



Fondazione Tonolli

News



Semestrale a cura di: Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School – Fondazione Onlus e Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli

Scienza – Cultura – Società

Le nuove frontiere della scienza, della medicina e delle cure fra mito e realtà



Il tuo CUORE al centro!

Dona il tuo **5x1000** a
Fondazione Tonolli ONLUS

CODICE FISCALE
93027350037

“Dona un lascito testamentario alla Fondazione Tonolli”

I tumori al fegato, delle vie biliari e del pancreas: le nuove frontiere di trattamento verso la terapia personalizzata

Il pensiero di Calogero Iacono

Nei tumori del fegato, vie biliari e pancreas i limiti della tecnologia, legati alle difficoltà della diagnosi precoce e la differente aggressività dei vari tipi di neoplasia, stanno trovando una promettente via verso la personalizzazione delle cure. La conduzione clinica multidisciplinare con genetica, biologia molecolare, identificazione di marker tumorali, corretta identificazione dei diversi tipi istologici e quadri clinici lasciano sperare in una diagnosi precoce e nella possibilità di indirizzare al più corretto trattamento i pazienti. La chirurgia con le diverse opzioni tecniche associate o meno alla chemioterapia e ad altri trattamenti stanno apportando miglioramenti nella prognosi di queste malattie.

Dobbiamo alla nota scuola dell'Università di Verona (Dipartimento di Chirurgia e Oncologia dell'Ospedale Policlinico GB Rossi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona diretto dal Prof. Alfredo Guglielmi) la competenza e guidanel difficile campodella chirurgia e della conduzione clinica multidisciplinare.

Con il Prof. Calogero Iacono responsabile dell'Unità di chirurgia epato-bilio-pancreatica approfondiamo questi argomenti.

Le neoplasie epato-bilio-pancreatiche sono un gruppo eterogeneo di neoplasie che originano dagli epatociti, dalle cellule degli epiteli dei dotti biliari e pancreatici. Il trattamento di queste neoplasie è complesso e la chirurgia finora ha rappresentato l'unico trattamento curativo. Negli ultimi anni si stanno aggiungendo

nuove possibilità terapeutiche che in associazione alla chirurgia sembrano apportare miglioramenti della prognosi dei pazienti affetti da queste neoplasie.

La caratterizzazione prognostica e la sotto-classificazione in gruppi di pazienti con prognosi simile è un obiettivo importante degli studi di biologia molecolare ma in questo ambito ancora oggi ci sono poche esperienze in letteratura.

I Gruppi Multidisciplinari dell'Università di Verona in collaborazione con centri internazionali quali la Johns Hopkins University di Baltimora, Maryland e la Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA, stanno contribuendo alla:

- 1) identificazione di alterazioni genetiche specifiche per le diverse neoplasie epato-bilio-pancreatiche
- 2) identificazione delle alterazioni molecolari che hanno valenza prognostica nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico.

I risultati preliminari di questi studi sono importanti poiché lasciano prevedere che una volta sviluppati potranno contribuire all'accrescimento delle conoscenze di queste malattie e costituire il fondamento per lo sviluppo di innovativi processi diagnostici e terapeutici.

La possibilità di individuare specifici bersagli molecolari può consentire la selezione di farmaci specifici per il profilo genetico della singola malattia. Si può ipotizzare, infatti, che in un prossimo futuro la scelta terapeutica non sarà basata sulla sede o tipo della malattia ma piuttosto sul profilo molecolare che la caratterizza nel singolo soggetto.

Questi aspetti sono quelli che potranno consentire la personalizzazione della

a cura di Giuseppe Riggio e Eros Barantani
terapia (l'individualizzazione del processo di cura).

In particolare per dare una prima risposta allo stato attuale e ai limiti della chirurgia e della chemioterapia dei tumori del pancreas, può chiarire quali e quanti sono i quadri clinici della neoplasia?

La ghiandola pancreatica ha due funzioni una che contribuisce alla fase digestiva ed è la **componente esocrina** ed una che interferisce con le problematiche endocrine specie con la regolazione della glicemia e questa è la **componente endocrina** della ghiandola.

Da entrambe queste componenti anatomo-fisiologiche possono prendere origine delle neoplasie che presentano un'aggressività biologica differente e vengono definite, rispettivamente, tumori esocrini e tumori neuroendocrini; entrambe vengono a loro volta sotto-classificate in diversi istotipi che presentano frequenza clinica differente.

Esistono per tutte e due le categorie neoplasie benigne, che purtroppo sono la minoranza, e maligne che rappresentano la maggior parte di queste malattie.

Segue a pag. 3



I Professori Calogero Iacono e Alfredo Guglielmi (al centro) insieme ad alcuni membri della loro équipe e a medici in formazione specialistica in chirurgia generale

Ritengo che i nostri studi dovrebbero essere pressoché privi di scopo. Essi vogliono essere perseguiti con castità, come le matematiche.

J. Emerich D. Acton

Fondazione Tonolli: scienza cultura etica società

INIZIATIVE



Premio Livia Tonolli 2016

Assegnato all'Università di Verona finalizzato alla ricerca clinica diretta dal Prof. C. Iacono sul tumore del pancreas.

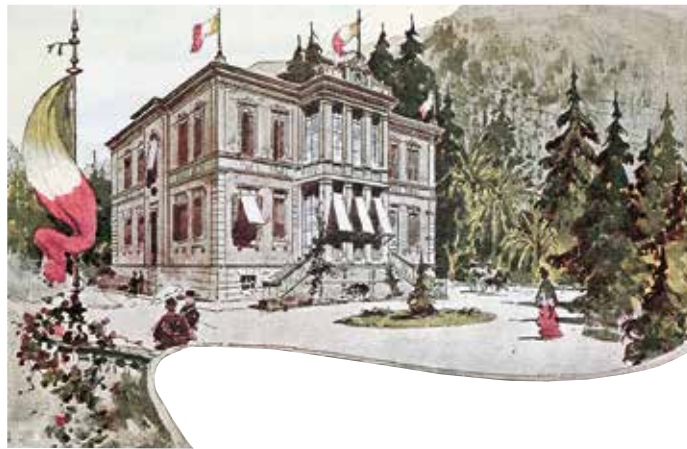
Convegno su Terapia personalizzata in medicina e in chirurgia ottobre 2016

Segreteria Fondazione Tonolli e UOC di medicina interna Verbania.



Ippocrate nell'era ipertecnologica- Appuntamento con la clinica

Terapia personalizzata, Seminari a Bologna, Padova, Trieste.
1° semestre 2017



Defibrillatore donato a una società sportiva

Nel mese di febbraio è stato donato un defibrillatore alla società sportiva 2mila8volley di Domodossola.



Corsi di formazione per personale socio-sanitario con accreditamento ECM

- Seminario 31 maggio e 7 giugno 2016 Resilienza: coltivare la propria e promuoverla negli altri
- Seminario 20/21 giugno 2016 Conversazioni difficili: trasformare il conflitto in opportunità
- corso di informatica di base con elementi in inglese
- corso di informatica: creare presentazioni efficaci
- usi del tablet nel mondo del lavoro



Borse di studio

- 4 contributi allo studio per dei giovani del VCO per l'iscrizione alle facoltà di Medicina, infermieristica o altre in ambito sanitario;
- 1 contributo allo studio per un medico della Palestina per cardiologia pediatrica.

Si svolgeranno dal 22 al 26 agosto, presso il Liceo Cavalieri di Verbania, dei corsi estivi di preparazione al test d'ingresso alle Facoltà mediche.

In linea di massima più del 90% sono maligne e meno del 10% sono benigne. Nell'ambito dei tumori esocrini il più frequente è, purtroppo, il **più aggressivo** e cioè **l'adenocarcinoma duttale**, mentre quelli benigni sono rappresentati dai tumori cistici quali il cistoadenoma sieroso, il cistoadenoma mucinoso e i tumori intraduttali produttori mucina (cosiddetti IPMN). Esistono inoltre dei tumori a comportamento incerto e quindi definiti borderline quali il tumore solido cistico pseudo-papillare, alcuni tumori cistici mucinosi e alcuni IPMN.

L'adenocarcinoma duttale del pancreas, che rappresenta il 90% dei tumori del pancreas, è un tumore biologicamente molto aggressivo che spesso rimane asintomatico fino agli stadi più avanzati. In particolare i tumori del corpo-coda del pancreas sono difficili da diagnosticare perché nascono in una zona "più libera" in cui possono crescere per lungo tempo senza dare sintomi clinici. Quelli che originano invece nella testa determinano una compressione degli organi vicini, quali per esempio la via biliare o il duodeno, determinando ittero e sintomi digestivi. Possono, inoltre, determinare, anche se di piccole dimensioni, infiltrazione delle **strutture vascolari adiacenti**, quali la vena e arteria mesenterica superiore, la vena porta e il tripode celiaco, il cui coinvolgimento è, spesso, causa di irresecabilità.

Nella maggior parte dei casi è possibile la preservazione di parte del pancreas, in altri casi la ghiandola pancreatica deve essere completamente rimossa (**pancreasectomia totale**) con conseguente quadro di insufficienza esocrina pancreatica e diabete mellito. Per le neoplasie localizzate alla testa l'intervento di scelta è la **Duodenocefalopancreasectomia (DCP)** che comporta l'asportazione della testa del pancreas, del duodeno della colecisti e della via biliare distale; la ricostruzione della continuità pancreatica, della via biliare e del tratto digestivo avviene mediante il confezionamento di tre anastomosi la pancreatico digestiva, la biliodigestiva e la duodeno o gastro digestiva. Per i tumori localizzati al corpo e alla coda pancreatici si procede all'intervento di pancreatectomia distale con consensuale asportazione della milza. Entrambi gli interventi richiedono inoltre l'asportazione dei linfonodi regionali

(**linfoadenectomia**).

Solo il 20-30% dei pazienti, però, risulta operabile alla diagnosi, e la sopravvivenza dei pazienti sottoposti ad intervento non supera il 20-25% a 5 anni.

Da questo si può dedurre che la speranza per migliorare la **prognosi** di questa malattia sia l'identificazione di **markers tumorali o biomolecolari** al fine di ottenere una diagnosi precoce e la scoperta di **nuovi farmaci** atti ad agire in maniera più mirata sui diversi tipi di neoplasia. Molto si sta facendo nel campo della ricerca a tale scopo, ad esempio recentemente il team multidisciplinare della nostra università, in collaborazione con centri americani, australiani e inglesi ha delineato la mappa molecolare dell'adenocarcinoma del pancreas attraverso il sequenziamento di 456 tumori (studio pubblicato sulla prestigiosa rivista Nature). In base alle mutazioni genetiche presenti nelle cellule, i tumori sono stati classificati in quattro sottotipi, ognuno con una batteria di mutazioni diversa. I quattro sottotipi costituiscono una base per studiare nuovi trattamenti e poter offrire ai pazienti una terapia medica personalizzata.

Per queste patologie e per tutte le forme benigne o a bassa malignità, tuttavia, è possibile ricorrere a interventi conservativi che permettono un risparmio di parenchima pancreatico e sono rappresentati dalla enucleazione o enucleo-resezione e dalle **pancreatectomie parziali**; tra queste la **pancreatectomia centrale**, intervento introdotto nella pratica chirurgica dalla nostra Scuola (intervento secondo Dagradi-Serio-Iacono), permette di conservare parte del pancreas anche nei tumori che coinvolgono la porzione intermedia dell'organo; si evita così di dover asportare ampie porzioni di pancreas prevenendo il conseguente sviluppo di diabete e di insufficienza digestiva. Per tumori benigni localizzati al corpo coda del pancreas, specie in soggetti giovani, la splenectomia può essere evitata disseccando il corpo coda del pancreas dai vasi splenici (pancreatectomia sinistra con conservazione dei vasi splenici e della milza)

I **tumori endocrini** vengono sotto-classificati in **funzionanti**, se secernono in eccesso un ormone che dà origine a una sindrome clinica, e in **non funzionanti** se non secernono e non immettono

nel circolo sanguigno ormoni. Queste neoplasie possono essere diagnosticate in forma sporadica o nell'ambito di malattie multi-endocrine, le cosiddette MEN.

Il rapporto tra funzionanti e non funzionanti è a favore dei non funzionanti (70/80% vs 20/30%) nelle casistiche più recenti in quanto le **nuove metodiche di imaging** quali l'ecografia, la TAC e la RMN consentono occasionalmente di identificare **lesioni pancreatiche silenti**, spesso di piccole dimensioni. In passato la frequenza era maggiore per i funzionanti in quanto la diagnosi veniva fatta per la sindrome clinica che esprimono o a causa delle grosse dimensioni che spesso raggiungevano alla diagnosi nelle forme non funzionanti. A causa dell'aspecificità dei sintomi che non permette una diagnosi precoce, il 50-70% dei pazienti con forme non funzionanti presenta alla diagnosi metastasi a distanza.

Dal punto di vista clinico e diagnostico nei funzionanti la diagnosi può essere facile in presenza delle caratteristiche sindromi cliniche e per la determinazione patologica nel siero dell'ormone o dei suoi bersagli, mentre possono presentare problemi di identificazione morfologica del tumore a causa delle piccole dimensioni; a volte possono risultare addirittura occulti a tutte le indagini preoperatorie, anche le più sofisticate e specialistiche.

I tumori non funzionanti, viceversa, vengono facilmente identificati a causa delle dimensioni che proprio per la loro asintomaticità spesso raggiungono o vengono scoperti incidentalmente in corso di indagini espletate per altri motivi; i tumori non funzionanti pongono problemi di diagnosi differenziale con gli altri tumori pancreatici specie con il carcinoma duttale.

Tra i tumori funzionanti il più frequente è l'insulinoma neoplasia che nell'oltre 90% dei casi è benigna, nel 10% dei casi può essere maligna, nel 10% dei casi può essere multipla o essere extra-pancreatica. L'insulinoma è un tumore che origina dalle cellule beta delle insule pancreatiche e che provoca un'elevata secrezione di insulina, a sua volta responsabile di un eccessivo abbassamento dei livelli di glucosio nel sangue (ipoglicemia).

La diagnosi dei tumori neuroendocrini viene fatta cercando dei marcatori specifici nel sangue (cromogranina A, enolasi neurone specifica), ma i

risultati di questi esami vanno però letti e interpretati con molta attenzione: il valore della cromogranina A, per esempio, può aumentare se si assumono farmaci come i gastroprotettori/inibitori di pompa protonica o in caso di malattie infiammatorie croniche. La ricerca dei marcatori ematici va quindi sempre accompagnata alle indagini radiologiche: TC con mezzo di contrasto, PET-TC con Gallio e con FDG, Risonanza magnetica e in alcuni casi con ecoendoscopia.

Tutte queste indagini a nostra disposizione, ci permettono di localizzare il tumore e capire se sono già presenti metastasi in altri organi o nei linfonodi, ma non danno informazioni precise sulle caratteristiche biologiche del tumore; per ottenere queste informazioni è necessario prelevare un campione di cellule neoplastiche attraverso una biopsia.

L'esame microscopico delle cellule ci permette di classificare i tumori neuroendocrini in base all'aggressività biologica, che viene valutata con la misurazione dell'attività proliferativa attraverso il conteggio delle mitosi (divisione delle cellule) e dell'indice immunoistochimico Ki-67. In seguito a queste valutazioni i tumori vengono divisi in: **ben differenziati** (G1)/ moderatamente differenziati (G2) che crescono piuttosto lentamente, sono meno aggressivi ma possono dare metastasi; e **scarsamente differenziati** (G3), che crescono più velocemente e hanno maggiori probabilità di generare metastasi.

Nel caso di diagnosi precoce di tumore neuroendocrino la recidiva non è scongiurata; quale strategia viene applicata?

La percentuale di malignità dei tumori neuroendocrini, eccezion fatta per gli insulinomi quasi sempre benigni (solo il 10% maligni), è alta (superiore al 50% dei casi) come abbiamo detto precedentemente. La valutazione delle mitosi per campo (<2/10hpf, 2-20/10hpf, >20/10hpf) e il valore del Ki-67 (inferiore a 2, compreso tra 2 e 20, superiore a 20) eseguite sul tumore ci permettono di identificarne la diversa aggressività ed il rischio di recidiva. Nei casi in cui viene fatta una diagnosi precoce e la neoplasia è di basso grado (G1, G2) l'asportazione del tumore potrebbe essere risolutiva ma non esclude la recidiva e la metastatizzazione a lungo termine, specie al fegato; il paziente, pertanto, deve essere sottoposto a controlli periodici (follow up) per diversi anni (5-10 anni) mediante la determinazione del marcatore

cromogranina alfa, e nei casi di neoplasia funzionante con la determinazione dell'ormone specifico, e con l'esecuzione delle metodiche di imaging e/o di medicina nucleare. Quest'approccio permette di evidenziare precocemente l'eventuale ripresa di malattia e ne consente il corretto trattamento. Il trattamento chirurgico e/o multimodale della malattia metastatica al fegato permette ai pazienti lunghe sopravvivenze.

Nell'adenocarcinoma con coinvolgimento vascolare del tripode celiaco e piccola metastasi epatica la terapia chirurgica è in primo piano? Oppure la terapia chirurgica va esclusa e deve essere effettuata solo chemioterapia?

A differenza dei tumori neuroendocrini dove le metastasi epatiche, quando asportabili chirurgicamente, non rappresentano un ostacolo all'intervento, per il carcinoma duttale, la presenza di metastasi, anche singole, controindicano l'intervento chirurgico resettivo a causa dell'aggressività del tumore; può fare eccezione il caso di un paziente giovane nel quale si può tentare la risoluzione chirurgica, specie se vi è una preliminare risposta al trattamento chemioterapico, ma senza certezze sui risultati a distanza.

In casi altamente selezionati di tumore localmente avanzato in assenza di metastasi epatiche l'intervento chirurgico può essere indicato solo se la demolizione pancreatica e vascolare consente un intervento oncologicamente radicale.

Quindi chemioterapia?

Chemioterapia nel caso di tumore metastatico ma anche nel tumore localmente avanzato (quando infiltra cioè organi o strutture vascolari vicine). Nei tumori localmente avanzati alla chemio può essere associato, eventualmente, il trattamento radioterapico. Questo approccio terapeutico combinato è più usato negli Stati Uniti ove esistono centri oncologici multi-disciplinari localizzati nella stessa struttura.

Può precisare il valore clinico e didattico dell'equipe multidisciplinare istituita presso l'Università di Verona?

Come si può evincere da quanto sopra, la maggior parte dei pazienti con neoplasie del pancreas presenta problematiche cliniche, di diagnosi e trattamento, particolarmente complesse e richiede un approccio e gestione pluridisciplinare. I percorsi diagnostico-terapeutici necessitano, infatti, della partecipazione di diverse figure professionali quali, radiologi, gastroenterologi, endoscopisti, anatomo-patologi, anestesisti-

rianimatori, nutrizionisti, chirurghi, oncologi. L'approccio diagnostico e la strategia terapeutica dei pazienti vengono decise dalla discussione pluridisciplinare. I casi clinici complessi vengono presentati sia sotto l'aspetto anamnestico che dell'imaging radiologico e/o endoscopico. A questo segue discussione collegiale con finale sintesi clinica e definizione collegiale dell'eventuale ulteriore approfondimento diagnostico o della scelta terapeutica.

Oltre al personale strutturato, a queste riunioni partecipano i medici in formazione specialistica delle diverse Scuole di Specializzazione.

L'approccio interdisciplinare consente un utilizzo più accurato delle varie metodiche diagnostiche, l'esecuzione di iter diagnostici brevi (minor numero di esami diagnostici, minor tempo dalla presa in carico del paziente fino al raggiungimento della diagnosi e trattamento), la condivisione di conoscenze e competenze, l'abitudine al lavoro di gruppo, il miglioramento delle strategie terapeutiche e di follow-up ed, infine, una migliore formazione degli specializzandi delle varie branche specialistiche.



Università di Verona, Borgo Roma

Venerdì 20 maggio, all'Hotel Il Chiostro di Verbania, si è tenuto l'incontro dal titolo "Vivere diabete, non sopravvivere al diabete".

Dalla conoscenza alla competenza alimentare: il bambino/ragazzo diabetico mediatore e ispiratore culturale per compagni di scuola e insegnanti. A cura della Fondazione Tonolli ONLUS.



Al via il progetto Studiamo con il cuore per l'a.a. 2016/2017.

Anche quest'anno Fondazione Tonolli ONLUS mette a disposizione **5 contributi allo studio** a livello provinciale ed internazionale.

I primi 4 sono rivolti agli studenti maturandi del **Verbano Cusio Ossola** che intendono iscriversi alla Facoltà di Medicina, Infermieristica ed altre Professioni in ambito sanitario. Ogni contributo ha il valore di **1.500 euro** a copertura parziale delle spese di iscrizione all'Università. La **borsa di studio internazionale**, in collaborazione con l'ONG PCRFB (Palestine Children's Relief Fund), sarà assegnata alla Dott.ssa palestinese Shayma Sharrub, laureata a Damasco in medicina e specializzata in pediatria, che, una volta completato il suo percorso formativo, intende tornare nel suo paese d'origine per curare i bambini cardiopatici. La Dott.ssa Sharrub frequenterà un Master presso l'Università di Padova e riceverà da Fondazione Tonolli ONLUS un contributo per le spese di iscrizione pari a **3.600 euro**.

Fondazione Tonolli ONLUS si farà carico dei costi del progetto ma abbiamo bisogno anche del tuo aiuto per raggiungere il traguardo finale: **dona alla formazione, dona con il cuore!**

Ti chiediamo un piccolo sostegno economico di 50, 100 o 200 euro e la disponibilità a diffondere questa richiesta ad altri amici e conoscenti che abbiano a cuore il futuro e la salute di tutti noi e vogliano come te investire nelle competenze dei nostri ragazzi.

La salute è una cosa, coltiviamo competenze!

Come donare

I versamenti vanno intestati a:

**Formazione e Management
Livia e Vittorio Tonolli School-
Fondazione ONLUS**

- bolettino postale c/c postale n. 1010113882
- bonifico bancario: IBAN IT 15 Z 05035 22410 2105 702 62374 c/o Banca popolare di Intra
- assegno non trasferibile
- conto PayPal info@fondazionetonollionlus.it

...vieni a trovarci in Fondazione in Corso Nazioni Unite 64 28925 Verbania Suna (VB)

Chirurgia mininvasiva della valvola mitrale efficace e sicura

Il team di Gorav Ailawadi, utilizzando i dati del Virginia Cardiac Surgery Quality Initiative di 18 ospedali e da 14 centri che praticano la cardiocirurgia hanno mostrato che la chirurgia mininvasiva della valvola mitrale (mini-MVR) offre eccellenti risultati senza aumentare i costi ospedalieri rispetto alla chirurgia convenzionale con sternotomia.

Fonte: *Ann Thorac Surg.* 2016 Mar 23. pii: S0003-4975(16)00097-7. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.01.084. [Epub ahead of print]

Defibrillatore impiantabile associato a complicanze a lungo termine

Il defibrillatore cardiaco impiantabile [ICD] sarebbe associato a un maggiore rischio di complicanze a lungo termine. I soggetti a maggior rischio di complicanze erano donne di età tra 65-69 anni e i pazienti sottoposti a defibrillatori per la terapia di resincronizzazione cardiaca versus quelli con ICD a 'single-chamber'. Necessaria una continua sorveglianza dei pazienti dopo l'impianto del defibrillatore.

Fonte: *Ann Intern Med.* 2016 May 3. doi: 10.7326/M15-2732

Tumore pancreas. Stessa sopravvivenza per radiochemioterapia e chemioterapia

La radiochemioterapia nei pazienti affetti da tumore del pancreas, localmente avanzato, non aumenta la sopravvivenza rispetto a quelli trattati con la sola chemioterapia. Lo studio clinico LAP07 ha coinvolto 442 pazienti trattati con gemcitabina da sola o in combinazione con erlotinib. Dopo un follow-up mediano di oltre tre anni, nessuna differenza in termini di sopravvivenza tra i due gruppi. Inoltre i pazienti sottoposti a gemcitabina con

erlotinib avevano più effetti tossici, suggerendo che questa combinazione non dovrebbe essere utilizzata nei pazienti con tumore del pancreas, localmente avanzato.

(Fonte: *JAMA.* 2016;315(17):1837-1838. doi:10.1001/jama.2016.4284.)

Cancro al pancreas localmente avanzato: efficace regime a 4 farmaci per lo stadio avanzato

I risultati di una revisione sistematica e di una meta-analisi, pubblicati su *Lancet Oncology*, mostrano che i pazienti con carcinoma pancreatico localmente avanzato, trattati con FOLFIRINOX (leucovorine, fluorouracile con irinotecan, oxaliplatino) hanno una sopravvivenza mediana globale di 24.2 mesi, maggiore rispetto ai 6-13 mesi osservati negli studi con gemcitabina.

Il team diretto da Groot Koerkamp del Erasmus University Medical Center di Rotterdam ha analizzato 13 studi per un totale di 689 pazienti di cui 335 (52%) con carcinoma pancreatico localmente avanzato, in trattamento con FOLFIRINOX in prima linea. Necessari ulteriori studi randomizzati per dimostrare che FOLFIRINOX è in grado di prolungare in modo significativo, la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti con adenocarcinoma pancreatico metastatico rispetto all'approccio standard.

(Fonte: *Lancet Oncol* 2016 Published Online May 6, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)00172-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(16)00172-8))

Cambio al vertice della Commissione salute nella Conferenza Stato Regioni: Saitta subentra a Venturi

Toccherà ad Antonio Saitta, assessore piemontese alla Sanità, Lea ed edilizia sanitaria, sostituire in conferenza delle Regioni l'uscente emiliano Sergio Venturi, anche lui assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna.

[Fonte: *Quotidiano Sanità* 25/02/2016]

Il nuovo Presidente AIFA è il Prof Mario Melazzini

Il Prof. Mario Melazzini è stato designato Presidente

del Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Melazzini attualmente ricopre la carica di Assessore all'Università, Ricerca e Open Innovation nella Giunta della Regione Lombardia. In precedenza Melazzini è stato direttore dell'Unità operativa Complessa di Day Hospital Oncologico dell'Istituto Scientifico di Pavia, della Fondazione Maugeri IRCCS e professore a contratto presso la I Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Pavia.

[Fonte: www.aifa.gov 23/12/2015]

Scoperta una mutazione genetica che abbatte il rischio di infarto del 34%. Si apre la strada a una possibile nuova generazione di farmaci

[Fonte: *New England Journal of Medicine* May 18, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoA1508419]

Terapia con AVK valida per i pazienti con fibrillazione atriale: risultati di uno studio svedese

[Fonte: *Jama Cardiology* April, 2016] DOI: 10.1001/jamacardio.2016.0199

Esistono differenze di genere nei pazienti con fibrillazione atriale per quanto riguarda gli outcome clinici e funzionali

[Fonte: *JAMA Cardiology* 18/05/2016] DOI: 10.1001/jamacardio.2016.0529

Notizie a cura di:

Dott. Marta Baviera e Dott. Irene Marzona, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Prof. Eros Barantani, Primario di Endocrinologia Ist.

Auxologico Italiano di Piancavallo, Verbania

Dott. Silvia Gamba, Dir. Laboratorio Analisi, Casa di Cura

"Eremo di Miazzina", Verbania

Dott. Alberto Salvadori, Primario di Laboratorio di fisiopat.

resp. Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania

Prof. Giuseppe Riggio, coordinazione didattica Fondazione

Tonolli, Verbania

Comitato di Redazione:

Dott.ssa Gloria Nucera Direttore Responsabile

Prof. Eros Barantani, Primario Endocrinologo, Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania

Dott. Massimo Riggio, Dirigente di Industria, Milano

Dott. Alberto Salvadori, Primario di lab. di fisiopatologia respiratoria, Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania

FONDAZIONE TONOLLI NEWS

Direttore Responsabile Gloria Nucera

Registro periodico del tribunale di Verbania

al numero 2/2008 del 17/03/2008

Finito di stampare nel giugno 2016

Stampa: Grafiche Caccia & Fovana

Gravellona Toce VB

Citando la fonte, articoli e notizie possono

essere ripresi, in tutto o in parte, senza

preventiva autorizzazione

Per garantire la privacy. In conformità alla legge n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, la "Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School" garantisce a tutti i suoi lettori che i più assoluti criteri di riservatezza verranno mantenuti sui dati personali forniti da ognuno. A tal fine si precisa che le finalità della Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School - Fondazione ONLUS sono relative solo alla spedizione del "Fondazione Tonolli News". Con riferimento all'art.7 L.n. 196/2003, le richieste di eventuali variazioni, integrazioni e cancellazioni dovranno essere indirizzate a: *Formazione e management Livia e Vittorio Tonolli School - Fondazione ONLUS - C.so Nazioni Unite, 64 - 28925 Verbania Suna*

La "Mission" della Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari "Livia e Vittorio Tonolli" e della Fondazione Onlus Formazione e Management "Livia e Vittorio Tonolli School", ispirata ai principi fondamentali dei diritti umani sociali etici, è formare i giovani in assoluta libertà di insegnamento e apprendimento in vari campi e senza confini, con orientamento verso la prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari e particolare attenzione ai bambini e al singolo malato.

Con noi per una salute e una vita migliore.



Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli

con il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Corso Nazioni Unite 64 28925 Verbania Suna (VB)

Tel. Segr. 0323 501374 Presidente 3482654957

Fax 0323 508160

e-mail: info@fondazionecardiologiatonolli.it

www.fondazionecardiologiatonolli.it

Formazione e Management

Livia e Vittorio Tonolli School

Fondazione ONLUS

accreditamento della Regione Piemonte



Consiglio di Amministrazione

Prof. Giuseppe Riggio, Presidente - Verbania

Prof. Eros Barantani, Vice Presidente - Verbania

Dott. Ugo Palmieri, Tesoriere - Verbania

Dott. Peppino Cattano - Arona (NO)

Dott. Ugo Gabino - Milano

Prof. Avv. Gianfranco Negri Clementi - Milano

Comitato Scientifico

Prof. Sergio Dalla Volta, Presidente - Padova

Prof. Ottavio Alfieri - Milano

Dott. Marco Bobbio - Cuneo

Prof. Luciano Daliento - Padova

Prof. Silvio Garattini - Milano

Prof. Benedetto Marino - Roma

Prof. Claudio Rapezzi - Bologna

Dott. Rosario Russo - Padova

Prof. Gianfranco Sinagra - Trieste

Consiglio di Amministrazione

Prof. Eros Barantani, Presidente - Milano

Dott. Ugo Gabino, Vice Presidente - Verbania

Dott. Giuseppe Riggio, Tesoriere - Verbania

Ing. Andrea Riggio - Verbania

Dott. Alberto Salvadori - Verbania