



# Sanità & Benessere

e *focus*

## REGIONE VENETO

A tu per tu con il Dott. Domenico Mantoan, Direttore Generale Area Sanità e Sociale

## PRIMO PIANO

Gruppo Chiesi, l'eccellenza nella ricerca e sviluppo di prodotti innovativi

## PNEUMOLOGIA

Focus su alcune delle più diffuse patologie polmonari

Le **ECCELLENZE**  
passano da noi



[www.sanitaebenessere.it](http://www.sanitaebenessere.it)

# Editoriale

Cari Lettori, eccomi qui seduta a darVi nuovamente il benvenuto, attraverso il mio consueto editoriale di Sanità&Benessere efocus. Un magazine, giunto al quinto numero, che fin dalla prima uscita riceve il Vostro consenso e la Vostra approvazione, grazie allo spirito di servizio che cerchiamo di offrire. Sin dalla nascita del nostro magazine infatti, cerchiamo di trasmetterVi notizie, in ambito sanitario, che possano interessarVi e che possano darVi un punto di riferimento per ogni situazione.

In questo numero vorrei fare un ringraziamento particolare al Dott. **Giulio Gallera**, Assessore al Welfare della Regione Lombardia, che ha approvato questo progetto editoriale, e che puntualmente ci trasmette i comunicati stampa della Regione in ambito sanitario, affinché vengano veicolati nella sezione "News" del nostro portale [www.sanitaebenessere.it](http://www.sanitaebenessere.it), rendendo un servizio ancora più completo per i nostri lettori. Perché il nostro primo obiettivo è quello di offrirVi qualcosa di veramente utile, attraverso la collaborazione di specialisti che si mettono al Vostro servizio, per chiarirVi ogni dubbio e per indirizzarVi verso scelte più consapevoli ed informate.

A tal proposito, non posso esimermi dall'esprimere un riconoscimento sentito al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, Dott. **Domenico Mantoan**, al quale, con orgoglio, abbiamo dedicato l'apertura di questo numero, facendoci raccontare come sia stata riorganizzata la Sanità Veneta, con la creazione del nuovo ente "Azienda Zero".

Punto di forza di questo numero è poi il focus **Pneumologia**, nel quale professionisti di alto livello, nazionale ed internazionale, chiariranno sulle varie patologie legate al polmone. Vi anticipo che siamo già a lavoro con il nuovo numero, che avrà un focus incentrato sulla "Salute della Donna". Parleremo inoltre, di innovazione in ambito medico, perché per sposare le parole del Prof. Giuseppe Curigliano dell'Istituto Europeo di Oncologia - IEO: "I pazienti devono entrare in ospedale e toccare il futuro".

Buona lettura.

**A. Argenta**

## Sommario

### A tu per tu con...

Sanità, Dott. Domenico Mantoan **1**

### Primo Piano

Ricerca, Gruppo Chiesi **2**

### Focus Pneumologia

Pneumologia, Prof. Francesco Blasi **3**

Pneumologia, Prof. Paolo Spagnolo **4**

Pneumologia, Dott. Luigi Codecasa **6**

Pneumologia, Prof. Andrea Vianello **7**

Alte Tecnologie, Dott. Matteo Salgarello **9**

Nefrologia, Prof. Claudio Ronco **10**

### Parliamo di...

Andrologia, Dott. Marco Cosentino **11**

Chirurgia, Prof. Giorgio Pajardi **12**

Cardiologia, Prof. Gianfranco Parati **13**

Ematologia, Prof. Francesco Passamonti **14**

Oncologia, D.ssa Monica Galli **15**

Dermatologia, Dott. Pierluigi Malagoli **16**

Dermatologia, D.ssa Delia Colombo **17**

Rianimazione Cardiochirurgica,  
D.ssa Daniela Pasero **18**

Chirurgia Vascolare, Prof. Maurizio Merlo **19**

**INSIDER** **20**



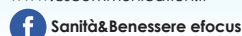
#### Responsabile di Progetto

Sarah Cosmano

#### Responsabile Customer Care

Roberta Valsecchi

[www.cscommunication.it](http://www.cscommunication.it)



#### Business Editor

Aurora Argenta

[aurora.argenta@cscommunication.it](mailto:aurora.argenta@cscommunication.it)

#### Responsabile Redazione

Teresa Cosmano

[redazione@cscommunication.it](mailto:redazione@cscommunication.it)

#### Giornalisti

Giovanna Tucci

[redazione.s&b@cscommunication.it](mailto:redazione.s&b@cscommunication.it)

#### Grafica ed impaginazione

QG Project di Gulyas Monika

Alessandro Villa

[info@qgproject.it](mailto:info@qgproject.it)

#### Stampa

Mediagraf S.p.A.

[www.mediagrafspa.it](http://www.mediagrafspa.it)

[www.printbee.it](http://www.printbee.it)

#### Foto copertina

© decade3d/123RF,

© Stanislav Samoylik/123RF,

© Brijith Vijayan/123RF

Roche.  
A fianco del coraggio.



Il coraggio dei malati.

Roche è a fianco del coraggio dei pazienti, che amano la vita, una buona vita, che trovano ogni giorno la forza e la speranza.

Il coraggio delle loro famiglie ed amici.

Roche è a fianco del coraggio delle famiglie e degli amici dei malati, capaci ogni giorno di dare sostegno e fiducia.

Roche è fortemente impegnata in oncologia, ematologia, neuroscienze, reumatologia e malattie rare.

Info su [www.roche.it](http://www.roche.it)

120 **Roche**  
Italia  
A fianco degli italiani.  
Da 120 anni.



**Roche**  
PUBBLICITÀ  
ASSOCIAZIONE PER LA  
COMUNICAZIONE SCIENTIFICA  
Roche è il leader della Fondazione  
"Roberto Calvi" per il sostegno al  
"Sperimentale Roberto Calvi".

# La riforma che ha rivoluzionato la Sanità in Veneto

*Ad illustrarcela il Dott. Domenico Mantoan, Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto*

**I**l Sistema Sanitario Regionale del Veneto rappresenta storicamente un modello di eccellenza tra i sistemi sanitari regionali, essendo caratterizzato da una lunga serie di performance di elevato livello qualitativo e da un attento e costante controllo dei costi del sistema. La riforma, fortemente voluta dal Presidente del Veneto, Luca Zaia, ha di fatto introdotto molte novità. Ad illustrarcele, il Dott. **Domenico Mantoan**, Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, nonché Commissario dello IOV (Istituto Oncologico Veneto). Laureatosi in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Padova, si è abilitato alla professione medica all'Università degli Studi di Verona, dove si è poi specializzato in Endocrinologia. All'Università degli Studi di Trieste ha invece conseguito la specializzazione in Igiene e Medicina preventiva. Ha sviluppato studi di organizzazione del lavoro ed economia sanitaria alla Scuola di direzione aziendale dell'Università Bicconi di Milano.

## Dott. Mantoan, come cambia la Sanità del Veneto?

### Cosa prevede la riforma?

La riforma del Servizio Sanitario Regionale, prevede innanzitutto la creazione di un nuovo ente denominato "Azienda Zero", che risponde alla finalità di unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto le funzioni, di attuazione della programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di coordinamento e governance delle aziende del SSR, conducendo ad esso le principali attività di

gestione tecnico-amministrativa su scala regionale. Questa nuova distribuzione di funzioni, oltre a rappresentare un'evidente garanzia di coordinamento e di efficienza, consente un'indubbia razionalizzazione delle risorse assegnate, determinando un significativo risparmio nelle spese collegate all'amministrazione del SSR. La riforma prevede poi la riduzione del numero delle ULSS, che passano da 21 a 9, mentre restano confermate le "eccellenze" della nostra Regione, ossia l'Azienda Ospedaliera Università di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto. È stato poi istituito in "Azienda Zero" il servizio ispettivo della Sanità, il cui compito è quello di garantire il necessario controllo sull'attività posta in essere in materia sanitaria. Una sorta di rivoluzione nella gestione dei servizi amministrativi, che non tocca in alcun modo i servizi e le cure sia ospedaliere che territoriali ma, al contrario, punta a potenziarli utilizzando le risorse risparmiate in burocrazia. Nell'Azienda Zero infatti, verranno concentrate importanti funzioni amministrative finora svolte da uffici diversi in ogni ULSS, il coordinamento dei direttori generali permetterà di indirizzare le attività di Azienda Zero. Liste d'attesa ridotte grazie all'adozione di un Programma Straordinario che permetterà di gestire meglio prenotazioni ed appuntamenti, potenziando la rete dell'offerta e della presa in carico del paziente. Il completamento dell'informatizzazione consentirà al cittadino, attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, di avere sotto controllo giorno per giorno la sua situazione di salute. Il fascicolo permetterà anche ad un medico che vede il paziente per la prima volta

di sapere tutto di lui. L'assistenza territoriale, grande novità, punta a garantire 24 ore su 24, 7 giorni su 7 tutta l'assistenza sanitaria ai pazienti che non necessitano dell'ospedale per acuti. Gli elementi cardine del nuovo modello assistenziale sono le forme di aggregazione complesse delle cure primarie (garantite dai medici di medicina generale) e le strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali e Hospice per malati terminali). Importante novità, sarà la C.O.T. (Centrale Operativa Territoriale) il superamento dell'isolamento dei medici di famiglia, diffondendo su tutto il territorio le "Medicine di Gruppo Integrate", team multi professionali, che assicureranno un'assistenza continua. Il nuovo strumento operativo C.O.T. attivato in ogni ULSS, coordinerà la presa in carico protetta del paziente. Non cambia la rete ospedaliera che invece sarà sgravata dalle attività non sanitarie e si rafforza il modello Hub and Spoke. Sono previsti due centri "Hub" di alta specialità e di riferimento europeo, indicati nelle Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona con compiti di ricerca, didattica e cura e nascono Hub di riferimento provinciale dove sono collocate tutte le specialità ospedaliere con garanzia di risposta per le medio-alte specialità e di supporto per la rete degli ospedali definiti Spoke e tarati ognuno per fornire assistenza ad un popolazione di circa 200 mila abitanti cadauno.

Uno dei cardini della nuova organizzazione sanitaria è poi la rete di urgenza-emergenza. Novità infine, anche per la nomina dei "primari" (apicali) i direttori generali dovranno rendere pubbliche le motivazioni di tali nomine ed a fine incarico il loro operato dovrà essere valutato in base alla qualità delle prestazioni erogate, alla valorizzazione dei collaboratori, alla soddisfazione degli utenti ed al rispetto dei vincoli di budget.



Dott. Domenico Mantoan



# Gruppo Chiesi, da più di 80 anni dalla parte del paziente

*Ricerca, sviluppo, produzione e commercializzazione di prodotti innovativi. I Dott.ri Innocenti e Petruzzelli ci portano alla scoperta di questa realtà italiana*

Chiesi Italia è la filiale italiana del Gruppo Chiesi, un gruppo internazionale con sede a Parma che, da più di 80 anni, si occupa di ricerca, sviluppo, produzione e commercializzazione di prodotti innovativi per l'apparato respiratorio, la neonatologia, le malattie rare ed altri ambiti specialistici. Con un fatturato consolidato di 1.571 milioni di euro è tra le prime 50 aziende farmaceutiche al mondo. La sua attività produttiva si svolge in 3 impianti situati in Italia (Parma), Francia e Brasile. Esporta in più di 80 paesi, con una presenza diretta in 26. A

parlarci di questa realtà consolidata sono il Dott. **Raffaello Innocenti**, Direttore Generale di Chiesi Italia ed il Dott. **Stefano Petruzzelli**, Chief Medical Officer e Head of Global Clinical Development del Gruppo Chiesi.

## Dott. Innocenti, come nasce il Gruppo Chiesi?

La storia si può raccontare in tre parole: età pionieristica, industrializzazione ed internazionalizzazione. L'età pionieristica inizia nel 1935 quando Giacomo Chiesi, un farmacista con il sogno della ricerca, acquista il Laboratorio Farmaceutico Parmense. All'inizio degli anni '40 cominciano le prime vendite all'estero e nel 1955 si pone la prima pietra dell'industrializzazione con l'inaugurazione dello stabilimento produttivo di Parma. Nel 1966 Giacomo Chiesi passa il timone ai figli Alberto e Paolo che, alla fine degli anni '70, aprono in Brasile la prima sede estera dando inizio all'internazionalizzazione. Alla fine del secondo millennio inizia ad entrare in azienda la terza generazione: Alessandro, Andrea, Giacomo e Maria Paola. Nel 2008, con la Fondazione di Holostem Terapie Avanzate SRL, Chiesi entra come pioniere nel mondo della medicina rigenerati-



Dott. Raffaello Innocenti



Dott. Stefano Petruzzelli

va e nel 2013, con l'acquisizione della danese Zymenex, entra in quello delle biotecnologie.

## Qual è la sua mission e quali i suoi valori?

La mission è di essere riconosciuti come gruppo internazionale incentrato sulla ricerca, in grado di sviluppare e commercializzare soluzioni terapeutiche innovative che migliorino la qualità della vita delle persone, mantenendo un team imprenditoriale di elevata qualità. Centralità delle persone, passione, spirito imprenditoriale e dialogo multiculturale restano invece valori fondanti per il Gruppo e per il suo sviluppo futuro.

## Dott. Petruzzelli, com'è strutturata la ricerca in Chiesi e quali sono le aree principali?

In Chiesi la ricerca è strutturata in due linee di strategia. Nella prima l'obiettivo principale è quello di stabilire quali progetti inserire nella *pipeline*, nella seconda è il mantenimento dei progetti nel loro ciclo vitale. In entrambi i casi i gruppi (*Core Team*) di progetto integrano differenti aree funzionali: *discovery*, ricerca preclinica, clinica, affari regolatori ed eventuali altre più direttamente legate al ciclo di vita del prodotto. Da sempre impegnati principalmente nell'area respiratoria, negli ultimi 10 anni ci siamo maggiormente focalizzati sulle tecnologie di erogazione dei farmaci con dispositivi di sviluppo proprietario.

## Dott. Innocenti, ci parli dell'impegno di Chiesi nell'ambito delle malattie respiratorie

L'impegno nel respiratorio ci ha portato a ricoprire tutto l'arco di vita del paziente, dal prematuro fino all'anziano. In questa area si è passati dall'innovazione assoluta a quella incrementale, oltre che la ricerca di *device* in

grado di aiutare la *compliance* del paziente al fine di migliorarne l'aspettativa di vita oltre la qualità della vita stessa. Proprio in questi giorni si è celebrata la Giornata Mondiale della BPCO, la Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva, per la quale abbiamo realizzato progetti di *awareness* sulla malattia che hanno coinvolto le tre figure che vi ruotano attorno: clinici, familiari e pazienti.

## Dott. Petruzzelli, quali sono le principali malattie respiratorie di cui vi occupate?

Ci occupiamo principalmente di asma e BPCO. L'ultima innovazione è la prima tripla combinazione contenente un farmaco antinfiammatorio e due farmaci broncodilatatori somministrati per via inalatoria. Questa combinazione è indicata per il trattamento della BPCO, perché permette alle particelle extrafini di raggiungere sia le vie aeree centrali che periferiche del polmone dei pazienti.

## Dott. Innocenti, a che punto è oggi la farmaceutica in Italia?

In crescita come personale, fatturato ed investimenti, contribuisce allo sviluppo del sistema paese. In questo Chiesi, posizionandosi al pari delle grandi multinazionali, continua ad investire in Italia dove ha sede l'*head quarter*, il centro ricerche ed il maggior sito produttivo.

## Quali sono i propositi per il futuro?

**Dott. Innocenti:** continuare a rafforzarsi maggiormente sul mercato, puntando sui giovani e sull'innovazione nella ricerca, sfruttando anche i nuovi mezzi digitali, mettendo come sempre al primo posto il paziente.

**Dott. Petruzzelli:** coerentemente con la *mission* ed i valori aziendali, la ricerca continuerà a mettere al centro il paziente sviluppando farmaci innovativi e nuove tecnologie, e personalizzando il trattamento al fine di dare al giusto paziente la giusta terapia.

[www.chiesi.it](http://www.chiesi.it)

# Malattie respiratorie: nuove frontiere da affrontare

*Ce ne parla il Prof. Blasi del Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e Trapianti dell'Università di Milano*

**N**uovi studi sull'eziopatogenesi e l'introduzione di nuovi farmaci sono le frontiere che la pneumologia sta affrontando in questo momento. Ce ne parla il Prof. **Francesco Blasi** del Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e Trapianti dell'Università di Milano. Dopo la laurea conseguita all'Università di Milano, nel 1991 ha iniziato il dottorato di ricerca nelle malattie respiratorie. Dal 2001 è Professore Ordinario di Malattie Respiratorie all'Università di Milano e dal 2010 dirige la Clinica delle malattie respiratorie. È anche Direttore del Dipartimento di Medicina Interna, della U.O. Pneumologia e del Centro Fibrosi Cistica Adulti del Policlinico di Milano. È stato Presidente della ERS, Presidente della Società Italiana di Pneumologia ed è attualmente Presidente del Centro Studi della SIP/IRS.



Prof. Francesco Blasi

geneticamente predeterminata, che è caratterizzata dal blocco della funzione di una proteina di membrana. Sono disponibili adesso dei potenziatori di questa proteina che consentono di superare l'alterazione genetica e far riprendere la proteina a funzionare. La malattia è coperta da una legge dello stato che finanzia i centri di fibrosi cistica e questo ha consentito un salto di qualità nell'assistenza di questi pazienti.

### Anche in questo caso, si è cercato di intervenire sui geni?

Nella fibrosi cistica si è cercato dei vettori che portassero il gene corretto a livello epiteliale. Essendo però una malattia sistemica che colpisce tutto l'organismo, il gene andrebbe portato ovunque, cosa non facile. Tutti i tentativi finora fatti usando vettori virali di diversa natura sono falliti. Pur sviluppandosi soprattutto a livello polmonare, non è l'unico organo con complicanze. Per adesso non c'è una terapia genetica, ci sono correttori dell'attività della lettura del DNA e della produzione della proteina, terapia biologica, che ha un costo elevato e copre solo una parte dei pazienti. Ora abbiamo nuove diverse molecole associate a questa terapia e combinazioni che allargano la platea dei pazienti.

### A Milano la sua struttura segue tutte queste patologie e c'è qualcosa che contraddistingue il vostro lavoro?

Siamo il Centro Regionale per la fibrosi cistica nell'adulto e seguiamo in questo momento circa 350 pazienti ed abbiamo ancora circa 170 adulti seguiti dalla nostra pediatria. Il problema è sentito a tal punto che nel 2018 avremo un nuovo reparto con 10 letti in più, con stanze singole dedicate alla malattia. Inoltre siamo il primo centro trapianti in Italia. La nostra Chirurgia Toracica effettua tra i 25 ed i 30 trapianti l'anno, che sono circa il 20-25% dei trapianti in Italia. Circa il 45% dei pazienti che vengono trapiantati sono affetti da fibrosi cistica, vengono poi quelli con la fibrosi polmonare/malattie rare e qualche paziente con la BPCO. Siamo uno dei centri di riferimento italiani per i pazienti con la fibrosi cistica in fase terminale, per cui riceviamo pazienti da altri centri italiani per la gestione fino al trapianto.

### Come vede la pneumologia italiana nel palcoscenico internazionale?

La pneumologia in Italia purtroppo è in una situazione difficile, nonostante le malattie respiratorie siano tra le prime in termini di mortalità e morbilità. Invece siamo sicuramente il primo Paese nella ricerca e nell'assistenza di molte malattie respiratorie, ad esempio sulle bronchiectasie insieme all'Inghilterra e sulla fibrosi polmonare con gli Stati Uniti. In realtà la pneumologia italiana nel panorama internazionale ha un ruolo importantissimo ed è ai primi posti anche tra i dirigenti della Società Europea.

#### Prof. Francesco Blasi

Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e Trapianti  
Università degli Studi di Milano  
Dipartimento di Medicina Interna  
U.O. Pneumologia e Centro Fibrosi Cistica Adulti - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano  
Via F. Sforza, 35 - 20122 Milano  
Segreteria 02 50320623/55033782  
francesco.blasi@unimi.it

### Quali possono essere le nuove frontiere della pneumologia e dove si potrebbero fare passi avanti?

Le nuove frontiere da affrontare in questo momento si presentano nella fibrosi polmonare idiopatica, nell'asma grave e nelle bronchiectasie. Riguardo la fibrosi polmonare idiopatica si è meglio compresa l'eziopatogenesi della malattia, paragonata ora ad una malattia neoplastica a carico dell'interstizio polmonare. Nell'asma grave invece, ci sono farmaci biologici innovativi che consentono il controllo della malattia in pazienti affetti da questa patologia. Riguardo le bronchiectasie si sono aperti studi su nuovi antibiotici per via inalatoria e studi sull'eziopatogenesi della malattia e quindi anche sulla genetica.

### Di cosa si tratta in sostanza?

Le bronchiectasie sono dilatazioni permanenti dell'albero bronchiale che costituiscono un problema clinico, perché il paziente ha infezioni ricorrenti, tosse ed espettorato cronico. Questa malattia è l'espressione clinica di diverse malattie tra cui anche forme idiopatiche dove la genetica potrebbe giocare un ruolo importante. Lo stesso vale per la fibrosi cistica, una malattia

# Fibrosi idiopatica polmonare, la chance (finalmente) della terapia farmacologica

*A parlarcene, il Prof. Paolo Spagnolo, dell'Unità Operativa Complessa di Pneumologia, Centro per le malattie rare del polmone, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova*

La Fibrosi Polmonare Idiopatica è la forma più comune di pneumopatia infiltrativa diffusa di origine sconosciuta. La malattia è caratterizzata dalla deposizione di tessuto connettivo o "cicatrizziale" nei polmoni: in pratica, il tessuto polmonare sano viene progressivamente sostituito da quello cicatrizziale e questo rende difficoltosa la respirazione e, di conseguenza, l'ossigenazione del sangue. A parlarcene, il Prof. **Paolo Spagnolo**, dell'Unità Operativa Complessa di Pneumologia, Centro per le malattie rare del polmone, dell'Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia conseguita all'Università degli Studi di Bari, si è specializzato in Malattie dell'Apparato Respiratorio nello stesso Ateneo pugliese. Si è quindi trasferito a Londra, dove ha conseguito un dottorato di ricerca (PhD) al National Heart and Lung Institute dell'Imperial College, con una tesi sulla predisposizione genetica alle fibrosi polmonari. Al tempo stesso, ha lavorato come Clinical Research Fellow e successivamente come Honorary Consultant, al Royal Brompton Hospital. Rientrato in Italia, è stato ricercatore nella Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Dal dicembre 2015, è Professore Associato di Malattie dell'Apparato Respiratorio all'Università degli Studi di Padova, presso l'Unità Operativa Complessa di Pneumologia diretta dalla Prof.ssa Marina Saetta. È anche Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Padova.

## Prof. Spagnolo, cos'è la Fibrosi Polmonare Idiopatica?

La Fibrosi Polmonare Idiopatica (Idiopathic Pulmonary Fibrosis - IPF secondo l'acronimo usato dagli autori anglosassoni) è una malattia fibrosante, ossia cicatrizziale, del polmone ad andamento cronico e progressivo, che colpisce adulti, prevalentemente

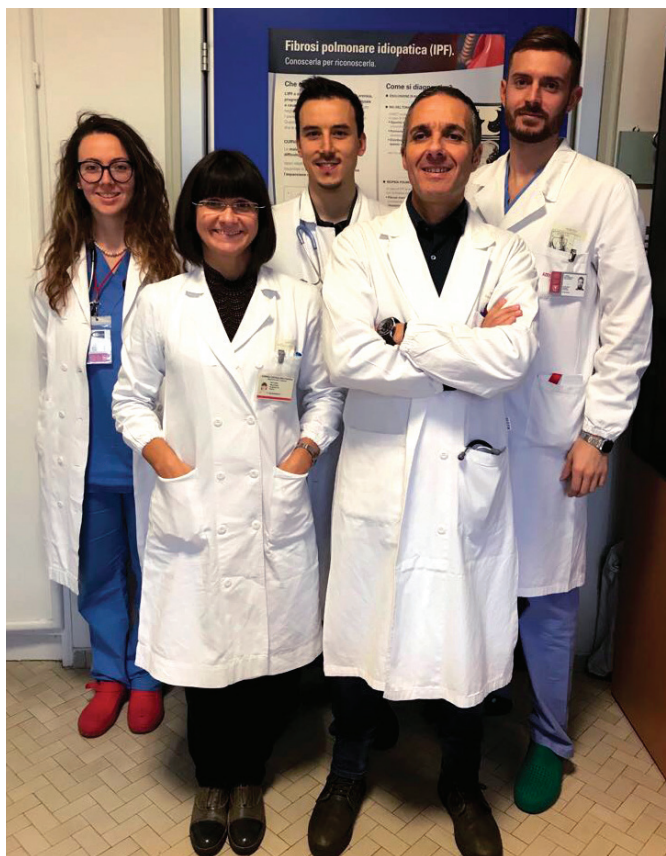
di sesso maschile, di età medio-avanzata. La malattia è caratterizzata a livello radiologico ed anatomo-patologico da un tipo particolare di danno polmonare che viene definito "polmonite interstiziale usuale" (Usual Interstitial Pneumonia - UIP). Se idiopatico, ossia non associato a cause note di fibrosi del polmone, quali l'artrite reumatoide, l'asbestosi o la polmonite da ipersensibilità, il pattern UIP definisce la IPF.

## Quando deve essere sospettata?

Si stima che vi siano oltre 100 tipi diversi di fibrosi polmonare; pertanto, la diagnosi corretta è fondamentale. Il primo passo a tal fine è l'identikit del paziente a rischio: si tratta generalmente di soggetti di sesso maschile con più di 65 anni, fumatori od ex-fumatori che lamentano tosse secca e dispnea (fiato corto) inizialmente (ed erroneamente) attribuiti al fumo di sigaretta od all'età. È noto che i pazienti con IPF al momento della diagnosi lamentano tosse secca e dispnea da sforzo da molti mesi e spesso anni. Questi soggetti dovrebbero eseguire una visita specialistica con un'attenta auscultazione del torace, una spirometria ed una radiografia del torace. Inoltre, il 5-10% di pazienti con IPF ha un familiare stretto affetto dalla stessa malattia; pertanto, anche la familiarità è un importante campanello d'allarme.

## Come viene diagnosticata?

La radiografia del torace e la spirometria non sono sufficienti a porre la diagnosi.



Il Prof. Paolo Spagnolo ed il suo team

Il passo successivo è quindi l'esecuzione di una TAC del torace ad alta risoluzione, che permette di visualizzare il polmone nei suoi dettagli più fini e consente di fare la diagnosi, mediante l'individuazione del pattern UIP, nel 30-40% dei casi circa. Nella maggioranza dei casi però, la TAC da sola non è diagnostica e può rendersi necessario un ulteriore approfondimento, ossia la conferma istologica della diagnosi mediante il prelievo di tessuto polmonare. A tale scopo, possono essere utilizzate diverse metodiche, da quelle di minore invasività ma spesso dotate di minore resa diagnostica, quali la biopsia transbronchiale, fino alla biopsia polmonare chirurgica che è un intervento chirurgico vero e proprio. Negli ultimi anni,

## A PADOVA IL CENTRO PER LE MALATTIE RARE DEL POLMONE

L'Azienda Ospedaliera di Padova è uno dei più importanti centri di assistenza sanitaria italiani per i pazienti con malattie rare. Lo stretto legame con l'Università di Padova garantisce inoltre un'intensa attività di ricerca, sia di base che clinica. Uno dei fiori all'occhiello è il Centro per le malattie rare del polmone, che è parte integrante dell'Unità Operativa Complessa di Pneumologia, diretta dalla Prof.ssa Marina Saetta, nel quale opera una équipe multidisciplinare, essendo quello delle pneumopatie infiltrative diffuse un campo molto vasto e complesso. In particolare, il Centro collabora a stretto contatto con la Chirurgia Toracica, diretta dal Prof. Federico Rea, che è leader in Italia nel trapianto polmonare, con l'Anatomia Patologica (Prof.ssa Fiorella Calabrese) e con radiologi toracici. Il team del Centro per le malattie rare del polmone, è composto, oltre che dal Prof. Paolo Spagnolo, dalla Dott.ssa Elisabetta Balestro, che ha un'esperienza decennale nel campo, dal Dott. Davide Biondini, dal Dott. Federico Fracasso e dalla Dott.ssa Elisabetta Cocconcelli. L'obiettivo principale del Centro è fare una diagnosi precoce e gestire i pazienti in maniera globale; questo si traduce inevitabilmente in un grande vantaggio per l'utente che trova in un'unica struttura le diverse competenze che garantiscono il miglior percorso diagnostico-terapeutico. Il Centro unisce ad un'intensa attività clinica, un altrettanto intensa attività di ricerca che ha portato alla pubblicazione di numerosi articoli scientifici su importanti riviste internazionali. Il Centro infine, prende parte regolarmente a studi clinici che valutano l'efficacia e la sicurezza di nuovi farmaci per il trattamento della fibrosi polmonare idiopatica.

si è andata diffondendo una metodica moderatamente invasiva e dotata di elevato potere diagnostico, chiamata criobiopsia. In ogni caso è fondamentale che il paziente con sospetta IPF venga valutato da un team multidisciplinare di esperti. Questo è possibile solo nei centri altamente specializzati.

### Può il medico di Medicina Generale avere un ruolo nel processo diagnostico?

Certamente. Con un'attenta auscultazione del torace. Infatti, nei pazienti con IPF è possibile apprezzare già nelle fasi precoci della malattia dei rumori tipici, ancorché non specifici, i rantoli "a velcro". Se presenti, i rantoli "a velcro" richiedono l'esecuzione di ulteriori indagini. Inoltre, il medico di Medicina Generale ha la possibilità di inviare i soggetti con sospetta fibrosi polmonare direttamente ai centri di riferimento.

### Nei casi dubbi, è sempre necessaria la conferma istologica?

No. In particolare, nei soggetti di sesso maschile con più di 65 anni soprattutto se fumatori od ex-fumatori, la diagnosi di IPF può essere formulata con ragionevole certezza anche in presenza di una TAC del torace "dubbia", purché siano state escluse tutte le cause note di fibrosi polmonare. Inoltre, i pazienti con IPF sono spesso soggetti an-

ziani, con plurime patologie e che assumono molti farmaci. La sfida del futuro pertanto sarà fare diagnosi in modo non invasivo, ossia utilizzando dei biomarcatori. Si tratta di sostanze presenti nei liquidi biologici (sangue in primis), alcune delle quali potrebbero essere disponibili nella pratica clinica già in un futuro prossimo. Il nostro Centro è molto attivo nella ricerca in questo campo. Potenzialmente, i biomarcatori potrebbero anche permettere di prevedere il decorso della malattia e la risposta del paziente alla terapia.

### Qual è il decorso tipico della malattia?

Purtroppo di questa malattia non conosciamo con precisione le cause e di conseguenza non siamo in grado di predirne il decorso. In generale, la maggior parte dei pazienti ha un declino lento ma progressivo; tuttavia, possono verificarsi delle improvvise accelerazioni di malattia, definite riacutizzazioni, spesso molto gravi. Tali eventi non sono prevedibili. L'individuazione dei pazienti a maggior rischio di riacutizzazione è uno dei filoni di ricerca nei quali il nostro Centro è più attivo.

### Com'è cambiato l'approccio terapeutico?

Fino a qualche anno fa, le uniche opzioni terapeutiche consistevano nell'ossigeno

supplementare e nel trapianto polmonare, quest'ultimo solo in una piccola minoranza di pazienti altamente selezionati. La disponibilità di due farmaci antifibrotici, ossia il pirfenidone ed il nintedanib, ha rivoluzionato l'approccio terapeutico alla IPF. Questi farmaci infatti riducono di circa il 50% la progressione della malattia e, nel complesso, sono ben tollerati dal paziente. La disponibilità di questi due farmaci ha reso ancora più importante la diagnosi (ed il trattamento) precoce e l'invio dei pazienti ai Centri di riferimento. Al momento è anche in fase di sperimentazione la possibilità di combinare i due farmaci. Infatti, poiché il pirfenidone ed il nintedanib agiscono con meccanismi d'azione differenti, la loro associazione potrebbe risultare in un ulteriore rallentamento della progressione della malattia. Questo tipo di approccio terapeutico, ossia la terapia di combinazione, viene comunemente utilizzata in altre pneumopatie croniche, quali l'asma, la broncopneumopatia cronica ostruttiva ed il cancro del polmone.

### Quali sono le prospettive future nella IPF?

Fino a qualche anno fa la IPF era considerata una malattia non solo rara, ma anche "orfana". Successivamente ci si è accorti che la malattia non è rara, in particolare nelle persone con più di 65 anni di età; inoltre, grazie alla scoperta di farmaci efficaci, i pazienti con IPF non sono più orfani. Di conseguenza, l'attenzione della comunità scientifica non solo pneumologica e dell'industria farmaceutica nei confronti della IPF è aumentata esponenzialmente. La IPF viene considerata, a ragione, un classico esempio di malattia inesorabilmente progressiva. Almeno, ad oggi. Tuttavia, è probabile che in un futuro non troppo lontano avremo a disposizione una cura vera e propria per i nostri pazienti.

### Prof. Paolo Spagnolo

Centro per le Malattie Rare del Polmone - U.O.C. di Pneumologia  
Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova  
Via N. Giustiniani, 3 - 35128 Padova  
Segreteria 049 8211272  
Fax 049 8213110  
paolo.spagnolo@unipd.it

# Infezioni polmonari, il ruolo dei micobatteri non tubercolari

A parlarcene, il Dott. Luigi Codecasa, Responsabile del Dipartimento di Tisiologia Clinica e Preventiva dell'Ospedale Niguarda di Milano

Per molti anni le sole specie di micobatteri note sono state il *Mycobacterium tuberculosis*, il *Mycobacterium bovis* e il *Mycobacterium avium* (ritenuto inizialmente non patogeno). In seguito furono isolati i primi micobatteri "atipici", definiti micobatteri non tubercolari (MNT), perché non appartengono al *Mycobacterium tuberculosis* complex. Sono ubiquitari, possono essere isolati dalle acque e dal suolo e sono in grado di causare infezione in vari tessuti. A parlarcene, il Dott. **Luigi Codecasa**, Responsabile della Struttura di Tisiologia Clinica e Preventiva dell'Ospedale Niguarda di Milano. Laureatosi in Medicina e Chirurgia, si è specializzato in Allergologia ed Immunologia Clinica ed in Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio. Ha seguito il corso per consulenti internazionali TBC WHO e dal 1988 è medico specialista all'Istituto Villa Marelli dell'Ospedale Niguarda. È stato consulente temporaneo per l'Organizzazione Mondiale della Sanità WHO, ed ha effettuato missioni in Polonia, Russia, Turchia, Macedonia e Tibet (Cina) per il monitoraggio dei programmi di controllo della tubercolosi e per l'aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 è Responsabile del Centro Regionale di riferimento per il controllo della tubercolosi in Lombardia.

## Dott. Codecasa, ci parli delle micobatteriosi polmonari. Quali sono le cause ed i possibili rimedi?

Si tratta di un'affezione causata dai micobatteri non tubercolari, che appartengono a più di 150 specie e di cui solo alcuni sono patogeni veri e propri. I loro cugini più prossimi e storicamente noti sono i germi responsabili della tubercolosi e della lebbra. I MNT, molto diffusi nell'ambiente ed in grado di parassitare, oltre all'uomo, le piante e numerose specie di animali, si dividono in micobatteri

non tubercolari a lenta crescita ed a rapida crescita. I più significativi dal punto di vista patologico tra quelli a lenta crescita, sono la specie *avium* e il *kansasii*, mentre tra quelli a rapida crescita, la specie *abscessus*. Non è ancora noto come avviene la contaminazione dall'ambiente all'uomo, né si ha notizia di contaminazione da uomo ad uomo, se non quella di recente scoperta, riguardante il micobatterio *abscessus*, in una popolazione di ammalati di fibrosi cistica. Generalmente, le infezioni polmonari dovute a questi micobatteri, colpiscono persone che hanno delle preesistenti patologie respiratorie. La patologia respiratoria da MNT può presentarsi con un ampio ventaglio di quadri clinico-radiologici: lesioni radiologiche fibro cavitarie, le forme con prevalenza di noduli e bronchiectasie, e l'alveolite allergica (collegata all'utilizzo di apparecchi termali) e forme miste. La diagnosi è multidisciplinare e comprende criteri clinici (radiologia e sintomi), l'isolamento di uno di questi micobatteri patogeni su almeno due espettorati spontanei o su un bronco lavaggio e l'esclusione di qualsiasi altra causa alternativa. Una volta formulata la diagnosi si deve valutare se la terapia può essere prescritta o meno a quel singolo paziente, dal momento che è lunga (18 mesi di antibiotici od almeno 12 mesi dopo la negativizzazione delle colture dei micobatteri), spesso scarsamente tollerata e può interferire con altre terapie/condizioni cliniche. In genere la terapia per questi batteri è empirica. A differenza della tubercolosi, la cui terapia si basa sui risultati dell'antibiogramma (studio in vitro della sensibilità del microrganismo agli antibiotici), nel caso dei MNT questo è molto limitato, perché



Dott. Luigi Codecasa

spesso non c'è corrispondenza tra il risultato in vitro e quello in vivo. La terapia si basa su regimi standard con 3-4 farmaci tra cui di solito i macrolidi, ma si devono sempre considerare fattori interferenti, diversi da caso a caso e dipendenti anche dalla fase della malattia.

## Queste terapie hanno successo?

Purtroppo il livello di successo terapeutico non è molto soddisfacente, solo il 60-70% dei pazienti guarisce, mentre il restante può, a seconda della gravità iniziale, andare incontro od ad un fallimento terapeutico, quindi non guarire, od ad una ricaduta. In questo caso il batterio che lo colpisce può essere identico dal punto di vista genetico a quello che aveva prima (ricidiva), oppure appartenere ad un altro ceppo od ad un'altra specie (reinfezione). Alcuni di questi pazienti tendono poi a diventare refrattari alle terapie. In caso di ricaduta, si ritenta la medesima terapia, magari aggiungendo farmaci per via endovenosa od aerosolica, con molecole liposomiali. Se le lesioni sono ben delimitate, si può tentare la chirurgia toracica, togliendo la parte del polmone interessata per ridurre il carico infettivo. In questi casi è poi probabile che il sistema immunitario riesca da solo ad avere la meglio sulle lesioni residue. 🌐

## Dott. Luigi Codecasa

Centro Regionale di Riferimento per il controllo della Tubercolosi  
Istituto Villa Marelli  
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda  
V.le Zara, 81 - 20159 Milano  
Segreteria 02 64445833  
Fax 02 64445826  
luigiruffo.codecasa@ospedaleniguarda.it



# Asma allergico grave, i farmaci che aiutano a vivere meglio

*Ad elencarceli, il Prof. Andrea Vianello, Direttore dell'Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova*

**L**il 70% circa dei casi di asma è di natura allergica. L'asma allergico grave è una forma di malattia in cui i sintomi persistono nonostante il tentativo di evitare l'esposizione ai fattori scatenanti e l'assunzione di una terapia massimizzata, ossia quella che si avvale di tutto l'armamentario farmacologico, sia inalatorio (broncodilatatori e corticosteroidi) che sistemico comunemente usato per trattare i pazienti più gravi. A parlarcene, il Prof. **Andrea Vianello**, Direttore dell'Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria dell'Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova.

## Prof. Vianello, che cos'è l'asma allergico grave?

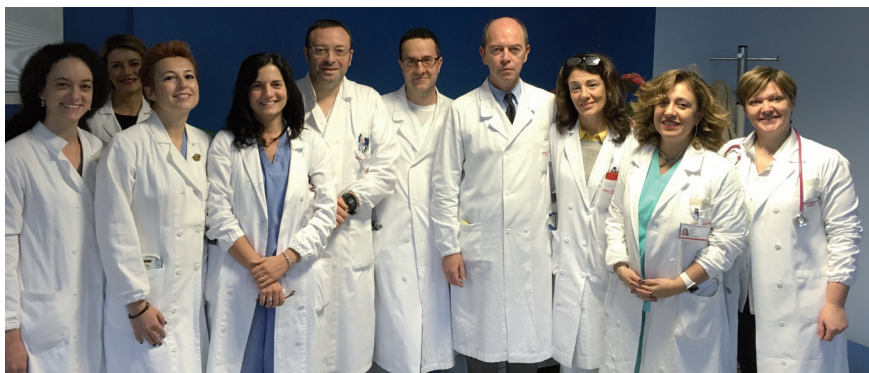
L'asma allergico grave è una condizione complessa, la cui patogenesi è caratterizzata dall'iperproduzione di immunoglobuline E (IgE) in risposta a stimoli ambientali, quali acari della polvere, pollini e muffe. Si tratta di una malattia "non controllata", fatto che comporta il persistere dei sintomi e l'insorgere di frequenti riacutizzazioni, che spesso causano l'ospedalizzazione ed addirittura mettono a rischio la vita del paziente. L'asma grave è un problema mondiale e rappresenta un consistente onere sociale ed economico per i sistemi sanitari.

## Come si riconosce?

Dal fatto che, nonostante il tentativo di tenere la malattia sotto controllo, persistono sintomi quali dispnea da sforzo o notturna, vi è frequente necessità di assumere farmaci broncodilatatori al bisogno, si deve far ricorso alle cure del Pronto Soccorso.

## Da cosa deriva? Si può guarire?

L'asma deriva sostanzialmente dalla combinazione di due elementi: la predisposizione genetica e l'esposizione a fattori scatenanti. Nel caso dell'asma grave l'eziopatogenesi è la stessa, mentre sono diverse la frequenza e la severità delle manifestazioni cliniche.



Il Prof. Andrea Vianello e la sua équipe

L'asma, anche quella grave, è una malattia cronica, che può avere periodi di quiescenza anche lunghi e riemergere dopo anni.

## Che tipo di terapia viene utilizzata?

La ricerca e lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche si sono indirizzati verso farmaci in grado di intervenire in modo sempre più specifico sui meccanismi scatenanti la patologia asmatica allergica, contrastandone gli effetti. La terapia biologica, basata sull'utilizzo dei cosiddetti anticorpi monoclonali, apre scenari completamente nuovi nel trattamento dell'asma grave, anche se richiede una selezione molto accurata dei pazienti per poter risultare pienamente efficace. Il primo farmaco biologico reso disponibile per il trattamento dell'asma grave, per il quale vi sono le maggiori evidenze di efficacia, è Omalizumab che si lega alle IgE e previene il legame delle stesse al recettore ad alta affinità per le IgE su basofili e mastociti, riducendo in tal modo la quantità di IgE libera che può innescare la cascata allergica; esso è in grado di inibire le fasi precoci e tardive delle reazioni asmatiche allergene-indotte. Omalizumab riduce la frequenza di riacutizzazioni e l'uso di farmaci steroidi e beta2-agonisti, consentendo un più efficace controllo dei sintomi ed una più elevata qualità della vita dei pazienti, oltre ad apportare significativi miglioramenti nei parametri

di funzionalità respiratoria, il tutto con un livello soddisfacente di tollerabilità e sicurezza. A questo farmaco si è aggiunto in tempi recenti, Mepulizumab (presto affiancato da Reslizumab), anticorpo anti-Interleuchina 5 che pure ha dimostrato negli studi clinici di ridurre significativamente la frequenza di riacutizzazioni. Gli studi a cui ha partecipato il nostro reparto hanno contribuito ad affermare l'efficacia e la sicurezza di questi nuovi farmaci nella cosiddetta "real life".

## Qual è il consiglio che si sente di dare ai pazienti asmatici?

Quello di cercare di tenere sempre ben controllata la loro malattia, in quanto i rischi di una malattia mal controllata sono gravi, alle volte anche fatali. In un recente studio abbiamo riportato ben 16 casi di pazienti asmatici deceduti per un attacco acuto tra il 2013 ed il 2015 nella nostra regione. Erano tutti giovani, con età compresa tra gli 11 ed i 50 anni. 🌐

### Prof. Andrea Vianello

U.O.C. di Fisiopatologia Respiratoria  
Azienda Ospedaliera Università  
degli Studi di Padova  
Via N. Giustiniani, 2  
35128 Padova  
Segreteria 049 821 7792  
Fax 049 821 7772  
andrea.vianello@sanita.padova.it



## STA GUARDANDO LONTANO.

**Innovazione. Passione. Coraggio.** È grazie a questi valori che siamo diventati leader mondiali nelle cure ematologiche e oncologiche, e oggi guardiamo con nuova speranza alle malattie infiammatorie immunomediate. Per questo investiamo il **40% del fatturato** in ricerca e sviluppo. Per questo in Italia sosteniamo 69 progetti di ricerca, 18 dei quali dedicati a malattie rare. Perché ogni giorno, lavorando per milioni di pazienti in tutto il mondo, vediamo anche le sfide che verranno.

[celgene.it](http://celgene.it)



# L'importanza delle alte tecnologie in Sanità

*A parlarcene il Dott. Salgarello, Direttore del Dipartimento Alte Tecnologie dell'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (VR)*

L'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (Verona) offre servizi di diagnostica strumentale ad alta tecnologia e la disponibilità continuativa di consulenze specialistiche multi-disciplinari. A parlarci di questa importante realtà, il Dott. **Matteo Salgarello**, Direttore del Dipartimento Alte Tecnologie. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia conseguita all'Università di Bologna, si specializza in Medicina Nucleare nella stessa università bolognese e consegue il master di II livello in Epidemiologia Valutativa all'Università di Verona. Dal 2014 è Direttore dell'Unità Complessa di Medicina Nucleare e Terapia Radiometabolica dell'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria.

## Dott. Salgarello, cosa si intende con "alte tecnologie" in Sanità?

Per alte tecnologie intendiamo tutte le opportunità tecnologiche che permettono di trattare in maniera avanzata i pazienti. In particolare, nell'Ospedale di Negrar disponiamo del Dipartimento delle Alte Tecnologie, in cui la medicina nucleare con l'area di diagnostica e terapia e la radiofarmacia (diretta dal Dott. Gorgoni) per la sintesi dei radiofarmaci, rappresentano il risultato positivo tra gli obiettivi di sviluppo tecnologici delle discipline in oggetto e la visione moderna dell'ospedale sostenuta dalla nostra Amministrazione.

## Cosa sono i radiofarmaci e quali sono le caratteristiche del Dipartimento che dirige?

I radiofarmaci sono molecole che contengono al loro interno un radionuclide (un atomo radioattivo) e possono essere utilizzati sia a scopo diagnostico sia terapeutico. Ogni mattina inviamo il radiofarmaco prodotto nel nostro laboratorio, che verrà utilizzato per imaging diagnostico, nei diversi centri pubblici con i quali la Regione ha realizzato una cessione gratuita. Nel nostro Dipartimento,



Il team del Dott. Matteo Salgarello

oltre alla Medicina Nucleare ed alla Radiofarmacia, opera una Radioterapia (diretta dal Prof. Filippo Alongi) dotata di tecnologia particolarmente avanzata, con tre acceleratori di ultima generazione ed una Radiologia (diretta dal Dott. Giovanni Carbognin) dotata di tre risonanze e 2 tomografi TAC anch'essi di ultima generazione. L'Ospedale dispone inoltre di altre importanti opportunità tecnologiche, come la sezione di Chirurgia Robotica, di Chirurgia avanzata della retina, di Chirurgia Protetica ortopedica, di Cardiologia Interventistica ed, ultima arrivata, ma non meno importante, del Laboratorio di Biologia molecolare diretto dal Prof. Giuseppe Zamboni.

## C'è una punta di diamante tra queste?

La vera punta di diamante del nostro Dipartimento/Ospedale, nonostante il grande sviluppo tecnologico, rimane il modello organizzativo centrato sui bisogni del paziente; questo ci permette di tarare la tecnologia, se così si può dire, sui bisogni del malato. Un esempio di questo impegno può essere rappresentato dal trattamento, con microsferi radioattive marcate con ittrio 90, utilizzato per il trattamento dell'epatocarcinoma e delle metastasi epatiche, permesso dalla presenza di tecnologia ma, soprattutto, grazie alla collaborazione di 5 unità operative.

## Riguardo la medicina nucleare, che è il suo ambito, cosa si cura nello specifico?

Abbiamo una attività di tipo diagnostico che riguarda per il 60% l'ambito oncologico e per

il rimanente 40%, l'ambito neurologico (Alzheimer e Parkinson) e cardiologico (cardiopatia ischemica). Quello che caratterizza in particolare il nostro Centro è la produzione di tutti i traccianti presenti in farmacia, quindi tutti i traccianti che sono utilizzabili ad uso clinico, più alcuni traccianti ad uso sperimentale. Inoltre vengono trattati i pazienti con neoplasia tiroidea e con metastasi ossee da neoplasia prostatica (nella sezione di degenza).

## Per quanto riguarda invece l'aspetto sperimentale, che novità ci sono?

Per sperimentale si intende sia l'utilizzo di isotopi solitamente non utilizzati nella pratica clinica (Iodio 124 e Zirconio 89 attualmente prodotti dal nostro ciclotrone che dispone di uno specifico target) sia radiofarmaci caratterizzati da molecole con innovative peculiarità biologiche.

## Parlando di alta tecnologia nel suo reparto troviamo macchinari specifici degni di nota?

Sicuramente macchinari degni di nota sono il ciclotrone da 19 MeV, una radiofarmacia dotata di 4 aree distinte di produzione, due tomografi PET-TAC di ultima generazione, due tomografi SPET-TAC, altre 2 radiofarmacie per le marcature cellulari e dei radiofarmaci tecnezati. Tuttavia il più importante upgrade tecnologico di cui disponiamo rimane l'elevato livello collaborativo tra le strutture e la trasversalità delle stesse a **servizio del paziente**, parametro quest'ultimo che rappresenta lo stimolo più importante verso le innovazioni tecnologiche sia diagnostiche che terapeutiche.

### Dott. Matteo Salgarello

Dipartimento Alte Tecnologie  
Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria  
Via Don A. Sempredoni, 5  
37024 Negrar (VR)  
Segreteria 045 6014611  
matteo.salgarello@sacrocuore.it

# Insufficienza renale, a Vicenza uno dei centri più moderni per la cura dei reni

*Il Prof. Claudio Ronco, Direttore del Dipartimento di Nefrologia dell'Ospedale San Bortolo, ci parla di questa patologia*

L'insufficienza renale è quella condizione in cui i reni non riescono più a svolgere la propria funzione, che consiste nella regolazione dell'equilibrio idrico e salino, nell'eliminazione di acidi e scorie dall'organismo e nella produzione di ormoni come l'eritropoietina. A parlarci di questa patologia, il Prof. **Claudio Ronco**, Direttore della Divisione di Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza. Laureatosi in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Padova, si specializza dapprima in Nefrologia Medica nella stessa università padovana e poi in Nefrologia Pediatrica, all'Università degli Studi di Napoli. Già Professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Nefrologia Medica dell'Università di Padova e di Bologna, attualmente insegna nelle più prestigiose università del mondo fra cui Shanghai, Charlottesville e New York, dove è stato Full Professor of Medicine all'Albert Einstein College of Medicine. Nel 1999 e 2000 è stato Direttore del Laboratorio di Ricerca del Beth Israel Medical Center di New York e nel 2014, 2015 e 2016 la Johns Hopkins University negli USA, lo ha definito il ricercatore numero uno al mondo nell'ambito delle malattie renali e delle terapie extracorporee. È considerato un pioniere dell'emodialisi e dialisi peritoneale, nonché lo scopritore di terapie innovative per i pazienti acuti e per i pazienti affetti da patologie cardio renali. Fra queste, primo al mondo, il **"Carpediem"**, l'apparecchiatura per la dialisi dei neonati che in presenza di gravi patologie acute si dimostra una valida alternativa alla dialisi peritoneale. Le sue ricerche sono famose nel campo della medicina critica per aver proposto un particolare approccio multidisciplinare oggi chiamato nel mondo **"Modello Vicenza"**. Ha fondato l'International Renal Research Institute di Vicenza (IRRV) in collaborazione con l'Associazione Amici del Rene di Vicenza, grazie



Prof. Claudio Ronco

al quale giungono in città medici da tutto il mondo per periodi di perfezionamento e specializzazione. Ha ottenuto numerosi premi scientifici internazionali, fra cui l'American Nephrology Award alla carriera, ha ottenuto la laurea honoris causa all'Università di Patrasso in Scienze Umane e Mediche ed è stato insignito del titolo di Cavaliere di Gran Croce al merito della Repubblica Italiana.

## Prof. Ronco che cos'è l'insufficienza renale? Quando si manifesta e chi colpisce?

Si tratta di una situazione patologica che si viene a creare quando i reni di un individuo cessano o diminuiscono la loro funzione fisiologica. Pertanto, l'insufficienza renale è una vera e propria sindrome a tendenza progressiva con un complesso di sintomi caratteristici. Si manifesta di solito in conseguenza di malattie specifiche dei reni, ossia le nefriti, che sono delle infiammazioni su base spesso sconosciuta, ma anche in presenza di patologie di origine batterica o condizioni come l'ipertensione od il diabete. Gli anziani hanno una maggiore probabilità di soffrire di insufficienza renale, ma di fatto questa patologia può colpire tutte le età.

## Come si guarisce?

Esistono due tipi di insufficienza renale, quella acuta e quella cronica. La prima insorge improvvisamente ed è suscettibile di guarigione, se riconosciuta e trattata adeguatamente. La seconda invece, i cui sintomi si manifestano a volte solo tardivamente quando la malattia è già avanzata, ha effetti irreversibili. In linea generale, si può rallentare l'evoluzione di questa condizione ma, se essa giunge al suo stadio più avanzato, è necessario ricorrere alla dialisi o, se possibile, al trapianto di rene. La dialisi, che consiste nel filtrare dal sangue acqua e sostanze di scarto del metabolismo, può essere di due tipi: extracorporea (emodialisi) ed intracorporea (peritoneale). La prima

comporta il passaggio del sangue del paziente attraverso un sistema chiamato rene artificiale, che lo ripulisce nell'apposito filtro e lo restituisce al paziente, purificato. La maggior parte dei pazienti necessita di tre sedute a settimana. Nella seconda invece, che può essere fatta anche a casa, la soluzione dializzante viene introdotta all'interno della cavità peritoneale grazie ad un catetere, in questo modo, si verifica uno scambio di soluti tra il sangue che percorre i capillari del peritoneo ed il liquido di dialisi contenuto nella cavità peritoneale. Trascorso un determinato periodo di tempo (circa 4-6 ore), il liquido che si è caricato di scorie, viene rimosso dalla cavità addominale. Nei casi più gravi si ricorre al trapianto di rene, che può essere prelevato da un donatore cadavere o da uno vivente. I pazienti trapiantati, con un'adeguata terapia farmacologica antirigetto, possono condurre una vita normale.

## Come si sta muovendo la medicina in questo ambito?

Attualmente stiamo studiando nuovi farmaci e nuove tecnologie. In Italia in questo settore siamo all'avanguardia grazie ad un particolare polo industriale che è quello di Mirandola (MO), dove vengono sviluppate molte delle tecnologie utilizzate nel mondo. Un esempio può essere offerto dall'apparecchiatura miniaturizzata per i bambini neonati "Carpediem", nata dalla collaborazione dell'International Renal Research Institute of Vicenza (IRRV), Medica e Bellco part of Medtronic. C'è anche un libro che ho scritto su questo, e può valer la pena di leggerlo per capire quanto forte sia l'Italia in questo settore.

### Prof. Claudio Ronco

Dipartimento di Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale  
Ospedale San Bortolo  
V.le F. Rodolfi, 37  
36100 Vicenza  
Segreteria 0444 753650  
Fax 0444 753973

# La chirurgia della disfunzione erettile, la protesi di pene

*Il Dott. Marco Cosentino ci parla anche della vasectomia come metodo contraccettivo maschile*

La disfunzione erettile è l'incapacità di avere e/o mantenere un'erezione soddisfacente, pur in presenza di un buon desiderio sessuale. Problema abbastanza diffuso tra gli uomini di qualsiasi età, pur con differenti cause, la disfunzione erettile può dipendere da particolari condizioni fisiche (diabete, problemi vascolari, la prostatectomia radicale per tumore di prostata, etc); l'assunzione di determinati medicinali (anti-ipertensivi, antidepressivi, farmaci citotossici, etc); problemi di natura psicologica (depressione, ansia, etc) ed altre cause ancora (abuso di alcol, uso di droghe, tabagismo, etc). A parlarci di questa problematica, il Dott. **Marco Cosentino**, Urologo ed Andrologo. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia a Catania, prosegue gli studi universitari a Padova dove ottiene la specializzazione in Urologia. Al termine riceve un'offerta di lavoro altamente formativa in uno dei centri più rinomati del mondo, a Barcellona, in Catalonia, dove lavora come strutturato per ben 7 anni. Visti i titoli ed i risultati ottenuti, gli viene offerto di restare, studiando una branca dell'Urologia ad altissimo livello, ottenendo così una seconda specializzazione in Andrologia (Centro accreditato dalla European Academy of Andrology), risultando il primo italiano, in più di 75 anni di storia del centro, ad ottenere tale titolo.

## **Dott. Cosentino, ci parli della disfunzione erettile severa. Esiste una soluzione?**

La disfunzione erettile rappresenta un problema più comune dell'immaginato, di cui spesso non si parla anche solo per vergogna. Purtroppo, tanto in Veneto quanto in Lombardia, così come in altre regioni italiane, manca una figura professionale che si occupi squisitamente di questi aspetti della medicina. La soluzione definitiva per tutte quelle persone che, in seguito all'intervento di prostatectomia o per le patologie metaboliche, vascolari o psicologiche associate (diabete, ipertensione, vasculopatie, etc.), soffrono questo disagio è la protesi di pene. Si tratta di un dispositivo medico indicato per il trattamento della disfunzione erettile severa, che è definita come l'incapacità od impossibilità ad ottenere o mantenere un'erezione tale da consentire un rapporto sessuale soddisfacente. Ci sono due grandi famiglie di protesi: la malleabile o semi rigida e l'idraulica o tri-componente. Sono completamente diverse tra loro ma sortiscono



Dott. Marco Cosentino

lo stesso effetto: ridare rigidità ad un pene che l'aveva persa. La malleabile consiste in 2 cilindri "perennemente rigidi" e comporta avere un pene sempre eretto; l'idraulica, invece, consente di avere un pene in stato flaccido od eretto attivando una piccola pompa situata tra i testicoli invisibile ad occhio nudo. Ogni protesi ha le sue indicazioni e controindicazioni ed è il medico che deve consigliare la migliore per quel paziente.

## **In cosa consiste l'intervento?**

In generale l'intervento implica una degenza di una notte presso la struttura; per la protesi idraulica si esegue un'unica incisione di circa 3-4 cm lungo la linea che attraversa lo scroto, mentre per la malleabile si eseguono due piccole incisioni di 1,5 cm circa ai lati del pene. Una tecnica innovativa che sto introducendo in Italia (e che al momento nessuno esegue) consiste nell'impianto della protesi malleabile ambulatoriale ed in anestesia locale: il paziente accede alla clinica, viene operato e dopo un'ora dall'intervento viene dimesso con la protesi impiantata. Privacy ed anonimato vengono rispettati al massimo, è più economico rispetto all'intervento con degenza e con meno rischi legati al tipo di anestesia. Sensibilità, orgasmo, piacere ed eiaculazione non cambiano dopo l'intervento, l'ultima solo nelle persone sottoposte a prostatectomia. Prima di sottoporre una persona a questa chirurgia bisogna conoscere alla perfezione la sua storia personale, il suo problema ed il/la partner. Il grado di soddisfazione post intervento è del 97% e questo vuol dire che si è risolto il problema di quella persona e che è stato indicato l'intervento corretto.

## **Esiste la contraccezione maschile?**

L'anticoncezionale maschile esiste almeno dal 1800, solo che in Italia non si parla a riguardo e l'argomento è assolutamente tabù: faccio riferimento alla vasectomia. Questa rappresenta il procedimento chirurgico più frequentemente eseguito dagli urologi negli Stati Uniti ed è più semplice, rapido, sicuro, economico, meno invasivo ma efficace come tecnica anticoncezionale rispetto a qualsiasi altro procedimento proposto alla donna. Consiste nel sezionare una parte del condotto che permette agli spermatozoi di fuoriuscire dai testicoli. Io lo eseguo ambulatorialmente, in anestesia locale e senza bisturi, attraverso un'unica apertura di circa 6-8 mm sulla linea che attraversa lo scroto (la sacca che contiene i testicoli) e tardo dai 6 ai 10 minuti. Gli effetti collaterali sono assolutamente trascurabili e gestibili con anti-infiammatori orali per 2-3 giorni ed altre misure locali. Non modifica l'orgasmo, l'eiaculazione, il piacere, la quantità di liquido emesso (gli spermatozoi incidono nel 4-5% del liquido totale eiaculato) od altro, il cambio è unicamente microscopico: l'uomo eiaculerà seme privo di spermatozoi. Approfitto per sfatare un mito riguardo la vasectomia, cioè che sia un intervento "irreversibile": era già reversibile alla fine del 1800 e con l'avvento della microchirurgia negli anni '80 i risultati in termini di reversibilità sono arrivati all'80-90% circa (in mani esperte). Qualora si abbia la sfortuna di cadere nel 10-20% della possibilità di insuccesso, esistono le tecniche di riproduzione assistita che permettono di bypassare il problema con una semplice biopsia testicolare, ed io sono l'andrologo di riferimento di due dei più seri centri di riproduzione assistita spagnoli con quasi 30 anni di esperienza nel settore. Più informazioni ed i video degli interventi sul mio sito [www.marcocosentino.com/it](http://www.marcocosentino.com/it).

## **Marco Cosentino**

Centro Medico Polispecialistico  
Sempione  
Via F. Melzi d'Eril, 26  
20154 Milano  
Segreteria 02 3313059  
Villa Maria  
Via delle Melette, 20  
35138 Padova  
Segreteria 049 8711144  
[www.marcocosentino.com/it](http://www.marcocosentino.com/it)



# Malformazioni congenite della mano, ecco come intervenire

*Il Prof. Pajardi, Direttore dell'U.O.C. di Chirurgia della mano dell'Ospedale San Giuseppe di Milano, ci parla di queste patologie*

**U**n bambino su 1.500 nasce con malformazioni congenite alle mani, spesso gravi. Un importante deficit funzionale che si riflette sullo sviluppo psico-motorio, sul comportamento e sulla vita di relazione di chi ne è affetto. In questi casi, la chirurgia rappresenta

l'unico trattamento in grado di ottenere ottimi risultati e permettere l'utilizzo della mano. A parlarcene, il Prof. **Giorgio Pajardi**, Direttore dell'U.O.C. di Chirurgia della mano dell'Ospedale San Giuseppe - Università degli Studi di Milano. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Milano, si è specializzato dapprima in Chirurgia

Plastica alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica Ricostruttiva della stessa università milanese e poi in Ortopedia e Traumatologia, con indirizzo Chirurgia della mano e Microchirurgia Ortopedica, alla Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Brescia. Ha conseguito la specialità europea all'UEMS European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, a Bruxelles. È socio ordinario della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, della Società Italiana di Chirurgia della Mano, della Società Francese di Chirurgia della Mano, della International Federation of Hand Surgery Societies, della European Federation of Hand Surgery Societies, della Società Italiana di Microchirurgia e della Società Lombarda di Chirurgia Plastica. È inoltre ideatore, socio fondatore, presidente e rappresentante legale del "Centro studi mano", associazione culturale no profit il cui fine statutario è lo studio, la ricerca e l'insegnamento delle tecniche chirurgiche e riabilitative nel trattamento delle patologie della mano. Ha fondato nel

2004 la Società Italiana Infermieri Mano di cui è attualmente Presidente, e nel 2007 l'Associazione "La mano del bambino".

## Prof. Pajardi, come bisogna intervenire se un bambino nasce con una malformazione alla mano?



Prof. Giorgio Pajardi

La mano rappresenta un elemento indispensabile per la vita, garantendo, grazie alla funzione di pinza e di presa, supportata dalla presenza di un pollice opponibile, l'autonomia dell'individuo. Le malformazioni della mano, sono molteplici e di differente gravità. Fra le più comuni sono l'unione di due o più dita (sindattilia),

la presenza di dita soprannumerarie (polidattilia), l'assenza di una o più dita (agenesia), la deformazione in posizione piegata delle dita (camptodattilia), la deviazione laterale delle dita (clinodattilia), la presenza di dita più corte del normale (brachidattilia). Dal momento che queste condizioni cliniche patologiche rappresentano un deficit funzionale, influenzando anche sullo sviluppo psicofisico del bambino e sulla sua vita di relazione, è importante fare diagnosi alla nascita ed intervenire sulla patologia malformativa il più precocemente possibile, ossia dai 10 ai 18 mesi, l'età in cui il cervello prende conoscenza delle funzioni della mano ed impara ad utilizzarla. La cura delle malformazioni prevede spesso uno o più interventi chirurgici associati ad un trattamento riabilitativo, spesso accompagnato dall'utilizzo di tutori. Ancora più importante è la corretta informazione ed il corretto indirizzo delle famiglie verso centri specializzati che si occupano a tempo pieno di chirurgia della mano pediatrica. Per questo nel 2007 ho fondato l'Associazione culturale

non a fini di lucro, "La mano del bambino", con lo scopo di fornire consulenza, assistenza e cure ai piccoli pazienti ed alle loro famiglie, attraverso il lavoro di un'équipe polispecialistica che includa tutte le figure professionali necessarie nella presa in carico di un bambino con una patologia congenita o traumatica della mano e/o dell'arto superiore.

## Ci parli del morbo di Dupuytren

Si tratta di una patologia cronica, progressiva, dovuta ad ispessimento e retrazione dell'aponeurosi palmare, che determina una flessione permanente, progressiva ed irriducibile di una o più dita della mano e conseguente rigidità articolare. Questa malattia, che si manifesta intorno ai 40-50 anni, anche se ci sono forme rare infantili o giovanili, è causata da una predisposizione ereditaria. In genere inizia sul palmo della mano con un piccolo nodulo o più noduli che possono essere sentiti alla palpazione. La fase successiva è lo sviluppo di cordoni. Nella maggior parte dei casi la malattia insorge sul quarto o sul quinto dito, ma i noduli possono anche apparire in tutto il palmo. La scelta terapeutica per il morbo di Dupuytren è ampia: esistono, infatti, procedure chirurgiche più o meno invasive e non-chirurgiche, di recente scoperta, come le iniezioni di collagenasi. Questa sostanza, è in grado, con delle microiniezioni localizzate a livello del cordone, di scioglierlo permettendo la completa estensione delle dita.



### Prof. Giorgio Pajardi

U.O.C. di Chirurgia e Riabilitazione della mano  
Ospedale San Giuseppe MultiMedica  
Università degli Studi di Milano  
Via San Vittore, 12  
20123 Milano  
Segreteria 02 85994805 - 366 6816849  
segreteria.prof pajardi@multimedica.it

# Omega 3 importanti per contrastare i trigliceridi alti e ridurre il rischio di eventi cardiovascolari

*A parlarcene, il Prof. Gianfranco Parati, Docente di Cardiologia all'Università Milano-Bicocca e Direttore dell'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale S. Luca di Milano*

**T**rigliceridi alti nel sangue costituiscono una condizione medica nota come ipertrigliceridemia, che comporta un aumento del rischio di eventi cardiovascolari. È quindi importante tenere sotto controllo l'aumento dei trigliceridi. Ce ne parla, il Prof. **Gianfranco Parati**, Direttore dell'U.O. di Cardiologia e del Dipartimento di Scienze Mediche e Riabilitative ad indirizzo Cardio-Neuro-Metabolico dell'Ospedale S. Luca di Milano, Professore Ordinario di Medicina Cardiovascolare e Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, dell'Università di Milano-Bicocca. È Presidente della Società Italiana Ipertensione e membro del Consiglio della Società Europea di Cardiologia.

## Perché è importante considerare l'aumento dei trigliceridi?

Un aumento dei trigliceridi si ha quando il valore a digiuno supera 150 mg/dl e questo può essere o su base genetica oppure di origine secondaria, dovuto ad un eccesso di calorie, di zuccheri, di alcool, di grassi vari nella alimentazione, che vengono trasformati in trigliceridi dal fegato. Diverse condizioni possono favorirne l'aumento, quali il sovrappeso, l'inattività fisica, il fumo, il diabete, una tiroide mal funzionante, ma anche le malattie renali croniche. Un aumento dei trigliceridi può anche essere associato all'uso di farmaci quali i corticosteroidi, i betabloccanti, o gli estrogeni per via orale. È importante controllare il loro aumento nel plasma perché implica un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, soprattutto in pazienti che soffrono di diabete.

## Se l'aumento dei trigliceridi è un fattore di rischio, come tenerli sotto controllo?

Innanzitutto occorre migliorare lo stile di vita, quindi seguire una giusta dieta, evitare alcool e fumo, i grassi saturi, l'eccesso di carboidrati ed ovviamente praticare un'attività fisica regolare, perché ribilancia il metabo-

lismo ed aiuta a consumare carboidrati e grassi in eccesso. Se ciò non bastasse, occorre associare una terapia basata sull'utilizzo di fibrati, acido nicotinic od Omega 3. I fibrati e l'acido nicotinic sono farmaci classici, con indicazioni ben definite. Poi abbiamo gli Omega 3, detti anche "olio di pesce", che contengono acidi grassi polinsaturi. Si possono assumere in piccola parte mangiando pesce, altrimenti come supplemento, e per ridurre livelli elevati di trigliceridi occorre una dose di almeno 3/4 grammi al giorno. Gli Omega 3 agiscono a vari livelli: riducono la sintesi di proteine che trasportano i trigliceridi e attivano alcuni recettori che ne riducono la produzione, favoriscono la loro eliminazione nel sangue e possono aumentare il colesterolo buono e ridurre quello cattivo. Soprattutto riducono la produzione di chilomicroni, particelle composte da trigliceridi legati ad alcune proteine di trasporto che, circolando nel sangue, vanno a depositarsi in diversi organi favorendo lesioni aterosclerotiche.

## Possiamo parlare di effetto cardioprotettivo degli Omega 3?

### Se sì, in quali pazienti?

È da anni che se ne parla dopo uno studio italiano che ha dimostrato un loro effetto cardioprotettivo, con riduzione della mortalità per infarto nei pazienti che assumevano questi farmaci. Un'ipotesi è che gli Omega 3 possano avere un effetto di stabilizzazione della membrana delle cellule cardiache, riducendo la loro eccitabilità e di conseguenza le aritmie maligne. Questo porterebbe ad una riduzione della morte improvvisa legata a questa instabilità. Un documento dell'American Heart Association pubblicato quest'anno ha fatto il punto



Prof. Gianfranco Parati

sugli Omega 3 dal punto di vista della cardioprotezione. Se un paziente che ha avuto un infarto assume con regolarità gli Omega 3, in effetti si nota una riduzione di quasi il 10% del rischio di mortalità cardiovascolare ed in particolare di morte improvvisa. Questo è stato osservato utilizzando la dose di solo 1 g al giorno, insufficiente a ridurre i trigliceridi ma in grado di ottenere stabi-

lizzazione elettrica cardiaca e riduzione delle aritmie. Al momento esistono due indicazioni, supportate da evidenze scientifiche, per un uso a scopo cardioprotettivo degli Omega 3. Si tratta dei pazienti che hanno una cardiopatia ischemica, in particolare dopo un infarto, e dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca, che insieme rappresentano una consistente frazione dei pazienti cardiopatici. Quindi possiamo concludere per l'esistenza di evidenze scientifiche consolidate sia a favore dell'uso di Omega 3 alla dose di 3-4 g/die per la terapia della ipertrigliceridemia, sia a sostegno del loro uso anche alla dose di 1 g/die, in sottogruppi selezionati di pazienti, per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari, in particolare la riduzione della mortalità cardiovascolare e specificamente della morte improvvisa.

### Prof. Gianfranco Parati

Direttore dell'U.O. di Cardiologia e del Dipartimento di Scienze Mediche e Riabilitative ad indirizzo Cardio-Neuro-Metabolico IRCCS Istituto Auxologico Italiano Ospedale S. Luca Piazza Brescia, 20 - 20149 Milano Segreteria 02 619112890 Fax 02 619112956 gianfranco.parati@unimib.it

# A Varese un'eccellenza nella cura delle leucemie croniche

*A presentarcela, il Prof. Passamonti, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Ematologia dell'ASST Sette Laghi*

L'Unità Operativa Complessa di Ematologia dell'Ospedale di Circolo di Varese, punta sulla combinazione di assistenza al paziente ematologico e ricerca scientifica. A parlarcene, il Prof. **Francesco Passamonti**, Direttore dell'U.O.C. di Ematologia dell'ASST Sette Laghi di Varese. Dal 2015 è anche Professore Associato di Ematologia al Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università degli Studi dell'Insubria. È membro del Consiglio Direttivo della Rete Ematologica Lombarda (REL) e Responsabile della Commissione Neoplasie Mieloproliferative della stessa REL. È anche membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ematologia (SIE). Coordina studi clinici internazionali nelle leucemie croniche e gruppi di studio nazionali ed internazionali nell'ambito dell'attività di ricerca. Lavora in costante contatto e scambio con medici, studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e biologi.

## Prof. Passamonti, com'è strutturata l'Ematologia a Varese?

Quella di Varese è un'Ematologia universitaria facente parte dell'Università degli Studi dell'Insubria ed è collocata all'interno dell'ASST Sette Laghi dell'Ospedale di Circolo. Cura per il 16% pazienti provenienti da fuori provincia e si occupa di malattie ematologiche, come le leucemie, i linfomi, il mieloma, e malattie ematologiche non oncologiche come le anemie e le piastrinopenie. Nata nel 2010, è in continua espansione numerica. La struttura offre camere singole filtrate per la chemioterapia delle leucemie acute, per il trapianto autologo di midollo e camere doppie per la terapia meno intensificata. Ha in attivo 50 progetti di ricerca con terapie personalizzate nei confronti delle leucemie acute, dei linfomi e del mieloma. Ha vinto progetti



Prof. Francesco Passamonti

“**Terapie personalizzate per i malati attraverso lo studio del genoma e scelta della terapia in base alle alterazioni evidenziate**”

di ricerca dell'AIRC 5x1000 e della Fondazione Regionale Ricerca Biomedica (FRRB), che consentono di sviluppare terapie personalizzate per i pazienti, attraverso lo studio del genoma dei malati e della scelta della terapia in base alle alterazioni evidenziate. Il rapporto con il territorio è fondamentale e si basa sul legame con alcune Associazioni come l'AIL (Associazione Italiana Leucemie) della sezione di Varese, che supporta la ricerca in ambito ematologico nella

stessa città, la Fondazione Rusconi di Varese e la Fondazione Matarelli di Milano. Vengono effettuate terapie personalizzate con farmaci inibitori di FLT3 oppure IDH nelle leucemie acute, JAK2 nelle leucemie croniche oppure approcci senza chemioterapia nei linfomi. L'Ematologia di Varese può essere considerata un'eccellenza sia a livello nazionale che internazionale nelle cure delle leucemie croniche, dove coordina studi clinici internazionali, interventistici e di ricerca sulla mielofibrosi, policitemia vera e trombocitemia essenziale. Per queste malattie, l'Ematologia di Varese ha definito modelli prognostici per stratificare la sopravvivenza dei pazienti con queste malattie e per definire quindi la scelta terapeutica più appropriata. L'Ematologia collabora attivamente all'interno della Rete Ematologica Lombarda (REL), di cui è membro attivo e coordina la Commissione Leucemie Croniche.

## Che cos'è la Rete Ematologica Lombarda?

La REL è un ente regionale che ha lo scopo di coordinare non solo l'attività ematologica, ma anche la ricerca in ambito ematologico. La Regione, attraverso la Fondazione Regionale Ricerca Biomedica (FRRB), ha sovvenzionato un importante progetto di ricerca proprio nel 2017 attraverso la REL. Si tratta di un progetto di medicina personalizzata per studio molecolare genomico dei malati e terapia più appropriata per le alterazioni genomiche.

**Prof. Francesco Passamonti**  
U.O.C. di Ematologia  
ASST Sette Laghi  
Ospedale di Circolo di Varese  
V.le L. Borri, 57 - 21100 Varese  
Segreteria 0332 393648  
francesco.passamonti@uninsubria.it



# Combinazione di farmaci per curare il mieloma multiplo

*A parlarci di questo tumore la Dott.ssa Galli, Dirigente medico del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo*

**I**l mieloma multiplo è una neoplasia che colpisce le plasmacellule, una componente molto importante del sistema immunitario. In particolare, le plasmacellule sono il risultato della maturazione dei linfociti B che, assieme ai linfociti T, rappresentano le due principali tipologie cellulari coinvolte nella risposta immunitaria. Il ruolo delle plasmacellule, che si trovano soprattutto nel midollo osseo, è quello di produrre e liberare anticorpi per combattere le infezioni, ma in alcuni casi la loro crescita procede in maniera incontrollata dando origine alla patologia. A parlarci di questa neoplasia, la D.ssa **Monica Galli**, Dirigente medico del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Laureata in Medicina e Chirurgia all'Università di Milano, si è specializzata in Ematologia Clinica e di Laboratorio all'Università di Parma, conseguendo poi un dottorato di ricerca all'Università di Maastricht in Olanda. Dal 2005 al 2012 è stata membro del Comitato Editoriale della rivista "Journal of Thrombosis and Haemostasis", dal 2010 ricopre lo stesso incarico per la rivista "Autoimmunity Highlights". Ha partecipato e partecipa a studi clinici nazionali ed internazionali sul mieloma multiplo, l'anemia in pazienti con linfomi non Hodgkin a grandicellule B e sulla sindrome da anticorpi antifosfolipidi.

## Dott.ssa Galli, cos'è il mieloma multiplo e cosa lo caratterizza rispetto ad altre patologie onco-ematologiche?

Si tratta di una neoplasia piuttosto rara, perché rappresenta circa l'1% di tutti i tipi di tumore ed il 10-15% di quelli ematologici. La malattia è caratterizzata dalla crescita incontrollata delle cellule deputate alla produzione di anticorpi (le plasmacellule), che infiltrano il midollo osseo e rilasciano una proteina anomala facilmente identificabile, nella maggior parte dei casi, con un semplice esame del sangue chiamato elettroforesi proteica. Il mieloma multiplo, a differenza della maggior parte delle altre neoplasie ematologiche, può provocare dolore



D.ssa Monica Galli

intenso, interessando le ossa nell'80% dei pazienti. Queste diventano più fragili e di conseguenza si fratturano più facilmente, mentre le vertebre tendono a schiacciarsi, provocando quindi forte dolore. Ciò che lo differenzia dalle neoplasie non ematologiche è invece il fatto che si tratta di una malattia di tipo sistemico, nel senso che nella maggior parte dei casi riguarda il midollo osseo, mentre i tumori solidi sono generalmente localizzati. Inoltre ha delle modalità di presentazione molto variabili: la più diffusa è quella presente nel midollo osseo, ma esistono situazioni in cui può essere localizzato in una singola sede, od in cui si presenta contemporaneamente come una malattia midollare sistemica e con depositi localizzati di malattia, od addirittura esordire come una leucemia, cioè con la presenza di plasmacellule mielomatose e quindi tumorali, nel sangue. In sostanza, la caratteristica peculiare del mieloma multiplo è quella di comportarsi sia come una malattia sistemica che come una malattia localizzata, ed in alcuni pazienti questi due aspetti coesistono.

## Com'è cambiato oggi l'approccio terapeutico?

Oggi vuol dire di fatto negli ultimi 20 anni, ossia dal 1998, quando venne pubblicato sul "New England Journal of Medicine" il primo studio che certificava l'efficacia della talidomide sui pazienti con la malattia in stadio avanzato e quindi con molte linee di terapia già fat-

te. Da quel momento la terapia per il mieloma multiplo è andata verso una grande rivoluzione. Mentre prima il trattamento era essenzialmente basato sulla chemioterapia, adesso si sono inseriti nel trattamento farmaci di nuova generazione come i farmaci immunomodulatori (quali lenalidomide e pomalidomide), gli inibitori del proteasoma, gli inibitori dell'istone deacetilasi e gli anticorpi monoclonali, che combinati tra loro o con i chemioterapici, sono in grado di assicurare, nella maggior parte dei pazienti, un prolungato controllo di malattia ed una migliore sopravvivenza. Anche se non si può ancora parlare di guarigione dal tumore, casistiche recenti riportano una sopravvivenza media assai superiore ai 5 anni per i pazienti affetti da questa patologia.

## Che ruolo gioca il paziente nella gestione della malattia?

Svolge sicuramente un ruolo fondamentale, nel senso che se vogliamo partire da un livello diagnostico, è grazie al paziente - che ci spiega quali sono i suoi sintomi - che si eseguono i giusti accertamenti. Il ruolo del paziente è ancora più importante durante la fase di gestione del trattamento, perché se questo è efficace, il primo a capirlo è sicuramente il paziente stesso. Il trattamento del mieloma è gravato da una possibile serie di effetti collaterali, alcuni dei quali sono comuni più o meno a tutti i tipi di terapia, altri invece sono specifici per certi farmaci. È quindi fondamentale che il paziente comunichi al proprio medico quali effetti collaterali si presentano, in modo da adeguare la terapia e bilanciarne efficacia e tollerabilità.



## D.ssa Monica Galli

ASST Papa Giovanni XXIII  
Piazza OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1)  
24127 Bergamo  
Segreteria 035 267111  
Fax 035 2674100  
monicagalli@asst-pg23.it

# Psoriasi, al Policlinico San Donato il funzionale Centro Psocare

*A parlarci di questo fiore all'occhiello della Sanità Lombarda,  
il Responsabile Dott. Piergiorgio Malagoli*



Dott. Piergiorgio Malagoli

La psoriasi è una malattia infiammatoria, cronica e non contagiosa, della pelle, che in Italia colpisce circa due milioni di persone. Può insorgere a qualsiasi età, ma solitamente compare per la prima volta tra i 20 e i 30 anni, mentre è rara nei bambini; un secondo picco di incidenza si registra nella fascia di età tra i 50 ed i 60 anni. In genere, una comparsa precoce della psoriasi (prima dei 15 anni) si associa ad una forma più grave. A parlarci di questa malattia, il Dott. **Piergiorgio Malagoli**, Responsabile dell'Unità Operativa di Dermatologia, nonché del Centro Psocare del Policlinico San Donato di Milano. Laureatosi in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Pavia, si è specializzato in Dermatologia e Venerologia, nella stessa università. È stato Responsabile dell'ambulatorio di Dermatologia dell'Istituto Clinico San Siro di Milano, fino a giungere nel 2006 al San Donato.

## Dott. Malagoli, ci parli della psoriasi. Quali sono le cause?

Si tratta di una malattia della pelle, che si presenta sotto forma di chiazze e plac-

che rosse, ricoperte da squame biancastre, localizzate soprattutto nelle ginocchia, nella regione sacrale, nei gomiti, nelle mani, nei piedi e nel cuoio capelluto. Esistono 5 varianti cliniche di psoriasi: la più frequente che è la psoriasi volgare od a placche, la psoriasi guttata, la psoriasi inversa, la psoriasi eritrodermia e la psoriasi pustolosa. La psoriasi è una patologia a causa multifattoriale, alla quale concorrono fattori genetici (questa malattia è a predisposizione genetica familiare, i parenti di primo grado di soggetti con psoriasi infatti, hanno un rischio 10 volte superiore di svilupparla) e fattori ambientali (psicogeni ed emotivi, fisici, farmaci, infettivi). La psoriasi è anche favorita da stili di vita come fumo, alcool, obesità, stress, alimentazione scorretta.

## Come affrontate questa malattia nel Centro Psocare? Quali sono le novità in campo farmacologico?

Il Centro Psocare, fiore all'occhiello del San Donato, è nato per la cura ad alta specializzazione della psoriasi, offrendo attività diagnostica e terapeutica ai pazienti

affetti da questa malattia, sia di grado moderato che grave. Possiamo definirlo centro Hub in Italia, non solo per il numero di pazienti trattati, ma anche per la qualità dei servizi che offriamo e per l'attività di ricerca che effettuiamo. I farmaci che usiamo sono biologici e garantiscono una guarigione dalla psoriasi pressoché completa, cosa impensabile fino a 15-20 anni fa. Frutto della biotecnologia molecolare, questi farmaci agiscono su target molto precisi. Intervendo in modo selettivo, permettono al paziente di ottenere una soluzione alla sua malattia rapida ed efficace, sostanzialmente priva di effetti collaterali. Questi ultimi infatti, vengono valutati prima, attraverso una serie di esami cui viene sottoposto il paziente, per accertare che sia in grado di ricevere determinate cure. Oggi possiamo dire che i farmaci biologici garantiscono il 90-100% di guarigione nella cura della psoriasi di intensità medio-grave, ossia ad uno stadio che non risponde più a terapie locali con creme e/o lozioni (più indicate quando la malattia è lieve) od a farmaci tradizionali, quali la ciclosporina od il methotrexate. Questi composti hanno il vantaggio di bersagliare solo alcune sostanze (come il TNF ed alcuni tipi di interleuchine, in particolare la 12, 23 e 17) responsabili del processo infiammatorio che dà avvio allo sviluppo delle lesioni cutanee. La straordinarietà del farmaco biologico risiede poi nella possibilità di avere una terapia continuativa e domiciliare. Si tratta infatti di iniezioni che si fanno in pancia o sottocute ed il paziente è libero di somministrarle direttamente a casa.

### Dott. Piergiorgio Malagoli

Policlinico San Donato  
Piazza Edmondo Malan, 2  
20097 San Donato Milanese (MI)  
Centralino 02 527741  
piergiorgio.malagoli@fastwebnet.it

# Tumori della pelle, nei e macchie: come riconoscerli

*La D.ssa Colombo, Dermatologa di Milano, ci spiega come prevenirli e curarli*

I tumori cutanei sono tra i più frequenti tumori nella popolazione. A dimostrarlo il fatto che complessivamente nel 2016 si sono registrati in Italia quasi 180 mila nuovi casi. A parlarne, la D.ssa **Delia Colombo**, Dermatologa di Milano.

## D.ssa Colombo, quali sono i tumori della pelle?

Ci sono vari tipi di tumori cutanei, i più frequenti vengono chiamati **“non melanoma skin cancer”**, cioè tumori non melano-

ma, prevalentemente maligni di cui i più comuni sono il carcinoma basocellulare ed il carcinoma spinocellulare.

Il primo è il tumore maligno più comune, contraibile a tutte l'età, ma prevalentemente in età avanzata. È pericoloso quando si trova in alcuni punti del viso, perché tende ad erodere i tessuti sottostanti ed a distruggere l'osso. In genere non è metastatizzante. Se il tumore dovesse comparire in persone giovani, proba-

bilmente a seguito del fatto che il sistema immunitario non è stato in grado di uccidere le cellule tumorali maligne, diventerebbe un marker di altre patologie tumorali.

Lo spinalioma o carcinoma spinocellulare invece, è più pericoloso perché caratterizzato da notevole capacità metastatizzante. Bisogna intervenire subito ed in alcuni casi è necessario un ciclo di radioterapia o di chemioterapia. Questi due tumori maligni sono dovuti all'esposizione solare soprattutto nelle zone più soggette alla fotoesposizione, come il naso o la fronte. Motivo per il quale risulta necessario prendere il sole con le dovute precauzioni, proteggen-

dosi con creme ed indumenti. Dagli ultimi studi condotti, sembrerebbe che i melanomi, tumori di cellule melanocitarie, nascano direttamente come melanoma, seppur l'aspetto sia molto simile ad un neo.

## Cosa bisogna fare per tenerli sotto controllo?

È necessario sottoporsi almeno una volta all'anno ad una mappatura nevia, cioè ad un controllo di tutti i nei con dermatoscopia computerizzata, in modo da fotogra-

fare e conservare le immagini in dermatoscopia. Consigliamo inoltre al paziente di prestare sempre attenzione ai propri nei dato che lo specialista, durante la mappatura, vede lo stato di fatto dei nei stessi e quindi non l'evoluzione successiva. Le caratteristiche del singolo neo vengono descritte tramite la classificazione ABCDE dove A indica l'asimmetria; B i bordi, che possono essere frastagliati; C il colore, più o meno scuro e

irregolare; D le dimensioni, maggiori sono e maggiore è il rischio; ed infine E l'evoluzione del neo.

## In caso si sviluppino questi tipi di melanomi, come si può intervenire?

Se il dermatologo ritiene che un neo sia sospetto, una parte di esso viene asportato per sottoporlo ad un esame istologico per indagare circa la stadiazione e la profondità. Se la diagnosi è di melanoma, generalmente è necessario un secondo intervento più profondo. Necessario è anche il controllo del linfonodo sentinella per capire se c'è invasione metastatica

dei linfonodi ed eventualmente procedere con la chemioterapia. Attualmente abbiamo a disposizione farmaci, come l'Ipilimumab, che hanno migliorato notevolmente la prognosi dei pazienti. Si tratta di anticorpi monoclonali che agiscono contro alcune particolari strutture della cellula melanocitaria.

Il melanoma risulta essere il tumore più maligno, ma anche il più visibile. Sembra che il sole possa peggiorare, fino al 75%, l'incidenza dei melanomi. L'azione della luce solare risulta comunque un po' controversa. Infatti è necessario ricordare che il sole, aumenta il rilascio di vitamina D, importante per le ossa, ma soprattutto potente antitumorale. Rimane comunque necessario non scottarsi. Si consiglia a tal fine, oltre il classico utilizzo di creme protettive e tutti i presidi esistenti, di seguire l'orario solare ed ottenere un'abbronzatura graduale che è il miglior sistema di prevenzione nei confronti delle alterazioni del DNA causate dal sole.

## Riguardo la prevenzione?

La prevenzione è legata all'attenzione nei confronti dell'esposizione al sole. Inoltre l'utilizzo dei dermatoscopi, che grazie a lenti sui 40/50 X e luce polarizzata particolare, permettono di vedere i primi strati cellulari, migliorando tantissimo la capacità del dermatologo di scoprire eventuali alterazioni maligne. Si consiglia quindi di sottoporsi regolarmente ad un controllo annuale dei nei, preferibilmente da un professionista dermatologo che utilizza la dermatoscopia.



D.ssa Delia Colombo

### D.ssa Delia Colombo

Studio di Dermatologia Clinica ed Estetica

Via Livigno, 6 - 20158 Milano

Centralino 02 6883804

Fax 02 92879923

studio.deliacolombo@gmail.com



# Sepsi: conoscerla per prevenirla e curarla

Ce ne parla la D.ssa Pasero, Dirigente medico alla Rianimazione Cardiochirurgica della S.C. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Molinette di Torino

La sepsi è una sindrome clinica caratterizzata da un'abnorme e disregolata risposta dell'organismo ad un'infezione e che esita in uno o più danni d'organo. Ci parla di questo grave problema sanitario, la D.ssa **Daniela Pasero**, Dirigente medico alla Rianimazione Cardiochirurgica della Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione Universitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. Dopo la laurea conseguita all'Università degli Studi di Pavia, si è specializzata in Anestesia e Rianimazione all'Università degli Studi del Piemonte Orientale. Ha completato parte della sua formazione all'Ospedale St. Thomas di Londra, successivamente all'Ospedale Europeo Georges Pompidou di Parigi, conseguendo un ulteriore diploma universitario all'Université Paris Descartes di Parigi.

## D.ssa Pasero, che cos'è la sepsi e come si contraggono le infezioni?

La sepsi è una sindrome generata da una grave infezione che porta ad una risposta esagerata e disregolata del nostro organismo, che conduce ad una o più insufficienze d'organo. Le infezioni si possono contrarre



D.ssa Daniela Pasero

in comunità od in ospedale. Quelle acquisite in comunità in base allo stato di immunocompetenza del paziente, possono essere più o meno gravi. Possono colpire il polmone e dar luogo ad una polmonite, le vie urinarie od una ferita e successivamente estendersi al sangue. Ci sono poi infezioni che colpiscono i soggetti immunodepressi od i soggetti trapiantati, che possono aggravarsi ed essere colpiti anche da "infezioni opportunistiche", ovvero infezioni che normalmente non colpiscono il soggetto sano.

## C'è un modo per prevenirla?

Sì, le infezioni si possono prevenire sia

con un buon uso degli antibiotici, sia, soprattutto per i soggetti più deboli, rispettando il calendario delle vaccinazioni perché vaccinarsi protegge dalla diffusione di eventuali infezioni.

## È possibile guarire dalla sepsi?

Sì se tempestivi nel riconoscere i segnali, che possono essere febbre, uno stato di malessere, stanchezza eccessiva, stato confusionale, frequenza cardiaca elevata e difficoltà nel respiro. La sepsi si può contrarre anche in ospedale in seguito ad un ricovero per un intervento chirurgico complicato o durante il ricovero in terapia intensiva. Quindi può partire da diversi organi e colpire a tutte le età. Ha una incidenza elevata ed è alta la mortalità, soprattutto se evolve in shock settico.

## Le cure sono solo farmacologiche?

No, non solo. Alla tempestiva terapia farmacologica si aggiungono cure di supporto che sono l'idratazione, l'uso di farmaci per la pressione, l'uso di terapie adiuvanti che controllano la risposta infiammatoria del nostro organismo.

## Cosa ci può dire dell'attività del World Sepsis Day?

Dal 2012 il 13 settembre è la giornata designata nel mondo per sensibilizzare la popolazione su questo grave problema sanitario. Siamo partiti in Italia con un piccolo incontro e siamo giunti negli anni ad una serie di eventi in tutta Italia, tra cui dal 2015 a Torino la "Sepsi Run".

## PARLIAMO DI SEPSI

Biotech, da sempre specializzata in immunologia ed ematologia a livello mondiale, ha scelto di promuovere "Parliamo di sepsi" ([parliamodisepsi.it](http://parliamodisepsi.it)), un'iniziativa che, oltre la ricerca, contribuisce alla lotta alla sepsi tramite la condivisione di parole ed esperienze. Il progetto, vuole proseguire il percorso di Medicina Narrativa iniziato nel 2015, con la pubblicazione del libro "Quei giorni senza tempo. Storie di sepsi dalla Terapia Intensiva" (di Isabella Bossi Fedrigotti e Maurizio Cucchi – edito Stampa 2009) promosso per sensibilizzare l'opinione pubblica, le Istituzioni e tutta la comunità scientifica su una patologia responsabile di 60.000 morti all'anno solo in Italia. Oggi, il sito [parliamodisepsi.it](http://parliamodisepsi.it) vuole sostenere i medici e, soprattutto, i loro pazienti, grazie all'acquisizione ed alla pubblicazione di storie ricche di emozioni e d'insegnamenti provenienti da chi combatte od ha combattuto contro questa patologia. Il sito è suddiviso in due sezioni: una riservata ai medici per affiancarli, in ambito terapeutico, attraverso contenuti scientifici riguardo la sepsi ed alcuni dati emersi dalle principali ricerche e dagli studi in atto, una seconda area è pubblica e relazionale. La mission di [parliamodisepsi.it](http://parliamodisepsi.it) è accogliere e presentare storie ispirate a testimonianze vere per dare quel supporto psicologico necessario alla guarigione.

### D.ssa Daniela Pasero

Rianimazione Cardiochirurgica  
S.C. di Anestesia e Rianimazione 1U  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Città della Salute e della Scienza  
Sede Molinette  
C.so Bramante, 88/90  
10126 Torino  
[daniela.pasero@unito.it](mailto:daniela.pasero@unito.it)

# Diagnosi e trattamento delle patologie aortiche

*A fare il punto, il Prof. Maurizio Merlo, Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, dell'Ospedale Molinette di Torino*

L'aorta rappresenta il vaso arterioso principale dell'albero vascolare arterioso. Origina dal cuore, in corrispondenza del piano valvolare, e distribuisce all'intero organismo il sangue pompato dal cuore durante ogni sistole ventricolare sinistra, attraversando, lungo il suo decorso, il torace e l'addome. Diverse sono le patologie che possono colpire l'aorta. A parlarne, il Prof. **Maurizio Merlo**, Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, dell'Ospedale Molinette di Torino. Dopo la laurea a pieni voti all'Università degli Studi di Torino, si è specializzato in Chirurgia Vascolare all'Università di Milano. Ha effettuato interventi di Chirurgia Vascolare in tutti i distretti anatomici (carotidi, aorta toraco-addominale ed addominale, arterie arti inferiori e superiori, varici arti inferiori) praticando per la prima volta in Piemonte, nel 1998, trapianti di segmenti vascolari in caso di infezioni protesiche. Oggi, nella Divisione che dirige, le infezioni protesiche vengono trattate con risultati allineati con la letteratura internazionale, mediante la sostituzione con vene autologhe. Dal 1980 ha eseguito numerosi trapianti renali contribuendo a portare il Centro Trapianti renali di Torino al primo posto in Italia come casistica e come risultati. Attualmente è titolare del corso di insegnamento di Chirurgia Vascolare della Scuola di Specializzazione in Nefrologia e Dialisi dell'Università di Torino.

## Prof. Merlo, qual è la principale patologia dell'aorta?

Senza dubbio quella aneurismatica, che può interessare vari segmenti dell'aorta, ma in special modo quello sottorenale. Qui l'aneurisma si sviluppa con una frequenza del 7-8% nella popolazione sopra i 70 anni. Anche se non si conosce ancora la causa, si pensa ad una predisposizione individuale e nel 15-17% dei casi, c'è familiarità. I più colpiti sono i maschi rispetto alle femmine, anche se le donne devono essere operate prima, perché il rischio di rottura dell'aneurisma è più elevato rispetto agli uomini.



Prof. Maurizio Merlo

## Come si può prevenire? C'è una cura?

La prevenzione, non conoscendo la causa, di fatto non esiste. L'unica vera prevenzione è operare prima che l'aneurisma si rompa. Purtroppo si tratta di una patologia subdola, che non presenta sintomi, pertanto il riscontro è del tutto casuale, generalmente nel momento in cui vengono eseguite delle ecografie per altri motivi. Molte volte il paziente arriva in condizioni molto critiche, con l'aneurisma rotto e di conseguenza con un'emorragia in atto, ed il rischio di morte è del 30-40% dei casi. Il problema però, non è solo il superamento dell'intervento, ma anche il post operatorio, che è molto complicato. In caso di aneurisma possono essere eseguiti due tipi di intervento: la sostituzione dell'aorta addominale oppure la chirurgia endovascolare, ossia l'impianto di endoprotesi all'interno dell'aorta. Nel primo caso si esegue una laparotomia, cioè l'apertura dell'addome, e si sostituisce il tratto aortico dilatato. Nel secondo caso invece, all'interno del tratto aneurismatico, viene impiantata una protesi passando attraverso l'arteria femorale. Il sangue circola quindi attraverso la protesi e l'aneurisma rimane escluso. La differenza tra i due tipi di trattamento consiste nel fatto che, in caso di laparotomia il paziente è completamente guarito, dal momento che è stato sostituito il tratto di aorta dilatato, mentre con l'intervento endovascolare, l'aneurisma rimane e può continuare a crescere, rendendo necessario un secondo

intervento chirurgico. Per stabilire a quale dei due interventi sottoporre il paziente, è necessario valutare le condizioni generali dello stesso e le condizioni morfologiche dell'aneurisma.

## Ci parli delle arteriopatie periferiche

Le arteriopatie periferiche si manifestano con sintomi ben precisi, come la cosiddetta claudicatio intermittens, ossia dolori crampiformi, localizzati, a seconda del livello e dell'estensione delle lesioni arteriose, a carico del polpaccio, della coscia ed eventualmente anche del gluteo. A causa dell'esigenza di fermate "obbligate" dopo determinate percorrenze, nell'attesa che il dolore crampiforme si risolva, i pazienti spesso si soffermano dinanzi alle vetrine. Per tale ragione, questo disturbo è anche definito malattia delle vetrine. Il trattamento cambia a seconda del tipo di ostruzione dell'arteria, che può interessare l'aorta od i tratti iliaco-femorale e femoro-popliteo. Quindi a seconda della sede dell'ostruzione, si possono eseguire interventi meno invasivi come le angioplastiche con il posizionamento di stent, o più invasivi come i bypass. Qualunque trattamento però cura solo il danno che la malattia ha provocato e non la malattia in sé, pertanto il paziente deve continuare a curarsi assumendo farmaci e controllando i fattori di rischio.

## Qual è il consiglio che può dare?

Quello di eseguire sempre un esame delle carotidi del paziente, sia nel caso di aneurisma che di malattie arteriosclerotiche.

### Prof. Maurizio Merlo

S.C. di Chirurgia Vascolare  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Città della Salute e della Scienza  
Sede Molinette  
C.so Bramante, 88/90 - 10126 Torino  
Segreteria 011 6334434/5254  
Fax 011 6335974  
mmerlo@cittadellasalute.to.it

## Malattie respiratorie, fondamentale l'aiuto di Boehringer Ingelheim



■ **Boehringer Ingelheim** è una delle principali aziende farmaceutiche a livello mondiale nel trattamento delle malattie respiratorie. È stato dimostrato che le malattie respiratorie come la BPCO o l'asma sono spesso associate nel paziente ad una risposta immunitaria anomala. Per questo l'azienda farmaceutica ha abbinato la propria competenza ed i successi nelle malattie respiratorie con la sua competenza in campo immunologico. All'interno di questo reparto di ricerca, di recente istituzione, più di 200 scienziati lavorano per scoprire nuovi farmaci che integrino l'eccellenza



nella ricerca Immunologica e nelle Malattie dell'Apparato Respiratorio. Le patologie su cui Boehringer Ingelheim si focalizza sono: Malattia di Crohn e Colite ulcerosa, Lupus eritematoso sistemico e Nefrite lupica, Artrite reumatoide, Sclerodermia, BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), Asma, Fibrosi polmonare, Fibrosi cistica e Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS).

## Medtronic sbarca nel distretto biomedicale di Mirandola

■ La multinazionale **Medtronic**, leader nel settore dei prodotti tecnologici medico-terapeutici e biomedicali d'avanguardia, continua ad investire in Italia, acquisendo la Covidien,

americana, di organizzare una nuova divisione, la Renal Care Solutions. La Bellco infatti, offre trattamenti avanzati di purificazione del sangue, ed ha creato terapie e sistemi per il tratta-

mento dell'insufficienza renale, delle disfunzioni multiorgano, della sepsi, e possiede una linea completa di dializzatori, compresi quelli per



bambini in età neonatale affetti da insufficienza renale grave. Medtronic nel mondo è presente in 155 Paesi, con 460 sedi operative, 80 siti produttivi e 50 centri di ricerca ed innovazione. Un altro settore dove Medtronic sta rafforzando il suo impegno, sono gli strumenti per la chirurgia bariatrica, che riduce l'obesità.

Un altro settore dove Medtronic sta rafforzando il suo impegno, sono gli strumenti per la chirurgia bariatrica, che riduce l'obesità.



## ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE: PERCHÉ SI CONTINUA A PARLARE SOLO DI PERDITA DI PESO?

*Per capire davvero le potenzialità della Scienza della Nutrizione, occorre andare oltre la vecchia e superata concezione della dieta come semplice cura dimagrante.*

La parola "dieta" ha un significato speciale: prendersi cura di sé. Eppure, la consulenza nutrizionale è spesso considerata solo uno strumento per perdere peso. In realtà, l'intervento del nutrizionista clinico, condotto anche con il supporto di altri professionisti, ha obiettivi molto più ampi. La dieta è un potente strumento di prevenzione e benessere, sin dal concepimento. Un percorso alimentare personalizzato offre un supporto efficace nel trattamento di malattie sempre più diffuse (reflusso ga-

stroesofageo, stipsi, malattie infiammatorie intestinali, steatosi epatica) e potenzialmente molto gravi (tumori, malattie autoimmuni), ma consente anche di affrontare al meglio le attività (lavoro, sport), gli eventi speciali (gravidanza) ed i possibili intoppi (interventi chirurgici, riabilitazione) legati alla quotidianità. È quindi importante rivolgersi a professionisti qualificati, per sfruttare le opportunità offerte dalla dieta ed evitare i rischi dell'adozione di regimi inappropriati.

**Laboratorio Milano si avvale dell'esperienza, competenza e professionalità del Dott. Andrea D'Ambrosio - Nutrizionista Clinico - contattaci per fissare un consulto.**



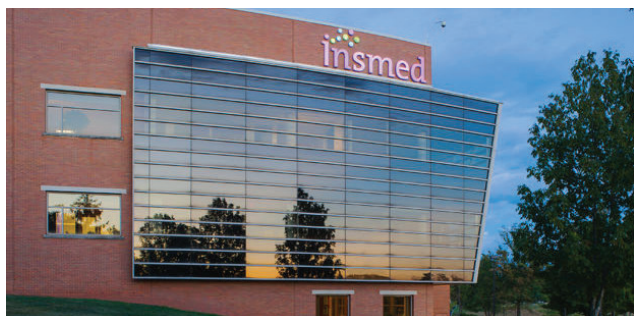
**LABORATORIOMILANO - Centro Medico Polispecialistico - Via Larga, 9 - 20122 Milano**  
 Servizio prenotazioni: 02 87399111 - 112 • [vialarga@laboratoriomilano.it](mailto:vialarga@laboratoriomilano.it) - [www.LaboratorioMilano.it](http://www.LaboratorioMilano.it)



## Micobatteri non tubercolari, arriva la svolta da Insmmed

■ L'infezione polmonare causata da micobatteri non tubercolari (MNT) è una malattia cronica che può essere debilitante e peggiorare in maniera progressiva. Oggi però arriva un'arma in più per tenerla sotto controllo, grazie all'impegno della biotech americana **Insmmed**. Sono positivi infatti i risultati relativi all'outcome primario del trial di Fase 3 CONVERT, sull'impiego di amikacina liposomiale in sospensione inalatoria (LAI) in pazienti adulti affetti da malattia polmonare sostenuta da un micobatterio

non tubercolare refrattario alla terapia consigliata dalle linee guida. Il trattamento con LAI, in aggiunta alla terapia consigliata dalle linee guida, ha portato al soddisfacimento dell'endpoint primario della sieroconversione colturale a 6 mesi, un risultato significativo sia dal punto di vista clinico che statistico. Alla luce di questi risultati, Insmmed ha reso nota l'intenzione di accelerare il processo di approvazione di LAI negli USA, che sarà oggetto di valutazione scientifica da parte della Divisione dei prodotti anti-infettivi.



## Sanitex, azienda leader nel settore ospedaliero

■ La **Sanitex** è un'azienda italiana leader nel settore della distribuzione e commercializzazione in ambito ospedaliero di dispositivi medici, apparecchiature elettromedicali e strumentari chirurgici.

L'azienda fornisce soluzioni integrate, con l'obiettivo di soddisfare le necessità dei professionisti nella prestazione di cure sanitarie ai loro pazienti.

Lavora con clienti sia pubblici che privati, tra cui realtà ospedaliere di rilievo nazionale e cliniche altamente specializzate.

L'azienda, sempre attenta alle esigenze dei pazienti e degli operatori sanitari, ha creato nel 2015 la divisione SWC, dedicata al settore



della Wound Care, con l'obiettivo di fornire ai propri partner un'offerta di prodotti di elevatissimo standard qualitativo, dato il progressivo invecchiamento della popolazione.

La Lesione Cutanea Cronica (LCC) infatti, rappresenta oggi un settore sempre più considerato dai sistemi sanitari nazionali.

## Fibrosi polmonare idiopatica, Roche studia le combinazioni di farmaci

■ Passi in avanti nello studio delle terapie che possono migliorare la vita dei pazienti affetti da Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF). L'IPF è una malattia devastante che causa la cicatrizzazione progressiva dei polmoni, determinando un peggioramento della funzionalità polmonare



primo trattamento in grado di rallentare la progressione di malattia, mentre dal 2016 è disponibile anche un secondo farmaco, il nintedanib, anch'esso in grado di rallentarne la progressione.

Oggi arriva un'altra svolta, presentata al congresso dell'ERS (European Respi-

ratory Society), che si è tenuto a Milano dal 9 al 13 settembre.

**Roche** ha infatti annunciato, gli ottimi risultati ottenuti da uno studio di sei mesi condotto con pirfenidone in combinazione con nintedanib.

I dati registrati, evidenziano un profilo di sicurezza

simile tra il trattamento di associazione e quello previsto per i singoli trattamenti in monoterapia. La maggior parte dei pazienti inclusi nello studio, ha tollerato il trattamento di associazione.

Lo studio ha suggerito inoltre che, nell'arco di sei mesi, la variazione della funzionalità polmonare rispetto al basale è risultata minima, mentre i punteggi della qualità di vita non hanno subito alcun peggioramento nei pazienti che hanno portato a termine i 6 mesi del trattamento di associazione.

I risultati avvalorano il profilo di efficacia noto di pirfenidone e suggeriscono parametri stabili nel corso del tempo nei pazienti che portano a termine i 6 mesi del trattamento di associazione.



e rendendo difficoltosa la respirazione. Se fino a poco tempo fa l'unica soluzione a questa malattia era il trapianto di polmoni, dal 2013 è regolarmente in commercio il pirfenidone,



# FARMACI GENERICI: UNA *scelta* CHE FA BENE A TUTTI

**Un farmaco più economico libera fondi per la ricerca e per la collettività.**

Dal 1996 abbiamo scelto di specializzarci nel settore dei farmaci generici perché crediamo che i farmaci generici abbiano un valore sociale. Abbiamo scelto di produrre farmaci di alta qualità a prezzi contenuti che permettono di liberare risorse economiche da reinvestire a vantaggio della collettività.

**Abbiamo scelto di essere generici perché vogliamo essere speciali.**



**GENERICI PER *SCELTA***

[www.docgenerici.it](http://www.docgenerici.it) | [facebook.com/docgenerici](https://facebook.com/docgenerici)

