Numero 17 - Autunno 2012

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

RICERCA
Il futuro delle malattie croniche
ONCOLOGIA
Un nuovo esame per il tumore alla prostata
IN-DOLORE
Cistite, facciamo più attenzione
INSERTO SALUTE E LAVORO
Il ruolo del medico competente

SENOLOGIA

L'importanza della diagnostica per immagini

indice

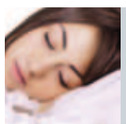
ARTICOLI

ricerca
MALATTIE CRONICHE, IL FUTURO È NELLA RICERCA CLINICA **2**

senologia
IMAGING DIAGNOSTICO TRADIZIONALE IN SENOLOGIA **4**

laboratorio
UN NUOVO ESAME PER IL TUMORE ALLA PROSTATA **6**

logopedia
I DISTURBI DEL LINGUAGGIO **8**



pneumologia
SONNI D'ORO **10**

RUBRICHE

mamma e bambino
PER IL BATTITO D'ALI DEI BAMBINI FARFALLA **13**

in-dolore
CISTITE, FACCIAMO PIÙ ATTENZIONE **16**

buono & sano
PROTEINE? SÌ, GRAZIE **18**

parlami di te
TUMORE AL SENO: LA MIA SPERANZA NEL SENTIRMI PRESA IN CURA **20**

la posta del cuore **23**

MultiMedica FLASH **24**

Sanità al Futuro
Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Reg. Tribunale di Milano n. 336 del 19 maggio 2003
Direttore responsabile: *ALESSANDRA CHIARELLO, Responsabile Comunicazione e Formazione, Gruppo MultiMedica*
Coordinamento redazionale*: CHIARA PARATICO, ANDREA DELLA VALENTINA, SEC Relazioni Pubbliche e Istituzionali*
Progetto editoriale: *SEC Relazioni Pubbliche e Istituzionali*
Editore: *Fondazione MultiMedica ONLUS*
e-mail della redazione: *multimedica@secrp.it*

Progetto grafico e impaginazione: ULCAMARA GRAFICA E COMUNICAZIONE

Stampa: Arti Grafiche Torri

La luna nuova.
Lei pure la guarda
da un'altra porta.

(Jorge Luis Borges)

Stefania Colombi

Direttore Generale
Gruppo MultiMedica

3 Maggio 1950 -14 Settembre 2012

Grazie

MALATTIE CRONICHE, IL FUTURO È NELLA RICERCA CLINICA

A cura di
Andrea Della Valentina
Redazione Sanità al Futuro

MultiMedica promuove attivamente la ricerca clinica in tutte le aree principali delle patologie croniche: dal diabete alle cardiopatie, dagli ictus ai tumori fino ai disturbi respiratori. Con vantaggi sia per i medici, che possono studiare e disporre di soluzioni diagnostiche e terapeutiche all'avanguardia, sia, soprattutto, per chi riceve le cure. Ne parliamo con Stefano Genovese, Responsabile dell'Area di Diabetologia e Malattie Metaboliche del Dipartimento Cardiovascolare e Metabolico del Gruppo MultiMedica.

Dottor Genovese, ci spiega la differenza tra ricerca clinica e di base?
In linea generale, per ricerca clinica si intende la ricerca sui pazienti condotta in ospedale utilizzando gli strumenti clinici abituali, tra cui le visite ambulatoriali, gli esami di laboratorio, eventualmente i ricoveri. La ricerca di base, invece, è svolta prevalentemente in laboratorio. Quest'ultima, poi, in certi casi può avvalersi di quella clinica: se, per esempio, è necessario ottenere materiale biologico su cui fare sperimentazioni, dosaggi o valutazioni sofisticate di laboratorio, si può partire da materiale proveniente da un paziente che si trovi in ospedale.

Quali sono le forme della ricerca clinica?
Nel nostro Istituto sono due. Una è quella condotta in collaborazione con le aziende farmaceutiche ed è finalizzata di norma allo sviluppo di nuovi farmaci (cfr. riquadro, *ndr*). La seconda è chiamata ricerca spontanea e il suo obiettivo è testare e trovare le procedure diagnostiche e terapeutiche più efficaci e innovative per i pazienti abitualmente seguiti nella pratica clinica. Ovviamente questa seconda tipologia è strettamente connessa alla ricerca di base: per esempio, se in un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico come il nostro si identifica una molecola che serve per fare una diagnosi più precoce di una malattia, noi abbiamo la possibilità di testarla in una certa tipologia di pazienti e verificare se è davvero efficace per migliorare la diagnosi. Questo processo di scambio è un esempio della cosiddetta ricerca traslazionale.

Di cosa si tratta esattamente?
È il tipo di ricerca che consente di passare dal banco di laboratorio alla pratica clinica quotidiana. Presuppone una ricerca di base che indaga nuove sostanze o molecole per fare sia diagnosi sia terapie in modo più preciso. Poi implica che la ricerca clinica identifichi i pazienti a cui applicare quella diagnosi o terapia.

Che vantaggi derivano da questo genere di approccio per i medici e, soprattutto, per i pazienti?
Per i medici è un'opportunità, perché consente di studiare, conoscere e usare farmaci molto prima che arrivino in commercio. Per i pazienti, il vantaggio è che chi rientra in questi studi clinici è seguìto con particolare attenzione. Per fare un esempio: di recente, in un paziente con diabete mellito abbiamo diagnosticato un tumore in fase molto precoce, perché nelle procedure dello studio si prevedevano dosaggi particolari, non contemplati dalla normale pratica clinica quotidiana. Il risultato? Avendo trovato dei valori alterati, abbiamo potuto identificare una malattia in fase iniziale, cosa che non sarebbe accaduta se quella persona non avesse partecipato allo studio. Ma attenzione: tutti questi vantaggi si ripercuotono poi sulla generalità dei pazienti, perché quando scopriamo che un farmaco è più efficace di un altro siamo subito in grado, appena arriva in commercio, di indicarlo come il migliore a tutti coloro che vivono una situazione analoga.

Perché è così importante la ricerca clinica sulle patologie croniche?
La malattia cronica è il "laboratorio" per eccellenza della ricerca diagnostica e farmaceutica. La lunga durata di queste patologie consente di studiare con continuità la relazione tra cura sperimentale e risposta del paziente. Il diabete rientra tra le malattie croniche, assieme, per esempio, alle cardiopatie, gli ictus, alcuni tumori, i disturbi respiratori: in MultiMedica i due principali filoni di ricerca sono l'area cardiovascolare e metabolica e quella oncologica ma la ricerca clinica copre tutte queste aree.

Che strutture offre MultiMedica a sostegno della ricerca clinica?
Prima di tutto occorre ricordare come, rispetto a ospedali tradizionali, un IRCCS disponga di una serie di strutture di biostatistica e di *data management* che ci rendono più "appetibili" per le aziende farmaceutiche che intendono collaborare con noi nell'attività di ricerca clinica sponsorizzata di nuovi farmaci. Così possiamo avvalerci di *partnership* con le più avanzate aziende del mercato. Inoltre MultiMedica ha una vasta struttura di laboratori al servizio della ricerca traslazionale, situati nel Polo Scientifico e Tecnologico di via Fantoli, a Milano, con circa 10.000 metri quadrati dedicati a laboratori, piattaforme tecnologiche, supporti logistici e amministrativi. Nel Polo sono presenti anche due istituti del Consiglio Nazionale delle Ricerche, la Fondazione Multimedica Onlus e varie piccole e medie imprese del settore delle biotecnologie, tra cui la società BioRep grazie alla quale il Polo ospita la più grande banca europea di materiale biologico per la ricerca. ■

Stefano Genovese

La ricerca clinica sponsorizzata

La collaborazione con le aziende farmaceutiche per lo sviluppo di nuovi farmaci è uno dei componenti fondamentali della ricerca clinica. La fase di sviluppo di un farmaco parte da un iniziale *screening* delle biomolecole che dovrebbero costituire la base del farmaco. Segue poi la fase sperimentale nell'animale. Quando il prodotto risulta efficace e sicuro si passa alla sperimentazione sull'uomo che consta di quattro fasi:
1) test del principio attivo su soggetti sani, per fornire una prima valutazione su sicurezza e tollerabilità del medicinale;
2) si indaga l'attività terapeutica del potenziale farmaco, cioè la sua capacità di produrre su soggetti (volontari) affetti dalla patologia gli effetti curativi desiderati. Si cerca inoltre di capire quale sarà la dose migliore da sperimentare nelle fasi successive;
3) i pazienti "arruolati" sono centinaia o migliaia. L'efficacia del farmaco sui sintomi, sulla qualità della vita o sulla sopravvivenza è confrontata con un placebo (sostanza priva di efficacia terapeutica), con altri farmaci già in uso, o con nessun trattamento.
Quando poi il farmaco ha dimostrato di avere un'efficacia sufficiente in rapporto agli eventuali rischi, i dati derivati dalle valutazioni cliniche sono sottoposti all'Agenzia Italiana del Farmaco per l'autorizzazione al commercio.

IMAGING DIAGNOSTICO TRADIZIONALE IN SENOLOGIA

Nerina Masciadri
Diagnostica Senologica,
IRCCS MultiMedica

Daniela Bernabè
Diagnostica Senologica,
Poliambulatorio MultiMedica

La moderna Diagnostica per immagini in Senologia si avvale di vari esami, ognuno con pregi e limiti conosciuti che trovano differenti indicazioni a seconda che si tratti di donne asintomatiche o sintomatiche, di popolazione generale o ad alto rischio.

La **mammografia** è l'esame radiologico eseguito con apparecchi dedicati (attualmente sistemi digitali) che cercano di massimizzare lo scarso contrasto intrinseco dell'organo, fornito dalla quota e dalla distribuzione del tessuto adiposo rispetto alla componente fibroghiandolare.

Sono circa 332 mila le donne dell'Unione Europea alle quali ogni anno, secondo i dati dell'OMS, viene diagnosticato il tumore al seno

La mammografia di *screening* è eseguita in donne asintomatiche per trovare il carcinoma mammario prima che diventi clinicamente evidente: l'anticipazione diagnostica ha positivi riflessi sulla prognosi e sulla sopravvivenza, e in letteratura la mammografia è l'unico test di *screening* dimostratosi in grado di ridurre la mortalità da carcinoma mammario.
Oltre allo *screening* organizzato, le raccomandazioni di varie società scientifiche internazionali suggeriscono di eseguire l'esame come prevenzione spontanea a partire dai 40 anni con cadenza annuale/biennale, che convenientemente dovrebbe anche tener conto dei fattori di rischio personali e familiari.
Nelle donne ad alto rischio (e in particolare in quelle con mutazione dei geni BrCa 1-2) il programma di sorveglianza è necessariamente articolato su più esami (visita, ecografia, mammografia e risonanza magnetica) ed è chiaramente anticipato, anche per la mammografia, a partire dai 30-35 anni.
La mammografia diagnostica, invece, si rivolge a pazienti con segni o sintomi di patologia mammaria o in cui è stata segnalata un'anormalità da parte della mammografia di *screening* o di altre indagini di *imaging*. I segni clinici da considerare sono una tumefazione, un aumento di consistenza tessutale, un'adenopatia ascellare, una secrezione di un certo tipo dal capezzolo, una retrazione cutanea o del capezzolo, aree circoscritte di dolenzia persistente. Attraverso la comparazione con esami precedenti, lo scopo della mammografia diagnostica è di giungere a un'interpretazione conclusiva e quindi a raccomandazioni appropriate per il *follow-up*.
Pur erogando una dose di radiazioni molto bassa, per la sua esecuzione nelle donne in età fertile va esclusa una presunta gravidanza incipiente e, quindi, l'esame va programmato preferenzialmente nella prima parte del ciclo mestruale.
L'accuratezza diagnostica dipende dalla densità mammaria, la quale è inversamente proporzionale all'età, ed è influenzata da fattori genetici, costituzionali e anche ormonali. La sovrapposizione delle strutture anatomiche può nascondere eventuali carcinomi anche palpabili o può creare false immagini che richiedono ulteriori indagini.
La mammografia 3D (tomosintesi), di recente introduzione, ricostruisce la mammella in strati sottili (1 mm): da un lato è in grado di evidenziare lesioni libere da sovrapposizione e di localizzarle precisamente nella mammella, aumentando la sensibilità della mammografia; dall'altro aumenta la sicurezza nell'escludere la presenza di lesioni, specialmente in mammelle dense.
L'esecuzione della mammografia richiede l'osservanza di requisiti di qualità sia per l'apparecchiatura sia per quanto riguarda l'abilità del personale tecnico e medico: per quanto concerne il radiologo, la diagnosi si basa su parametri morfologici e non può prescindere da una conoscenza approfondita dell'anatomia normale e patologica della mammella.
I segni di carcinoma da ricercare sono modulazioni a bordi sfumati o irregolari, immagini di distorsione strutturale e microcalcificazioni raggruppate o a distribuzione segmentaria lungo i dotti galattofori.
L'**ecografia** è l'esame senologico complementare per definizione, utilizza gli ultrasuoni ed è quindi eseguibile in qualunque situazione, in particolare è l'esame di prima istanza nelle donne giovani, in gravidanza e durante l'allattamento. Non è da considerare esame di *screening*, seppure sia in grado di evidenziare eventuali nodulazioni occulte, specie in mammelle dense.
Le indicazioni all'ecografia mammaria comprendono: valutazione e tipizzazione di tumefazioni palpabili o di altri seni e sintomi; valutazione di presunte lesioni segnalate da mammografia e risonanza magnetica; valutazione dei linfonodi ascellari in corso di stadiazione preoperatoria per carcinomi già accertati, per decidere in merito alla biopsia del linfonodo ascellare sentinella; valutazione di problemi associati all'impianto di protesi mammarie.
Un ruolo molto importante dell'ecografia è di guida per biopsie percutanee mammarie o altre procedure interventistiche (drenaggio di cisti, raccolte periprotesiche, sieromi, ematomi, ascessi) e di localizzazione preoperatoria di lesioni non palpabili. In particolare l'ecografia permette di seguire la procedura sul monitor facilmente e in tempo reale, consentendo all'operatore di modificare istantaneamente l'approccio.
L'esame va eseguito con sonde lineari ad alta risoluzione che operano a una frequenza di almeno 10 MHz o preferibilmente superiore, a seconda della mammella in esame, con un'attenta regolazione del guadagno e del campo di vista, e sfruttando potenzialità come il *compound imaging* o l'*harmonic imaging* (tecniche che propongono una modalità alternativa per l'emissione e la ricezione degli ultrasuoni) allo scopo di ottenere immagini di elevata qualità.
Anche in ecografia la diagnosi si basa su parametri morfologici quali le dimensioni e la forma delle lesioni, l'orientazione orizzontale o verticale, l'ecogenicità interna e del tessuto circostante, i contorni regolari o irregolari e il comportamento degli ultrasuoni posteriormente alla lesione.
Le apparecchiature moderne sono inoltre dotate di moduli sempre più sofisticati per il Color-Doppler e l'elastografia, aggiungendo al dato morfologico altre caratterizzazioni utili per la diagnosi differenziale tra benignità e malignità (vascolarizzazione e rigidità/elasticità lesionale).
Per tutte queste considerazioni tecniche l'ecografia è maggiormente dipendente, rispetto alla mammografia, dalle specifiche tecniche delle apparecchiature e dall'esperienza dell'operatore, che deve essere in grado di integrare tutte le informazioni e correlarle al quadro clinico e ai referti degli altri esami strumentali. ■

Per prenotazioni chiama il numero 02-86.87.88.89

UN NUOVO ESAME PER IL TUMORE ALLA PROSTATA

Ermanno Longhi
Direttore Medicina di Laboratorio, MultiLab

Arialdo Vernocchi
Biologo - Patologo Clinico, MultiLab

In MultiMedica sono disponibili l'innovativo biomarcatore [-2] proPSA e l'indice PHI (Prostate Health Index) per l'identificazione precoce del tumore prostatico e per la migliore definizione dell'aggressività dello stesso.

La dimensione del problema

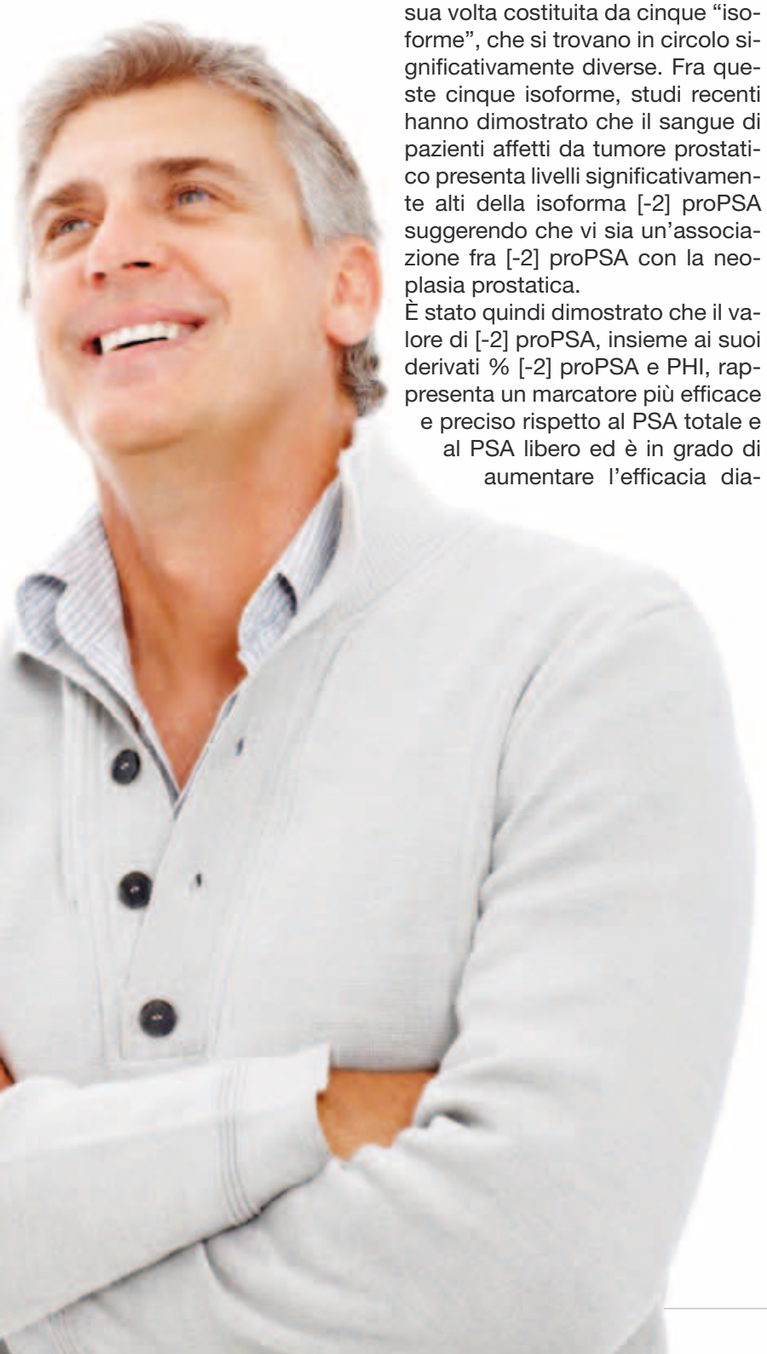
La neoplasia prostatica è una malattia ad altissima incidenza non solo in termini clinico-sanitari, ma anche per i risvolti assistenziali, economici, sociali e psicologici che determina. Il tumore della prostata è il tumore maligno non cutaneo più diffuso tra la popolazione maschile: è il quarto tumore per incidenza a livello mondiale dopo polmone, stomaco e colon-retto e il secondo nei Paesi sviluppati. Si stima che ne soffra un soggetto su 11 nella fascia di età compresa fra 40 e 70 anni.
Ogni anno, su un totale di 123.000 biopsie effettuate per un sospetto all'ecografia prostatica o per un valore alterato di PSA (Antigene Prostatico Specifico), il 35% delle persone (43.000) che si sottopone alla biopsia si scopre malato di tumore prostatico, mentre il 65% delle persone (circa 80.000) riceve esito negativo.

I limiti del PSA

Il PSA è il marcatore più utilizzato di diagnosi precoce e di *screening* di massa di carcinoma prostatico nei pazienti maschi.
Il PSA, originariamente misurato e utilizzato come PSA totale e successivamente riconosciuto costituito da altre forme (il PSA libero, con significato clinico diverso), ha consentito nel corso degli anni una migliore discriminazione fra patologia benigna e maligna.
Nonostante i progressi finora compiuti, ancora oggi, in diversi studi multicentrici, appaiono evidenti i limiti del PSA nella diagnostica della patologia prostatica.
Valori critici non sempre sono indice di presenza di neoplasia prostatica vera e propria e possono essere associati anche a patologie prostatiche benigne, come l'ipertrofia prostatica. In altri casi, invece, valori normali non sono una garanzia di patologia benigna.
La ridotta capacità che il PSA totale, il PSA libero e il loro rapporto hanno di diagnosticare precocemente un tumore prostatico (specificità) ha portato a un eccessivo e molto spesso inutile ricorso alla biopsia prostatica, la cui nota manovra invasiva può arrecare al paziente un danno di tipo psicologico ed eventuali complicanze; inoltre, ha prodotto un ingiustificato aumento di carcinomi asintomatici molto più numerosi di quelli a chiara presentazione clinica (sovra diagnosi e sovra trattamenti) che non hanno portato a una significativa riduzione della mortalità attesa.
Le stime, a conferma di una ridotta specificità diagnostica, sostengono che il 30-40% degli uomini con PSA totale compreso fra 410 ng/mL e il 20-30% di quelli con PSA totale compreso fra 2-4 ng/mL sono portatori di cancro alla prostata.

Il nuovo biomarcatore

Per raggiungere l'obiettivo primario dell'identificazione precoce dei pazienti affetti da una neoplasia prostatica, recentemente è emersa la necessità di ridefinire il ruolo del PSA nei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali della malattia prostatica e di ricercare nuovi biomarcatori tumorali più accurati e più specifici rispetto ai tradizionali PSA e PSA libero, che siano in grado di ridurre la mortalità cancro-specifica, limitare il numero di biopsie inutili, i trattamenti non necessari, le frequenze dei controlli.
Recentemente è stato individuato un nuovo biomarcatore, il [-2] proPSA, che con i suoi derivati % [-2] proPSA e PHI (*Prostate Health Index*) sembra essere molto più accurato dei tradizionali marcatori prostatici nel diagnosticare una neoplasia prostatica e nel predire il risultato della ripetizione di biopsie.
Il PSA nel sangue si articola nella forma legata a particolari proteine specifiche (detta forma complessata) e nella forma libera, che è a sua volta costituita da cinque "isoforme", che si trovano in circolo significativamente diverse. Fra queste cinque isoforme, studi recenti hanno dimostrato che il sangue di pazienti affetti da tumore prostatico presenta livelli significativamente alti della isoforma [-2] proPSA suggerendo che vi sia un'associazione fra [-2] proPSA con la neoplasia prostatica.
È stato quindi dimostrato che il valore di [-2] proPSA, insieme ai suoi derivati % [-2] proPSA e PHI, rappresenta un marcatore più efficace e preciso rispetto al PSA totale e al PSA libero ed è in grado di aumentare l'efficacia diagnostica nell'identificazione del tumore della prostata e nella distinzione fra forme più aggressive e meno aggressive.
Il PHI esprime il risultato, attraverso una formula matematica, della combinazione di tre test (PSA totale, PSA libero e [-2] proPSA).
Pertanto, questa combinazione esprimerebbe:
1) un migliore indicatore di rischio di cancro prostatico. Nei pazienti con PSA totale compreso fra 2 e 10 ng/mL (intervallo sospetto e dove sono stimate circa il 60-70% delle biopsie negative), con esplorazione rettale non sospetta ed età superiore a 50 anni, la specificità clinica dell'indice PHI è significativamente più accurata (18,2%) di quella del PSA e del PSA libero (6,6%) nell'identificazione dei pazienti affetti da neoplasia prostatica.
2) Una minore possibilità che il paziente venga sottoposto a biopsie "inutili". L'indice PHI, per la sua migliore capacità di rilevare il cancro (sensibilità) e di evitare i falsi positivi (specificità), sembrerebbe ridurre, nell'intervallo di PSA totale di 2-4 ng/mL, il numero delle biopsie non necessarie.
3) La possibilità di identificare prima possibile l'aggressività del cancro prostatico. Il PHI è fortemente correlato con l'aggressività del tumore prostatico. Infatti, è stata dimostrata la presenza di valori elevati di [-2] pro PSA, % di [-2] pro PSA e PHI in pazienti che hanno sviluppato forme clinicamente aggressive di neoplasia.



Conclusione

L'indice di salute prostatica (PHI) sembrerebbe essere il miglior indicatore del rischio di cancro prostatico rispetto ai singoli PSA totale e PSA libero, che consente di assegnare agli uomini - oltre i 50 anni, con livelli di PSA totale compresi fra 2 e 10 ng/mL, con esplorazione rettale (DRE) non sospetta - un rischio elevato, medio o basso di presenza di neoplasia prostatica.
Se il PHI è basso e gli altri fattori importanti (come anamnesi familiare, età, etnia e DRE) non sono sospetti, si suggerisce, come indicano recenti studi, di escludere la necessità di una biopsia prostatica. ■

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO

Carlo Tognonato
Coordinatore Servizio di Logopedia, Unità di Riabilitazione Neuromotoria e Specialistica, Istituto MultiMedica Limbiate

Bruno Conti e Franco Cosignani
Direttori Riabilitazione Neuromotoria e Specialistica, Gruppo MultiMedica

MultiMedica dispone di strutture ed équipe apposite per affrontare deficit della comunicazione, come afasie e disartrie, che possono limitare anche seriamente le capacità relazionali.

«Per quanto intrasmissibili siano gli esseri umani essi tentano sempre di comunicare attraverso gesti, balbettii, parole mal dette e maledette» (Clarice Lispector). È con questo spirito che il Servizio di Logopedia del Dipartimento Interpresidio di Riabilitazione Neuromotoria e Specialistica affronta i disturbi del linguaggio e della comunicazione, trattando i deficit comunicativi derivanti da patologie neurologiche, come ictus, traumi cranio-encefalici, malattie degenerative (Parkinson, sclerosi multipla) e problematiche di pertinenza foniatrica come i disturbi della vociferazione. Fra queste, per complessità del quadro, ma anche per la grande disabilità che lasciano sulla persona, le più importanti sono la disartria (un disordine dell'eloquio di origine nervosa, dovuto a disturbi del controllo muscolare dell'espressione verbale orale) e l'afasia («l'insieme dei disturbi del linguaggio e della comunicazione conseguenti a lesioni celebrali; provoca quadri più o meno gravi, secondo la grandezza della lesione, nel parlare, nel capire, nel leggere e nello scrivere» [Basso e altri]).

Sono fondamentali la presa in carico precoce e l'educazione dei familiari

Riabilitare tali limiti è compito del logopedista, affiancato, come succede nei presìdi MultiMedica, da un'*équipe* interdisciplinare coordinata dal fisiatra e composta fra l'altro da neuropsicologo, fisioterapista, infermiere. Nel nostro lavoro, e alla base di ogni buon trattamento il cui obiettivo sia la riduzione della disabilità linguistica, vi sono innanzitutto tre concetti: la precocità dell'intervento; la ricerca in fase iniziale di una qualsiasi forma di comunicazione, anche non verbale, che permetta almeno la manifestazione dei bisogni di base del paziente; l'educazione al familiare e ai *caregiver*, integrando di fatto l'attività di reparto con quanto avverrà poi al ritorno presso il domicilio.
Come già detto, nell'affrontare i disturbi del linguaggio é fondamentale innanzitutto la presa in carico precoce: queste patologie limitano l'interazione del soggetto, lo rendono distante dalla comunità pur facendone fisicamente parte. L'afasia, in particolare, nelle sue differenti espressioni isola il paziente, lo rende estraneo agli affetti e alla famiglia così come al reparto in cui è degente, frustrando le aspettative proprie e altrui. Capire e farsi capire, da subito, diventa quindi una priorità di cui bisogna farsi carico. A questo proposito l'intervento sulle difficoltà dell'eloquio presso il nostro Servizio, se possibile, inizia già dalla prima giornata successiva all'ingresso. L'osservazione del paziente, un bilancio logopedico breve, la rilevazione dei disturbi presenti, ma anche delle risorse residue e la loro attenta valutazione costituiscono il primo passo verso il recupero della funzione. È attraverso queste attenzioni che si possono individuare le strategie adatte per stimolare quanto prima e meglio le abilità del paziente, riducendo il più possibile quel senso di incomunicabilità e allontanamento che spesso caratterizza il vissuto di chi non può più parlare. Fornire un mezzo semplice, chiaro, che rispetti i limiti presenti e consenta un'interazione valida aiuta chi assiste a capire e chi è assistito a vedere riconosciuti i propri bisogni. Ritrovare una comunicazione, di qualsiasi forma e tipo, é prioritario.

A questo proposito i gesti, il tocco, la mimica sono risorse spesso ignorate ma di grande aiuto. Altri canali comunicativi, a volte sostituendosi al linguaggio verbale a volte integrandolo, sono un supporto prezioso per migliorare l'efficacia nel comunicare, specie nelle prime fasi del ricovero in cui la parola è molto compromessa e non risente ancora degli effetti della terapia logopedica.
Quest'ultima, se effettuata con perizia, costanza e intensità adeguate, contribuisce spesso in modo decisivo al recupero del linguaggio. Inoltre, ad affiancare le tecniche linguistiche "tradizionali", un'importante risorsa riabilitativa è l'utilizzo della comunicazione aumentativa alternativa e di forme non verbali che permettano di incrementare le abilità residue e superare i limiti persistenti: si tratta di strategie che attraverso l'impiego di materiali e tecnologie adattabili alle difficoltà specifiche del paziente consentono di interagire in modo valido anche con minime risorse verbali e motorie. Sono uno strumento ottimo per potenziare le capacità residue, permettendo di andare oltre la parola e per questo in grado di migliorare sensibilmente la qualità di vita dei nostri pazienti.
Ultimo ma non meno importante è il ruolo della famiglia. La riabilitazione della comunicazione passa anche attraverso l'educazione di chi circonda nel quotidiano il paziente. In questo senso le necessità della persona afasica o disartrica non si fermano alla patologia e alla "parola che non c'è", ma coinvolgono anche i parenti, che spesso sono disorientati da una situazione nuova e grave. La presa in carico della famiglia, l'educazione ai limiti e alle risorse utilizzabili per comunicare "con e nonostante" il disturbo, il coinvolgimento e una restituzione programmata del paziente sono attività fondamentali per una ri-abilitazione completa. Permettono da subito di ridurre la frustrazione del malato e la rabbia legata al non poter capire e farsi capire, costituiscono un appoggio e un rinforzo alla terapia specifica, pongono le basi per un ritorno al domicilio nel quale la continuità fra risultati del trattamento e spesa quotidiana siano reali e non solo sulla carta. Infatti, se il recupero del linguaggio e della comunicazione si plasma e costruisce nei reparti di riabilitazione, è altrettanto vero che si ultima e trova un senso soprattutto con il rientro a casa e l'esercizio quotidiano da parte del paziente. Aiutare le famiglie a orientarsi di fronte a un disturbo che spesso limita l'interazione, isolando il paziente, è fondamentale tanto quanto un'attenta e accurata terapia logopedica. ■

SONNI D'ORO

Francesca Luisi
Unità di Pneumologia,
Ospedale San Giuseppe

Sergio Harari
Direttore Unità di Pneumologia,
Ospedale San Giuseppe

Per diagnosticare i disturbi del sonno da russamenti e apnee c'è un esame semplice ed eseguibile comodamente da casa: la polisonnografia. Un servizio in cui l'Ospedale San Giuseppe è all'avanguardia in Italia.

«Mio marito russa per tutta la notte e spesso mi accorgo che va in apnea». «Mi sveglio di frequente la mattina col mal di testa e mi sembra di non riuscire mai a riposare bene». «Al lavoro non riesco a concentrarmi, mi addormento sulla scrivania».
Sempre più spesso negli studi medici si ascoltano pazienti che riferiscono di tali sintomi. Si stima infatti che in Italia circa il 2% delle donne e il 4% degli uomini sia affetto da disturbi respiratori durante il riposo notturno, in particolare dalla sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS). Tale patologia, nonostante colpisca 1,6 milioni di italiani, è tuttavia ancora sottovalutata e poco riconosciuta da parte sia dei pazienti sia dei medici, che spesso non considerano come un sonno poco ristoratore possa compromettere la salute e peggiorare la qualità di vita dei pazienti stessi.
L'OSAS è una forma di russamento interrotto da più o meno frequenti episodi di apnea durante la notte, causati da una lassità dei muscoli delle vie respiratorie superiori che, collassando nel sonno, determinano una netta riduzione, e a volte una completa ostruzione, del passaggio di aria attraverso le vie respiratorie. Fattori che incido-

no positivamente su tale fenomeno sono, oltre ad anomalie anatomiche (come l'ipertrofia tonsillare), il fumo, l'abuso di alcool e di farmaci favorenti il sonno e, soprattutto, il sovrappeso. Molte persone obese sono infatti affette da questa patologia e ciò ne spiega in parte la maggior incidenza soprattutto in uomini tra 30 e 60 anni di età.
I continui episodi apnoici, che nei pazienti gravi possono superare anche i 500 eventi in una notte, provocano una costante e inadeguata ossigenazione del sangue e continui microrisvegli, il più delle volte non avvertiti dai pazienti, che compromettono la qualità del sonno. I pazienti OSAS, pertanto, sono soggetti a importante sonnolenza diurna, difficoltà di concentrazione, attenzione e memoria, depressione, cefalea mattutina e calo della libido: tutti sintomi che compromettono notevolmente la loro vita sociale e lavorativa. Inoltre possono essere molto frequenti i colpi di sonno durante la guida: si stima infatti che circa un terzo degli incidenti stradali abbia questa causa con un conseguente significativo impatto sulla sicurezza stradale. Ancora, è documentato da numerosi studi scientifici che la carenza di ossigeno durante la notte determina un'aumentata incidenza di malattie cardiovascolari: ipertensione arteriosa di difficile controllo, infarto miocardico e ictus cerebrale. Questa patologia va quindi considerata un rilevante fattore di rischio cardiovascolare, come l'ipercolesterolemia e il diabete mellito.
Quindi, ogni qualvolta un paziente lamenti tali disturbi o il partner riferisca russamento ed episodi apnoici notturni, è importante effettuare una valutazione specialistica con un esame che permette di diagnosticare tale patologia: la polisonnografia, o monitoraggio cardio-respiratorio notturno, un esame semplice, indolore e senza controindicazioni. Per un'intera notte, il polisonnigrafo, un piccolo strumento posizionato sul corpo, rileva una serie di parametri respiratori, cardiaci ed eventualmente neurologici attraverso cavi e fasce posizionati sul paziente. Questa procedura permette non solo di individuare la presenza e la gravità delle apnee ostruttive del sonno e il conseguente calo di ossigeno, ma anche di escludere altre forme più rare di patologie del sonno di carattere neurologico che necessitano di approfondimenti specialistici ulteriori.

Un tecnico specializzato viene a casa per spiegare come fare l'esame durante la notte

Una volta effettuata la diagnosi il paziente, se non presenta alterazioni anatomiche delle alte vie respiratorie correggibili chirurgicamente a livello otorinolaringoiatrico o odontoiatrico, deve essere adattato all'utilizzo della c-PAP (ventilazione meccanica a pressione positiva delle vie aeree). Si tratta di apparecchi ventilatori portatili che erogano un flusso d'aria tramite una maschera applicata al naso o al viso durante le ore notturne. Tale flusso d'aria determina una costante apertura delle vie respiratorie, impedendone il collasso e quindi l'apnea. Lo svantaggio di tale terapia è che deve essere effettuata tutte le notti e a tempo indeterminato, a meno che non si verifichino nel paziente alterazioni tali da ridurre drasticamente il numero di apnee, come ad esempio un importante perdita di peso. Con un po' di pazienza e costanza, soprattutto nel primo periodo di utilizzo, è però possibile ottenere benefici immediati, soprattutto sulla reattività diurna e le *performance* quotidiane. Eseguendo controlli specialistici nel tempo, è quindi possibile verificare il corretto utilizzo di questa apparecchiatura e le alterazioni che si possono manifestare nel tempo.
Presso l'Unità Operativa di Pneumologia dell'Ospedale San Giuseppe è possibile effettuare - unico centro in Italia - non solo il monitoraggio cardio-respiratorio al domicilio ma anche tutto l'adattamento alla ventilazione non invasiva, senza che la persona debba ogni volta raggiungere l'ospedale. Dopo aver effettuato una visita pneumologica si potrà ricevere un appuntamento per la polisonnografia. Un tecnico specializzato si recherà a casa del paziente e mostrerà come eseguire l'esame durante la notte; la registrazione sarà quindi refertata dal medico nei giorni successivi e, in caso di positività, si darà avvio al percorso di adattamento alla ventilazione, sempre al domicilio.
Questa metodica permette di abbattere le liste d'attesa e migliora la *compliance* (il grado con cui vengono seguite le raccomandazioni del medico) del paziente, che non è costretto a dormire nel letto di un reparto di degenza ma può farlo a casa propria, con le sue abitudini, riproducendo al meglio le proprie condizioni quotidiane. Nei casi di difficoltà e di gravi patologie associate, è comunque sempre possibile essere ricoverati in reparto per essere sottoposti ad approfondimenti.
Al giorno d'oggi, in cui la medicina è soprattutto una medicina della prevenzione e in cui si cerca di dare grande importanza alla qualità di vita, l'OSAS deve diventare sempre più una patologia da riconoscere e trattare. E questo sia da parte dei pazienti, che devono imparare a non sottovalutare alcuni disturbi solo apparentemente non correlati al sonno e a individuare precocemente dei sintomi spesso non considerati tali, sia da parte dei medici stessi, che ancora troppo frequentemente non ne riconoscono l'importanza. Dormire bene e nel modo corretto è il primo passo per una vita sana, sia fisicamente sia socialmente. ■

Per accedere al servizio di polisonnografia è necessario effettuare prima una visita pneumologica (ambulatorio del sonno), prenotabile telefonando al numero 02-85.99.41.56, oppure presentandosi allo sportello di prenotazione Pneumologia del CUP (Centro Unico Prenotazioni) dell'Ospedale San Giuseppe (via San Vittore 12, Milano).

PER IL BATTITO D'ALI DEI BAMBINI FARFALLA

A cura di
Chiara Paratico
Redazione Sanità al Futuro

"bambini farfalla" sono pazienti affetti da epidermolisi bollosa, rara malattia genetica che provoca dolorose vesciche cutanee. Un pool di medici in MultiMedica garantisce un percorso di cura in équipe, in risposta alle diverse complicanze e patologie connesse. Li abbiamo intervistati: si tratta del prof. Giorgio Pajardi, Direttore dell'Unità di Chirurgia della mano; del prof. Paolo Nucci, Direttore della Clinica Oculistica Universitaria; e del dott. Felice Cosentino, Direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

L'epidermolisi bollosa è una malattia poco conosciuta. Prof. Pajardi, vuole spiegarci di cosa si tratta?
L'epidermolisi bollosa (EB) è una malattia ereditaria e rara dell'adesione epiteliale (la pelle). Si tratta di una malattia genetica, che può essere dominante (trasmessa da un solo genitore) o recessiva (cioè trasmessa da entrambi i genitori portatori sani), e con moltissime varianti, di cui le principali sono la simplex, la giunzionale e la distrofica.

La pelle di questi bambini è così fragile e sottile da essere paragonata a un'ala di farfalla

La caratteristica comune è la suscettibilità dei tegumenti alla frizione, con la formazione di lesioni bollose in seguito a traumi anche di modesta entità. Nell'EB simplex (EBS) è coinvolta l'epidermide (lo strato più superficiale della pelle) e la complicazione più grave è rappresentata dell'infezione delle lesioni; nell'EB giunzionale (JEB), le lesioni sono più profonde (fra l'epidermide e il derma) e le bolle sono estese e spesso interessano anche le mucose; nell'EB distrofica (DEB), infine, le lesioni sono molto profonde (posizionate anche nel tratto gastrointestinale, nel tratto urogenitale, nelle vie respiratorie e nei polmoni) e con cicatrici, e spesso sono coinvolte anche le mucose degli occhi, della bocca, dell'esofago. La tipologia più grave è quindi l'EB distrofica recessiva.

È stato detto chiaramente che si tratta di una malattia rara. Ma qual è l'incidenza dell'EB?
La prevalenza complessiva di EB semplice, EB giunzionale ed EB distrofica nella popolazione è stata stimata in uno su 130.000 negli Stati Uniti e uno su 100.000 in Italia.

Trattandosi di una malattia genetica è possibile una diagnosi prenatale?
Sì, anche se a volte viene rifiutata per motivi culturali o religiosi. All'esame normalmente si sottopone di solito chi ha familiarità, ovvero chi ha avuto casi in famiglia anche nelle forme più lievi; in ogni caso è possibile sapere se si è portatori.

Quali sono le conseguenze più gravi?
Nell'epidermolisi bollosa distrofica recessiva, la forma più grave, il coinvolgimento delle mani - l'aspetto che mi coinvolge direttamente come direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia della Mano - è un dato pressoché sicuro. Le mani dei piccoli pazienti si presentano chiuse a pugno, con pollice flesso e addotto, con pseudosindattilia delle dita lunghe, assenza degli annessi ungueali e spesso obliterazione del primo spazio.
Le lesioni bollose a carico della mucosa del sistema gastrointestinale, invece, conducono spesso a un quadro di malnutrizione e a un conseguente ritardo della crescita. Nei casi più severi, inoltre, può determinarsi il coinvolgimento della mucosa oculare con lo sviluppo di cheratiti, lesioni a carico del tratto respiratorio, anemia. In merito, infine, alla frequenza con cui questi pazienti sviluppano con il tempo lesioni cutanee cancerose, i pazienti affetti da DEB hanno il 6% di probabilità di presentare lesioni cancerose a 20 anni, valore che raggiunge il 21% a 25 anni, sino al 53% a 35 anni.

Prof. Nucci, per quanto riguarda gli occhi, quali sono nello specifico le complicanze? Quali le cure?
Certamente la mancanza di trasparenza della cornea: la cornea perde cioè la sua limpidezza perché il tessuto si vascolarizza. Il trattamento possibile è quello con membrana amniotica: come Clinica Oculistica Universitaria, all'Ospedale San Giuseppe operiamo degli innesti di membrana amniotica che ritardano l'arrivo dei vasi e quindi la relativa incidenza sulla trasparenza della cornea. La cornea, peraltro, è in assoluto il tessuto più innervato del corpo umano e ha una sensibilità addirittura 200 volte superiore alla sensibilità tattile dei polpastrelli. In questi pazienti c'è quindi una forte componente di dolore e fotofobia ed è quindi importante intervenire tempestivamente.

Dott. Cosentino, si è accennato anche alla difficoltà ad alimentarsi. Da cosa dipende e quali sono le conseguenze e le terapie possibili?
Questi bambini hanno difficoltà a nutrirsi a causa del dolore e della fatica nel deglutire (disfagia). Parlando di cicatrici, si può facilmente immaginare cosa possa significare averne a livello dell'esofago. Quanto alle conseguenze, la disfagia porta a un'inevitabile riduzione degli apporti alimentari, al calo ponderale fino a stati di malnutrizione severa e quindi per esempio a casi di anemia, che in bambini con tali lesioni e cicatrizzazioni è un problema molto grosso. Noi interveniamo con endoscopi all'avanguardia e di calibro sottile di circa 5 mm di diametro (contro i 9-10 degli strumenti per adulti). In tal modo possiamo eseguire un esame diagnostico in tutta sicurezza ed effettuare successivamente delle dilatazioni esofagee con sonde morbide e sottili a partire da 4-5 mm. Soprattutto nei casi di epidermolisi bollosa distrofica recessiva (DEB) le lesioni bollose a livello esofageo possono evolvere in stenosi esofagee cicatriziali serrate, singole o multiple. Oggi la tecnologia ci permette di intervenire anche con delle protesi, se il restringimento è tale da non consentire la dilatazione.
In caso di stenosi cicatriziali non maligne, le protesi possono essere rimosse dopo 4/5/6 settimane. Va detto che è molto importante intervenire prima che il restringimento dell'esofago sia molto avanzato: è fondamentale, cioè, prevenire il restringimento digestivo. Si può intervenire già al sesto mese.

Prof. Pajardi, come s'interviene concretamente sulla mano?
I pazienti sono abitualmente operati per liberare le dita delle mani. Le fasi dell'intervento vedono dapprima lo sguantamento della mano, l'apertura della prima commissura e del pollice e la distensione delle dita. L'intervento si conclude con l'applicazione di uno *splint* dinamico, consistente in una racchetta di materiale termoplastico al fine di posizionare il pollice e le dita nella modalità più corretta per guarire. Le medicazioni sono dilazionate il più possibile per favorire la cicatrizzazione spontanea guidata. La riabilitazione deve quindi tenere conto da un lato della necessità di contrastare la retrazione della cicatrice, dall'altro della delicatezza della cute appena generata. Tutto ciò fino a quando un'inevitabile recidiva porta a un nuovo intervento chirurgico. In media ogni tre anni, perché la mano riaperta si richiude.
Sono quindi pazienti che vanno seguiti passo passo, evitando da un lato l'accanimento terapeutico (considerando che ogni intervento ha delle conseguenze) e dall'altro cercando di consentire il raggiungimento del migliore stile di vita possibile. Nei casi meno gravi, per esempio, è possibile optare per una tecnica "*light*", meno invasiva e meno dolorosa, da noi preconizzata anni fa e adottata anche all'estero (in particolare a Birmingham), che, senza ricorrere allo sguantamento o ai tutori, permette buone correzioni alle dita attraverso piccoli taglietti seriati.

Prof. Nucci, cosa offre MultiMedica a questi piccoli pazienti?
Trattandosi di una patologia "multisistemica" (interessa cioè molti distretti), l'importanza è offrire un percorso a 360°, ovvero clinico, multidisciplinare e il più possibile standardizzato, perché per la sua rarità l'EB non può essere gestita da chiunque. Un *team* multidisciplinare di medici con competenze chirurgiche specialistiche - questo ciò che abbiamo messo a punto con il prof. Pajardi e il dott. Cosentino - ha una visione della patologia a tutto campo e rappresenta un'opportunità unica per agire tempestivamente e prevenire le differenti complicanze. Come detto si tratta di una malattia rara e standardizzare un percorso di cura è complesso perché coinvolge più discipline e molte categorie professionali: oggi anche fra i nostri infermieri c'è chi conosce l'EB e sa come trattare e interagire con questi bambini (è intuitivo che come muoverli non è secondario). L'esclusività dell'*équipe* per la cura dell'EB in MultiMedica sta, inoltre, nella grande attenzione posta sul controllo del dolore in tutti i tipi di trattamenti, medici e chirurgici, grazie a un'anestesiologica pediatrica dedicata. Infine, si offre un affiancamento psicologico finalizzato a indirizzare, a fine terapia, verso un percorso di assistenza specializzata al di fuori della nostra struttura. Purtroppo di percorsi che prendano in cura questi giovani pazienti con una visione così articolata, offrendo ai loro genitori un'assistenza e un orientamento sulla malattia completi, ne esistono davvero pochi.

Dott. Cosentino, come è nata questa vostra collaborazione?
Abbastanza occasionalmente e spontaneamente. Dal confronto e dall'aver preso coscienza che ciascuno di noi aveva in cura bambini che soffrivano di questa patologia con complicanze che toccavano le nostre tre discipline. Su questa malattia rara serve ancora molta informazione e una rete che supporti i genitori. Questo è l'obiettivo primario della nostra *équipe* dell'EB in MultiMedica.

Prof. Nucci, esiste un ente o istituzione di riferimento per i genitori?
Esiste la Debra Italia (la Debra nasce come Debra inglese), fondata nel 1990 da un gruppo di genitori. D'altra parte va detto che, al di là delle nostre specifiche competenze, la disciplina di riferimento resta la Dermatologia, che ha il suo riferimento, a Milano, nell'Istituto Dermatologico di via Pace e nella Clinica Dermatologica Pediatrica del prof. Gelmetti e, in particolare, nel dott. Tadini, responsabile del Registro Italiano delle Epidermolisi Bollose Ereditarie.

Prof. Pajardi, in chiusura, che cosa si sente di consigliare ai genitori coinvolti?
Sicuramente il nostro obiettivo è garantire a questi bambini il più alto stile di vita possibile. Gli interventi all'esofago e all'apparato gastrointestinale, come a livello delle gengive, sono i più decisivi per garantire un'alimentazione adeguata e quindi non compromettere la crescita. Oltre al dovuto rigore a livello igienico, è fondamentale la prevenzione di eventuali peggioramenti, ed è quindi importante attivarsi tempestivamente con degli *screening*. Poi, di caso in caso, a seconda della gravità e in considerazione di tutte le opportunità, seguono gli interventi, anche graduali, sulle mani e sugli occhi. E poi raccomando l'informazione presso enti e associazioni, come la Debra. In questo, fare rete e veicolare l'informazione sull'EB a 360° affinché i genitori non si sentano soli e possano contare su un percorso di cura completo è il nostro impegno in MultiMedica. ■

CISTITE, FACCIAMO PIÙ ATTENZIONE

Elena Tondelli
Unità di Urologia,
Ospedale San Giuseppe

Andrea Guarneri
Direttore Unità di Urologia,
Ospedale San Giuseppe/
Università degli Studi di Milano

Colpisce soprattutto le donne. Ma interessa anche gli uomini. E per evitarne l'insorgenza, risparmiandosi fastidiosi bruciori, è bene cominciare da un'attenta igiene intima.

Con il termine "cistite" si fa riferimento a una sindrome clinica caratterizzata da improvvisa comparsa di difficoltà minzionale (disuria), aumentata frequenza delle minzioni con emissione di scarsa quantità di urina (pollachiuria), bruciore e dolore durante la minzione (stranguria), urgenza minzionale e algia sovrapubica. Talora coesiste ematuria (sangue nelle urine) e/o emissione di urine torbide e maleodoranti. In genere l'infiammazione rimane limitata alla vescica, non compare febbre e l'esame obiettivo risulta negativo.

Per prevenire le infezioni è bene bere molto, assumere fibre, ridurre spezie e superalcolici

Si deve distinguere la cistite di origine batterica, la più frequente, da quella non batterica (es. da radioterapia, interstiziale, ecc.). È possibile inoltre distinguere infezioni non complicate, di gran lunga prevalenti nel sesso femminile, e infezioni complicate, dovute a coesistenza di infezione e anomalie anatomo-funzionali delle vie urinarie.

Il 20-30% delle donne adulte sviluppa uno o più episodi di cistite ogni anno. L'incidenza aumenta con l'età: è molto bassa in età prepuberale mentre con l'inizio dell'attività sessuale e le gravidanze si accresce e continua ad aumentare dopo la menopausa.

La causa delle cistiti, in particolare nelle forme ricorrenti, va ricercata nel serbatoio batterico costituito dalla flora batterica fecale. Questi germi, normalmente presenti nelle feci, in particolari circostanze possono infettare le basse vie urinarie determinando l'insorgenza della cistite. Normalmente nel soggetto sano la vescica e le alte vie urinarie sono sterili, cioè non vi è presenza di batteri.

Il meccanismo di infezione più frequente nella cistite è quello "ascendente", rappresentato dal passaggio di batteri patogeni dalla zona peri-uretrale all'uretra e quindi alla vescica. Nelle donne si tratta di un processo a tappe in cui i germi provenienti dall'intestino colonizzano la vagina e la mucosa uretrale per poi dare origine al fenomeno infettivo vescicale. Escherichia coli è il più comune uropatogeno e si riscontra nel 70-95% dei casi. Le cause principali della maggior incidenza di infezioni urinarie nelle donne sono rappresentate dall'alterazione della normale flora batterica vaginale e soprattutto dalla breve lunghezza dell'uretra (circa 5 cm), rispetto a quella maschile (circa 15 cm) che fornisce una migliore barriera all'ascesa dei batteri.

Inoltre, fattori predisponenti di origine genetica aumenterebbero le possibilità di adesione dei batteri alla parete vescicale, rendendo alcune donne più facilmente esposte all'infezione dell'apparato urinario.

Altri fattori di rischio sono: il trauma meccanico dei rapporti coitali che favorisce la risalita della flora patogena nell'uretra; l'uso del diaframma e di creme spermicide che possono alterare il pH e la normale flora batterica vaginale; il prolasso vescicale e i disturbi neurologici che compromettono il completo svuotamento della vescica; le condizioni di immuno-soppressione (terapia cortisonica prolungata, chemioterapia, ecc); la calcolosi delle vie urinarie.

La diagnosi di cistite si basa, oltre che sulla presenza dei sintomi, sull'esito dell'esame delle urine e dell'urinocoltura. Nell'esame delle urine la presenza di un elevato numero di leucociti e batteri, emazie, nitriti e, talvolta, un aumento del pH sono segni di cistite. L'urinocoltura permette di individuare il tipo di germe responsabile dell'infezione e la sua carica, ovvero il numero di batteri presenti (carica ≥ 100.000 CFU). L'antibiogramma verificherà la sensibilità dei batteri riscontrati ai vari antibiotici.

Le misure generali da adottare in caso di cistite, e per prevenire le infezioni, sono: adeguata idratazione (almeno 1,5 litri di acqua nelle 24 ore) per diluire l'eventuale carica batterica presente in vescica; osservare una dieta ricca di fibre e solo in caso di necessità ricorrere a blandi lassativi, per combattere la stitichezza e contenere la proliferazione batterica intestinale; effettuare un'accurata igiene dei genitali, usando sapone neutro come detergente (per le donne l'abluzione dovrà essere effettuata con movimenti compiuti dall'avanti all'indietro, per evitare la contaminazione dei genitali); ridotta assunzione di spezie, insaccati, cibi conservati, superalcolici, per limitare la flogosi locale; evitare le bevande gassate, che, riducendo l'acidità delle urine, favoriscono la crescita batterica; evitare l'uso di indumenti intimi troppo aderenti o di tessuto sintetico, che favoriscono la congestione genito-perineale e riducono la traspirazione.

Il "*gold standard*" terapeutico prevederebbe l'esecuzione preliminare di un'urinocoltura con antibiogramma per meglio identificare il farmaco più appropriato per il batterio responsabile dell'infezione.

Qualunque sia il trattamento eseguito, a una settimana circa dalla fine della terapia, è consigliabile praticare l'esame delle urine e l'urinocoltura per accertare che l'infezione sia stata eradicata.

Nei casi in cui la batteriuria non si dovesse risolvere dopo appropriata terapia antibiotica, o in quelli con frequenti infezioni recidivanti, o qualora la sintomatologia infiammatoria dovesse persistere, non associata a proliferazione batterica, potrebbe essere utile escludere concomitanti patologie dell'apparato urinario quali: calcolosi urinaria, anomalie congenite delle vie urinarie, idronefrosi, ascessi renali, neoplasie vescicali, ecc. Le donne in post-menopausa con cistiti ricorrenti dovrebbero essere sottoposte a una valutazione ginecologica per escludere condizioni, quali il prolasso degli organi pelvici e l'atrofia vaginale, spesso associate a sintomi comuni alla cistite. Inoltre, pazienti anziani con cistiti ricorrenti dovrebbero verificare la presenza di diabete. L'ematuria microscopica si presenta spesso nelle infezioni delle vie urinarie: se dovesse persistere oltre 6 settimane dopo la risoluzione dell'infezione, saranno indicate ulteriori indagini.

Infine, un cenno alla cistite interstiziale, che caratterizza la sindrome del dolore vescicale cronico (variante della sindrome del dolore pelvico cronico). Si tratta di una sindrome dolorosa e persistente della vescica di natura non infettiva, caratterizzata da sintomi quali minzione imperiosa, pollachiuria, nicturia, disuria, dolore vescicale. Non esistono dati conclusivi per spiegare l'origine di tale processo patologico probabilmente secondario a stimolazione infiammatoria, endocrina e neurologica indotta da non meglio precisati traumi vescicali. La diagnosi di cistite interstiziale è complessa e richiede l'esclusione di tutti i processi patologici che possono determinare sintomi simili e, in ogni caso, un attento studio specialistico, al fine di definire il più corretto e in genere complesso iter terapeutico. ■

Per prenotazioni chiama il numero 02-86.87.88.89

PROTEINE? SÌ, GRAZIE

Licia Colombo
Specialista in Scienza dell'alimentazione e Dietetica, Istituto MultiMedica Castellanza

Messa a punto negli anni '70, la dieta a base di proteine è una soluzione equilibrata, che può offrire risultati duraturi a chi ha bisogno di perdere peso.

Sovrappeso e obesità costituiscono un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari e metaboliche come infarto, ipertensione, ictus cerebrale e diabete. Inoltre sono fonte di disagio estetico e psicologico nella vita di coppia e nei rapporti interpersonali. Talvolta dimagrire con le diete classiche può risultare difficile: il calo ponderale avviene lentamente, è necessario pesare e dosare tutti gli alimenti e può risultare difficile seguire la dieta fuori casa. Spesso i pazienti si sentono demotivati, diventano meno costanti e i chili persi vengono facilmente riacquistati.

Gli obiettivi? Rimodellare la silhouette, eliminare la cellulite, preservare i muscoli

La dieta proteica rappresenta un metodo nutrizionale rivoluzionario, messo a punto dal professor George Blackburn dell'Università di Harvard negli anni '70, che consente un dimagrimento rapido (è possibile perdere da 4 a 6 kg al mese), non pericoloso, se seguito scrupolosamente dal medico, perché fondato rigorosamente su basi scientifiche. Si tratta di una dieta normoproteica, ovvero un programma dietetico completo: permette di perdere peso, rimodellare la *silhouette*, eliminare la cellulite attraverso la perdita della massa grassa in eccesso, senza intaccare la massa magra, cioè l'apparato muscolare.

Una corretta alimentazione, attività fisica e una vita sana aiutano a mantenerci in buona forma. Dal punto di vista etimologico, dietetica significa "l'arte del ben vivere e del ben mangiare", due fenomeni che vanno di pari passo tra loro.

La dieta proteica è un concetto dietetico globale concepito per portare il paziente a dimagrire attraverso diverse fasi metaboliche per raggiungere una fase finale di equilibrio nutrizionale. Il protocollo della dieta proteica si articola in tre fasi distinte e successive: una fase di dimagrimento con una dieta a basso contenuto calorico, normoproteica, ipoglucidica e ipolipidica; una seconda fase di transizione dove si reintroducono gradualmente glucidi a basso indice glicemico per evitare picchi di insulina; una terza fase di equilibrio alimentare con una dieta mediterranea classica e attività fisica associata per garantire il mantenimento del peso corporeo nel tempo.

Tali fasi in successione permettono di ottenere un efficace calo ponderale, a carico prevalente della massa grassa, preservando la massa magra senza fame e stanchezza, con notevole *compliance* del paziente, utilizzando una strada metabolica fisiologica: la chetogenesi controllata. Numerosi autori concordano sulla sicurezza, l'efficacia e i grandi risultati a lungo termine delle diete a risparmio proteico, utilissime per il trattamento dell'obesità sotto stretto controllo medico. ■

Per prenotazioni chiama il numero 02-86.87.88.89

PRO&CONTRO

Indicazioni

- Obesità (indice di massa corporea BMI > 30).
- Sovrappeso corporeo (BMI tra 25 e 29, associato a fattori di rischio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemie, asma, apnee del sonno).
- Prima di interventi chirurgici.

Vantaggi

- Assenza di fame e stanchezza per l'effetto anoressizzante dei corpi chetonici; viene inoltre stimolata la sintesi di serotonina da parte del triptofano con effetto centrale sulla sazietà e sul tono dell'umore.
- Protezione della massa muscolare per l'apporto qualitativo e quantitativo di proteine.
- Rapidità dei risultati.
- Durata dei risultati.
- Controlli medici costanti e mirati con massima adattabilità della prescrizione dietetica allo stile di vita dei pazienti.

Controindicazioni

Insufficienza renale, insufficienza epatica grave, diabete insulino-dipendente di tipo 1, aritmie cardiache, alterazioni elettrolitiche, insufficienza cardiaca, gravi malattie cardiovascolari, neoplasie evolutive, gravidanza e allattamento, anziani e ragazzi in periodo di crescita.

Possibili effetti collaterali

Cefalea, alitosi, nausea, ipotensione nei primi giorni di trattamento, stipsi.

LA STRADA METABOLICA

La riduzione dell'apporto di zuccheri nella dieta provoca una riduzione della secrezione di insulina e quindi un aumentato catabolismo dei grassi che si trasformano in acidi grassi e glicerolo. Gli acidi grassi subiscono un processo metabolico a livello del fegato per fornire energia soprattutto ai muscoli. Da tale processo si formano i corpi chetonici. L'apporto di amminoacidi consente la preservazione della massa muscolare. I corpi chetonici hanno un importante effetto anoressizzante ed euforizzante. È importante ricordare che la dieta proteica deve essere effettuata sotto stretto controllo medico, previa esecuzione di esami ematochimici completi e di un'attenta valutazione delle condizioni cliniche del paziente. Devono seguire controlli medici che accompagnino il paziente nel dimagramento, volti a risolvere eventuali effetti collaterali. Il *follow-up* completo deve portare il paziente alla fase di mantenimento per renderlo in grado di gestire autonomamente l'equilibrio alimentare raggiunto.

parlami di te

TUMORE AL SENO: LA MIA SPERANZA NEL SENTIRMI PRESA IN CURA

"la mia forza nella serenità della mia famiglia"

A cura di
Chiara Paratico
Redazione Sanità al Futuro

Per la rubrica dedicata a testimonianze personali, storie di cura, rinascita e speranza, abbiamo intervistato Raffaella Caputo.

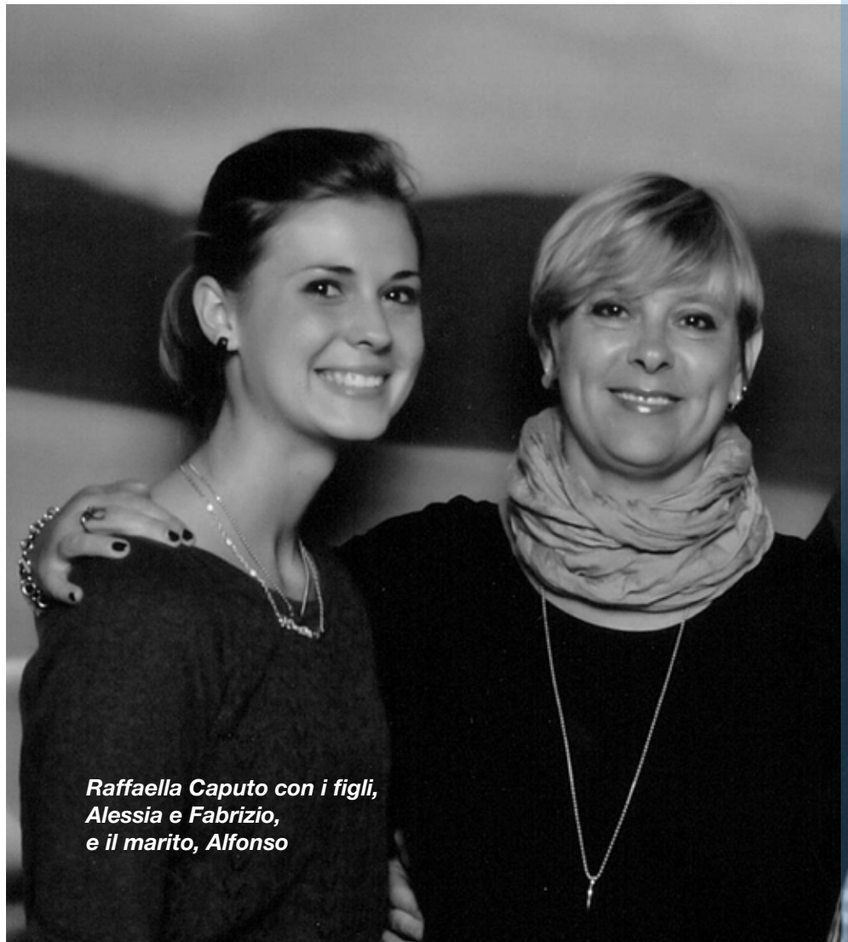
Come è cominciato tutto?
Tutto ha avuto inizio nel settembre 2006, quando, a 39 anni, effettuai una ecografia di controllo presso l'Ospedale di Sesto San Giovanni (proprio vicino all'IRCCS MultiMedica) perché mi si era gonfiato un seno. Dopo l'esame mi chiesero di tornare nel pomeriggio per la visita con il senologo che mi consigliò di fare un ago aspirato. Una settimana dopo ebbi l'esito: avevo un tumore maligno. Fu per me uno *shock*; ciò che mi spaventò di più fu il fatto che non potevo essere operata e che avrei dovuto sottopormi a una chemioterapia. Il senologo, verificato che presso l'Ospedale di Sesto in quel momento non avrei ottenuto una visita oncologica in tempi brevi, mi consigliò di rivolgermi a MultiMedica e in particolare alla dottoressa Gottardi.

Scoprire di essere malata a 39 anni. Si sottoponeva a screening di prevenzione?
A quell'età non avevo mai fatto una mammografia ma ogni due anni facevo un'ecografia al seno, non per un rischio legato a familiarità ma come esame di controllo dopo la periodica visita ginecologica e il Pap test.

Quale il suo impatto con MultiMedica?
La dott.ssa Gottardi mi visitò due giorni dopo la mia telefonata e m'invitò a fare un ciclo di chemioterapia pre-chirurgica. Decisi di affidarmi alla dottoressa per la sua competenza e il suo approccio: trasparenza ma anche grandissima sensibilità. Si sono quindi succeduti più cicli di chemio: i primi con scarso successo, i secondi, invece, con un esito molto positivo. Per la mastectomia tornai dal chirurgo senologo che per primo mi aveva riscontrato il tumore e poi consigliato MultiMedica. Sia nel suo caso che per la dott.ssa Gottardi, per me ha fatto la differenza la persona. Per la chemio post operatoria tornai in MultiMedica e per la radioterapia andai alla MultiMedica di Castellanza (all'epoca, infatti, non era ancora attiva la Radioterapia presso l'IRCCS di Sesto).

Perché spostarsi fino a Castellanza?
Perché, rimanendo in MultiMedica, ero seguita da un'*équipe* "allargata". L'Oncologia di Sesto e la Radioterapia a Castellanza comunicano trasmettendosi i referti a video e si consultano in tempo reale. Peraltro anche a Castellanza con la dottoressa Canino mi sono trovata molto bene e anche il suo staff si è dimostrato estremamente professionale e comprensivo. Potete immaginare quanto questo conti per terapie così "quotidiane" e prolungate nel tempo!

Quali sono stati i passaggi successivi?
Finita la Radioterapia sono ritornata alla MultiMedica di Sesto per una terapia a base di un anticorpo monoclonale per un anno. Il mio tipo di tumore si dimostrava reattivo a questo anticorpo e la terapia



Raffaella Caputo con i figli, Alessia e Fabrizio, e il marito, Alfonso

era in funzione preventiva. Sembrava che l'incubo si fosse concluso. Ho cominciato quindi a ripensare al mio corpo: avendo fatto uno scavo ascellare (con asportazione del seno intero), desideravo procedere alla ricostruzione del seno. E anche in questo caso scelsi MultiMedica. Ma proprio allora si presentò la prima recidiva e il percorso di ricostruzione necessariamente s'interruppe. Le terapie successive sono state molte e differenti, alcune molto pesanti.

Attualmente è sotto trattamento?
Sì, da marzo 2012 sto seguendo un protocollo con un farmaco sperimentale. Non trattandosi di una chemioterapia, fisicamente sto molto bene ma al momento, dopo un notevole miglioramento, l'ultima Tac ha segnalato una minima ripresa della malattia, quindi prevedo che a breve dovrò cambiare cura: non so ancora se con un farmaco sperimentale o con una cura tradizionale, valuterò insieme ai medici. So di essere una malata cronica e che, fra l'altro, la malattia può rendersi resistente a una terapia che inizialmente funziona e nel tempo smette di funzionare. Anche da paziente a paziente le cose cambiano. Per quanto mi riguarda, finché c'è una cura da fare io la farò.

Mi sono sempre sentita seguita a 360° da un pool intero di medici

Su cosa si fonda questa incredibile forza di volontà?
Dalla consapevolezza di non essere sola. In MultiMedica mi sono sempre sentita seguita a 360°, da un *pool* intero di medici. In MultiMedica i miei riferimenti sono la dottoressa Gottardi e, più recentemente, la dottoressa Taverna, ma sono stata seguita al meglio da tutti i medici del reparto di Oncologia di Sesto. Ho incontrato anche un senologo, la dottoressa Osio e, per la radioterapia a Castellanza, la dottoressa Canino. Inoltre, quando ho dovuto interrompere la ricostruzione del seno per il presentarsi della prima recidiva, è stato il medico del reparto a prendere contatti diretti con l'Oncologia. Pur essendo molte le discipline coinvolte, l'interrelazione è continua. Importante e impeccabile l'assistenza di tutti gli infermieri e assistenti socio-sanitari, tutti competenti e attenti, e con i quali ho instaurato un rapporto d'amicizia.

Come è cambiata la sua vita?
È paradossale ma mi rendo conto che ora faccio e organizzo molte più cose perché ne apprezzo il valore. Il mio obiettivo è che la mia malattia non tolga la serenità alla mia famiglia. In questo senso anche il lavoro per me è molto importante. Ma io non sono un'eccezione. Di persone che il giorno prima fanno la terapia e il giorno dopo vanno a lavorare ce ne sono tante. Ci sono molte persone che come me di fronte alla malattia non si fermano. Io non cerco compassione: il fatto che chi mi vede non pensa subito che sono malata mi aiuta.

La segue una psicologa?
In molti sentono il bisogno di raccontare ciò che provano. Per quanto mi riguarda, ciò che mi dà forza è la mia famiglia. Le due domande che più mi stanno a cuore sono: guarirò mai? Perché proprio a me? Ma non esiste nessuno che possa darmi queste rispose. Per questo preferisco contare sull'affetto di chi mi è vicino, di mio marito e dei miei figli. E poi la malattia mi ha aperto gli occhi su tante cose: il fatto di non sapere come mi sentirò domani mi spinge a programmare viaggi - a Venezia, che è qui vicino, non ero mai andata con la famiglia; di recente sono stata anche a Parigi e a Londra - e a non mancare, anche se stanca, agli appuntamenti con i miei figli. Desidero che associno a me le più belle esperienze possibili. Ho accompagnato mia figlia al suo primo concerto che non avevo capelli, ma per entrambe è stato indimenticabile.

Qual è stata la cosa per lei più difficile da affrontare?
Beh, la perdita dei capelli; se pure quando finisce la chemio, in un mese o due ricrescono. Ma, soprattutto, il fatto di doverlo dire ai miei figli: perdendo i capelli non potevo nascondere la malattia. Un giorno ho deciso che non avrei più messo la parrucca, che mi faceva sentire molto a disagio, e quando ho avuto il coraggio di indossare la bandana davanti ai miei figli, anche se agli occhi degli altri rendeva tutto più evidente, mi ha fatto sentire meglio, è stato un momento importantissimo, una liberazione. Tutto questo mi è costato molto di più dei dolori e della convivenza con un corpo senza un seno.

Cosa si sentirebbe di dire a chi si trovi in una situazione simile alla sua?
Che si vive anche sotto continuo trattamento. Io stessa avevo un'idea della malattia da film: solo vomito, debolezza e chemio. La chemioterapia oggi ha fatto passi da gigante e non tutte le cure sono pesanti allo stesso modo. Certo bisogna fare continui controlli, ma è importante non chiudersi in se stessi e nella malattia. Per fare un esempio, so che ci sono esperienze di condivisione per pazienti oncologici in cui ci si confronta mentre s'impara a cucinare… sano. Anche una certa cura nell'alimentazione è molto importante.

MultiMedica, un'esperienza positiva. Vuole dare qualche consiglio?
Se pure non amo parlare della mia malattia e non voglio sia l'argomento principale della mia vita, ritengo prezioso il confronto spontaneo fra pazienti. Ascoltando i racconti di vita (non solo di malattia) mentre ero in terapia, io stessa ho imparato a ridimensionare la mia vicenda, a non sentirmi sola, a non chiudermi e a riempire le mie giornate e quelle della mia famiglia di serenità. ■

Dedicato ad Antonella

la posta del cuore

Edoardo Gronda, Direttore dell'Unità di Cardiologia dell'IRCCS MultiMedica, e Lidia Rota, Responsabile del Centro Tao dell'Ospedale San Giuseppe, rispondono alle vostre domande sulle malattie di cuore. Inviatele per posta elettronica a multimedica@secrp.it

Gentili dottori,

ho 36 anni e una figlia di sei. Vorrei darle un fratellino o una sorellina ma, essendo in terapia con Coumadin per una malformazione della valvola cardiaca, mi è stata sconsigliata una seconda gravidanza finché non sospenderò la cura. Cioè mai! Vi sarei grata se poteste dirmi se esiste una terapia alternativa, compatibile con la gravidanza, senza rischi per me e per il feto.

Grazie per la cortese risposta,

Patrizia

Gentile Patrizia,

il farmaco che lei usa rende il suo sangue più fluido, in modo che la valvola malata o sostituita non provochi la formazione di coaguli nel cuore, che potrebbero circolare nelle arterie e provocare embolia. I farmaci anticoagulanti dicumarolici, come il Coumadin e il Sintrom, sono molto efficaci, ma oltrepassano la barriera placentare (il filtro che trattiene le molecole che non devono arrivare al feto) e possono provocare malformazioni nel feto anche gravi: per questo sono sconsigliati in gravidanza e nel periodo in cui la si cerca. Per fortuna la medicina dispone di altri anticoagulanti, altrettanto efficaci nel fluidificare il sangue, che non oltrepassano la barriera placentare: le Eparine. Possono essere usate per tutta la gravidanza e anche durante l'allattamento, perché non passano nel latte. Purtroppo devono essere assunte per iniezione sottocutanea, ogni 24 ore, sempre la sera alle 20. Lei può farsi l'iniezione da sola, iniettando il contenuto della siringa, bolla d'aria compresa, in una piega di pelle sul fianco, tenuta saldamente fra le dita. Dopo l'iniezione comprima con una garza il punto, senza strofinare. Prosegua con questo farmaco per tutta la gravidanza. Il Coumadin va sospeso prima di programmare la gravidanza, se possibile, o immediatamente alla diagnosi (preferibile la prima soluzione) e ripreso a 40 giorni dopo il parto. In gravidanza il sangue di tutte le donne coagula più del normale: aumentano i fattori procoagulanti e si riducono quelli anticoagulanti che impediscono al sangue di coagulare troppo. Inoltre la quantità di sangue che circola e che il cuore deve spingere nelle arterie aumenta di circa il 50%: sarà il cardiologo a valutare quale impatto potrà avere il sovraccarico di lavoro per un cuore con una valvola malata o sostituita. ■

GLOSSARIO

• Valvole cardiache - Apparati del cuore regolatori del flusso sanguigno tra atri e ventricoli e tra ventricoli e arterie polmonare e aortica, con la funzione di impedire il reflusso del sangue dal ventricolo all'atrio e dal circolo periferico nei ventricoli. Sono la valvola atrioventricolare di destra (o tricuspide); la valvola atrioventricolare di sinistra (o mitrale); la valvola aortica, tra ventricolo sinistro e aorta; la valvola polmonare, tra ventricolo destro e arteria polmonare.

• Embolia - Presenza nel flusso circolatorio di emboli, ovvero sostanze di composizione chimica diversa dal sangue e non mescolabili a esso, solidi, liquidi o gassosi. Se arterioso, produce ischemia negli organi irrorati dal vaso che lo contiene; se venoso, giunge al polmone determinando embolia polmonare.

MULTIMEDICA FLASH

MASSAGGIO INFANTILE

Se vi dicessimo che esiste un metodo immediato per creare un contatto con il vostro bambino, e che questo metodo può aiutarlo a crescere, rafforzando il legame col genitore e stimolandolo a capire i cambiamenti che avvengono nella sua vita? E se aggiungessimo che può essere insegnato in pochi incontri? All'Ospedale San Giuseppe è tutto realtà. In collaborazione con AIMI (Associazione Italiana Massaggio Infantile), abbiamo avviato il corso di massaggio infantile, dedicato a chi cerca, anche attraverso una comunicazione non verbale, di entrare in una relazione più profonda col proprio bimbo.
Il massaggio dei più piccoli è un'antica tradizione presente in culture di molti Paesi. Riscoperto di recente, si sta espandendo anche nel mondo occidentale. L'evidenza clinica e nuove ricerche hanno confermato l'effetto positivo sullo sviluppo e sulla maturazione del bambino. ■

Per info: 02-85.99.47.91.
Per iscrizioni: 02-85.99.48.10, lunedì, mercoledì e venerdì dalle 10 alle 12.

IL FITWALKING? "MI PIACE!"

Strizzando l'occhio al tema portante di Expo 2015, *Feeding the planet, energy for life*, il prossimo ottobre Milano sarà il palcoscenico di *Mi Piace!*, una settimana di eventi dedicati ad alimentazione e salute. Due le sezioni principali di questo progetto ideato da Promoest: scuole e aziende. Nelle scuole, le attività prevalenti saranno quelle sportive, con la partecipazione a eventi ludico/motori, dimostrazioni di vari sport, alla presenza di personaggi celebri. Nelle aziende si cercherà di far percepire l'importanza di politiche di *work life balance*, promuovendo corsi specifici per i dipendenti (es. respirazione, bioenergetica).
In questo calendario MultiMedica, partner del progetto, promuove la sua ricetta per un corretto stile di vita attraverso il Fitwalking, un'attività motoria che va oltre il semplice camminare. È adatta a tutti, senza distinzioni di età o sesso, eventualmente (dopo consulto medico) anche a chi ha patologie importanti come il diabete. Se correttamente eseguita, non ha impatti negativi sull'apparato muscolo-scheletrico, al contrario porta benefici al sistema cardiovascolare.
L'appuntamento col Fitwalking è il 20 ottobre alle 10.30 in piazza del Cannone, davanti al Castello Sforzesco, per un percorso adatto a tutti di 3,5 km intorno a Castello e parco Sempione. ■

Per info: www.mipiace2015.it

AVIS E MULTIMEDICA 2012

Continua la collaborazione tra AVIS e Gruppo MultiMedica. Conclusasi con successo, il 21 settembre, la terza giornata di donazioni, ci stiamo già accingendo a organizzare la quarta, il 19 dicembre dalle 8 alle 12, come sempre nel piazzale dell'IRCCS MultiMedica a Sesto San Giovanni. ■

Per adesioni:
02-70.63.50.20 (selez. 1, int. 207#).
Per informazioni:
AVIS, dott.ssa Galastri,
02-70.63.52.01, www.avismi.it.

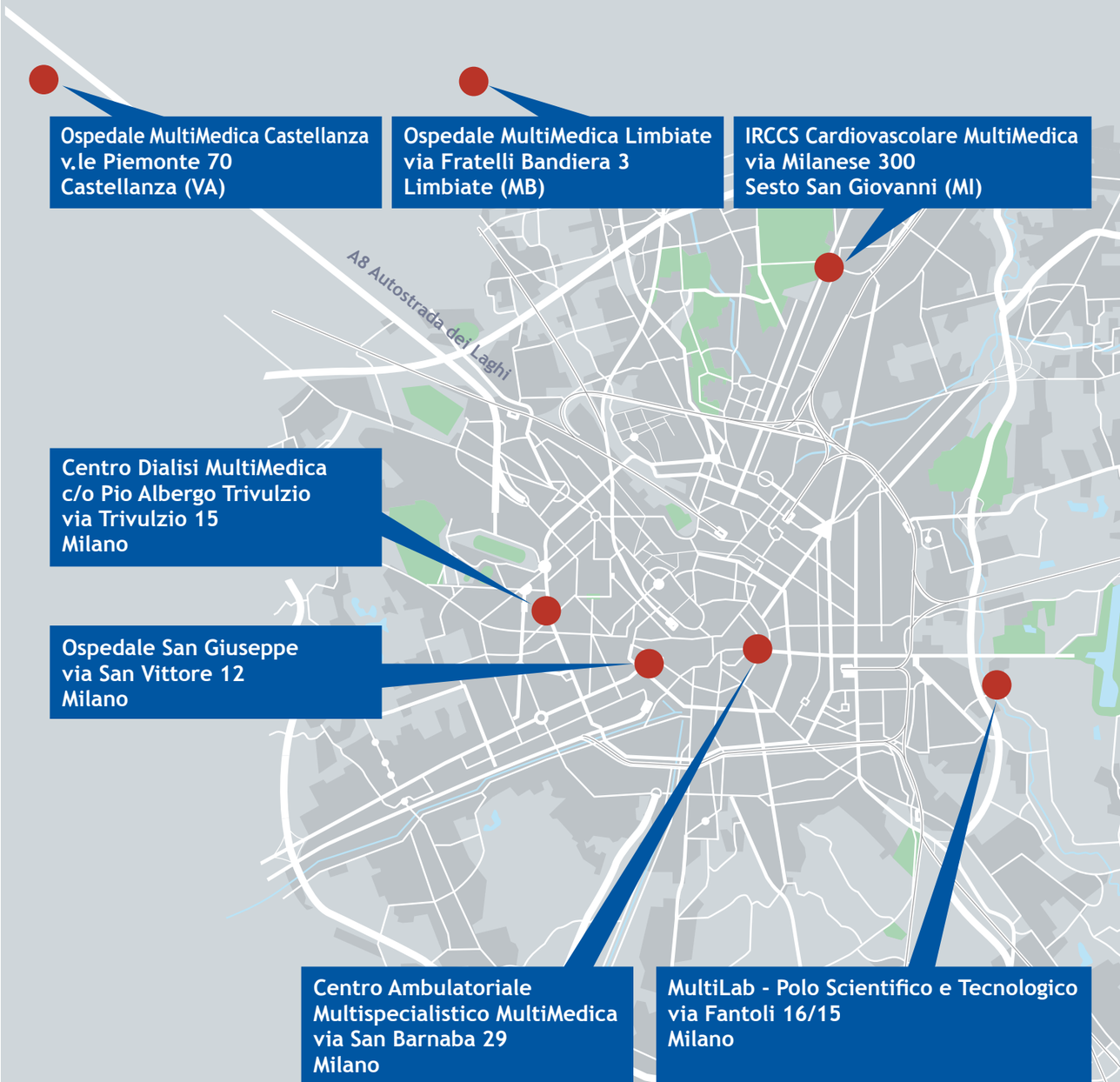
OTEOPOROSI, LA VISITA È GRATUITA

Il 20 ottobre 2012, in occasione della Giornata Mondiale sull'Osteoporosi, presso gli Istituti MultiMedica di Sesto San Giovanni e di Castellanza, in collaborazione con ONDA (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna), offriremo alle donne over 50 la possibilità di sottoporsi a una visita gratuita per valutare il rischio di osteoporosi. ■

Le visite dovranno essere prenotate fino a esaurimento posti al tel: 02-24.20.94.64, da lunedì a venerdì dalle 10 alle 12.
Info: www.multimedica.it

IL MONDO MULTIMEDICA

NUMERO UNICO DI PRENOTAZIONE VALIDO PER TUTTE LE STRUTTURE:
02-86.87.88.89



I Mercoledì della salute dell'Ospedale San Giuseppe

Ospedale San Giuseppe
Gruppo MultiMedica

Farmacia dei Padri Fatebenefratelli

Gli incontri si svolgeranno dalle ore 18 alle 19, presso la nuova Aula Pampuri dell'Ospedale San Giuseppe

"I Mercoledì della Salute" sono **otto incontri divulgativi, liberi e gratuiti, aperti a tutta la cittadinanza,** per discutere temi di grande interesse per la salute. L'iniziativa, promossa in collaborazione con la Farmacia dei Padri Fatebenefratelli, nasce con il proposito di creare occasioni di dialogo e confronto tra i cittadini e il mondo scientifico, **per promuovere stili di vita salutari e fornire utili strumenti di prevenzione.**

28 marzo 2012

La dermocosmesi: il potere degli antiossidanti

Dott.ssa Priscilla Fusto
Medico Chirurgo, Ospedale San Giuseppe

Dott.ssa Giuliana Storari
Farmacista, Farmacia dei Padri Fatebenefratelli

Dott.ssa Emma Pasquale
Farmacista, Farmacia dei Padri Fatebenefratelli

18 aprile 2012

La salute in mano: tunnel carpale e dito a scatto in endoscopia

Prof. Giorgio Pajardi
Direttore Chirurgia della Mano, Gruppo MultiMedica
Università degli Studi di Milano

16 maggio 2012

State in gamba! Curare varici e capillari

Prof. Ettore Bortolani
Direttore Chirurgia Generale I, Ospedale San Giuseppe
Università degli Studi di Milano

13 giugno 2012

Quando l'intestino perde il ritmo. Come prevenire e curare la stipsi

Dott. Felice Cosentino
Direttore Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale San Giuseppe

Dott.ssa Roberta Barbera
Ambulatorio fisiopatologia digestiva e stipsi, Ospedale San Giuseppe

19 settembre 2012

Menopausa, nuova vita dopo i 50

Prof.ssa Maura Arosio
Direttore Endocrinologia, Ospedale San Giuseppe/Università degli Studi di Milano

Prof. Stefano Bianchi
Direttore Ginecologia e Ostetricia, Ospedale San Giuseppe/Università degli Studi di Milano

Dott. Stefano Genovese
Responsabile Diabetologia e Malattie Metaboliche, Gruppo MultiMedica

17 ottobre 2012

Conoscere e risolvere l'incontinenza urinaria

Dott. Bruno Conti
Direttore Riabilitazione Neuromotoria e Specialistica, Gruppo MultiMedica

Prof. Andrea Guarneri
Direttore Urologia, Ospedale San Giuseppe
Università degli Studi di Milano

Dott. Fabrizio Verweij
Direttore Urologia Oncologica, Ospedale San Giuseppe

14 novembre 2012

Per vedere fatti vedere: maculopatia, glaucoma e cataratta

Prof. Paolo Nucci* Direttore
Dott.ssa Micol Alkabes*
Dott. Matteo Sacchi*
Dott. Massimiliano Serafino*

* Clinica Oculistica Universitaria, Ospedale San Giuseppe/Università degli Studi di Milano

12 dicembre 2012

Ipertensione: non solo farmaci

Prof. Alberto Morganti
Direttore Medicina Generale e Centro Ipertensione Arteriosa, Ospedale San Giuseppe
Università degli Studi di Milano

Ingresso libero e gratuito

Chi volesse iscriversi può rivolgersi alla Farmacia dei Padri Fatebenefratelli (via San Vittore 12, Milano) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.15 alle ore 19.15.