

La chirurgia toracica del terzo millennio

La migliore comprensione della fisiopatologia degli organi del torace, l'avanzamento delle conoscenze mediche, la forte impronta oncologica (oltre l'80% della patologia toracica è tumorale) e lo sviluppo di tecniche chirurgiche specificamente ideate per trattare la patologia toracica, hanno fatto sì che la Chirurgia Toracica sia diventata una specialità indipendente, con specialisti in grado di curare con competenza elevata la patologia toracica.

I miglioramenti tecnologici nella tecnica chirurgica hanno in primo luogo riguardato la possibilità di utilizzare delle vie di accesso agli organi interni molto più conservative delle strutture sane di quelle che si usavano in passato.

Negli ultimi due decenni si è affermata la Chirurgia Toracica mini-invasiva o VATS (Video-assisted Thoracoscopic Surgery) che con l'ausilio di telecamere ad altissima definizione (recentemente anche in 3D), e di strumenti chirurgici specificamente progettati per la chirurgia toracica, ha permesso di eseguire gli stessi interventi di una volta ma senza aprire il torace.

L'ultima innovazione è la chirurgia robotica: un complesso macchinario permette dei movimenti della strumentazione operatoria simili ai movimenti delle mani del chirurgo, guidati a distanza da una consolle a cui siede l'operatore. Grazie alla chirurgia mininvasiva, è oggi possibile trattare i tumori polmonari, i tumori degli organi mediastinici,

i tumori dell'esofago, la patologia malformativa e naturalmente le lesioni benigne che interessano gli organi intratoracici.

L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Toracica di Verona diretta dal dott. Maurizio V. Infante, utilizza tutte queste tecniche, è dotata dei più avanzati strumenti tecnologici, incluse telecamere ad alta definizione per la chirurgia mininvasiva e di un robot chirurgico modernissimo per la cura dei tumori polmonari e si avvale di competenze di alto livello per il trattamento del mesotelioma, nel quale il ruolo della chirurgia, seppur discusso, è importante, e richiede specifiche competenze e preparazione tecnica.

Nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona il gruppo multidisciplinare oncologico toracico, è costituito da varie forze che mettono a disposizione del paziente con tumore polmonare o del torace, competenze mediche e scientifiche di livello internazionale in campo della chirurgia toracica, oncologia medica, pneumologia, radioterapia e radiochirurgia, anatomia patologica, patologia molecolare, diagnostica per immagini, medicina nucleare, e all'occorrenza ematologia, endocrinologia, neurologia, neurochirurgia e tutte le branche specialistiche necessarie per i casi particolari.

La compenetrazione di tali competenze permette l'esecuzione di interventi e trattamenti complessi per patologia toracica che risulterebbero inattuabili o insicuri in strutture



Una sala operatoria del Polo Confortini

più piccole.

I percorsi dei pazienti si sviluppano attraverso l'implementazione di algoritmi detti PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali), che specificano i modi ed i tempi degli interventi a beneficio del paziente dal momento in cui accede alla struttura a quando la condizione è stata risolta, o la terapia definitiva è stata pianificata e organizzata anche in ambito extraospedaliero.

L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Toracica di Verona è dotata di una cartella clinica informatizzata, uno strumento essenziale per riellaborare tutte le informazioni raccolte durante la pratica clinica quotidiana allo scopo di aumentare le conoscenze mediche, integrando i dati clinici con quelli provenienti dai laboratori, dalla diagnostica per im-

magini, e dall'anatomia patologica.

Sul fronte dell'innovazione, la Chirurgia Toracica di Verona punta all'implementazione dell'attività della chirurgia mininvasiva con telecamere in 3D e al potenziamento dell'attività robotica, alla riduzione delle procedure tradizionali ai soli casi indispensabili (minore impatto delle cure sul benessere del paziente), nonché al lancio di programmi di ricerca sulla diagnostica precoce sul territorio (screening per il carcinoma polmonare sia radiologico che di laboratorio (2,3), in campo delle malattie neurologiche, delle interazioni fra infiammazione e neoplasia, nella fibrosi polmonare, e sulla prevenzione primaria (lotta al tabagismo). Nulla giova al paziente malato quanto l'essere trattato con empatia, chiarezza, e garbo.

I pericoli dell'abuso di farmaci

L'abuso di farmaci oppioidi di prescrizione medica è divenuta un'epidemia negli USA. Basti pensare che nel 2010 il numero di abusatori si aggirava attorno ai 2.4 milioni, con un aumento del 225% tra il 1992 e il 2000. Nel 2010, negli USA, le morti da overdose dovute a questi farmaci sono state il doppio di quelle, sommate, da eroina e cocaina. Il problema è nato dalla penna dei medici. Una prima problematicità riguarda alcuni pazienti affetti da dolore cronico, con uso eccessivo di oppioidi. Un altro aspetto è la "tracimazione" dai pazienti affetti da dolore ai loro familiari, soprattutto se adolescenti, con un incremento drammatico dei casi di intossicazione acuta trattati dalle unità di Pronto Soccorso.

Un terzo fenomeno, non trascurabile, è la dipendenza "da rientro" che l'uso incauto di analgesici oppioidi può causare nei pazienti con un passato di tossicodipendenza.

Una riflessione su questi temi è importante in quanto destinati ad interessare in tempi brevi anche la nostra sanità. Perché?

Questo problema, in America, è stato alimentato da un marcato cambiamento nella filosofia del trattamento del dolore cronico, da una cultura "oppiofoba" ad una "oppiofila", cosa che sta avvenendo da noi solo recentemente.

Oggi il trattamento antalgico fa parte, doverosamente, della responsabilità professionale di ogni medico. Il dolore acuto ha un'importante funzione di segnale ("cosa significa questo dolore?"), quello cronico non serve a nulla.

Chi soffre cronicamente, soffre per niente. Il dolore è il più grande nemico dei malati, annienta la loro dignità e va affrontato con ogni mezzo a nostra disposizione. Ma vi è una diffusa, erronea convinzione che tutta la sofferenza possa essere risolta.

Il fatto che gli analgesici oppioidi possano dare dipendenza e, peggio, assuefazione viene visto come un elemento secondario, spesso non valutato. Per i medici il trattamento del dolore paga (in termini di



Il dr. Fabio Lugoboni, responsabile della Medicina delle dipendenze

tempo, di effetto immediato), quello delle dipendenze no. Nel secondo caso, infatti, sarebbe necessario concentrarsi maggiormente su una corretta anamnesi, informazione e consulenza, entrambi approcci che richiedono tempo anche se eviterebbero al paziente, col senno di poi, problemi maggiori della malattia di base.

E' doveroso precisare che non stiamo parlando di pazienti oncologici con limitate aspettative di vita, bensì di soggetti affetti da dolore cronico, con un'aspettativa di vita normale. La valutazione sul tipo di trattamento, quindi, dovrebbe essere di lungo periodo.

Anche se in Italia si iniziano a vedere i primi segni di quanto sopra esposto, i terapeuti del dolore ricordano che in Italia il livello di partenza era molto modesto e che nonostante l'incremento, l'uso di analgesici oppioidi nel nostro Paese è tra i più bassi in Europa.

La legge del 2010, che garantisce terapie del dolore adeguate, non è stata ancora del tutto attuata in Italia per le perduranti resistenze culturali di pazienti

e di medici prescrittori, così che molti portatori di dolore cronico sono sotto medicati.

Medicina delle Dipendenze, unità di degenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona diretta dal dr. Fabio Lugoboni, ha visto moltiplicarsi le richieste di consulenza e ricovero, provenienti spesso da centri d'eccellenza di terapia del dolore per casi ritenuti ormai ingestibili, segno evidente della crescita del fenomeno e dell'impreparazione di molti medici, ad affrontare le dipendenze patologiche. Le Istituzioni sanitarie dovrebbero vigilare prima che il fenomeno dilaghi anche nel nostro Paese. D'altra parte non ci si può aspettare un aiuto dal marketing farmaceutico che, negli USA, è stato concausa importante del problema, per essersi concentrato soprattutto sulla promozione degli oppioidi nel trattamento del dolore cronico benigno fra i medici di medicina generale perché considerati più influenziabili, con uno sforzo continuo di minimizzare i rischi di cattivo uso di questi farmaci.

Per questo, nel 2007, l'autorità federale competente (FDA) comminava una multa per 636 milioni di dollari per pubblicità ingannevole ad alcune ditte farmaceutiche. La triade "ignoranza sul rischio di dipendenza", "pressione culturale contro il dolore ad ogni costo" e "facilità prescrittiva" è la chiave per il replicarsi anche da noi di quanto accaduto negli USA. E' di pochi giorni fa la decisione dell'FDA di evidenziare sulle confezioni, come avviene per le sigarette, il rischio di abuso legato a questi farmaci. L'obiettivo di una prescrizione di farmaci oppioidi adeguata e sicura sarà però raggiunto solo quando le Dipendenze Patologiche saranno considerate e insegnate come una normale malattia della medicina e della società, uno sforzo che vede l'Azienda Ospedaliera veronese in pole position, sia dal punto di vista didattico-formativo, che clinico, nella cura del dolore cronico e nelle complicità da terapie scorrette.

Il diabete infantile e le nuove terapie

Il Diabete Mellito è la più comune tra le malattie che colpiscono le ghiandole endocrine a tutte le età. La forma più comune, diabete Tipo 2, insorge nell'adulto ed è legata all'insoddisfacente azione dell'insulina e/o a una sua carente secrezione.

Nel bambino invece, nel 95% dei casi la forma di diabete che lo colpisce è il Tipo 1, che si caratterizza per la distruzione (immuno-mediata) delle cellule pancreatiche che producono l'insulina. In Italia sono circa 20.000 i bambini di età inferiore a 14 anni affetti da questa patologia. La terapia si basa sulla somministrazione di insulina per via sottocutanea più volte al giorno, mediante iniezioni o infusione continua tramite cannule e cateteri connesse a dispositivi elettronici denominati microinfusori. Chi ha il diabete tipo 1 deve monitorare frequentemente nella giornata i livelli di glucosio nel sangue mediante appositi strumenti di misurazione (glucometri) e deve seguire un'alimentazione e uno stile di vita sani.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona operano l'Unità di Pediatria a Indirizzo Diabetologico e Malattie del Metabolismo ed il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica, diretti dal prof. Claudio Maffei, che si occupano di prevenzione, diagnosi e cura del diabete in età pediatrica per la città e la provincia, coordinando il lavoro dei centri pediatrici di diabetologia a livello regionale. Il team è composto da pediatri, dietisti, infermiere, psicologa e biologi e la sua attività consiste nell'offrire ai giovani pazienti e alle loro famiglie gli standard di cura più avanzati del diabete, attraverso l'ottimizzazione e la personalizzazione della terapia, la formazione delle famiglie e degli insegnanti, oltre che di pediatri e medici del territorio (a livello regionale e nazionale) e attraverso la ricerca nel campo della nutrizione, del metabolismo e delle nuove tecnologie. L'attività dell'UOC si avvale anche del prezioso contributo dell'Associazione Giovani e Diabete che realizza con impegno iniziative di sostegno alle famiglie dei bambini con diabete.

E' inoltre attivo da anni l'ambulatorio multidisciplinare per l'educazione e l'assistenza all'uso dei microinfusori d'insulina e dei sistemi di monitoraggio glicemico continuo, attività svolta in qualità di Centro di Riferimento regionale per l'applicazione e la gestione di tali tecnologie. Recentemente l'UOC ha partecipato al primo progetto di ricerca sul pancreas artificiale in età pediatrica svolto in Italia, chiamato PEDarPAN (PEdiatric ARtificial PANcreas), che ha visto protagonisti 32 bambini di età compresa tra i 5 e gli 8 anni affetti da diabete tipo 1 provenienti dai Centri di Diabetologia Pediatrica delle Università di Verona, Milano, Torino, Roma e Napoli.

La sperimentazione, coordinata dalla dott.ssa Daniela Bruttomesso e dal prof. Claudio Cobelli, ingegnere biomedico, dell'Università di Padova, è stata condotta dal 3 al 12 settembre presso il Villaggio Olimpico di Bardonecchia (TO).

Il pancreas artificiale è un dispositivo tecnologico innovativo per la terapia del diabete Tipo 1, nel quale la velocità di infusione sottocutanea di insulina somministrata mediante microinfusore, viene stabilita da un algoritmo ospitato in uno "smartphone", sulla base delle glicemie inviategli in continuo da un sensore sottocutaneo. Tali dispositivi sono ancora in fase sperimentale ma in diversi studi hanno già dimostrato di poter limitare il periodo di tempo che il paziente trascorre con glicemie al di fuori dei livelli ottimali, in particolare nelle ore notturne e costituisce una concreta speranza per il miglioramento delle cure del diabete da raggiungere nei prossimi anni.

Questo ha particolare rilevanza nei bambini più piccoli nei quali il diabete è caratterizzato da una maggiore instabilità e costringe i genitori ad una frequente verifica dei livelli di glicemia anche nelle ore notturne.

La realizzazione di dispositivi in grado di gestire autonomamente la terapia insulinica è in grado di aumentare l'efficacia della cura dei bambini con diabete, migliorando la loro qualità di vita e quella delle loro famiglie.