamente dall'infezione sintomatica e quello degli operatori sanitari".

Che incremento hanno avuto i disturbi mentali in questo periodo nella popolazione generale?

"Nella popolazione generale abbiamo assistito – soprattutto nei mesi successivi al primo lockdown – a un aumento cospicuo delle richieste di aiuto per una serie di disturbi mentali che spaziano dalle reazioni acute da stress alla depressione, dall'ansia generalizzata ai disturbi del sonno all'agorafobia mista a nosofobia (paura di uscire di casa e di contagiarsi). Inoltre, diversi pazienti con patologie psichiatriche preesistenti hanno presentato una riaccensione della loro sintomatologia, in rapporto alla situazione di allarme e di incertezza

Il ruolo rivoluzionario della Radiologia Interventistica in Oncologia

QUESTA BRANCA DELLA MEDICINA È ORMAI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTIVITÀ CLINICA NELLA CURA DEL CANCRO, OFFRENDO MOLTE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE IN ALTERNATIVA O IN ASSOCIAZIONE ALLA TRADIZIONALE CHIRURGIA.

Aparlarcene, uno dei massimi esperti del campo, il **Dott. Franco Orsi**, Direttore della Divisione di Radiologia Interventistica dell'Istituto Europeo di Oncologia, un modello organizzativo ancora unico in Italia, che ad oggi costituisce un punto di riferimento importante per i pazienti di tutta Italia.

Dottore, cosa ha dato la spinta allo sviluppo della Radiologia Interventistica in Oncologia?

“Questa super-specializzazione della Radiologia, diventata oggi parte integrante dell'attività clinica in ambito oncologico, offre molte opportunità terapeutiche, in alternativa o in associazione alla tradizionale Chirurgia, senza per questo ridurre il ruolo di quest'ultima, che sicuramente funziona ed è efficace. Negli ultimi anni, tuttavia, ci si è posti il problema di come poter rendere, a parità di risultati, l'atto terapeutico meno invasivo per il paziente. Sicuramente anche la Chirurgia ha fatto molti passi avanti in questo senso, ma ciò su cui si sta lavorando oggi nei Centri di Riferimento sono proprio le tecniche alternative non chirurgiche, che garantiscono lo stesso risultato della Chirurgia, ma con una invasività notevolmente inferiore”.

Cosa contraddistingue la Radiologia Interventistica?

“Le tecniche utilizzate dalla Radiologia Interventistica in ambito Oncologico richiedono una grande abilità e cultura nell'ambito dell'imaging, abbinandole alle indispensabili competenze cliniche. Il Radiologo Interventista non è, pertanto, solo un esperto di tecnologie d'avanguardia, ma conosce a fondo gli aspetti clinici del paziente e della sua patologia, così da poterlo gestire nel suo complesso, in tutto il percorso clinico. L'utilizzo delle più sofisticate tecniche di imaging si rende invece necessario per guidare, con precisione millimetrica, gli strumenti che consentono il trattamento miniminvasivo dei tumori. La difficoltà principale, ad oggi, è quella di far conoscere questa opportunità al pubblico che, invece, vede ancora nella Chirurgia l'unica opzione terapeutica disponibile, per la cura delle patologie oncologiche. Si tratta di una lenta ed inarrestabile evoluzione in ambito medico, alimentata in parte dal costante miglioramento e perfezionamento delle tecniche miniminvasive e alla loro continua validazione nel tempo, dall'altra dalla necessità, in ambito oncologico, di ricorrere ad approcci terapeutici sempre meno invasivi. Dagli anni '70, quando era giustificato un approccio terapeutico massimamente tollerabile, si è approdati al concetto attuale della terapia efficace, il meno invasiva possibile, nel rispetto dell'integrità dell'organismo e soprattutto, nella crescente consapevolezza che la patologia oncologica non è costituita solo da ciò che viene identificato nella “massa tumorale”, eventualmente



Dott. Franco Orsi

IL DOTTOR FRANCO ORSI
DÀ APPUNTAMENTO
AI LETTORI SUL PROSSIMO
NUMERO DEL MAGAZINE
PER APPROFONDIRE
IL TEMA

eliminare con l'intervento chirurgico. È oggi sempre più chiaro, invece, che si tratti di un problema clinico estremamente più complesso e articolato e del quale, troppo spesso, la massa tumorale ne rappresenta solo la manifestazione clinica più evidente, l'epifenomeno. Per

questo, approcciare la patologia oncologica in modo sempre meno invasivo, garantisce la possibilità di ripetere nel tempo interventi miniminvasivi, evitando in molte circostanze di esporre il paziente a ripetuti interventi chirurgici invasivi, qualora la malattia si ripresentasse e nell'ottica di una sua cronicizzazione. In questo ambito, ancora una volta, l'imaging gioca un ruolo fondamentale, grazie alla sua incessante evoluzione, che rende oggi possibile l'identificazione di tumori sempre più piccoli ed in fase sempre più precoce. Ovviamente, a questa diagnosi precoce dovrebbe poi corrispondere una tecnica di intervento diversa e più appropriata, rispetto all'invasività della più tradizionale Chirurgia la quale, certamente, rimarrebbe indicata per i tumori diagnosticati in una fase più avanzata, di dimensioni maggiori. Se dunque un tempo si ricorreva alla Radiologia Interventistica solo quando la Chirurgia “scartava” il paziente, ritenendolo inoperabile e relegando quindi le tecniche mini-invasive al solo ruolo di palliazione, oggi questo paradigma si sta completamente rovesciando in molti ambiti oncologici: in una fase molto precoce di malattia, quando si è in grado di trattarla con la minima invasività e la massima efficacia, il paziente dovrebbe essere trattato esclusivamente con le tecniche mini invasive. Se, invece, la diagnosi avviene tardivamente oppure, per caratteristiche dimensionali o sede del tumore, queste rischiano di non essere radicali, allora l'opzione chirurgica resta elettiva e per ora, insostituibile”.

C'è un approccio multidisciplinare anche nella Radiologia Interventistica Oncologica?

“Certamente. Questa “rivoluzione” richiede la partecipazione di diversi specialisti che collaborano a una strategia terapeutica più ampia e a una gestione del paziente a 360°,

seguendolo prima e dopo l'intervento e garantendogli supporto durante l'intero percorso clinico”. È ormai chiaro che non si può più parlare di “terapia”, ma piuttosto di “percorso terapeutico”, costituito dall'avvicinarsi, secondo schemi ragionati e preventivamente definiti, di più modalità terapeutiche, sia nell'ambito degli approcci locali (Chirurgia, Radioterapia e Radiologia Interventistica) che sistemici, grazie ai più moderni ed efficaci farmaci dell'Oncologia Clinica.

Quali sono, ad oggi, le tecniche disponibili?

“Tra le tecniche in grado di sostituire la Chirurgia, dobbiamo considerare la termoablazione e la crioablazione, ossia la distruzione fisica di tessuti tumorali, attraverso il calore o il freddo. Queste tecniche sono ideali quando il tumore ha sede in un organo parenchimale, come ad esempio il fegato, il polmone o il rene, dove l'ablazione ha lo scopo non di eliminare il tumore bensì di ucciderne biologicamente le cellule, lasciandolo in sede. La termoablazione non è una tecnica nuova e ha preso piede soprattutto a livello epatico – dove la chirurgia era particolarmente invasiva – tanto che oggi, secondo le Linee Guida Internazionali, per alcuni piccoli tumori primitivi del fegato è diventata la forma elettiva di trattamento. Così come lo sta diventando per le metastasi, da sola o in associazione alla Chirurgia stessa. Tutto il bagaglio di esperienza maturata nell'ambito epatico è stato poi tradotto su altri organi, ad esempio sul rene, dove l'efficacia delle tecniche mini invasive è assolutamente paragonabile a quella chirurgica e non solo in quei pazienti più a rischio nell'essere sottoposti a interventi invasivi. I Radiologi Interventisti italiani hanno una grande preparazione e sono certamente tra i più attivi e con maggior esperienza a livello internazionale, pur non esistendo, ad oggi, una Scuola di Specializzazione specifica come in altri Paesi. Attualmente è inclusa nell'ambito della Scuola di Specializzazione Radiologia Diagnostica e purtroppo, temo che ciò ne limiti la diffusione e la conoscenza, soprattutto perché manca gran parte dell'insegnamento più prettamente clinico, tipico delle Scuole di Specializzazione Chirurgiche. In questo modo il Radiologo che volesse dedicarsi alla branca interventistica, soprattutto nell'ambito dell'Oncologia, è necessariamente costretto ad apprendere le nozioni cliniche successivamente, direttamente “sul campo”, lavorando nei Centri di Riferimento di alto livello”.

Cosa vede nel futuro della Radiologia Interventistica?

“Ho due sogni nel cassetto. Il primo è che, come sta già avvenendo in molte realtà oltre confine, si riescano a creare anche in Italia delle Scuole di Specializzazione di Radiologia Interventistica o almeno dei percorsi “dedicati”, all'interno della Scuola di Specializzazione in Radiologia. Il secondo, che si sviluppino negli Ospedali dei reparti ben strutturati di Radiologia Interventistica con letti dedicati, per gestire il paziente in tutto il suo percorso clinico, dalla visita in ambulatorio alla condivisione di un team multidisciplinare, dal ricovero alle dimissioni, esattamente come avviene in un qualunque reparto clinico (chirurgico e medico); una realtà purtroppo, ad oggi, ancora estremamente rara”.

CONTATTI

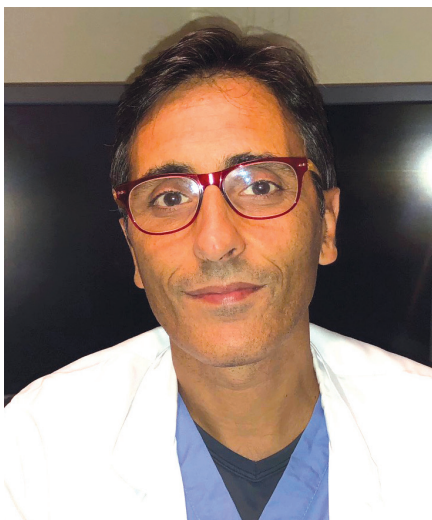
Dott. Franco Orsi

Direttore Radiologia Interventistica
Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti, 435 - 20141 Milano
Tel. 02 57489060
Mail: franco.orsi@ieo.it

La Tecnica dell'Embolizzazione, un valore aggiunto per ospedali e pazienti

LE TECNICHE ENDOVASCOLARI MININVASIVE COME L'EMBOLEZZAZIONE COMPORTANO NOTEVOLI VANTAGGI NELLA CURA DI DIVERSE PATOLOGIE E ANCHE IN TERMINI DI OSPEDALIZZAZIONE E DI RIPRESA INDOLERE E RAPIDA PER PAZIENTI DI OGNI ETÀ.

Il Dott. Vittorio Pedicini si occupa di Radiologia Interventistica da 25 anni; in Humanitas dal '98, oggi è Responsabile della Sezione di Radiologia Interventistica, occupandosi, con un'équipe di 4 medici e in collaborazione con tutte le Unità Operative della struttura, di tutto quello che riguarda la Radiologia Interventistica Vascolare e non, dalle procedure in campo oncologico alle urgenze. È lui a parlarci di una delle tecniche maggiormente utilizzate da questa branca della medicina per risolvere diverse patologie: l'Embolizzazione.



Dott. Vittorio Pedicini

Dottore, cosa si intende per Embolizzazione?

"L'Embolizzazione è una delle tecniche endovascolari a disposizione del Radiologo Interventista che consente di chiudere un vaso sanguigno, arterioso o venoso, con lo scopo di interrompere il flusso in un determinato tessuto o organo. La procedura si svolge in anestesia locale e consiste nel passare attraverso un'arteria in genere periferica, come la femorale che è all'inguine, che viene punta e non tagliata, per raggiungere con dei piccoli cateteri il punto di interesse da trattare. L'intervento è preceduto da una prima fase diagnostica, per vedere esattamente dov'è l'area da occludere: Oggi la tecnologia ci consente di avere sistemi di visione sempre più sofisticati che ci permettono di mirare in modo sempre più preciso il bersaglio e decidere come chiudere il vaso. A seconda della patologia da trattare, si possono usare, infatti, sistemi e materiali differenti".

Quali sono i principali dispositivi di chiusura?

"Per chiudere il vaso esistono varie armi di diverse dimensioni: piccole spirali metalliche, particelle, o ancora colle, che si iniettano all'interno dell'arteria per chiuderla. Ultimamente uno degli agenti embolizzanti liquidi più utilizzati è la colla Gubran 2 (NBCA+MS: N-Butil-2CianoAcrilato-Metacrilossi Sulfolano) molto efficace e rapido nel creare un embolo nel punto in cui viene rilasciata la colla, determinando un'occlusione precisa del vaso in quel territorio. Un sistema utile nei sanguinamenti di urgenza che, con costi relativamente bassi, risolve il problema in maniera veloce. E, ancora, in altre situazioni è possibile chiudere il vaso iniettando un farmaco

come ad esempio un chemioterapico in caso di tumori, per curare localmente la patologia".

Per quali patologie e per quali scopi si utilizza l'Embolizzazione?

"L'Embolizzazione dà la possibilità di fermare il sangue in un punto specifico o di interrompere un sanguinamento in atto nelle manovre di emergenza o, ancora, di privare in generale un determinato tessuto della vascolarizzazione, inducendone la necrosi. In quest'ultimo caso, questa necrosi indotta in determinati settori, permette di curare alcuni tumori – sia benigni sia maligni primitivi e metastatici – che si alimentano, per vivere, di un nutrimento vascolare. Chiudendo, infatti, localmente queste aree vascolari che afferiscono a determinate aree patologiche con una Embolizzazione selettiva e lasciando non colpite le aree sane, possiamo procedere con dei trattamenti conservativi a cielo chiuso, con un riassorbimento naturale dell'area cicatriziale e senza accessi invasivi come potrebbero essere i tagli. Il campo di impiego dell'Embolizzazione è davvero molto vasto e spazia da trattamenti fatti in elezione per diverse patologie a trattamenti in urgenza".

Quali vantaggi comporta la tecnica di Embolizzazione?

"Nelle urgenze consente di fermare in modo

rapido un sanguinamento prima che il paziente venga sottoposto all'intervento chirurgico oppure di poter mandare lo stesso in sala operatoria dopo essere stato stabilizzato. L'Embolizzazione è inoltre molto utile anche nei casi di sanguinamento post operatorio, un evento che può verificarsi talvolta dopo un intervento chirurgico. In questi casi, in Ospedali attrezzati come il nostro, con una Radiologia Interventistica sempre presente, c'è la possibilità di risolvere l'emergenza andando a chiudere il vaso sanguinante senza dover riaprire il paziente, limitando quindi di molto il danno biologico e il tasso di mortalità. Ma i vantaggi sono presenti anche in caso di interventi cosiddetti elettivi, ossia quelli programmati non per recuperare un danno acuto ma per trattare una patologia come ad esempio un aneurisma, fistole, tumori o fibromi uterini, che possono essere trattati senza intervenire in maniera invasiva. L'accesso mini invasivo della Radiologia Interventistica ha dunque un grosso impatto sia a livello ospedaliero perché, comportando tempi di ospedalizzazione più corti e convalescenze virtuali, riduce di molto i costi e garantisce un turn over di letti preziosissimo per poter curare più persone; ma anche per il paziente: il fatto di rimettersi in piedi in tempi rapidissimi e senza danni muscolari, porta benefici sia alle persone anziane, che soffrono molto i lunghi allettamenti, sia ai giovani, che hanno necessità di tornare quanto prima alla loro attività lavorativa".

Come potrebbe evolversi ulteriormente la Radiologia Interventistica?

"Queste tecniche, tutto sommato abbastanza recenti, hanno sicuramente davanti ancora un futuro di grande evoluzione: come per le altre branche della medicina, anche per noi l'obiettivo è sempre quello di ottenere gli stessi risultati ottimali, se non migliori, in termini di efficacia, con la sempre minore invasività. Sicuramente il miglioramento continuo delle tecniche di visualizzazione – dalle TAC a disposizione nella sala angiografica agli apparecchi ibridi, dallo sviluppo delle ecografie con sistemi di navigazione alla realtà virtuale – rende sempre più facile l'individuazione del bersaglio consentendoci di essere più precisi e dando quindi alla Radiologia Interventistica la possibilità di proporsi sempre più come soluzione parallela o alternativa alla Chirurgia tradizionale, che comunque negli ultimi vent'anni ha fatto anch'essa molti passi avanti in fatto di mini invasività (basti pensare alla robotica o alla laparoscopia)".

CONTATTI

Dott. Vittorio Pedicini

Responsabile Radiologia Vascolare e Interventistica
Humanitas Research Hospital
Via Manzoni, 56 Rozzano (MI)
Tel: 02 82246665
Mail: vittorio.pedicini@humanitas.it

Malattie croniche infiammatorie dell'intestino: nuove terapie per una qualità di vita migliore

È QUESTO L'OBIETTIVO FINALE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE, SIA IN FASE ACUTA CHE IN QUELLA DI MANTENIMENTO. PER QUESTO È IMPORTANTE SCEGLIERE LA CURA PIÙ ADEGUATA E SEGUIRLA NEL TEMPO.

Ainquadrarci il problema e illustrarci i farmaci biologici, il Prof. **Alessandro Armuzzi**, Professore Associato di Gastroenterologia alla Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica di Roma e Responsabile del Centro Nazionale e Internazionale per la diagnosi e la cura delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

Professore, quanto impattano le malattie croniche infiammatorie dell'intestino sulla qualità di vita dei pazienti?

"Moltissimo. Basti pensare che il picco di insorgenza avviene in un'età in cui l'individuo è pienamente in attività e produttivo, dunque con un impatto notevole su stile e qualità di vita. Se poi queste malattie non vengono tenute sotto controllo, possono causare un danno intestinale progressivo che porta alla lunga a un certo grado di "disability". Se dunque a livello di mortalità le malattie croniche intestinali non incidono in modo particolare, rispetto ad altre patologie croniche sono senza dubbio quelle maggiormente impattanti sulla qualità della vita".

Quali sono le principali cause che le scatenano?

"Le cause principali sono multifattoriali e dipendono in parte da una predisposizione genetica e in parte da un'alterazione del microbiota intestinale legata a fattori ambientali (in cui potrebbe rientrare anche l'alimentazione), che vanno a influire a livello dell'intestino in un soggetto predisposto facendo esplodere la malattia. Non sempre sono malattie facili da diagnosticare perché spesso non si può fare diagnosi precoce: non ci si accorge del processo infiammatorio, infatti, finché non compaiono le ulcere macroscopiche, altre volte, invece, anche se il soggetto non sta bene, può volerci del tempo a individuare la patologia, soprattutto se non si rivolge subito ad un Centro di Riferimento".

Quali sono le terapie ad oggi disponibili?

"Non esistono cure definitive ma sicuramente la malattia si può trattare per alleviare i sintomi e le lesioni intestinali, garantendo quindi al paziente una qualità di vita migliore. Le terapie farmacologiche variano a seconda delle fasi di malattia e della gravità: si cerca di dosare i farmaci "on time", ossia intervenendo tempestivamente, in caso uno più leggero non sia



Prof. Alessandro Armuzzi

LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI IN ITALIA

Ad oggi nel nostro Paese manca un Registro per queste malattie, ma si stima che ci possano essere circa 250mila persone affette da queste patologie, di cui un 60% circa con colite ulcerosa e un 40% con malattia di Crohn. Nel mondo si arriva a più di 5 milioni. Si tratta di malattie croniche - caratterizzate quindi da periodi di remissione e altri di riacutizzazione - infiammatorie dell'intestino che in alcuni casi possono avere anche manifestazioni extra intestinali, quali artriti, patologie infiammatorie cutanee, oculari o epatiche. L'incidenza prevalenza è medio alta e il picco di insorgenza è in età giovane adulta - tra i 20 e i 30 anni ma il 20% dei casi sono diagnosticati addirittura in età pediatrica.

efficace, per spegnere il sintomo e tenerlo placato. In linea generale le principali terapie farmacologiche sono i salicilati, i cortisonici, gli immunosoppressori, le small molecules e i farmaci biologici".

Che vantaggi hanno i farmaci biologici?

"Si tratta di anticorpi monoclonali, creati in laboratorio con tecniche di bioingegneria, che hanno il vantaggio di portare a una veloce e immediata scomparsa o comunque attenuazione dei sintomi e a una cosiddetta "guarigione mucosale" delle ulcere, ossia un ripristino dell'integrità della mucosa intestinale, e di conseguenza a una migliore qualità di vita. Oggi abbiamo tre classi a disposizione: gli

anti-Tnf-alfa, inclusi i biosimilari - infliximab, adalimumab, golimumab - gli anti-interleuchina 12/23 come ustekinumab, e gli anti-integrine alfa4beta7 come vedolizumab. In particolare ad oggi quest'ultimo è l'unico farmaco selettivo per l'intestino: questo significa che ha un innovativo meccanismo d'azione che si basa sull'inibizione selettiva dei linfociti che transitano e vengono reclutati nell'intestino infiammato. Non solo. Anche a livello di somministrazione, Vedolizumab sarà l'unico farmaco che avrà a disposizione, durante il trattamento, la doppia opzione in endovena o sottocute attraverso una siringa o una penna pre-riempita: il paziente potrà dunque scegliere, in base alle sue preferenze e allo stile di vita, il tipo di modalità che preferisce".

Quanto è importante l'aderenza alla terapia?

"È fondamentale. Continuare a curarsi permette, infatti, ai pazienti di ridurre al minimo se non eliminare del tutto il rischio di recidive assicurandosi una qualità di vita, seppur medicalizzata, comunque ottimale rispetto alle proprie esigenze. Purtroppo, da studi effettuati, abbiamo visto che, soprattutto nelle fasi di mantenimento, della remissione, molti pazienti, sentendosi meglio, tendono ad abbandonare la cura con una riduzione dell'aderenza all'assunzione dei farmaci, soprattutto se orali, che può arrivare fino al 40%. Chiaramente è difficile controllare l'aderenza alle terapie, quindi conta molto il rapporto che si instaura con il medico curante e la motivazione che si riesce a trasmettere al paziente sull'importanza e i benefici delle cure".

Covid e malattie croniche intestinali: c'è qualche correlazione?

"Dai dati raccolti sia in Italia che a livello internazionale non risulta che i pazienti con malattie croniche infiammatorie intestinali corrano più rischi di infettarsi rispetto alla popolazione generale; tuttavia, ci sono alcune categorie di pazienti, tra cui quelli con malattie non tenute sotto controllo o che fanno un uso in eccesso e cronico di cortisone, che sono più esposti a decorsi peggiori di infezione da Covid".

Quali potrebbero essere i prossimi passi nella cura di queste malattie?

"Bisognerebbe puntare a strategie di introduzione di questi farmaci più mirate per ogni singolo paziente, arrivando a una medicina personalizzata per ogni individuo. Nuovi farmaci e diverse modalità di somministrazione, insieme a alcuni tipi di diete alimentari ad oggi in corso di studio potrebbero, inoltre, migliorare ulteriormente la qualità di vita di questi pazienti".

CONTATTI

Prof. Alessandro Armuzzi

Prof. Associato di Gastroenterologia
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS
Università Cattolica Sacro Cuore
Largo A. Gemelli 8 - 00168 Roma
Tel. 0630155924
Mail: alessandro.armuzzi@policlinicogemelli.it

Atrofia Vulvovaginale: perché è importante parlarne

SI TRATTA DI UN DISTURBO MOLTO COMUNE E CURABILE, GRAZIE A DIVERSE TIPOLOGIE DI TRATTAMENTI: DALLE CURE ORMONALI CON ESTROGENI, AL LASER, AGLI IDRATANTI VAGINALI - NATURALI E MOLTO EFFICACI.

Il **Prof. Claudio Gustavino** è da oltre vent'anni Primario dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'IRCSS A.O.U. San Martino di Genova, un Dipartimento che si contraddistingue sul territorio per due fiori all'occhiello: da un lato la Ginecologia Oncologica e, dall'altro, la patologia ostetrica, un punto di riferimento per tutte le gravidanze ad alta complessità assistenziale, che non ha perso la sua vocazione neanche nel difficile periodo di lockdown. "Facendo parte del circuito di urgenza-emergenza, la nostra attività non si è mai fermata. Abbiamo creato percorsi separati e un reparto dedicato alle pazienti Covid in gravidanza che ha funzionato molto bene, tanto che abbiamo avuto un numero di contagiati tra il personale praticamente nullo, riuscendo a garantire sempre alle pazienti, sia asintomatiche che più gravi, risposte adeguate". È con lui che abbiamo affrontato un tema che, ancor oggi, è per molte donne un tabù: quello dell'atrofia o secchezza vaginale.

Professore cos'è l'atrofia vulvovaginale?

"Atrofia è un termine che indica una minore capacità della vagina di essere lubrificata e che dunque presenta una mucosa meno elastica, poco idratata e sofferente. Questa minore lubrificazione causa alla lunga problemi, dolori - ad esempio durante i rapporti sessuali - ma anche infezioni, fino a fenomeni più complicati come il taglio dei tessuti che possono diventare particolarmente sofferenti e dare origine a perdite di sangue".

Quando e perché si manifesta?

"La maggior parte delle donne va incontro a questo fenomeno fisiologico dopo i 50 anni con l'arrivo della menopausa (in Italia l'età media è 51 anni). Con la menopausa, infatti, cessa la secrezione degli estrogeni, principali responsabili della lubrificazione dei tessuti. Oltretutto, considerato l'allungarsi della vita media delle donne italiane, questo problema rischia di accompagnare le donne per molti anni. Ci sono però altre situazioni che possono scatenare situazioni di secchezza anche in donne più giovani: è il caso delle pazienti oncologiche, sottoposte a terapie e trattamenti che di fatto cancellano la secrezione estrogenica. O il caso del puerperio, quando la caduta degli ormoni conseguente al parto



Prof. Claudio Gustavino

HYDEAL-D®

È un derivato dell'acido ialuronico che, grazie a particolari accorgimenti chimico-farmaceutici, ha notevoli proprietà mucoadesive ed esercita una funzione idratante e riparativa della mucosa vaginale. Essendo in grado di persistere a lungo sulla mucosa vaginale, protrae gli effetti idratanti e lubrificanti dell'acido ialuronico. Oltre a ottimizzarne le qualità idratanti e lubrificanti, consente anche un notevole beneficio pratico nella modalità di applicazione. Infatti, grazie al rilascio prolungato, lento e continuo, di acido ialuronico, favorisce una somministrazione comoda, con cadenza di 1 volta ogni 3 giorni. È dunque indicato per tutte le donne per ridurre dolore, bruciore e dispareunia legati ad atrofia vaginale.

può produrre, anche a causa del traumatismo che la vagina riceve, una distrofia, che spesso si aggiunge ad altri problemi, ritardando il ritorno alla normale attività sessuale".

Quali sono i trattamenti ad oggi disponibili per curare questo disturbo?

"È importante innanzitutto sottolineare che l'atrofia vulvovaginale è un disturbo curabile grazie a diversi trattamenti che mantengono il tessuto vaginale trofico. Ovviamente si tratta di trattamenti di mantenimento da proseguire nel tempo - ad eccezione della distrofia post partum, che è temporanea - in quanto la causa del disturbo è la mancanza degli estrogeni che non possono più essere rigenerati. I trattamenti disponibili possono

essere sistemici o locali, a seconda delle pazienti e della valutazione del Ginecologo. Un'opzione in menopausa è l'utilizzo per via sistemica di estrogeni attraverso una terapia ormonale sostitutiva, che tuttavia non è sempre consigliata. Esistono anche delle applicazioni locali di estrogeni attraverso presidi classici come ovuli o cannule, che presentano anch'esse alcune controindicazioni sul piano del metabolismo, o più generali di rifiuto da parte della donna. Esistono poi delle terapie fisiche, cosiddette rigeneranti, ovvero l'utilizzo del laser che produce un meccanismo di rigenerazione della mucosa vaginale ma che va comunque ripetuto nel tempo. Infine ci sono le terapie locali che si avvalgono di molecole importanti, una fra tutte l'acido ialuronico, il più potente idratante del nostro corpo. Si tratta di terapie molto efficaci e naturali, che svolgono una benefica azione lenitiva e idratante della mucosa vaginale. Molti studi, tra cui uno nostro recente e di prossima pubblicazione, stanno dimostrando l'efficacia nel trattamento di questa atrofia".

Quali vantaggi sono emersi nel vostro studio sull'uso di idratanti vaginali a base di acido ialuronico?

"Si tratta di un lavoro doppio cieco randomizzato, in cui si dimostra che, attraverso la somministrazione di acido ialuronico, possiamo cambiare radicalmente la vita delle donne, con un recupero dell'attività sessuale molto più veloce e evitando una serie di problemi legati all'atrofia, quali dolori, bruciori e infezioni. Possiamo quindi affermare che, con l'opportuna terapia, si può incidere su una fase particolarmente delicata o stressante della vita di una donna, ad esempio il puerperio, in cui si tende a trascurarsi quando, invece, è importante continuare ad avere cura di sé come donna e come coppia".

Qual è il messaggio da trasmettere dunque alle donne?

"Che questo tipo di disturbo è curabile ma bisogna parlarne con il proprio medico, senza vergogna né paura e senza trascurare i sintomi. Purtroppo ancor oggi ci sono molte donne che considerano questo disturbo un tabù per un retaggio legato a diversi fattori, dalla cattiva informazione all'idea che non sia un argomento di cui parlare. Il risultato è che solo una donna su 4 riceve un trattamento adeguato. E invece la qualità della vita della persona e dentro la coppia è fondamentale".

CONTATTI

Prof. Claudio Gustavino

Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia
AOU Policlinico San Martino
Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova
tel. 010 555 2272
Mail: claudio.gustavino@hsanmartino.it

Malattie Genetiche e Rare del cuore ai tempi del Covid-19

POSSONO COLPIRE A QUALSIASI ETÀ CON UNO SPETTRO CLINICO MOLTO VARIABILE, LA CUI VALUTAZIONE RICHIEDE UN EXPERTISE SPECIFICO E MULTIDISCIPLINARE, CON ESAMI DI GENETICA MOLECOLARE E IMAGING INTEGRATO MULTIMODALE.

Ne parliamo con il **Prof. Giuseppe Limongelli**, Cardiologo dell'A.O. dei Colli Ospedale Monaldi di Napoli, Professore presso il Dip. di Scienze Transazionali dell'Università Vanvitelli e Direttore del Centro Malattie Rare della Regione Campania.



Prof. Giuseppe Limongelli

Professore, di cosa si occupa l'Unità Operativa di Malattie Genetiche e Rare del cuore?

"Nella nostra Unità abbiamo seguito, dal 2004, più di 1000 pazienti e familiari con Malattie Genetiche e rare del muscolo cardiaco (cardiomiopatie), del sistema elettrico del cuore (canalopatie) e dei grossi vasi (aortopatie). L'Unità è tra i 24 Centri Europei (di cui 6 italiani) del network sulle Malattie Rare del cuore. La sua peculiarità è la presa in carico con transizione dall'età pediatrica all'età adulta, messa in atto dalla stessa équipe di cardiologi (pediatri e dell'adulto) esperti in Malattie Genetiche e Rare, coadiuvati da genetisti e counsellor, e da specialisti multidisciplinari".

Tra le patologie che seguite, l'Amiloidosi rappresenta una condizione rilevante?

"Amiloidosi è un termine che indica un gruppo di patologie sistemiche - ovvero in grado di coinvolgere potenzialmente più organi contemporaneamente o in tempi diversi - caratterizzata dall'infiltrazione di organi e tessuti da parte di materiale insolubile composto principalmente da proteine anomale (se ne conoscono più di 30) per cause genetiche e non, ad esempio Malattie ematologiche, infiammatorie, invecchiamento. Tuttavia, la grande maggioranza delle Amiloidosi a coinvolgimento cardiaco sono riconducibili a tre forme: l'Amiloidosi AL, nelle quali una porzione degli anticorpi (le catene leggere delle immunoglobuline) viene prodotta in forma clonale da parte delle cellule produttrici denominate plasmacellule, come avviene nel corso di Malattie onco-ematologiche quale il mieloma multiplo; e l'Amiloidosi ATTR, nella quale una proteina prodotta in gran parte dal fegato, la transtiretina, può essere alterata a causa di mutazioni geniche (forma ATTR ereditaria) o alterazioni acquisite con l'età (forma ATTR wild-type). Le tre forme sono caratterizzate dalla progressiva infiltrazione di tutte le strutture cardiache. La diagnosi differenziale è essenziale, perché l'approccio terapeutico è diverso nella forma AL (chemioterapia, allotrapianto) e nella forma ATTR (stabilizzatori proteici, terapie di soppressione produzione proteica). L'Amiloidosi cardiaca è considerata una malattia rara, ma negli ultimi anni gli avanzamenti nella sua co-

noscenza hanno portato a un incremento costante di diagnosi che, fino a pochi anni fa era solo biopica, cioè richiedeva il prelievo degli organi e dei tessuti colpiti in modo invasivo, cosa che rendeva il processo diagnostico più macchinoso. Oggi, invece, almeno per la forma ATTR, è possibile una diagnosi non invasiva - nel caso in cui si sia esclusa una forma AL con un semplice prelievo ematico e un esame specifico sulle urine e si confermi il coinvolgimento cardiaco - con un esame semplice e a basso costo: la scintigrafia ossea. L'indagine genetica completa la valutazione, definendo l'eventuale natura genetica delle forme di Amiloidosi da transtiretina. Nel nostro Centro di Amiloidosi, che conta circa 50 pazienti, mettiamo a disposizione tutte le facilities per una diagnosi e una stratificazione della prognosi, nonché un expertise multidisciplinare attraverso la collaborazione con ematologi, neurologi, nefrologi, esperti di trapianto d'organo, psicologi, nutrizionisti".

Lei è anche Direttore del Centro Malattie Rare della Regione Campania. Di cosa si occupa?

"La mission del Centro è quella di coordinare la Rete Regionale delle Malattie Rare, che comprende presidi ospedalieri, ASL, medicina territoriale e associazioni, e offrire il sostegno e tutte le informazioni necessarie ai pazienti affetti da patologie rare e alle loro famiglie. Si propone dunque come punto di riferimento non solo per i pazienti, ma anche per i medici e gli operatori del settore. Infine, la gestione del Registro Regionale per le Malattie Rare da parte del CCMRC consente un monitoraggio epidemiologico di tali patologie in Campania e un'assistenza mirata alle esigenze dei singoli pazienti i quali, una volta inseriti in piattaforma, possono accedere a servizi assistenza dedicati in relazione alle proprie peculiarità.

Le attività di helpline per problemi sanitari, sociali, farmaceutici e di helpdesk (registro) sono svolte da figure esperte nella comunicazione e negli aspetti socio-sanitari-farmaceutici e psicologici, nonché da informatici e statistici che gestiscono ed analizzano i dati del registro".

Qual è stato l'impatto della pandemia da Covid-19 sulla gestione dei malati rari in Campania?

"Durante la pandemia in corso è stato necessario introdurre delle misure per la gestione dell'infezione nei pazienti affetti da malattia rara, progettate e realizzate in sinergia con la Direzione Generale per La Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR della Regione Campania. Sono stati attivati dalla Regione numeri telefonici e percorsi dedicati. Le attività messe in campo prevedono un accesso alla diagnosi facilitato attraverso un processo di screening e classificazione dei casi effettuato dal CCMRC, in collaborazione con la Commissione Malattie Rare, che consente nei casi indifferibili di accedere a immediata presa in carico o a visite in teleconsulto; un accesso alle cure tempestivo grazie alla proroga dei piani terapeutici e all'intensificazione dei percorsi di home therapy che garantiscono una continuità terapeutica; la gestione delle emergenze per i pazienti con Malattie Rare del Sistema Immunitario e con Malattie Rare Autoimmuni grazie ad un numero telefonico dedicato. Completano il piano delle attività straordinarie, le misure per la tutela dei pazienti fragili in ambito di lavoro, grazie all'identificazione di categorie di soggetti che possano accedere a specifici benefici e diritti con la consulenza di specialisti in medicina del lavoro; e la vigilanza sulle attività riabilitative, che nei casi indifferibili non sono state sospese. Infine, il CCMRC ha prodotto diverse iniziative atte a offrire ai pazienti risposte e sostegno: un nuovo numero verde 800/957747, uno sportello di supporto psicologico "Mai più soli", dedicato a medici, associazioni e pazienti ed un concorso d'arte "Un supereroe per sconfiggere il Coronavirus", dedicato ai piccoli pazienti con Malattie Rare, che potesse coinvolgerli in una dimensione di positività e creatività".

L'articolo è stato realizzato con la collaborazione del team del Centro di Amiloidosi (Monaldi / Vanvitelli): Giuseppe Limongelli, Giuseppe Palmiero, Marta Rubino, Annapaola Cirillo, Emanuele Monda, Michele Lioncino, Federica Verrillo, Francesca Dongiglio, Martina Caiazza; e del team del Centro Coordinamento Malattie Rare (www.malattierarecampania.it): Giuseppe Limongelli, Chiara De Stasio, Imma Lubrano, Stefano Iucolano, Pasquale Elefante, Marialuisa Mazzella, Martina Esposito, Anna Fusco, Giulia De Marchi, Paolo Chiodini, Maria Galdo

CONTATTI

Prof. Giuseppe Limongelli

U.O. Malattie Rare Cardiovascolari -
A.O. dei Colli - Osp. Monaldi
Via Leonardo Bianchi - Napoli
Tel. 081-7062211

email: giuseppe.limongelli@unicampania.it;
malattierarecardiovascolari@ospedalideicolli.it

Network Internazionale e digitalizzazione per la gestione delle Malattie Rare

LA RETE REGIONALE E INTERNAZIONALE PER LE MALATTIE RARE E LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA HANNO CONSENTITO DI AFFRONTARE AL MEGLIO LA PANDEMIA ANCORA IN CORSO, APRENDO ANCHE NUOVE OPPORTUNITÀ.

Prof. Maurizio Scarpa è Professore di Pediatria all'Università di Padova, Direttore del Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare del Friuli Venezia Giulia e Coordinatore della Rete Metabolica Europea di Riferimento per le Malattie Metaboliche Rare Ereditarie (MetabERN), un Network internazionale che rappresenta un sostegno importantissimo per i pazienti, come si è dimostrato anche nell'attuale emergenza sanitaria.

Professore, come avete gestito i pazienti nelle diverse fasi della pandemia?

"A un anno dall'inizio della pandemia, posso dire che il sistema organizzativo per le Malattie Rare ha tenuto, nel senso che i nostri pazienti, fin dalla fase iniziale dell'emergenza, hanno avuto la possibilità di ottenere terapie in ospedale o domiciliari per il mantenimento delle cure. Questo grazie alla Rete Regionale che ha fatto corpo e ha gestito la situazione in collaborazione con le varie Associazioni. Da luglio inoltre abbiamo attivato ufficialmente dei percorsi di telemedicina attraverso una piattaforma regionale, che ci ha consentito di gestire tutti quei pazienti che hanno una malattia stabilizzata e che necessitano di controlli semestrali o annuali basati sull'andamento clinico della malattia, che non implicano una presenza fisica ma piuttosto un raccordo anamnestico o una verifica terapeutica. Ovviamente la telemedicina può fare ben poco su quei pazienti che, invece, seguono terapie che richiedono di recarsi in ospedale per fare degli esami, hanno bisogno di fisioterapia o di controlli frequenti. Come Centro stiamo utilizzando questa piattaforma in maniera molto attiva, anche perché molti dei nostri pazienti sono extra regionali e avrebbero dunque difficoltà, in



Prof. Maurizio Scarpa

questo momento, a muoversi per raggiungere il Centro. La piattaforma può interfacciarsi con la cartella clinica, alla tele-visita segue un referto con la prescrizione di terapia e un appuntamento di controllo o per degli esami e il tutto entra a far parte del fascicolo sanitario del paziente. Come Centro abbiamo anche attivato i teleconsulti con esperti fuori Regione per pazienti con esigenze particolari, attraverso una piccola rete di consulenze intra-regionali sempre collegata alla piattaforma. Abbiamo, infine, contribuito alla stesura di un documento molto elaborato sulla telemedicina in ambito pediatrico curato dal gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Francesco Gabbriellini, Direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove

Tecnologie Assistenziali dell'ISS. Posso dunque dire che questo processo di digitalizzazione della medicina, iniziato per necessità e per rispondere a un'emergenza, si sta oggi consolidando sempre più, portando notevoli benefici e segnando davvero un salto di qualità nella gestione dei pazienti e dei loro dati".

Che impatto ha l'infezione da Covid-19 sui vostri pazienti?

"I pazienti rari hanno la stessa fragilità di un paziente anziano o pluripatologico perché le Malattie Rare portano ad avere delle alterazioni multiorgano che necessitano di molta attenzione e possono portare a quadri patologici di grande severità e scompenso. Più che esserci delle patologie per le quali c'è un rischio percentuale maggiore nell'essere infettati, ci sono alcune patologie che sono a rischio di avere effetti più gravi rispetto alla popolazione normale. Sono le alterazioni che le Malattie Rare causano a livello degli organi, spesso sono più di uno coinvolti, che predispongono a una maggiore severità in caso di infezione. Oggi, rispetto all'inizio della pandemia, quando tutti rimanevano in casa e dunque avevamo avuto pochi casi di infezione e non gravi, oggi, essendoci una maggiore rilassatezza e libertà di movimento, abbiamo molte più infezioni, per fortuna nessuna letale".

Cosa vede nel futuro più prossimo del suo settore?

"Sicuramente la digitalizzazione è un ambito che andrà ulteriormente sviluppato e avrà il suo peso e i suoi benefici anche dopo la fine di questa emergenza sanitaria. Stanno inoltre proseguendo gli studi sulle nuove terapie farmacologiche, così come prosegue la ricerca nel campo dello screening neonatale. L'Italia è sicuramente un modello al quale ispirarsi in questo ambito: basti pensare che, ad oggi, siamo gli unici ad avere una legge nazionale che fa screening a tutti i neonati per almeno 40 Malattie metaboliche. Lo screening neonatale non è solo una grande opportunità di diagnosi e presa in carico precoce, ma è anche uno strumento utilissimo per darci maggiori conoscenze sulla storia naturale di queste malattie e favorire lo sviluppo di terapie. Recentemente abbiamo presentato una proposta, frutto di 6 mesi di lavoro e basata su un'analisi dettagliata dei test utilizzabili e delle terapie disponibili per ogni patologia, per inserire 7 ulteriori Malattie Rare alla lista nazionale dello screening neonatale. Speriamo di avere le coperture economiche per trasformare presto questo documento in operatività".

LA RETE METABOLICA EUROPEA DI RIFERIMENTO PER LE MALATTIE METABOLICHE RARE EREDITARIE

MetabERN è una delle 24 Reti Europee di Riferimento per le Malattie Rare: si tratta di un Network molto complesso che, giunto al suo terzo anno di lavoro, comincia ad avere degli ottimi risultati. Ad oggi comprende 78 ospedali in 23 Paesi, 40 Associazioni di Pazienti, e 2.500 tra medici e professionisti che hanno in cura circa 60 mila pazienti. I suoi Centri d'eccellenza sono tutti endorsed dai propri Ministeri della Salute e quindi passati attraverso un vaglio molto importante di scientificità, esperienza e capacità multidisciplinare di triplice livello: locale, nazionale e internazionale. Obiettivo della Rete è quello di coordinare l'Europa in tutte le azioni finalizzate a migliorare la diagnostica delle malattie metaboliche (che sono circa 1200), avere degli screening neonatali a livello europeo, sviluppare nuove terapie e fare formazione.

CONTATTI

Prof. Maurizio Scarpa

Dir. Centro di Coord. Regionale Malattie Rare del Friuli Venezia Giulia
A. S. U. Friuli Centrale
P.le S. Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine
Tel. 0432 559883, cell.338 6265576
Mail: maurizio.scarpa@asufc.sanita.fvg.it

AL CENTRO DEL NOSTRO INSTANCABILE IMPEGNO METTIAMO LE PERSONE.

Ogni giorno dedichiamo il nostro lavoro
a coloro che soffrono di disturbi psichiatrici
e neurologici perché possano
vivere al meglio.



SCOPRI DI PIÙ SU LUNDBECK ITALIA SpA

Se desideri avere maggiori informazioni sulla nostra azienda e sulle nostre attività, visita il nostro sito web www.lundbeck.it e segui il nostro profilo Twitter @LundbeckItalia e la nostra pagina LinkedIn Lundbeck Italia

