

®



Numero 58 – Luglio 2026

Questo Magazine è stato realizzato da CS Communication Srl.

Sanità & Benessere

efocus

IN APERTURA

«Nel campo della Sanità, intesa a 360°, le donne rappresentano circa il 70% della forza lavoro complessiva del comparto, ma le percentuali crollano drammaticamente quando si guarda alle posizioni apicali. Oggi le donne occupano soltanto il 23,6% dei ruoli di Direttore Generale nelle aziende sanitarie pubbliche e appena il 22,9% degli incarichi di struttura complessa, i cosiddetti primariati. Nel personale sanitario non medico, l'accesso alla dirigenza apicale si attesta a cifre ancora più irrisorie».

Dr.ssa Patrizia Ravaioli

Presidente Associazione Donne Leader in Sanità

ONCOLOGIA

IL FUTURO DELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA: LA TECNOLOGIA SERVE I PAZIENTI, NON SOSTITUISCE I MEDICI

LONGEVITY

LONGEVITÀ E BENESSERE SISTEMICO: PERCHÉ LA SALUTE DEL FUTURO PASSA PER L'EQUILIBRIO INTESTINALE

UROLOGIA

LA RIVOLUZIONE DEL LASER IN UROLOGIA: INTERVENTI IN GIORNATA E SUPPORTO DELL'AI



www.sanitaebenessere.it - www.cscommunication.it

CScommunication
editorial media innovation

SOMMARIO

SPECIALE

ONCOLOGIA

DR.SSA GAYA SPOLVERATO

ANDROLOGIA

DR. MARCO COSENTINO

UROLOGIA

DR. GIOVANNI FERRARI

LONGEVITY

DR.SSA VERONICA SCISCIONE

FOCUS

ANDROLOGIA

DR. MARCO COSENTINO

GASTROENTEROLOGIA

PROF. GIOVANNI BARBARA

ONCOLOGIA

DR.SSA ELENA ROSA FUMAGALLI

PROF. FRANCESCO DI RAIMONDO

DR.SSA ANTONELLA ROMANINI

PARLIAMO DI

DERMATOLOGIA

DR.SSA MANUELA MARTINA

CHIRURGIA

DR. EMANUELE GATTA

PROF. RODOLFO MASTROPASQUA

Le ECCELLENZE passano da noi

CS COMMUNICATION Srl
Corso Italia 22, 20122 Milano
CEO & Founder, Direttore Editoriale

Stefano Cucchiari

Comitato Medico Scientifico
Prof. Camillo Ricordi, MD, FNAI

Professor of Surgery and Chief, Division of Cellular Transplantation, Distinguished Professor of Medicine, Professor of Biomedical Engineering, Microbiology and Immunology, Director, Cell Transplant Center and Director Emeritus, Diabetes Research Institute, University of Miami Miller School of Medicine Fellow, National Academy of Inventors, USA

Prof. Matteo Bassetti, MD PhD
Direttore Clinica Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino - IRCCS, Genova - Presidente Società Italiana di Terapia Antinfettiva (SITA) - Chair, ESCMID Critically Ill Patients Study Group (ESGCIIP)

Prof. Paolo Marchetti

Direttore scientifico IDI
Professore Ordinario di Oncologia Medica Università di Roma La Sapienza

Head of Health Projects

Rosario Artesi
Monica di Paola
Marco Moreschi
Romina Caffi
Paolo Casati
Dania Lucchetti

Public Relation Officer

Stefano Veronesi

Customer Care & Executive Assistant

Barbara Cirrito

Legal Office

Avv. Michela Degiovanni

Social Media Manager

Giulia Cucchiari

Journalist Health & Care

Chiara Maranghi
Mario Catalano

redazione@cscommunicationsrl.it

Stampa

Mediagraf SpA
www.mediagrafspa.it
www.printbee.it

Grafic design - Blackout Creativity On - Ltd London

Be bold and inspired - Turn on!
blackoutcreativityon.co.uk

Quando si parla di leadership in senso moderno si intende la capacità di influenzare e quindi di aiutare gli altri, a far meglio il proprio lavoro e raggiungere uno scopo comune all'organizzazione o alla società nella quale siamo inseriti. Nel campo della Sanità, intesa a 360°, le donne rappresentano circa il 70% della forza lavoro complessiva del comparto, ma le percentuali crollano drammaticamente quando si guarda alle posizioni apicali. Oggi le donne occupano soltanto il 23,6% dei ruoli di Direttore Generale nelle aziende sanitarie pubbliche e appena il 22,9% degli incarichi di struttura complessa, i cosiddetti primariati. Nel personale sanitario non medico, l'accesso alla dirigenza apicale si attesta a cifre ancora più irrisorie.

Questi sono i dati, inequivocabili, che emergono nel Rapporto annuale del nostro Osservatorio sull'Equità di genere della leadership in sanità, realizzato dall'Associazione LEADS (Donne Leader in Sanità) in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, nato proprio con lo scopo di creare un focus su questo tema attraverso un osservatorio permanente dei dati in questo settore.

L'Associazione stessa è nata per contribuire a ridurre questo divario, attraverso i suoi molteplici progetti che vanno dal Premio annuale allo studi dell'impatto dell'Intelligenza artificiale sulla leadership femminile in sanità, passando attraverso il mentoring e la divulgazione con i leads talks, vuole favorire quindi tavoli di lavoro e collaborazioni per lo sviluppo di iniziative concrete per aziende del settore e istituzioni, identificando best practices e formulando proposte per i policy makers, con l'obiettivo di garantire maggiore accesso alle posizioni apicali per il genere meno rappresentato.

Questo profondo divario non rappresenta soltanto una questione di giustizia sociale o di percentuali da bilanciare per un equilibrio formale:



Di Patrizia Ravaoli*

Le cause che sottostanno a questa situazione sono strutturali e stratificate nel tempo. Modelli organizzativi rigidi, dinamiche di cooptazione storicamente maschili e nondimeno tradizioni culturali in cui le donne hanno delle responsabilità familiari che le portano spesso a sacrificare una carriera professionale. Per scardinare queste barriere invisibili ma resistenti, dobbiamo agire con urgenza su tre leve strategiche: la trasparenza assoluta dei processi selettivi, la formazione mirata allo sviluppo delle competenze manageriali e l'introduzione delle nuove tecnologie e dell'intelligenza artificiale come straordinari abilitatori di flessibilità e conciliazione dei tempi di vita.

Con il nostro Manifesto, consegnato anche al Presidente della Repubblica, e attraverso tutte le iniziative concrete messe a terra facciamo in modo che LEADS agisca come strumento di advocacy per influenzare le politiche pubbliche. L'equità di genere deve diventare sempre più un indicatore chiave delle performance aziendali, un obiettivo economico concreto, misurabile e vincolante.



*Direttrice Generale Formez PA, Sub - Commissaria L. Ente strumentale alla Croce Rossa Italiana, Presidente Associazione Donne Leader in Sanità, Consigliere d'Amministrazione Proger

in Sanità & Benessere efocus
Sanita_benessere_focus
f Sanità & Benessere efocus



Il marchio della gestione forestale responsabile

CScommunication
editorial media innovation

In partnership con:



IL FUTURO DELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA: LA TECNOLOGIA SERVE I PAZIENTI, NON SOSTITUISCE I MEDICI

Quando si parla di chirurgia del futuro, l'immaginazione corre subito ai robot che operano da soli o all'intelligenza artificiale che prende decisioni al posto del medico. È una narrazione affascinante, ma lontana dalla realtà.

La vera rivoluzione non è che le macchine sostituiranno i chirurghi. È che consentiranno ai chirurghi di curare meglio i pazienti.

La chirurgia oncologica sta vivendo uno dei periodi di maggiore trasformazione della sua storia. Disponiamo di strumenti che fino a pochi anni fa sembravano fantascienza: piattaforme robotiche sempre più sofisticate, algoritmi capaci di elaborare enormi quantità di dati, immagini tridimensionali che permettono di pianificare l'intervento nei minimi dettagli, tecnologie in grado di guidare il chirurgo durante ogni fase dell'operazione.

Ma la tecnologia, da sola, non cura nessuno.

La cura nasce dall'incontro tra innovazione, esperienza e giudizio clinico. Un algoritmo può suggerire una strategia, ma non può comprendere le aspettative di un paziente, valutare tutte le sfumature di una decisione complessa o assumersi la responsabilità di quella scelta. Questo rimane il compito del medico.

È un cambiamento culturale prima ancora che tecnologico.

Oggi non trattiamo più "un tumore", ma una persona con il suo tumore. Significa costruire un percorso personalizzato, in cui la chirurgia dialoga continuamente con l'oncologia medica, la radiologia, l'anatomia patologica, la genetica e molte altre competenze. Le decisioni più importanti non vengono prese da un singolo professionista, ma da un team multidisciplinare che mette il paziente al centro.

In questo contesto, la chirurgia robotica rappresenta uno straordinario acceleratore di qualità. Non perché il robot sia "più bravo" del chirurgo, ma perché amplifica le capacità del chirurgo: migliora la precisione dei movimenti, offre una visione anatomica eccezionale e, in molti casi, consente interventi meno invasivi e un recupero più rapido.



Prof.ssa Gaya Spolverato

Anche l'intelligenza artificiale entrerà sempre più nella nostra pratica quotidiana. Ci aiuterà a prevedere il rischio di complicanze, a pianificare interventi complessi, a interpretare immagini e dati con una velocità impensabile fino a pochi anni fa. Ma rimarrà uno strumento di supporto. La decisione finale continuerà a essere una responsabilità del medico, che dovrà integrare dati, evidenze scientifiche ed esperienza clinica.

Per questo motivo la sfida più importante non è acquistare nuove tecnologie, ma formare professionisti capaci di utilizzarle in modo appropriato.

Il chirurgo del futuro dovrà essere competente dal punto di vista tecnico, naturalmente, ma anche capace di lavorare in équipe, interpretare grandi quantità di informazioni, comunicare con il paziente e guidare processi sempre più complessi. La formazione dovrà cambiare profondamente, puntando sulla simulazione, sulle fellowship internazionali, sulla collaborazione tra centri e su una valutazione delle competenze che premi davvero il merito.

C'è poi un'altra innovazione di cui si parla ancora troppo poco: la sostenibilità della professione chirurgica.

Non possiamo costruire la chirurgia del

futuro se continuiamo a perdere talenti perché il sistema non riesce a valorizzarli. Dobbiamo creare ambienti di lavoro che consentano ai professionisti di crescere, fare ricerca, insegnare e prendersi cura dei pazienti senza dover scegliere tra eccellenza professionale e vita personale. Questo riguarda donne e uomini allo stesso modo e rappresenta una delle condizioni indispensabili per garantire un servizio sanitario di qualità nei prossimi decenni.

L'innovazione non si misura dal numero di robot presenti in una sala operatoria.

Si misura dalla capacità di offrire cure migliori, più sicure e più accessibili.

La chirurgia del futuro sarà certamente più tecnologica. Ma continuerà ad avere bisogno delle stesse qualità che hanno sempre contraddistinto un grande chirurgo: competenza, responsabilità, capacità di decidere nei momenti difficili e attenzione verso la persona.

Perché la tecnologia può cambiare il modo in cui operiamo.

L'umanità continuerà a definire il modo in cui curiamo.



Contatti:

Prof.ssa Gaya Spolverato

Professoressa Associata di Chirurgia Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG), Direttrice UOC Chirurgia Generale 3 Azienda Ospedale Università di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Tel: 0490990854
Mail: gaya.spolverato@unipd.it

LA RINASCITA DELLA FUNZIONE ERETTILE: L'ECCELLENZA TECNOLOGICA DELLE PROTESI PENIENE

CON UN TASSO DI SODDISFAZIONE CHE SFIORA IL 98%, LA CHIRURGIA PROTESICA SI CONFERMA L'ULTIMA E PIÙ EFFICACE FRONTIERA PER I PAZIENTI CHE NON RISPONDONO PIÙ ALLE TERAPIE TRADIZIONALI.

«Il medico non deve convincere, ma fornire un consiglio basato sull'obiettività clinica, calibrandolo sulle reali esigenze del paziente», afferma il **Dottor Marco Cosentino**, Urologo e Andrologo, descrivendo quello che oggi rappresenta il nuovo approccio al trattamento della disfunzione erettile severa. La disfunzione erettile non è soltanto una condizione clinica, ma una problematica che può compromettere profondamente la qualità della vita, il benessere psicologico e la sfera relazionale dell'uomo. Quando le terapie farmacologiche e gli altri trattamenti conservativi non sono efficaci, la chirurgia protesica rappresenta una soluzione definitiva, in grado di restituire una funzione erettile soddisfacente. Parallelamente, l'innovazione tecnologica ha contribuito a rendere questi dispositivi sempre più affidabili, funzionali e naturali. Ne abbiamo parlato con il Dottor Marco Cosentino per comprendere come l'evoluzione della chirurgia urologica stia cambiando il percorso di cura di questi pazienti.

Dottor Cosentino, quando è indicato l'impianto di una protesi peniena nei pazienti con disfunzione erettile severa? Quali progressi tecnologici hanno contribuito a migliorarne efficacia, funzionalità e naturalezza?

«La protesi peniena trova la sua principale indicazione nei pazienti affetti da disfunzione erettile severa che non risponde più ai farmaci o ad altri trattamenti conservativi. Esiste poi un'altra categoria di pazienti per i quali questa soluzione rappresenta un'opportunità importante: coloro che hanno subito interventi chirurgici particolarmente invasivi per l'asportazione di tumori e che, in seguito alla procedura, sviluppano una disfunzione erettile dovuta al coinvolgimento di nervi o vasi sanguigni. Oggi disponiamo di dispositivi di ultima generazione, sia nella versione tricomponente idraulica sia in quella malleabile semirigida, che garantiscono elevati standard di affidabilità e prestazioni. Le tecnologie più avanzate, come quelle sviluppate da Coloplast, consentono di ottenere una rigidità adeguata anche nelle situazioni di maggiore sollecitazione, offrendo risultati molto soddisfacenti. La scelta del dispositivo dipende dalle caratteristiche e dalle esigenze del paziente: la protesi malleabile mantiene il pene costantemente rigido, mentre quella idraulica permette di ottenere l'erezione quando desiderato attraverso un sistema di pompaggio azionato mediante una piccola pompa posizionata nello scroto.»



Dr. Marco Cosentino

Un intervento chirurgico in un'area così delicata può suscitare timori nei pazienti. Come si svolge l'impianto della protesi, quale decorso post-operatorio devono aspettarsi e quali sono oggi i reali rischi di complicanze?

«L'intervento viene eseguito in anestesia generale o spinale e richiede un ricovero molto breve: nella maggior parte dei casi il paziente rimane in osservazione per circa 24 ore e viene dimesso il giorno successivo. Dal punto di vista estetico l'impatto è minimo, poiché non sono presenti cicatrici esterne evidenti; nel caso della protesi idraulica viene inoltre posizionato un piccolo serbatoio accanto alla vescica, generalmente sul lato destro. Nel decorso post-operatorio possono comparire fastidi localizzati a livello del pene, dello scroto o della regione inguinale destra, oltre a modesti ematomi genitali, destinati a risolversi spontaneamente. Per quanto riguarda la complicanza più temuta, cioè l'infezione, i dati oggi sono molto rassicuranti: l'incidenza è intorno all'1,8% dei casi. Si tratta quindi di una procedura sicura e consolidata, che consente un recupero rapido e il ritorno alle normali attività in tempi contenuti.»

Guardando al futuro, quale ruolo sta assumendo l'Intelligenza Artificiale in questo ambito e quali sono gli elementi fondamentali per garan-

tire il successo dell'intervento e la soddisfazione del paziente?

«Attualmente l'Intelligenza Artificiale ha un ruolo ancora limitato nella chirurgia protesica vera e propria, dove l'esperienza del chirurgo rimane determinante. Può invece offrire un supporto nelle fasi preliminari, ad esempio nella raccolta delle informazioni cliniche e nella predisposizione di questionari dedicati ai pazienti. Un settore in cui l'AI sta già dimostrando benefici concreti, supportati dalla letteratura scientifica, è invece quello dell'analisi del liquido seminale. Il tasso di soddisfazione dopo l'impianto della protesi è estremamente elevato, compreso tra il 97% e il 98%. Per raggiungere questi risultati è però fondamentale selezionare correttamente il paziente: il candidato ideale è quello affetto da disfunzione erettile severa e realmente motivato a intraprendere questo percorso. Il nostro ruolo, come medici, non è convincere il paziente a sottoporsi all'intervento, ma offrirgli una valutazione obiettiva e un consiglio fondato sulle evidenze cliniche, affinché possa compiere una scelta consapevole e coerente con le proprie aspettative e con la propria qualità di vita.»



Contatti:

Dr. Marco Cosentino

Andrologo, Urologo
Milano, Padova, Bologna, Mestre, Sicilia
(Caltagirone, Catania, Siracusa, Modica,
Messina, Barcellona) Barcellona (Spagna).
Tel: 366 3483446
Mail: androcosentino@gmail.com

LA RIVOLUZIONE DEL LASER IN UROLOGIA: INTERVENTI IN GIORNATA E SUPPORTO DELL'AI

GRAZIE ALL'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA A LASER, L'UROLOGIA FA PASSI DA GIGANTE VERSO PROCEDURE AVANZATE E SEMPRE MENO INVASIVE.

Nell'ambito del trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna e della calcolosi renale è in atto un cambiamento epocale: a parlarne è **Dottor Giovanni Ferrari**, Primario di Urologia e Andrologia dell'Hesperia Hospital di Modena e pioniere nell'utilizzo del laser in urologia. Il dato principale che emerge nella sua pratica clinica è l'evoluzione verso una chirurgia sempre più rapida e mininvasiva, che può trasformare interventi complessi in procedure da eseguire in regime di Day Hospital, riducendo i tempi di degenza e annullando quasi totalmente i rischi di sanguinamento, grazie all'integrazione di laser di ultima generazione e, in prospettiva, dell'intelligenza artificiale. Ferrari, esperto di fama internazionale, sottolinea come il passaggio dalle tecniche tradizionali alle moderne tecnologie laser non sia soltanto un miglioramento tecnico, ma un cambiamento radicale nella qualità della vita del paziente.

Dottor Ferrari, come si è evoluto il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna e quali sono i vantaggi concreti del laser rispetto alla chirurgia tradizionale?

«La storia del trattamento dell'ipertrofia prostatica è profondamente mutata: per circa 90 anni il "gold standard" è stata la TURP (resezione transuretrale della prostata), una tecnica tradizionale che, pur efficace, comportava complicanze post-operatorie e tempi di recupero significativi. L'introduzione del laser, avvenuta ormai circa vent'anni fa, ha avuto come obiettivo primario la riduzione dei sanguinamenti, delle complicanze sessuali e dell'incontinenza urinaria post-operatoria. Rispetto alla chirurgia tradizionale, oggi siamo in grado di ridurre i giorni di degenza di almeno tre giorni, con sanguinamenti quasi azzerati. Dal punto di vista clinico, l'intervento laser è indicato quando la prostata, crescendo di volume, crea un'ostruzione "idraulica" al canale urinario, costringendo la vescica a uno sforzo eccessivo per svuotarsi. I pazienti presentano sintomi comuni: si alzano spesso di notte, avvertono urgenza durante il giorno, hanno un getto debole o devono spingere per urinare. Se non si interviene, il rischio è il blocco urinario totale con necessità di catetere d'emergenza e, nel lungo periodo, persino l'insufficienza renale. Il laser agisce disostruendo quindi asportando la parte di ghiandola in eccesso per salvare la funzionalità della vescica, che è l'organo che deve essere protetto prioritariamente. Nelle forme più lievi si possono utilizzare tecniche mininvasive con vapore o alta frequenza, ma



Dr. Giovanni Ferrari

per volumi prostatici importanti, l'asportazione laser è oggi la soluzione ottimale».

Lei ha menzionato l'importanza della prevenzione e il gruppo europeo "Save the Bladder". Perché gli uomini faticano ancora a rivolgersi tempestivamente all'urologo?

«Esiste una marcata differenza culturale tra uomini e donne: queste ultime sono abituate fin da giovani a fare prevenzione, mentre gli uomini sono refrattari e spesso si presentano dallo specialista già in presenza di sintomi gravi. Questo costituisce una criticità, perché se si aspetta troppo, la vescica può subire danni permanenti. Utilizzo spesso l'analogia dell'elastico che, se viene teso troppo e troppo a lungo, perde la sua capacità di tornare alla forma originale; allo stesso modo, una vescica affaticata dall'ostruzione prostatica potrebbe non recuperare la sua piena funzionalità anche dopo un intervento chirurgico perfettamente riuscito. Il gruppo europeo "Save the Bladder", di cui faccio parte, si pone l'obiettivo di promuovere una cultura della prevenzione che permetta di intervenire quando il tessuto è ancora responsivo, sfruttando la mininvasività delle nuove tecnologie ed evitando quindi esiti irreversibili. Ciò non significa soltanto risolvere un problema idraulico, ma preservare l'integrità del sistema urinario nel suo complesso, garantendo a lungo termine una migliore qualità della vita e minori rischi di complicanze croniche».

Guardando al futuro, quali sono le innovazioni tecnologiche più promettenti e che ruolo avrà l'AI in sala operatoria?

«La tecnologia laser si sta evolvendo rapidamente attraverso tre tipologie principali: il Green Laser, il laser ad Olmio e il laser al Tullio. L'intelligenza artificiale giocherà un ruolo fondamentale: il futuro prevede l'integrazione di immagini tridimensionali della prostata con bracci robotici in grado di dirigere il laser con una precisione millimetrica. Questo ridurrà ulteriormente il già minimo margine di errore umano. Un altro aspetto fondamentale è l'efficienza del sistema sanitario: gli stessi laser (Tullio e Olmio) nati per la calcolosi sono stati adattati con successo alla prostata. Questa dualità tecnologica permette un notevole risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale, poiché con la stessa strumentazione possiamo trattare sia i calcoli — frantumandoli finemente per via naturale — sia l'ipertrofia prostatica, ottimizzando le risorse e riducendo le spese tecnologiche a fronte di un maggior numero di pazienti trattati».



Contatti:

Dr. Giovanni Ferrari

Primario di Urologia e Andrologia
Hesperia Hospital
Via Arquà, 80 - 41125 Modena MO
Tel: 3386126368
Mail: gfferrari@heperia.it
www.savethebladder.com

LONGEVITÀ E BENESSERE SISTEMICO: PERCHÉ LA SALUTE DEL FUTURO PASSA PER L'EQUILIBRIO INTESTINALE

LONGEVITÀ HA UN NUOVO PUNTO DI PARTENZA: L'EQUILIBRIO INTESTINALE COME PILASTRO DEL BENESSERE SISTEMICO.

È ormai scientificamente provato che la salute del microbiota non influenzi solo la digestione, ma determini la risposta immunitaria e persino la lucidità mentale. «Dall'intestino vengono generati quasi tutti i fattori che concorrono al benessere di tutto il corpo, dal sistema immunitario alla produzione di vitamine e ormoni», dice la **Dott.ssa Veronica Sciscione**, infermiera del BenEssere e fondatrice di Sanitari in Salute®. In questa intervista, esploriamo come la cura del colon, attraverso pratiche come il CleanColon, sia diventata una frontiera essenziale per chi punta a una vita lunga e in salute.

In che modo la salute del microbiota intestinale influisce sulla longevity e come i trattamenti con Clean Colon supportano il benessere generale?

«La salute dell'intestino è fondamentale perché le sue cellule producono fattori essenziali per il metabolismo, il sistema immunitario e i neurotrasmettitori. Quando l'equilibrio dei batteri si altera, si può arrivare alla disbiosi e alla cosiddetta "leaky gut" (sindrome dell'intestino gocciolante), dove le pareti intestinali si separano permettendo alle tossine di scarto di diffondersi nell'organismo. Questo processo può causare infiammazioni sistemiche che colpiscono persino il cervello, manifestandosi con disturbi della concentrazione o la cosiddetta "brain fog". Utilizzare dispositivi come il CleanColon aiuta a mantenere l'equilibrio del pH e del microbiota, prevenendo che questi scarti tossici danneggino organi distanti, promuovendo così una longevity attiva e sana».

Esiste un legame tra la salute dell'intestino e quella del cavo orale? In che modo una pulizia profonda influisce sull'invecchiamento e sulle infiammazioni orali?

«Assolutamente sì, l'organismo va considerato come un sistema unico e integrato. La mucosa dell'apparato digerente è una membrana continua che parte dalla bocca e arriva fino all'ano, il che significa che ciò che accade in un'estremità si riflette inevitabilmente sull'altra. Problemi come le gen-



Dr.ssa Veronica Sciscione

giviti o altri disturbi dentali sono spesso lo specchio di una cattiva gestione intestinale o gastrica. Allo stesso modo, disturbi come le emorroidi possono indicare un malfunzionamento del fegato, legami che la medicina integrata tiene sempre in considerazione. Una pulizia del colon agisce riducendo l'infiammazione sistemica, migliorando di riflesso la salute orale e contrastando i processi di invecchiamento precoce legati all'accumulo di batteri patogeni».

Per chi segue protocolli di longevity, la pulizia del colon può essere considerata una pratica preventiva? Qual è la frequenza ideale e per quali pazienti è indicata?

«L'idrocolonterapia è fortemente consigliata come pratica preventiva per ottimizzare uno stile di vita già sano. La CleanColon ha reso il trattamento accessibile in ogni contesto operativo: dalle tecnologie elettromedicali più evolute alle soluzioni più pratiche per l'utilizzo domiciliare. Cambia la dimensione dello strumento, non la filosofia progettuale né l'attenzione alla qualità dell'idrocolonterapia. Per una persona in buone condizioni generali, è ideale sottoporsi al trattamento almeno due volte l'anno per mantenere la salute locale e generale. Sebbene esistano controindicazioni specifiche per chi soffre di particolari patologie

intestinali acute, per la maggior parte dei profili è un toccasana che potenzia i benefici delle sane abitudini. È fondamentale, tuttavia, che al trattamento segua una corretta integrazione nutraceutica per bocca, fondamentale per ripristinare la flora batterica e consolidare i benefici ottenuti».

Il manuale del Vero BenEssere è una guida pratica al benessere integrato: un percorso concreto che unisce prevenzione, autocura e consapevolezza, accompagnandoti passo dopo passo nella creazione di una routine sostenibile e personalizzata. Ogni capitolo offre strumenti essenziali e indicazioni chiare per riconoscere i segnali del corpo, ridurre il carico infiammatorio, migliorare l'energia e favorire un benessere che dura. Niente scorciatoie né promesse irrealistiche: solo piccoli cambiamenti quotidiani capaci di generare risultati reali nel tempo.



Contatti:

Dr.ssa Veronica Sciscione

Infermiera del BenEssere, fondatrice di Sanitari in Salute®

Via Po 16B - Roma (RM)

Tel: 342 557 2688

Mail: info@veronicasciscione.com



CleanColon Italy srl

Via della Taccona,32
20900 Monza (MB) Italia
www.cleancolon.eu

Contatti

Tel. +39 039 745584
E-mail: info@cleancolon.it
Rif. Commerciale Vendite: +39 3397142524

RIABILITAZIONE PENIENA: L'IMPORTANZA DEI DISPOSITIVI VACUUM NEL RECUPERO FUNZIONALE

IL RECUPERO DELLA FUNZIONE ERETTILE E LA CORREZIONE DELLE DEFORMITÀ PENIENE NON PASSANO PIÙ SOLO ATTRAVERSO LA FARMACOLOGIA TRADIZIONALE.

Oggi, l'impiego di dispositivi medici a vuoto (vacuum device) si attesta come un pilastro fondamentale nella riabilitazione post-prostatectomia e nella gestione della Malattia di La Peyronie, garantendo risultati tangibili in termini di ossigenazione dei tessuti e preparazione alla chirurgia protesica. «Attraverso l'induzione meccanica di un'erezione, riusciamo a mantenere l'organo attivo, irrorato e ossigenato, contrastando efficacemente i danni da fibrosi e accorciamento che seguono i grandi interventi oncologici o il passare degli anni», spiega il **Dottor Marco Cosentino**, medico chirurgo specializzato in urologia. La notizia che emerge con forza dalla pratica clinica e dalla letteratura è l'alta efficacia di questi protocolli: circa il 90% dei pazienti riscontra un miglioramento significativo della curvatura o dell'elasticità tessutale, aprendo scenari di recupero fino a poco tempo fa insperati.

Dottor Cosentino, partiamo dal ruolo del vacuum device nella pratica clinica quotidiana. In che modo questa tecnologia eleva lo standard di recupero funzionale per i pazienti reduci da interventi complessi come la prostatectomia radicale?

«Il vacuum device non è un semplice accessorio, ma un vero e proprio dispositivo medico progettato per creare un vuoto meccanico all'interno di un cilindro in cui viene inserito il pene. Questa azione induce un'erezione meccanica che forza l'ingresso di sangue all'interno dei corpi cavernosi. Si tratta di un passaggio cruciale, specialmente dopo un intervento di asportazione del tumore alla prostata. In questi casi, il trauma chirurgico può compromettere temporaneamente o permanentemente i nervi deputati all'erezione spontanea. Senza l'afflusso di sangue ossigenato che avviene normalmente durante le erezioni notturne (che vengono a mancare), i tessuti penieni vanno incontro a ipossia, fibrosi e, di conseguenza, a un accorciamento e a una perdita di elasticità. Utilizzare il vacuum device in questa fase significa sottoporre l'organo a una sorta di "fisioterapia vascolare": mantenendo il pene irrorato, evitiamo che subisca danni strutturali permanenti legati all'inattività post-operatoria. Uno degli aspetti apprezzati del vacuum device è la capacità di produrre un effetto meccanico rapido, permettendo al paziente di comprendere fin da subito il corretto utilizzo del dispositivo. Naturalmente l'impiego deve sempre avvenire nell'ambito di una valutazione clinica individuale, con particolare attenzione nei pazienti affetti da disturbi della coagulazione o sottoposti a terapie anticoagulanti. In sintesi, eleviamo lo standard di cura trasformando una fase di attesa passiva in una riabilitazione attiva e misurabile».

Oltre alla riabilitazione post-oncologica, un ambito di applicazione molto rilevante riguarda la Malattia di La Peyronie, ovvero il pene curvo. Quali sono i dati di efficacia in questo settore e come può il dispositivo supportare il paziente anche nell'atto sessuale vero e proprio?

«I dati della letteratura scientifica sull'utilizzo del vacuum device nella Malattia di La Peyronie sono estremamente incoraggianti. Parliamo di un miglioramento della curvatura del pene in circa il 90% dei casi, una percentuale altissima se consideriamo la complessità di questa patologia. Il dispositivo agisce riducendo la fibrosi e miglio-



Dr. Marco Cosentino

rando l'elasticità dell'organo, contrastando la placca cicatriziale che causa la curvatura. Spesso questo approccio viene associato ad aiuti farmacologici, creando una sinergia che potenzia il rimodellamento del tessuto. Ma c'è di più: il vacuum device ha una duplice anima, riabilitativa e funzionale. Se da un lato "allena" i tessuti nel lungo periodo, dall'altro può essere utilizzato per consentire un rapporto sessuale penetrativo immediato senza l'ausilio di farmaci. Una volta creata l'erezione meccanica con il cilindro, si applica un anello elastico alla base del pene che blocca il deflusso venoso, mantenendo il sangue all'interno dell'organo e garantendo la rigidità necessaria per il tempo dell'atto. Questo restituisce al paziente una spontaneità e una sicurezza che la patologia spesso sottrae, agendo positivamente anche sulla sfera psicologica».

Un aspetto forse meno noto al grande pubblico, ma cruciale per il chirurgo urologo, è l'uso del vacuum come preparazione alla chirurgia protesica. Perché è fondamentale rendere il pene "più elastico" prima di un impianto?

«Questo è un punto cardine della moderna chirurgia andrologica. Molti pazienti che arrivano all'indicazione per una protesi peniena soffrono di disfunzioni erettili severe e croniche, che hanno portato nel tempo a una fibrosi importante e a un evidente accorciamento dell'organo. Se intervenissimo direttamente su un tessuto così rigido e retratto, saremmo costretti a inserire una protesi di dimensioni ridotte, limitate dalla scarsa estensibilità dei tessuti del paziente. Eseguendo quelli che io definisco "esercizi con il vacuum device" nei mesi o nelle settimane precedenti l'operazione, riusciamo a preparare il terreno in modo ottimale. Il dispositivo agisce riducendo la fibrosi e ridando elasticità ai corpi cavernosi; in molti casi, l'organo riprende anche una parte della lunghezza persa. Questo permette a noi chirurghi di impiantare una protesi significativamente più grande rispetto a quella che avremmo potuto inserire durante la visita iniziale. Anche in questo contesto pre-operatorio, le possibilità di successo reale si attestano

intorno al 90%. In pratica, il vacuum device "espande" i limiti anatomici imposti dalla malattia, permettendo un risultato chirurgico finale molto più soddisfacente sia per il medico che, soprattutto, per il paziente. Si tratta di un passaggio propedeutico che cambia radicalmente l'esito dell'intervento e la successiva qualità della vita».

Dottor Cosentino, oggi i pazienti possono acquistare online numerosi dispositivi presentati come soluzioni per la salute sessuale maschile. Quanto è importante il ruolo dello specialista nella scelta del trattamento?

«È fondamentale. Oggi il paziente è esposto a una grande quantità di informazioni e offerte commerciali sul web, ma non tutti i dispositivi disponibili online offrono le stesse garanzie in termini di sicurezza, qualità ed efficacia clinica. Il compito dello specialista è valutare il singolo caso, formulare una diagnosi corretta e indicare, quando appropriato, dispositivi medici conformi alla normativa vigente, sicuri ed efficaci. Per questo motivo è fondamentale che la scelta del dispositivo e delle modalità di impiego avvenga nell'ambito di una valutazione specialistica, privilegiando soluzioni conformi alla normativa vigente e supportate da evidenze cliniche. La scelta non dovrebbe mai basarsi esclusivamente su messaggi pubblicitari, recensioni o promesse di risultati. L'utilizzo di dispositivi non adeguatamente validati o impiegati senza una corretta supervisione clinica potrebbe comportare un uso improprio, risultati non soddisfacenti e in alcuni casi disagi locali e microtraumi ai tessuti. In ambito medico è importante utilizzare soluzioni che abbiano una chiara destinazione d'uso, caratteristiche tecniche documentate e un profilo di sicurezza conosciuto. Solo attraverso una valutazione clinica è possibile comprendere quale percorso terapeutico sia realmente indicato per il paziente. L'obiettivo non è semplicemente utilizzare un dispositivo, ma inserirlo all'interno di un programma di cura personalizzato e monitorato. La differenza tra un approccio guidato dallo specialista e l'acquisto autonomo di prodotti reperiti sul web risiede proprio nella qualità della diagnosi, nella corretta indicazione terapeutica e nella possibilità di verificare nel tempo i risultati ottenuti».

Per saperne di più su tutti i dispositivi medici disponibili per la vostra salute



Contatti:

Dr. Marco Cosentino

Andrologo, Urologo

Milano, Padova, Bologna, Mestre, Sicilia (Caltagirone, Catania, Siracusa, Modica, Messina, Barcellona) Barcellona (Spagna).

Tel: 366 3483446

Mail: androcosentino@gmail.com

LA RIVOLUZIONE DEI CRITERI DI ROMA V: I DISTURBI GASTROINTESTINALI NON SONO PIÙ “SOLO STRESS”

Dimenticate il vecchio concetto di "disturbo funzionale" come sinonimo di una patologia immaginaria o puramente psicologica. Con la pubblicazione dei Criteri di Roma V nel maggio 2026, la comunità scientifica internazionale ha ufficialmente sancito il passaggio ai Disturbi dell'Interazione Intestino-Cervello (DGBI), definendo una nuova era per la diagnosi e il trattamento di condizioni che colpiscono miliardi di persone. Per comprendere la portata di questo cambiamento, abbiamo intervistato il **Professor Giovanni Barbara**, ordinario di Gastroenterologia dell'Università di Bologna, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia all'IRCCS Policlinico "S. Orsola" di Bologna e membro del board dei direttori della Rome Foundation.

Professore, cosa cambia concretamente con la definizione di DGBI e quanto sono diffusi questi disturbi, anche alla luce delle nostre abitudini alimentari mediterranee?

«Il termine "funzionale" suggeriva spesso l'assenza di una vera malattia, ma oggi sappiamo che i DGBI nascono da un'alterazione reale della comunicazione bidirezionale tra l'apparato digerente e il sistema nervoso centrale. Nonostante gli esami tradizionali non mostrino lesioni strutturali, i sintomi sono sostenuti da meccanismi biologici certi: alterazioni della motilità, ipersensibilità viscerale, squilibri del microbiota, risposte immunitarie della mucosa e modifiche dei circuiti nervosi. Si tratta di una sfida sanitaria globale: la Rome Foundation ha dimostrato che questi disturbi colpiscono fino al 40% della popolazione mondiale, con diagnosi frequenti come la stipsi funzionale, la sindrome dell'intestino irritabile (IBS) e la dispepsia funzionale. Spesso queste condizioni coesistono nello stesso paziente, confermando meccanismi biologici condivisi. Sebbene la dieta mediterranea — ricca di vegetali, legumi, cereali integrali e olio extravergine d'oliva — sia più efficace di una dieta standard nel migliorare i sintomi dell'IBS (come confermato da uno studio del 2025 su *Annals of Internal Medicine*), da sola può non bastare. Fattori come



Prof. Giovanni Barbara

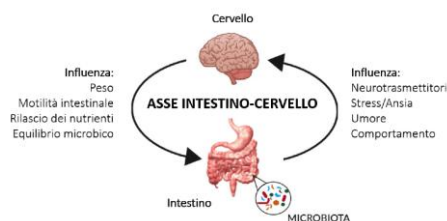
la genetica, lo stress, infezioni pregresse e alterazioni dell'ecosistema microbico giocano un ruolo cruciale che va oltre la semplice alimentazione».

Se prendiamo come esempio la dispepsia funzionale, quali sono i sintomi principali e come deve evolvere l'approccio diagnostico per evitare inutili attese ai pazienti?

«La dispepsia funzionale è tra le problematiche più diffuse e colpisce circa il 10% degli adulti. I pazienti riferiscono sintomi invalidanti come sazietà precoce, ripienezza post-prandiale, dolore o bruciore nella parte alta dell'addome, gonfiore e nausea. L'impatto sulla qualità della vita è severo: molti riducono drasticamente il cibo per timore del dolore, rischiando di sviluppare l'ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), un disturbo restrittivo dell'assunzione di cibo che può portare a grave malnutrizione. La grande novità metodologica risiede nel concetto di "diagnosi positiva": i DGBI non devono più essere considerati una diagnosi di esclusione a cui si arriva dopo infiniti esami negativi. Grazie ai nuovi criteri, una storia clinica meticolosa, l'applicazione rigorosa dei parametri diagnostici e l'assenza di segnali d'allarme permettono al medico di formulare una diagnosi affidabile già alla prima visita, evitando accertamenti superflui e rassicurando prontamente il paziente».

Quali sono le strategie terapeutiche oggi raccomandate dai Criteri di Roma V e che ruolo gioca la relazione tra medico e paziente?

«L'approccio moderno deve essere personalizzato e multidimensionale. Il primo gradino è l'intervento dietetico: consigliamo pasti piccoli e frequenti, la riduzione dei grassi e dei FODMAPs (carboidrati ad alta fermentazione), e la scelta di fibre solubili (come patate, carote, zucchine) rispetto a quelle insolubili e fibrose. Tuttavia, per i casi più severi, i Criteri di Roma V indicano l'uso di nutraceutici, fitoterapici di comprovata efficacia, prebiotici, probiotici, post-biotici e farmaci mirati a modulare la sensibilità viscerale, la motilità e il microbiota. Ma la vera chiave del successo terapeutico è la relazione medico-paziente: le evidenze dimostrano che quando il paziente comprende la natura biologica del disturbo e si sente ascoltato, l'aderenza alle cure aumenta e i risultati migliorano. Dobbiamo superare definitivamente l'idea che si tratti di semplice "stress" o di un disturbo psicosomatico; i progressi della ricerca ci permettono oggi di restituire benessere e qualità di vita a chi soffre di queste reali alterazioni dell'asse intestino-cervello».



Contatti:

Prof. Giovanni Barbara

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Dipartimento Medico chirurgico delle malattie digestive, epatiche ed endocrino-metaboliche IRCCS Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna

Via Giuseppe Massarenti, 9, 40138 Bologna

Tel: +39.051.2144103

Mail: giovanni.barbara@unibo.it

GIST E MEDICINA DI PRECISIONE: LA RIVOLUZIONE DELLE TERAPIE "SU MISURA" TRA INNOVAZIONE CLINICA E QUALITÀ DELLA VITA

IL TRATTAMENTO DEI GIST METASTATICI (TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI) STA ENTRANDO IN UNA FASE DEL TUTTO NUOVA, CONSOLIDANDO IL SUO RUOLO DI VERO E PROPRIO PARADIGMA DELLA MEDICINA DI PRECISIONE NELL'ONCOLOGIA MODERNA



A delineare questo scenario di avanguardia è la **Dott.ssa Elena Rosa Fumagalli**, Dirigente Medico di I livello presso la Struttura Complessa Oncologia Medica 2 - Tumori Mesenchimali e Tumori Rari della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che spiega come la gestione di questa patologia rara sia stata rivoluzionata fin dai primi anni 2000. Grazie alla disponibilità attuale di cinque farmaci approvati e allo sviluppo di nuove strategie per superare le resistenze molecolari, la pratica clinica sta vivendo un radicale cambio di prospettiva. Non si parla più di seguire sequenze terapeutiche rigide e predefinite, ma di adottare un approccio "su misura", paragonabile al confezionamento di un abito sartoriale: la terapia deve infatti adattarsi con precisione alla biologia del tumore in quel determinato momento della storia clinica del paziente. L'obiettivo di questa evoluzione, sottolinea Fumagalli, non è soltanto quello di aumentare l'efficacia dei trattamenti, ma di ricercare costantemente il miglior equilibrio possibile tra il controllo della malattia, la tollerabilità delle cure e la qualità della vita della persona. È proprio questa capacità di integrare le conoscenze biologiche con le esigenze reali del paziente a trasformare i GIST da una malattia trattata secondo schemi prescrittivi in una patologia affrontata con strategie terapeutiche dinamiche e personalizzate.



Dr.ssa Elena Rosa Fumagalli

Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR) e teleconsulto: quali sono i passi decisivi per eliminare i ritardi diagnostici e garantire a tutti i Pazienti l'accesso ai centri di riferimento?

«La condizione decisiva sarebbe proprio l'implementazione della RNTR in tutta Italia. Infatti, la Rete prevede innanzitutto una centralizzazione delle diagnosi patologiche. E questo sarebbe cruciale nei tumori rari, perché spesso più che il ritardo diagnostico nei tumori rari il problema è l'inappropriatezza della diagnosi istopatologica, il che oltre a causare ritardi, può portare a cure inappropriate. I centri della RNTR sono poco più di cento per quanto riguarda i tumori rari solidi dell'adulto, numero più che soddisfacente. In teoria, in un sistema pienamente operativo, sarebbe sufficiente che il Paziente afferisse a uno qualunque di questi centri per afferrare alla Rete e dunque ai suoi centri di riferimento, con cui quel centro sarà in contatto attraverso il "teleconsulto". Il problema è che, ad oggi, la logica organizzativa della RNTR è implementata al momento solo nella Regione Lombardia per quanto riguarda i sarcomi (inclusi i GIST), con un ampliamento previsto nei prossimi anni a tutti gli altri nove grandi gruppi dei tumori rari solidi dell'adulto. Stiamo lavorando perché questa implementazione si estenda a tutte le altre Regioni italiane. E devo dire che in questa "battaglia" le Associazioni dei Pazienti sono state e sono fondamentali. Il principio che deve guidare la Rete è semplice: non deve essere il paziente a cercare la competenza, ma la competenza a raggiungere il Paziente».

Oggi si parla sempre più di medicina personalizzata. In quale fase del percorso il confronto tra diversi specialisti può cambiare radicalmente la strategia di cura rispetto alle raccomandazioni cliniche, ai protocolli standard?

«La multidisciplinarietà rappresenta il cardine della gestione dei GIST. Il confronto tra i diversi specialisti è determinante fin dal momento della diagnosi e deve accompagnare ogni fase del percorso di cura. Penso ad uno dei

momenti più delicati del percorso di cura di un paziente: la progressione di malattia. Non tutte le progressioni sono uguali: possono essere limitate ad una sola sede e richiedere valutazioni per trattamenti ablativi o chirurgici; altre invece possono richiedere un cambiamento terapeutico più rapido. Il confronto e l'integrazione di competenze diverse permette di definire la strategia terapeutica più adatta per quel Paziente in quel momento della Sua storia clinica. Questo approccio consente di andare oltre le raccomandazioni cliniche, valutando elementi che possono modificare sostanzialmente il percorso terapeutico. Dobbiamo ricordare che le raccomandazioni cliniche rappresentano il nostro riferimento fondamentale ma descrivono quello che potremmo definire il "Paziente ideale". Nella pratica clinica incontriamo persone reali ciascuna con una storia diversa, con età differenti, comorbidità, esigenze familiari e lavorative, aspettative e priorità che inevitabilmente entrano a far parte del processo decisionale. Per questo motivo la medicina non può essere soltanto l'applicazione di un algoritmo ma deve saper integrare le migliori evidenze scientifiche con l'expertise clinica, l'esperienza del centro di riferimento grazie al confronto dei diversi specialisti. Ritengo che la medicina di precisione non sia solo una questione di farmaci, ma soprattutto di decisioni condivise».

L'obiettivo dell'oncologia moderna non è soltanto prolungare la sopravvivenza, ma preservare la qualità della vita. Come si concilia, nel lavoro con le Associazioni Pazienti, l'efficacia dei nuovi trattamenti con l'esigenza di salvaguardare la vita sociale e lavorativa del malato?

«Credo che l'oncologia moderna debba guardare al Paziente nella Sua totalità: non solo alla malattia da curare ma alla persona che continua ad avere relazioni, progetti, un lavoro ed un ruolo nella società. Un trattamento efficace è davvero tale quando riesce a coniugare il controllo della malattia con la possibilità per la persona di continuare a vivere la propria quotidianità. È proprio questo il messaggio che emerge dal confronto con le As-

sociazioni Pazienti. Ascoltare i loro bisogni significa comprendere che il successo di una terapia non si misura solo con gli indicatori clinici ma anche con la capacità del Paziente di mantenere il proprio equilibrio personale, familiare e sociale: è fondamentale che noi clinici poniamo attenzione ai bisogni che vanno oltre la terapia, come supporto psicologico, tutela dei diritti, orientamento ai servizi e condivisione delle esperienze. In questa direzione si inserisce anche il lavoro del Working Group di collaborazione con le Associazioni Pazienti di Italian Sarcoma Group, di cui sono coordinatore, che vuole essere uno spazio di dialogo tra professionisti sanitari, Associazioni e stakeholder. Le nuove terapie orali hanno migliorato la gestione della malattia nella vita quotidiana ma il vero valore aggiunto nasce dall'alleanza tra medici, Pazienti e Associazioni che rende possibile un percorso di cura realmente centrato sulla persona».

Per saperne di più guarda il video dedicato

<https://youtu.be/FKUurEO0X5U>



Vai al link sottostante o inquadra il QR Code per conoscere la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

<https://www.istitutotumori.mi.it/persona/elena-fumagalli>



Contatti:

Dr.ssa Elena Rosa Fumagalli

Dirigente Medico I livello Struttura Complessa Oncologia Medica 2 - Tumori Mesenchimali e Tumori Rari

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

via Giacomo Venezian, 1 20133 Milano

Tel: 0223902803

Mail: elenarosa.fumagalli@istitutotumori.mi.it

MIELOMA MULTIPLO: LA RIVOLUZIONE DEI 17 ANNI

DICIASSETTE ANNI DI SOPRAVVIVENZA LIBERA DA MALATTIA CON LA SOLA TERAPIA DI PRIMA LINEA.

Quella che fino a poco tempo fa era considerata una patologia invariabilmente fatale in tempi brevi, sta vivendo una trasformazione epocale. Il **Professor Francesco Di Raimondo**, Direttore della Divisione Clinicizzata di Ematologia del Policlinico di Catania e Direttore della Scuola di Specializzazione in Ematologia dell'Università di Catania, delinea i contorni di una "guarigione operativa" e di un approccio multidisciplinare che punta non solo alla quantità, ma soprattutto alla qualità della vita del paziente.

Professor Di Raimondo, partiamo dai numeri e dalle prospettive: come è cambiato l'orizzonte per un paziente che riceve oggi una diagnosi di mieloma multiplo?

"Fino a pochi anni fa, il mieloma multiplo era una malattia mortale in un arco di tempo medio di cinque anni, caratterizzata da una qualità di vita scadente a causa di lesioni ossee estremamente dolorose. Oggi lo scenario è capovolto: le prospettive di lunga sopravvivenza sono altissime e la qualità di vita è nettamente migliorata grazie a farmaci che, oltre a controllare la malattia, hanno un forte impatto sulla sintomatologia. Attualmente non parliamo ancora di guarigione biologica definitiva, poiché una piccola quota di malattia può persistere, ma di "guarigione operativa" (operational cure): il paziente convive con la patologia in assenza di sintomi. Le proiezioni statistiche suggeriscono che possiamo prevedere una sopravvivenza libera da malattia prima di una possibile ricaduta di ben diciassette anni per i pazienti di età inferiore a 70 che vengono trattati con la combinazione delle nuove terapie ed autotrapianto e di 4,5 anni per i pazienti più anziani trattati con le nuove combinazioni".

Oltre alla prima linea di trattamento, quali sono le innovazioni biologiche e tecnologiche che stanno cambiando la gestione delle ricadute?

"Paradossalmente, per la seconda e terza linea di trattamento disponiamo di armi ancora più efficaci, da annoverare nel capitolo dell'immunoterapia. Parliamo di anticorpi coniugati, anticorpi bispecifici e cellule CAR-T (Chimeric Antigen Receptor Tcell), strumenti che offrono curve di sopravvivenza straordinarie nei pazienti ricaduti o refrattari. Dobbiamo però considerare che l'immunoterapia è tanto più efficace quanto più piccola è la "taglia" della malattia. Per questo motivo, nei pazienti ricaduti o refrattari alle linee iniziali, una buona strate-



Prof. Francesco Di Raimondo

gia può essere quella di utilizzare gli anticorpi coniugati insieme ad altri farmaci attivi nel mieloma oppure utilizzare farmaci con meccanismi d'azione differenti - come gli inibitori dell'esportina-1- o versioni innovative della vecchia chemioterapia - come la peptide farmaco-coniugato - per ridurre il carico tumorale, preparando il terreno affinché le CAR-T o gli anticorpi bispecifici possano agire nel miglior modo possibile. Questi sono farmaci che danno anche la misura di quanto gli avanzamenti tecnologici possano influire sul miglioramento della gestione dei pazienti. Per esempio, il melflufen è un chemioterapico con una nuova formulazione che rispetto al suo antenato, il melphalan, ha un meccanismo d'azione che lo rende molto più selettivo per le plasmacellule neoplastiche rispetto alle altre cellule".

Data l'età avanzata dei pazienti e la cronicità della cura, quali sono le nuove sfide cliniche e l'importanza di un approccio multidisciplinare?

"L'età mediana di insorgenza è di 70 anni; se aggiungiamo gli anni che le varie linee terapeutiche possono garantire, pensiamo che il paziente con mieloma possa raggiungere una età veramente anziana. Questo impone di guardare oltre la malattia sic et simpliciter, considerando il paziente nella sua complessità e limitando il più possibile gli effetti collaterali dei farmaci. Ed è per questo motivo che chiediamo la collaborazione di altri specialisti che non sono solo l'ortopedico e il nefrologo, come succedeva in passato ma adesso coinvolgiamo anche cardiologi, geriatri, psicologi e nutrizionisti. Il vero "tallone d'Achille" resta però il sistema immunitario: sia la malattia che le terapie colpiscono le plasmacellule sane, rendendo i pazienti deficitari di anticorpi e pertanto vulnerabili

alle infezioni. La collaborazione con l'infettivologo è quindi vitale: utilizziamo strategie di profilassi antibatterica e antivirale, vaccinazioni e soprattutto la somministrazione di immunoglobuline per evitare che un paziente in remissione completa possa soccombere a una complicanza infettiva. Il nostro obiettivo è garantire che la quantità di vita guadagnata sia sempre accompagnata da un'adeguata qualità".



Contatti:

Prof. Francesco Di Raimondo

Direttore della Divisione di Ematologia
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico G. Rodolico - San Marco
Via S. Sofia, 78, 95123 Catania
Telefono: 095 378 11956
Mail: diraimon@unict.it

MELANOMA METASTATICO: LA RIVOLUZIONE SILENZIOSA NELLE TERAPIE

VENT'ANNI FA, LA DIAGNOSI DI MELANOMA CUTANEO METASTATICO POR-TAVA CON SÉ UNA PROGNOSI CUPA, CON UNA SOPRAVVIVENZA A LUNGO TERMINE INFERIORE AL 10%. OGGI, SIAMO TESTIMONI DI UN PROGRESSO MONUMENTALE, UN VERO E PROPRIO "SALTO" CHE HA TRASFORMATO LA SPERANZA DI GUARIGIONE IN REALTÀ PER MOLTI PAZIENTI.

Ma come è stato possibile tutto questo? E quali sono le nuove frontiere nella lotta contro questa malattia? Ne abbiamo parlato con la **Dottorssa Antonella Romanini**, Oncologo Medico Dirigente di primo livello responsabile degli ambulatori di melanomi, sarcomi e tumori rari presso l'UO di Oncologia Medica 1 Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Chiara di Pisa e presidente dell'Associazione Contro il Melanoma OdV.

Dottorssa cos'è esattamente il melanoma cutaneo metastatico e come si manifesta nella fase iniziale?

“Il melanoma cutaneo è un tumore che interessa i melanociti, ovvero le cellule responsabili della produzione di melanina, un pigmento che ci difende dalle radiazioni solari, in particolare quelle ultraviolette. In condizioni normali, la produzione di melanina e la moltiplicazione di queste cellule sono stimulate dall'esposizione al sole. Le cellule di melanoma possono rimanere localizzate sulla cute, moltiplicandosi in un punto specifico (malattia localizzata), oppure possono raggiungere i vasi e diffondersi a organi vitali come il fegato, il polmone, i linfonodi e l'encefalo, dando origine alle metastasi. La sintomatologia del melanoma metastatico dipende dall'organo in cui le metastasi si sviluppano”.

Come vengono individuati i primi segnali di progressione metastatica e quali sono le metodiche diagnostiche chiave?

“Se le metastasi interessano i linfonodi, si possono notare delle tumefazioni nelle aree dove i linfonodi sono più superficiali, come le ascelle, il collo o l'inguine, a seconda della sede della lesione primitiva. Per la diagnosi di micrometastasi, ovvero singole cellule o piccoli gruppi di cellule all'interno del linfonodo, si utilizza la metodica del linfonodo sentinella. Questa consiste nell'iniettare materiale radioattivo nella sede del melanoma cutaneo primitivo; il tracciante segue il percorso che le cellule tumorali avrebbero intrapreso verso il linfonodo di riferimento, permettendo di individuare il primo linfonodo incontrato. Questo linfonodo viene rimosso e analizzato al microscopio, l'unico strumento capace di visualizzare singole cellule o piccoli gruppi di cellule. Quando le metastasi si propagano attraverso il sangue e raggiungono organi a distanza (come polmone, fegato, encefalo o scheletro, che sono i bersagli più frequenti),



Dr.ssa Antonella Romanini

possono causare sintomatologie legate all'insufficienza di questi organi. Tuttavia, grazie a una stadiazione molto precisa, oggi le metastasi agli organi vengono spesso scoperte prima che causino danni significativi o insufficienza d'organo”.

Qual è il ruolo della genetica nella scelta delle terapie e come si sono evolute le cure, in particolare con l'avvento dell'immunoterapia?

“La genetica gioca un ruolo cruciale nella scelta del trattamento. Circa la metà dei melanomi esprime una mutazione del gene BRAF, una tiro-sina chinasi. Questa mutazione è il bersaglio di un farmaco specifico capace di bloccare la moltiplicazione delle cellule che la presentano. Nell'altro 50% circa dei melanomi, dove questa mutazione non è presente, si ricorre all'immunoterapia che è attiva anche nei casi che presentano mutazione di BRAF. I melanomi sono stati tra i primi tumori ad essere curati con approcci che stimolano il sistema immunitario, poiché era già noto che potessero regredire spontaneamente, un fenomeno attribuito all'attività del sistema immunitario stesso. La progressione della malattia è stata spiegata con una sorta di "sonno" del sistema immunitario, indotto dal tumore stesso, che esprime recettori capaci di "spegnere" l'attività del sistema immunitario. L'immunoterapia si basa sull'identificazione e l'inibizione di

questi recettori attraverso anticorpi monoclonali, riuscendo così a "risvegliare" il sistema immunitario affinché combatta le cellule tumorali. Sebbene il tumore possa sviluppare meccanismi di difesa contro l'immunoterapia (ad esempio, mutazioni che causano resistenza), oggi questa strategia terapeutica ha rivoluzionato le prospettive di guarigione non solo nel melanoma, ma in altri tumori solidi.”.

Qual è l'attuale prospettiva di guarigione per i pazienti con melanoma metastatico e quali le nuove frontiere della ricerca in questo campo?

“Grazie ai progressi nell'immunoterapia, oggi, nel 50% dei casi, è possibile parlare di guarigione per i pazienti con melanoma metastatico, con un'osservazione a lungo termine di 10 anni che conferma l'assenza di ricadute. Questo rappresenta un enorme progresso rispetto a 20 anni fa, quando la sopravvivenza a lungo termine dei pazienti metastatici era inferiore al 10%. Sono state sviluppate anche tecniche altamente personalizzate: con una biopsia di una lesione metastatica, è possibile isolare i linfociti, stimolarli e reinfonderli nel paziente. Questa terapia, ancora in fase di studio in Italia, ha mostrato un'efficacia molto alta, con una singola somministrazione capace di portare alla guarigione in oltre il 30% dei casi. Per quanto riguarda la cosiddetta biopsia liquida, ovvero la capacità di fare diagnosi precoce di lesioni o metastasi tramite un prelievo di sangue, siamo ancora indietro dal punto di vista clinico, nonostante i progressi scientifici, poiché mancano studi conclusivi sulla specificità e predittività di questi test. I grandi database possono aiutare a comprendere le mutazioni che causano resistenza, ma la loro piena applicazione clinica richiede ancora decenni”.

Contatti:

Dr.ssa Antonella Romanini

Oncologo Medico, Dirigente di Primo livello presso L'U.O. di Oncologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Chiara di Pisa
Membro del Consiglio Direttivo dell'Intergruppo Melanoma Italiano
Presidente dell'Associazione Contro il Melanoma
Via Mazzei, 16 - 56124 Pisa
Tel: 050-543561
Mail: info@oncologiapisa.it

ECZEMA CRONICO DELLE MANI: DALLA SFIDA DIAGNOSTICA ALLA GESTIONE MIRATA DI PRECISIONE

UNA SVOLTA TERAPEUTICA PER L'ECZEMA CRONICO DELLE MANI: ARRIVA IL PRIMO FARMACO TOPICO DEDICATO CHE PROMETTE DI RESTITUIRE QUALITÀ DI VITA AI PAZIENTI

Per anni questa patologia è stata considerata "orfana" di trattamenti specifici, costringendo chi ne soffre a gestire sintomi invalidanti senza soluzioni mirate. Oggi, grazie alle nuove evidenze cliniche e all'introduzione di molecole innovative come il Delgocitinib, lo scenario sta cambiando radicalmente. Ne abbiamo parlato con la **Dottorssa Emanuela Martina**, medico chirurgo, specialista in dermatologia e venereologia, per approfondire le sfide diagnostiche e le nuove opportunità di cura.

Dottorssa Martina, partiamo dalle basi: che cos'è esattamente l'eczema cronico delle mani, come si manifesta e quando una semplice irritazione può essere definita "cronica"?

«L'eczema cronico delle mani è una dermatite che coinvolge le mani e, talvolta, i polsi. La diagnosi può risultare complessa perché la patologia si manifesta in diversi modi: esistono forme cosiddette ipercheratosiche, dove la pelle si ispessisce a tal punto da formare ragadi e fissurazioni dolorose; altre forme sono caratterizzate da vescicole pruriginose. Infine ci sono le pulpiti, che colpiscono i polpastrelli rendendoli secchi e rugosi, con una spiccata perdita della sensibilità. La cronicità è determinata da un fattore temporale e di frequenza: parliamo di eczema cronico quando la patologia dura da più di tre mesi o se il paziente presenta più di due recidive nel corso dell'anno».

Quali sono i principali fattori di rischio e chi sono i soggetti più colpiti?

«I fattori di rischio sono molteplici, ma quello professionale è predominante. Sono a rischio tutti i lavori in cui le mani sono costantemente umide o a contatto con sostanze irritanti e allergeniche: penso ai settori della cucina, delle pulizie, delle pulizie, all'edilizia e agli operatori del-



Dr.ssa Emanuela Martina

la sanità. Anche l'uso prolungato di dispositivi di protezione può essere un fattore scatenante. Le donne ne sono particolarmente colpite, non solo le casalinghe, ma anche chi accudisce bambini di età inferiore ai 2 anni a causa della frequente necessità di igiene dei piccoli».

Qual è il reale impatto di questa patologia sulla vita quotidiana e professionale e come deve muoversi un paziente per ottenere una diagnosi corretta?

«L'impatto è elevato perché le mani sono il nostro principale strumento di interazione con il mondo. Chi ne soffre sperimenta dolore, prurito anche notturno e una riduzione della sensibilità fine, che rende difficili gesti banali come tenere una penna o utilizzare strumenti di precisione. Oltre ai limiti funzionali, non dobbiamo sottovalutare il peso psicologico: l'imbarazzo nel dare la mano o nel mostrarla può portare a stigma, vergogna e ritiro sociale. È fondamentale rivolgersi a centri specializzati dove operino dermatologi esperti in questa specifica patologia. La diagnosi può essere complessa,

specie quando mimica altre patologie che interessano le mani, come la psoriasi, ma la vera sfida è la diagnosi eziologica, ovvero capire le cause scatenanti. Purtroppo talvolta non vi sono cause esogene, ma la dermatite è "costituzionale", in altri casi le cause sono più d'una, come accade nei soggetti affetti da dermatite atopica che sviluppano anche una forma da contatto. Il cardine di questo percorso è il patch test, che permette di identificare eventuali allergeni da contatto che possono essere eliminati».

In apertura parlavamo di una novità terapeutica. Quali sono le opzioni oggi disponibili?

«Per molto tempo non abbiamo avuto farmaci dedicati esclusivamente a questa patologia. Oggi, però, esiste un nuovo farmaco topico, il Delgocitinib, che rappresenta un grande passo avanti. Essendo una crema, offre il vantaggio di agire localmente senza esporre il paziente agli effetti collaterali tipici delle terapie sistemiche, come le interazioni farmacologiche. Gli studi clinici e le prime esperienze mostrano risultati eccellenti in una larga parte di casi, con grande soddisfazione sia nostra che dei pazienti. È essenziale, tuttavia, che queste terapie vengano gestite da centri ospedalieri in grado di monitorare correttamente il percorso di cura».



Contatti:

Dr.ssa Emanuela Martina

Medico Chirurgo - Specialista in Dermatologia e Venereologia, Dirigente Medico presso la UOC Dermatologia Ospedale Carlo Urbani
Via A. Moro 25, 60035 Jesi (AN)
Mail: emanuela.martina@sanita.marche.it

RIVOLUZIONE ENDOVASCOLARE: OLTRE L'80% DEI PAZIENTI COMPLESSI ORA TRATTABILE GRAZIE ALLA TECNOLOGIA "SU MISURA"

UN BALZO IN AVANTI STRAORDINARIO NELLA CURA DELLE PATOLOGIE VASCOLARI COMPLESSE STA TRASFORMANDO L'APPROCCIO CHIRURGICO

Grazie all'introduzione di protesi di nuova generazione e alla collaborazione multidisciplinare, i limiti anatomici che in passato precludevano il trattamento mininvasivo sono stati quasi totalmente superati, permettendo oggi di offrire cure "tailor-made" a una platea vastissima di pazienti. La creazione di una vera rete integrata tra ospedale e territorio è il prossimo obiettivo per consolidare questi risultati. Ne abbiamo parlato con il **Dottor Emanuele Gatta**, Direttore del reparto di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

Quali sono le innovazioni tecnologiche che stanno ridefinendo la chirurgia vascolare e come hanno modificato l'approccio alle patologie complesse dell'aorta?

«Le innovazioni più promettenti, in termini di risultati clinici e mininvasività, sono rappresentate dall'avvento delle endoprotesi, sia customizzate che non customizzate. Queste permettono di superare quasi tutti i limiti anatomici che fino a qualche anno fa impedivano di trattare i pazienti con tecniche endovascolari e mininvasive. Ad oggi, i progressi tecnologici fanno sì che più dell'80% dei pazienti, anche quelli con problematiche anatomiche sfidanti, possano essere trattati con approcci endovascolari e meno invasivi in tutti gli scenari anatomici».

Il trattamento delle patologie aortiche complesse richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato. In che modo il vostro centro garantisce queste opzioni e quale ruolo gioca l'imaging avanzato?

«Siamo tra i pochi centri in Italia a disporre di un vero Aortic Team, composto da cardiocirurghi, chirurghi vascolari, anestesisti dedicati e internisti, che approcciano insieme le patologie aortiche, in particolare quelle dell'arco aortico e dell'aorta toraco-addominale. L'obiettivo è analizzare le possibili opzioni terapeutiche, in quanto il centro è in grado di offrire le opzioni



Dr. Emanuele Gatta

esistenti, sia quelle mininvasive sia quelle chirurgiche ad alto impatto. Avere a disposizione un'ottima expertise in tutti i campi consente di avere la libertà di scegliere l'approccio migliore per il singolo paziente. È fondamentale ricordare che il trattamento della patologia aortica complessa è tailorizzato, ovvero disegnato su misura per ogni paziente. In questo contesto, l'imaging avanzato è cruciale poiché permette di analizzare nel minimo dettaglio le peculiarità anatomiche di ogni paziente, guidando la scelta del miglior approccio, del miglior device e della protesi più adatta, dato che non esiste una singola protesi o una sola tecnica valida per tutti».

Per garantire la continuità delle cure, è cruciale l'integrazione tra l'ospedale e il territorio. Quali iniziative sono in atto per rafforzare la rete sanitaria e quali le principali criticità da superare?

«Per favorire una maggiore integrazione tra ospedale, medici di medicina generale e comunità locali, il management sanitario deve creare una rete attiva che sia percepita dal territorio e dai medici di base. A tal fine, ci si sta attivando con incontri pro-

grammati. Lo scopo è esplicitare chiaramente quali siano i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), quali pazienti debbano essere indirizzati in urgenza e quali debbano essere seguiti nel follow-up. L'obiettivo finale è creare una vera rete che parta dal territorio, passi per gli ospedali periferici e arrivi all'Hub. Una criticità rilevante è assicurare che gli ospedali di rete si sentano integrati nell'approccio alla patologia vascolare. Anche se la prima procedura, specialmente se complessa, viene eseguita nel centro di riferimento (l'Hub), gli ospedali di rete devono contribuire attivamente al proseguo delle cure, alla diagnosi e al follow-up dei vari pazienti. Sebbene nelle Marche il concetto di rete sia già in essere, i progetti futuri riguardano proprio l'ulteriore integrazione della rete».



Contatti:

Dr. Emanuele Gatta
Direttore Chirurgia Vascolare
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche
Via Conca, 71 - Torrette AN
Telefono: 071 5961
e-mail: manuele.gatta@ospedaliriuniti.marche.it

LA RIVOLUZIONE DELLA TERAPIA GENICA E DELLA MEDICINA DI PRECISIONE CONTRO LE MACULOPATIE: UN FUTURO DI CHIAREZZA

LE MACULOPATIE SONO TRA LE PRINCIPALI CAUSE DI CECITÀ MA UNA NOVITÀ POTREBBE RIVOLUZIONARE LA VITA DI MOLTI: LA TERAPIA GENICA

Per guidarci in questo viaggio nel futuro dell'Oftalmologia, abbiamo dialogato con il **Professor Rodolfo Mastropasqua**, ordinario di Malattie dell'Apparato Visivo e direttore della Scuola di Specializzazione in Oftalmologia l'Università d'Annunzio di Chieti-Pescara.

Cos'è la maculopatia e quali sono i soggetti più vulnerabili?

“Le maculopatie sono malattie che colpiscono tantissime persone, soprattutto dopo una certa età, ma anche giovani. La maculopatia è un termine che raccoglie più malattie. La più conosciuta è la maculopatia senile, che si presenta in due forme: una secca e una umida. Colpisce tipicamente le persone sopra i 60 anni ed è una delle cause principali di cecità nel mondo occidentale. Le cause sono spesso sconosciute, legate all'età, e si ritiene sia una forma di invecchiamento. Esistono poi altre forme, come le maculopatie genetiche, più tipiche delle persone giovani, o quelle di tipo diabetico, legate appunto alla malattia del diabete. I sintomi principali della maculopatia sono visione distorta e diminuzione della vista. A volte si può avere anche una macchia nera al centro del campo visivo, chiamata scotoma. Quindi, in sintesi: visione ridotta, visione distorta e scotoma centrale”.

Parliamo di diagnostica. Quali esami vengono utilizzati per individuare la maculopatia e come le nuove tecnologie, in particolare la telemedicina, stanno influenzando questo campo?

“La diagnostica è essenziale. Oggi abbiamo a disposizione esami di imaging che permettono una diagnosi precoce. La cosa importantissima è che questi sistemi di immagine, che sono sempre più raffinati, vanno abbinati alla telemedicina in un sistema di hub e spoke. Questo significa che si può fare una diagnosi precoce senza che il paziente debba necessariamente venire in un centro di riferimento od in un policlinico universitario. L'esame può essere fatto sul territorio e i dati arrivano alla sede centrale tramite telemedicina. Il futuro sarà addirittura poter fare questi esami a domicilio, ad esempio dal medico di medicina generale, con i dati trasmessi al centro di riferimento. La nostra Università è all'avanguardia in questo, avendo ottenuto un finanziamento finalizzato proprio per sviluppare la telemedicina nelle maculopatie. Lo stile di vita e l'alimentazione sono importanti. Anche proteggersi dai raggi ultravioletti, soprattutto d'estate, è fondamentale. Come usiamo la crema solare per la pelle, bisogna indossare gli occhiali da sole.



Prof. Rodolfo Mastropasqua



Rettore Liborio Stuppia

Questo protegge dall'invecchiamento delle strutture oculari. Uno stile dietetico appropriato e la protezione con filtri adeguati possono tutelare la retina. Tuttavia, se c'è una base genetica, è più probabile che si sviluppi la malattia”.

A proposito di genetica, qual è il suo ruolo nello sviluppo delle maculopatie? E come si lega a questo la terapia genica, che è il fulcro della nostra discussione e che lei ha definito un "plus"?

“Si ritiene che il ruolo della genetica sia molto importante nella diagnosi, nel controllo e nella terapia maculopatie. Ed è proprio per questo che la terapia genica può rappresentare un grande "plus". Per la forma secca della maculopatia, è ancora tutto sperimentale. Ma per la forma umida, abbiamo un trial clinico in fase clinica già avanzata. Il concetto è il seguente: si inietta al di sotto della retina un virus benigno che trasporta la terapia genica, e quest'ultima "silenzia" un gene, bloccando la produzione della molecola che causa la malattia. Attualmente questa patologia richiede iniezioni (chiamate anti-VEGF) ripetute, a vol-

te per tutta la vita. Questo è un peso enorme per il paziente, ma anche a livello socioeconomico per gli operatori sanitari e gli accompagnatori. Questa è la terapia genica che c'è per la maculopatia umida. I risultati pubblicati finora, mostrano una buona risposta nel ridurre drasticamente il numero di iniezioni grazie ad un singolo intervento sotto la retina. Alcuni pazienti non ne fanno più affatto”.

I destinatari della terapia genica sono tutti coloro che hanno la maculopatia umida, indipendentemente dalla fascia d'età?

“I pazienti devono essere studiati presso un centro di riferimento specializzato. Ci sono dei criteri di inclusione specifici per la sperimentazione: se il paziente rientra in questi "paletti", allora può accedere alla terapia. I risultati sono promettenti. Guardando al futuro, le cure per le maculopatie si concentrano su due aree: la terapia genica e le cellule staminali. L'Università d'Annunzio di Chieti-Pescara ha istituito un centro di genetica oculare e medicina di precisione che studia tutte le malattie genetiche dell'occhio, non solo le maculopatie, ed è strutturata tecnologicamente e scientificamente per le cure più avanzate”.



Università degli studi
“G. d'Annunzio”

Il Centro di genetica oculare di UdA e Asl di Chieti fondato dal Prof. Mastropasqua insieme al Rettore Stuppia, genetista di chiara fama, è tra i primissimi e pochissimi centri europei ad effettuare questa chirurgia e a partecipare a questa sperimentazione.

Contatti:

Prof. Rodolfo Mastropasqua

Professore Ordinario in Oftalmologia
Direttore della Scuola di Specializzazione in Oftalmologia
Università “G. d'Annunzio” di Chieti-Pescara

Prof. Liborio Stuppia

Professore Ordinario di Genetica Medica
Rettore dell'Università degli Studi “G. d'Annunzio”
Chieti-Pescara
Via dei Vestini, 66100 Chieti CH
Tel.: 0871 355 6922
Mail: mastropa@unich.it

Iberogast Advance



**può alleviare i disturbi
dello stomaco
e favorire la normale
funzionalità digestiva**

Per trattare molteplici
sintomi ricorrenti della
DISPEPSIA FUNZIONALE
con un **medicinale**

Posologia¹: 20 gocce 3 volte al giorno
preferibilmente prima o durante i pasti,
da diluire in acqua o altro liquido.



**senso
di pienezza**



**perdita
di appetito**



**mal di
stomaco**



**sazietà
precoce**



bruciore



**eruttazione
eccessiva**



**Senza
glutine**



**Senza
lattosio**



**Senza
zuccheri aggiunti**



Disponibile in due formati: 50 ml e 100 ml

CH-20251014-54 – È un medicinale senza obbligo di prescrizione (SOP)
che può essere consegnato solo dal farmacista.
Ascolta il tuo farmacista. Leggere attentamente il foglio illustrativo.
Autorizzazione del 28/11/2025.