Numero 49 - Inverno 2020

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Gruppo MultiMedica
Sistema Sanitario Regione Lombardia

CARDIOLOGIA
Nuovi scenari in aritmologia

OCULISTICA
Retinopatia diabetica, ricerca in corso

MAMMA&BAMBINO
Covid in gravidanza

BUONO E SANO
La dieta iperproteica

TUMORE AL FEGATO
Inquadriamo il problema

indice

ARTICOLI

editoriale
RAPPORTO OSPEDALE-TERRITORIO: NUOVE OPPORTUNITÀ ALL'ORIZZONTE **1**

cardiologia
NUOVI SCENARI IN ARITMOLOGIA **2**

oculistica
RETINOPATIA DIABETICA, RICERCA IN CORSO **4**

riabilitazione specialistica
LA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS **6**

epatologia
TUMORE AL FEGATO: IL RUOLO DELL'EPATOLOGO NELLA GESTIONE CLINICA **8**

oncologia
TUMORE ALLA VESCICA: SINTOMI, FATTORI DI RISCHIO E TERAPIE **10**

RUBRICHE

mamma e bambino
COVID-19 IN GRAVIDANZA: QUALI EFFETTI SUL NASCITURO? **12**

in-dolore
ERNIA INGUINALE: COME RICONOSCERLA, COME CURARLA **14**

buono & sano
DIETA IPERPROTEICA? BENEFICI E RISCHI PER LA SALUTE **16**

parlami di te
LA "LUCE IN FONDO AL TUNNEL" È DENTRO DI NOI **18**

ospedale amico
DISTANZA FISICA, VICINANZA SOCIALE **20**

la posta del cuore **21**

MultiMedica FLASH **22**

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 Marketing, Gruppo MultiMedica*
Redazione: *EMANUELA BIELLI, MARGHERITA HASSAN, SIMONA PAGANINI, ANTONELLO PEREGO, PIERLUIGI VILLA*
Editore: *Fondazione MultiMedica ONLUS*
e-mail della redazione: *info@multimedica.it*

Seguici su:
Gruppo MultiMedica · Gruppo MultiMedica · Ospedale San Giuseppe · MultiMedicaONLUS

Progetto grafico e impaginazione: ULCAMARA GRAFICA E COMUNICAZIONE

Stampa: Roto3

editoriale

RAPPORTO OSPEDALE-TERRITORIO: NUOVE OPPORTUNITÀ ALL'ORIZZONTE

Gian Franco Gensini
Direttore Scientifico,

Giuseppe Ambrosio
Task Force Direzione Scientifica,

IRCCS MultiMedica

La pandemia da COVID-19 ha mostrato chiaramente quanto sia importante stabilire una nuova sinergia tra medici del territorio e medici ospedalieri: un nuovo modello di intelligenza collettiva basato sulla collaborazione tra i medici del territorio e i medici e gli specialisti ospedalieri.

La condizione di emergenza ha fatto apparire in modo evidente le criticità del nostro sistema sanitario, ma i nostri problemi hanno radici lontane.
Da anni il servizio sanitario si trova a gestire una situazione complessa. I dati ISTAT mostrano infatti da tempo l'aumento dell'attesa di vita della popolazione; si muore sempre più avanti negli anni portandosi dietro un numero sempre maggiore di comorbilità. L'Italia è fra i paesi più longevi d'Europa, insieme a Francia e Spagna, e come numero assoluto di ultracentenari l'Italia è seconda nel mondo solo dopo il Giappone. Tuttavia all'aumento dell'età non corrisponde un aumento di qualità degli anni di vita, o di buona salute degli anni di vita, né per le donne né per gli uomini anziani. Con conseguenti problematiche economiche e sociali per il nostro servizio sanitario.

La pandemia ha colpito molto duramente il nostro mondo, siamo però convinti che questo scossone possa trasformarsi in una nuova opportunità: ora occorre imparare dall'esperienza vissuta e mettere in atto strategie e risorse nuove. È il momento di ripensare il servizio sanitario nazionale e di trasformare quanto accaduto in una nuova opportunità per la medicina. Grazie all'emergenza abbiamo potuto capire quali sono le realtà efficienti e di eccellenza esistenti; ecco, dobbiamo partire da ciò che c'è di positivo e provare a estenderlo a tutto il territorio nazionale.

Il COVID ha reso evidente l'imprescindibile utilità degli strumenti digitali, della messa a punto dei modelli organizzativi, e dell'integrazione tra il sistema territoriale ed ospedaliero.
È grazie alla medicina digitale e in particolare alla telemedicina infatti che nel pieno dell'emergenza è stato possibile seguire pazienti remoti colpiti da COVID-19. È stato offerto loro non solo supporto, ma consulenze mediche e una ospedalizzazione domiciliare.
Allo stesso tempo con la telemedicina è stato possibile continuare a seguire i pazienti fragili cronici, valutarli ed eventualmente adeguare la terapia, senza farli spostare da casa, riducendo così il rischio di contagio.

In questo nuovo modello assume un ruolo fondamentale il medico di medicina generale.
L'Istituto Superiore di Sanità in un recente rapporto gli attribuisce il ruolo di equilibratore del SSN per il suo ruolo attivo nella sorveglianza e nella prevenzione.
Anche riguardo alla sorveglianza COVID-19 sta aiutando a definire un nuovo modello. Per i pazienti guariti infatti i medici di medicina generale occupano una posizione strategica in quanto monitorano i pazienti aiutando i colleghi ospedalieri a individuare possibili sequele del virus non ancora note. In alcune Regioni, come per esempio in Toscana, è stata definita una delibera per la gestione del follow up dei pazienti guariti da COVID. La sinergia, l'integrazione, la collaborazione sono ancora una volta gli elementi distintivi di questo nuovo approccio, l'unico in grado di permettere la valutazione della traiettoria della malattia nei diversi pazienti. ■

NUOVI SCENARI IN ARITMOLOGIA

Prof. Riccardo Cappato
Direttore del Centro di Aritmologia e Elettrofisiologia,
IRCCS MultiMedica

La terapia delle aritmie cardiache ha risentito in modo benefico dei continui progressi delle conoscenze conseguiti negli ultimi anni. Il posto d'onore fra le recenti osservazioni va riservato alla evidenza che, in pazienti con fibrillazione atriale a rischio di ictus, la tenace e perseverante ricerca di ripristino di ritmo sinusale, ottenibile con farmaci o ablazione transcatetere, si traduce in un aumento della sopravvivenza a distanza. Questa osservazione è destinata a modificare in maniera sostanziale l'approccio medico che fino ad oggi lasciava al medico l'opzione di scegliere per il controllo della frequenza cardiaca in corso di fibrillazione atriale con uguali opportunità di successo clinico a quelle conseguibili con l'opzione di ripristino del ritmo sinusale.

Al secondo posto va posta la recente dimostrazione del beneficio offerto dalla scelta di defibrillatori interamente sottocutanei rispetto ai convenzionali defibrillatori transvenosi (che implicano cioè l'inserimento di elettrocateteri all'interno dei vasi e del cuore) nella terapia volta alla protezione di pazienti a rischio di morte improvvisa. Nel confronto randomizzato fra queste due strategie infatti, il defibrillatore sottocutaneo, rivoluzionario nella sua "missione" di monitorare il battito cardiaco e trattare mediante shock elettrico le aritmie ventricolari foriere di morte improvvisa da una "postazione" esclusivamente sottocutanea, si è dimostrato non solo altrettanto efficace quanto il defibrillatore classico transvenoso, ma addirittura più efficace nell'evitare gli effetti indesiderati e le complicazioni comunemente riscontrati nell'interazione fra apparecchi impiantati e organismo biologico. Questi risultati sono destinati ad aumentare ulteriormente il già considerevole impiego dei defibrillatori interamente sottocutanei rispetto alla tecnologia tradizionale nella protezione dei pazienti a rischio di morte improvvisa aritmica.

In terza posizione va ricordata la crescente popolarità della tecnica "a freddo" supportata da catetere a palloncino per l'ablazione della fibrillazione atriale. Alternativa alla tradizionale tecnica "a caldo" conseguita mediante radiofrequenza, la tecnica a freddo consente l'abolizione del substrato aritmico impiegando temperature fino a -40°C (+55°C nella tecnica a caldo). Rispetto alla tecnica tradizionale, la particolare modalità offerta dal palloncino consente, con sovrapponibile efficacia, un agevole superamento dei limiti di abilità operativa dei centri a minore esperienza nel conseguimento dell'obiettivo principe della ablazione: l'isolamento delle vene polmonari. Congiuntamente, queste due tecniche stanno contribuendo al successo della ablazione transcatetere in popolazioni crescenti di pazienti con fibrillazione atriale e insieme sono destinate alla guarigione, ottenibile in almeno il 70% dei casi, da questa insidiosa e debilitante aritmia.

Al quarto posto, e in ottica più futuribile che non già consolidata, è da segnalare la ricerca in ambito di pace-maker sottocutanei. Questa tecnologia, che è concepita per il trattamento delle bradicardie patologiche responsabili di sincope, dispnea e astenia gravi in alternativa ai pace-maker transvenosi tradizionali in servizio ormai da 60 anni, vive una fase di fermento creativo. Fra le tecnologie già consolidate va considerato il pace-maker MICRA che consiste in mini-pace-maker senza fili ancorato con sistema a barbe alla punta della superficie interna del ventricolo destro. Questo gioiello contiene in un mini-cilindro di 0.8 cm tutta la tecnologia che serve per "sentire" il battito cardiaco fisiologico ed il pacing artificiale laddove necessario. Il suo impiego è al momento ancora limitato, ma è destinato ad aumentare con il tempo e l'esperienza.

Fra le tecnologie di pacing in fase di sviluppo vanno menzionate: 1) il pace-maker attivato da energia ad ultrasuoni emessa da un generatore sottocutaneo e "trasformata" in energia elettrostimolante da un microelettrodo posizionato nel cuore (sistema EBR); 2) il pace-maker collocato in sede sottosternale e capace di stimolare elettricamente, da quella posizione, e non dall'interno del cuore come nella tecnologia tradizionale, il cuore (sistema AtaCor). Studi clinici in corso ci consentiranno di comprendere le reali potenzialità di queste tecnologie che, se efficaci, consentiranno di rivoluzionare la nostra pratica clinica.

I grandi assenti dei nuovi scenari in aritmologia rimangono i nuovi farmaci antiaritmici. Di grande utilità nella pratica clinica, i farmaci antiaritmici costituiscono un elemento essenziale nell'armamentario medico per il trattamento delle aritmie cardiache. Ad oggi, farmaci quali la flecainide, il propafenone, la chinidina, il sotalolo, il dronedarone e l'amiodarone, di introduzione nella pratica clinica da molti anni, continuano ad essere gli unici farmaci disponibili. Malgrado i molti sforzi per introdurre nuovi farmaci, ad oggi appare lontana la loro emersione nella quotidianità.

In conclusione, il capitolo del trattamento delle aritmie cardiache vive una fase di grande fermento. Lo sviluppo di nuove strategie e tecniche operative promette importanti ricadute cliniche con implicazioni sintomatologiche e prognostiche in popolazioni rilevanti di pazienti aritmici. ■

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

RETINOPATIA DIABETICA, RICERCA IN CORSO

Stela Vujosevic
Servizio di Retina Medica,
Clinica Oculistica, Ospedale San Giuseppe

La retinopatia diabetica (RD) è la più importante complicanza oculare del diabete mellito (DM) e la principale causa di cecità prevenibile in pazienti in età lavorativa. I principali fattori di rischio per il suo sviluppo sono: durata del DM, valori elevati di emoglobina glicata, ipertensione arteriosa, sesso maschile e DM di tipo 1, e per la progressione allo stadio proliferante di malattia, presenza di microalbuminuria. L'edema maculare diabetico (EMD) si può sviluppare in qualunque stadio di RD; circa il 5% dei pazienti con DM di tipo 2 presenta EMD già al momento della diagnosi.

Negli ultimi decenni si è osservata una sensibile riduzione del rischio di insorgenza e di progressione della RD e del deficit visivo ad essa correlato grazie ai miglioramenti in campo di programmi di educazione e screening, diagnosi precoce e trattamento (sistemico e oculare).

Cause

La retinopatia diabetica ha un'eziologia multifattoriale complessa che coinvolge tutti gli elementi cellulari retinici (vascolari, neuronali e gliali). È definita malattia infiammatoria cronica di basso grado. Tra i fattori coinvolti nella sua genesi, il VEGF (fattore di crescita endoteliale vascolare) è sicuramente il più studiato e anche il principale target dei trattamenti medici oggi disponibili. Tuttavia, esistono importanti evidenze scientifiche a supporto del coinvolgimento di un'ampia gamma di biomarkers infiammatori.

Diagnosi

L'efficacia della terapia per la retinopatia è strettamente correlata alla tempestività della diagnosi e dell'applicazione dell'intervento terapeutico. Bisogna considerare che il paziente con RD può rimanere a lungo asintomatico, anche nelle fasi avanzate di malattia (RD proliferante), qualora non vi sia ancora coinvolgimento maculare.
La diagnosi si basa sull'esame del fondo oculare. Per garantire a tutti i pazienti diabetici un rapido accesso ai programmi di monitoraggio e cura specialistica, si propone oggi l'inserimento sistematico di pazienti nei programmi di screening per la RD. Ciò permette di individuare velocemente coloro che necessitano di ulteriori indagini e di ridurre i casi di grave compromissione visiva legati alle complicanze della RD.
Nel caso in cui all'esame del fondo oculare si dovessero evidenziare segni di RD ed in particolare nel caso in cui si sospetti la presenza di edema maculare, ischemia retinica, o neovascolarizzazione, il paziente dovrà essere sottoposto ad approfondimenti diagnostici con esami strumentali aggiuntivi sia di tipo non invasivo, tomografia a coerenza ottica (OCT) e OCT-angiografia (OCT-A), che di tipo invasivo, fluoroangiografia(FAG).
Il sistema più avanzato di valutazione del fondo oculare attualmente disponibile consente di arrivare a comprendere, con un'unica acquisizione, un campo di retina di 200°, equivalente all'82% dell'intera superficie retinica, permettendo di migliorare l'accuratezza nella ricerca delle lesioni tipiche della RD e, di conseguenza, di effettuare una stadiazione più precisa della malattia. Nei casi in cui la visualizzazione del fondo oculare risulti difficoltosa per la presenza di opacità dei mezzi diottrici (cataratta, emorragia vitreale), è indicata l'esecuzione dell'ecografia bulbare.
Grazie ai recenti passi avanti nella tecnologia utilizzata in questi strumenti diagnostici, è stato possibile introdurre nella pratica clinica un nuovo concetto di biomarkers clinici di infiammazione retinica, utili al fine di indirizzare le scelte terapeutiche per il singolo paziente ("precision medicine").

Trattamento dell'EMD

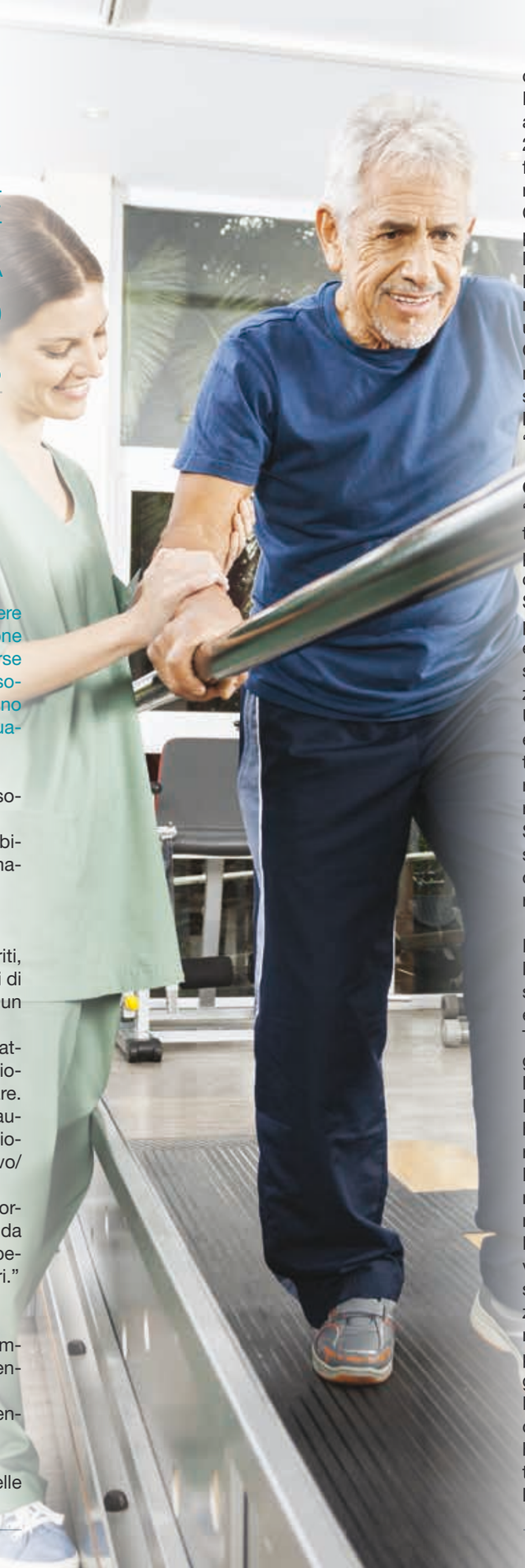
La fotocoagulazione laser della retina è stata a lungo lo standard di cura della RD proliferante e dell'EMD. Nell'ultimo decennio l'introduzione nella pratica clinica dei farmaci anti-VEGF e degli steroidi, iniettati direttamente all'interno della cavità vitreale, supportata dall'evidenza scientifica cospicua sulla loro efficacia, ha portato a ridefinire le linee guida per il trattamento di questa patologia.
Gli anti-VEGF rappresentano oggi il trattamento di prima scelta dell'EMD. I due farmaci indicati e approvati dagli enti europeo e italiano di farmacovigilanza (EMA e AIFA) nei pazienti con EMD sono: Ranibizumab, e Aflibercept. La somministrazione dei due farmaci prevede una fase di attacco (con iniezioni mensili) seguita da una fase di mantenimento che può seguire diversi schemi. Gli studi clinici mostrano l'importanza del trattamento intensivo con farmaci anti-VEGF ai fini del miglioramento visivo. Soprattutto, il trattamento intensivo al primo anno permette di ridurre progressivamente il numero di iniezioni negli anni successivi.
Gli sterodi intravitreali a lento rilascio (Desametasone e Fluocinolone acetonide) rappresentano un'efficace alternativa terapeutica all'utilizzo degli anti-VEGF, pur non essendo esenti da complicanze quali, in particolare, insorgenza di cataratta e aumento della pressione intraoculare nei pazienti considerati cortico-responders. Tuttavia, l'insorgenza di cataratta può essere gestita con intervento chirurgico standard per la cataratta anche in corso del trattamento intravitreale con steroidi. L'insorgenza dell'eventuale ipertono oculare risulta gestita con terapia topica ipotonizzante nel circa 97% dei casi con edema maculare diabetico. Il Desametasone intravitreale deve essere considerato farmaco di prima linea in pazienti con storia recente di eventi cardiovascolari importanti, nei quali gli anti-VEGF sono controindicati. I sistemi steroidei a lento rilascio offrono il vantaggio di eseguire un numero più basso di iniezioni e di ridurre l'onere delle iniezioni e controlli mensili. Inoltre, va menzionato il laser micropulsato sottosoglia, come nuova tecnica di trattamento laser, senza rischi di creare le cicatrici retiniche.
Il trattamento chirurgico (vitrectomia) dell'EMD viene riservato ai casi con componente trattiva vitreo-retinica.

Per concludere, negli ultimi anni stiamo assistendo ad una vera rivoluzione nella gestione di questi disturbi e della riduzione della cecità a loro conseguente. Questo grazie alla diagnosi sempre più precoce, dovuta all'implementazione dello screening telematico e all'utilizzo di nuove tecniche diagnostiche non-invasive che permettono la diagnosi della malattia retinica diabetica anche nello stadio iniziale, e alla caratterizzazione di diversi fenotipi dell'EMD con possibilità di trattamento più personalizzato, ed infine alla disponibilità di nuove terapie intravitreali che hanno permesso non solo di stabilizzare l'acuità visiva ma persino di aumentarla. ■

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

LA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

Emanuela Bielli



Come uno tsunami, il virus del Covid-19 ha stravolto il mondo facendo conoscere i suoi effetti più nefasti. La malattia ha costretto all'allettamento e all'intubazione molti pazienti, soprattutto anziani, praticamente semi immobilizzati per diverse settimane. I ricoverati in terapia intensiva, di fatto, hanno vissuto un periodo sospeso tra la vita e la morte, assistiti da medici e infermieri preparati, che hanno saputo applicare protocolli d'intervento efficaci, spesso innovativi, grazie ai quali si sono potute salvare molte vite.

Ma per chi sconfigge l'infezione da Covid-19, il ritorno alla normalità non è affatto scontato, soprattutto per i pazienti più gravi che devono fare i conti con gli strascichi lasciati dal virus.
Abbiamo chiesto al dr. Bruno Conti e al dr. Franco Cosignani, Direttori del Dipartimento di Riabilitazione Specialistica e Neurologica del Gruppo MultiMedica, di fare chiarezza su questa tematica importante, ma ancor poco discussa.

Quali sono gli effetti neurologici e neuromotori del Coronavirus?
"Purtroppo, dopo una prolungata ospedalizzazione, anche nei pazienti virologicamente guariti, cioè risultati negativi ai tamponi di verifica al termine della malattia, possono persistere quadri di disabilità con gradi variabili di deficit motori, respiratori, cognitivi e sensoriali, che richiedono un sostegno adeguato attraverso un percorso di riabilitazione specifico.
Il decondizionamento, ossia la perdita di forza e massa muscolare dovuta alla prolungata inattività fisica, induce un ridotto anabolismo proteico, un'infiammazione sistemica e una riduzione della densità capillare, con effetto negativo sulla vascolarizzazione della struttura muscolare.
L'infezione da Sars-Cov-2 non si limita a danneggiare la funzione respiratoria del paziente, a causa dalla polmonite interstiziale, ma può colpire il sistema nervoso centrale e periferico. In relazione all'area interessata, il danno centrale può dare luogo a stati confusionali, problemi sensitivo/motori, del linguaggio, della deglutizione, perdita dell'olfatto e del gusto, ecc.
Inoltre, nei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive, abbiamo frequentemente riscontrato l'insorgenza di una malattia che si definisce Crimyne, ovvero una polineuromiopatia caratterizzata da un danneggiamento e da un cattivo funzionamento dei nervi appartenenti al sistema nervoso periferico, e da problematiche muscolari che vanno dall'atrofia alla necrosi delle cellule muscolari."

Qual è il ruolo della riabilitazione neuromotoria?
"Il controllo dell'assetto corporeo e del movimento è il risultato di meccanismi o "funzioni" complesse che richiedono il coinvolgimento di vari sistemi tra loro dinamici (strategie motorie, sensoriali, processi cognitivi, vincoli biomeccanici).
L'alterazione di uno di questi meccanismi può compromettere l'equilibrio posturale, il movimento, l'orientamento e rappresentare un serio pericolo per la salute del paziente.
Con la riabilitazione si può intervenire genericamente con due modalità d'azione:
1) Ricerca e guida di un recupero "intrinseco", caratterizzato dalla ripresa parziale o totale delle capacità delle funzioni danneggiate.
Il paziente riacquisisce la capacità di effettuare determinate prestazioni con modalità analoghe a quelle precedenti al danno.
2) Facilitazione di un recupero "estrinseco" o adattativo, definito anche di "sostituzione funzionale". È la capacità di eseguire una determinata funzione attraverso l'acquisizione di nuove strategie.
Come si può immaginare, la presa in carico di questi pazienti è complessa e richiede un percorso riabilitativo multidisciplinare e personalizzato, necessario per ridurre la disabilità e tornare ad un lento ma progressivo recupero.
Nonostante il forte stress a cui eravamo sottoposti durante l'emergenza, dobbiamo riconoscere che tutti i nostri operatori sanitari si sono prestati in modo encomiabile per dare un aiuto, disponibili a rimodulare i loro turni e attività lavorative, come una vera squadra."
Con le problematiche appena descritte, durante la pandemia da Coronavirus, accanto a medici e infermieri, hanno avuto un ruolo di spicco gli specialisti della Riabilitazione. Assunta Cartaginese, Coordinatrice dei Fisioterapisti del Gruppo MultiMedica, ci racconta le evidenze ottenute dall'osservazione dei dati raccolti e la sua esperienza nei mesi più "caldi" dell'emergenza.

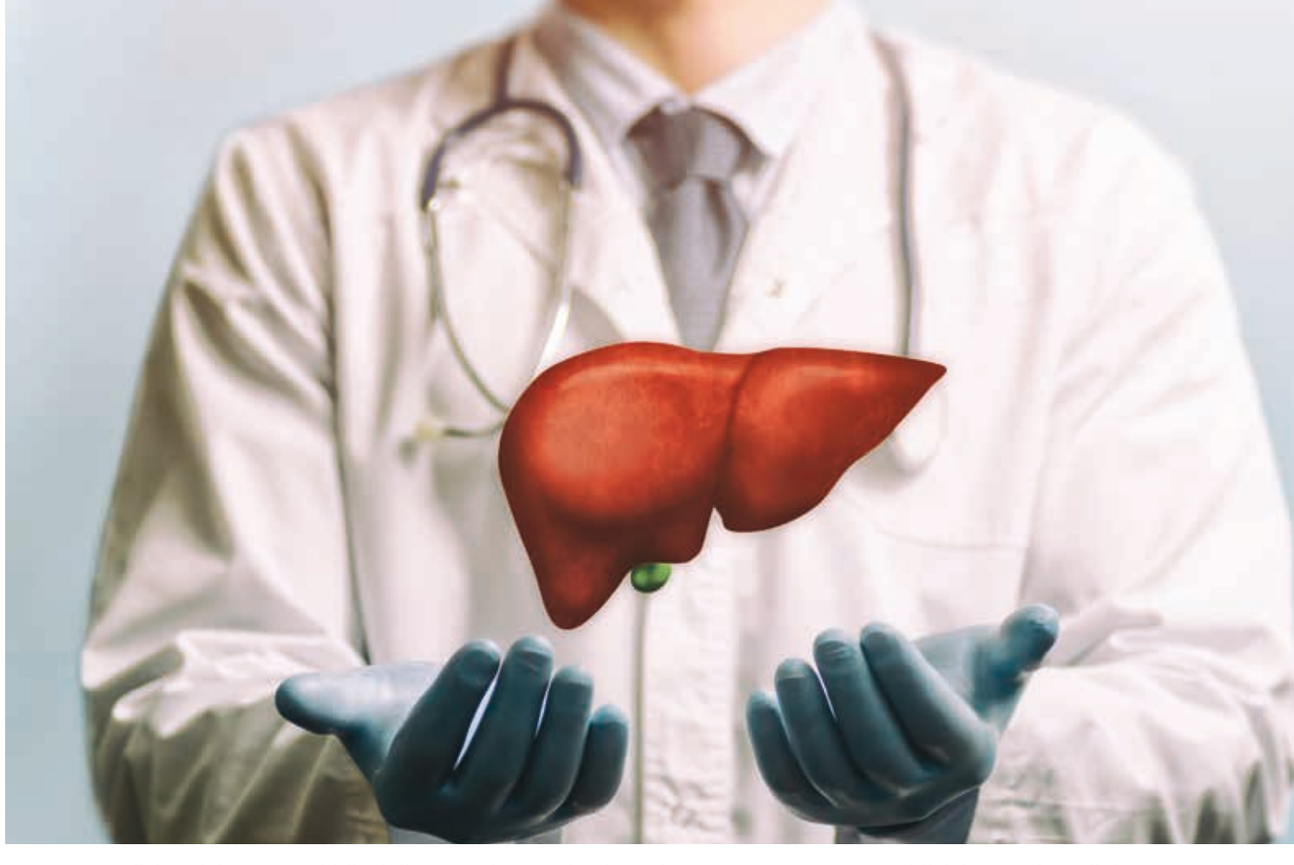
Quali sono i dati relativi alla nostra casistica?
"Il nostro intervento si è concentrato sul recupero delle funzioni neuromotorie, in quanto, la maggior parte dei pazienti Covid, ed in particolare i dimessi dalla Terapia Intensiva, presentavano una importante debolezza muscolare ed una fatica al minimo movimento, come il compiere i semplici gesti di vita quotidiana.
Se consentito dal quadro clinico, valutato dal costante confronto con l'équipe medica presente nel reparto, abbiamo somministrato due test per valutare le prestazioni motorie e cognitive dei pazienti. Il primo test, chiamato Sit to Stand, utile per evidenziare la resistenza e la stabilità nella verticalizzazione, calcola il tempo d'azione che impiega il paziente per sedersi e rialzarsi da una sedia per 5 volte consecutive. Il secondo test, Time Up and Go, ci fornisce una valutazione sia del deficit motorio, sia del deficit cognitivo e di quanto quest'ultimo possa interferire sul movimento, misurando il tempo impiegato dal soggetto per alzarsi da una sedia, percorrere 3 metri di cammino, girarsi, tornare indietro e risedersi, il tutto anche tenendo in mano un bicchiere pieno d'acqua oppure contando al contrario.
Sulla base dei punteggi ottenuti, i test hanno evidenziato una difficoltà alla resistenza fisica e al mantenimento della funzione del cammino. È da notare che, a causa della loro condizione, non è stato possibile sottoporre al test la maggior parte dei pazienti ricoverati, circa il 60%.

La mole di prestazioni erogate è stata altissima. I dati raccolti in un mese, dal 20 aprile al 20 maggio, registrano 84 accessi in Terapia Intensiva e 276 accessi in reparto, nel solo Presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni; 47 accessi nel reparto di Pneumologia e 167 accessi in reparto nell'Ospedale San Giuseppe.
Tutti i trattamenti riabilitativi sono stati personalizzati rispettando le condizioni del singolo paziente e calibrati attraverso il costante monitoraggio dei loro parametri, come l'ossigenazione, la saturazione del sangue, ecc.
Durante l'emergenza, sono stati precettati medici di ogni "estrazione" specialistica che hanno collaborato offrendo il proprio bagaglio di competenze, tutti impegnati ad aiutare pazienti e operatori in prima linea.
Non vanno dimenticate figure professionali come gli psicologi del nostro Gruppo, che non solo hanno inquadrato le prime difficoltà cognitive dei ricoverati, ma hanno sostenuto i pazienti e noi operatori nel turbinio delle emozioni e nella loro gestione.
È stato un lavoro molto complesso e, a tratti, destabilizzante, soprattutto dal punto di vista psicologico, e ha comportato un impegno emotivo molto profondo. Tra colleghi ci siamo sostenuti vicendevolmente e con la nostra unità abbiamo creato una grande forza. Per questo motivo, devo ringraziare i miei primari, presenti 7 giorni su 7, i quali hanno retto l'urto con tutte le loro forze, trasmettendomi quella serenità che, a cascata, ho potuto infondere ai componenti del mio team, che colgo l'occasione per elogiare e ringraziare.
Piccolo inciso: un GRAZIE speciale ai terapisti che quotidianamente, bardati da testa a piedi, hanno visto e vissuto da vicino la vera drammaticità del momento, senza mai dimenticarsi della loro professionalità ed umanità."

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

TUMORE AL FEGATO: IL RUOLO DELL'EPATOLOGO NELLA GESTIONE CLINICA

Maria Grazia Rumi
Direttore
Mauro Viganò
Unità di Epatologia,
Ospedale San Giuseppe / Università degli Studi di Milano



Il carcinoma epatocellulare (CE) è il più frequente tumore primitivo del fegato ed origina dalla trasformazione neoplastica delle cellule epatiche (epatociti). Benché l'incidenza mondiale del CE sia maggiore in Asia e nei Paesi sub-sahariani, in Europa il primato per il maggior numero di casi spetta all'Italia e ai Paesi del bacino del Mediterraneo.

Nel nostro Paese la gran parte di questi tumori insorge in pazienti con una malattia cronica di fegato evoluta in cirrosi causata dall'eccessivo consumo di alcool, da epatiti virali croniche da HBV o HCV, da colangite biliare primitiva, da emocromatosi o da steatoepatite, cioè accumulo di grasso nel fegato con conseguente infiammazione e fibrosi. Negli ultimi anni, inoltre è aumentata l'incidenza di CE in soggetti senza cirrosi ma con la sola steatoepatite.
Dal punto di vista morfologico il CE si può manifestare come unifocale, cioè come nodulo neoplastico singolo, multifocale, cioè come due o più noduli sparsi nel parenchima o diffuso, vale a dire come una lesione estesamente infiltrante che tende alla completa sostituzione del fegato e/o con metastasi a distanza.
Poiché la fase iniziale di comparsa e crescita del tumore è frequentemente del tutto asintomatica, è spesso difficile fare una diagnosi precoce che deve essere effettuata attraverso lo screening ecografico periodico (ogni 6 mesi) in tutti i pazienti con un'epatopatia cronica avanzata. Solo la precoce identificazione del tumore garantisce infatti un trattamento più efficace ed una miglior prognosi. Purtroppo però molti pazienti sono all'oscuro della loro condizione di epatopatia e non eseguendo periodici controlli clinici ed ecografici, ricevono una diagnosi tardiva della neoplasia.
E qui comincia il duplice fondamentale ruolo dell'epatologo: nei pazienti potenzialmente a rischio, cioè quelli con diagnosi certa di cirrosi o di fibrosi severa, l'epatologo programma sistematicamente esami ematici e ecografia dell'addome superiore e, in una successiva valutazione, identifica precocemente l'eventuale presenza di una lesione sospetta per CE. Nei pazienti senza una diagnosi precisa di malattia del fegato, invece, l'epatologo deve, attraverso un'attenta analisi di esami, ecografia e Fibroscan, "stadiare" l'epatopatia, cioè identificare quelli con fibrosi avanzata o cirrosi per avviarli al monitoraggio periodico, proprio perché, come già sottolineato, queste condizioni non si associano a sintomi o segni se non tardivamente, quando possono comparire anoressia, astenia, ittero, ascite, sanguinamento delle varici esofagee ed encefalopatia.
Nella diagnosi precoce di tumore del fegato il follow-up con ecografie seriate e valutazione epatologica è fondamentale anche in considerazione del fatto che l'uso dei markers tumorali come l'alfa-fetoproteina (AFP) ha scarso valore predittivo perchè scarsamente sensibile e specifica.
Successivamente, in accordo alle linee guida internazionali, è raccomandato che la diagnosi di CE venga confermata con TC e/o RM con mezzo di contrasto, utili anche per valutare più precisamente l'estensione della malattia. In rari casi, qualora i dati TC e RM non fossero concordanti, può essere dirimente una biopsia della lesione.
Una volta arrivati alla diagnosi di CE è fondamentale che la decisione circa i successivi trattamenti sia condivisa dal team multidisciplinare che comprende: epatologo, radiologo, chirurgo, radiologo interventista e oncologo. In base alle caratteristiche del tumore (dimensione, numero, localizzazione e rapporti con le strutture contigue ed eventuale presenza di metastasi) si decidono i trattamenti più appropriati. Anche in questo step, il ruolo dell'epatologo è di primaria importanza perché conosce, rispetto agli altri specialisti, la storia clinica del paziente, in particolare, la sua funzione epatica, il grado di ipertensione portale, il performance status oltre alle eventuali comorbidità. Le linee guida internazionali indicano infatti il miglior trattamento del CE sulla base di tutti questi parametri, anche se solo il giudizio clinico e l'esperienza di chi tratta questi pazienti permette di effettuare la scelta più appropriata per ogni singolo paziente. L'epatologo coordina questa valutazione complessiva, non focalizzata quindi solo sulla neoplasia, ma in maniera prioritaria sul paziente e sullo "stato di salute" del fegato. In base a quanto sopra riportato si scelgono le diverse alternative terapeutiche: il trapianto di fegato, la resezione epatica, i trattamenti ablativi e la terapia sistemica.
Il trapianto di fegato consiste nella sostituzione del fegato "malato" con un fegato "sano" di un donatore ed è il trattamento curativo ideale per il CE perché permette di eliminare contemporaneamente il tumore e la malattia epatica sottostante che lo ha provocato. Tuttavia solo una piccola percentuale di pazienti (circa il 5%) con CE su cirrosi è candidabile a trapianto. A causa della limitata disponibilità di organi, infatti, questo trattamento è generalmente riservato ai pazienti con età inferiore a 65 anni, non candidabili ad interventi chirurgici di resezione per la presenza di una severa compromissione della funzione epatica, e tumori di dimensione inferiore ai 5 cm e in numero massimo di 3 noduli.
La resezione chirurgica è invece il trattamento di scelta nei pazienti con tumori in stadio inziale (circa il 20/25%) e discreta riserva funzionale epatica. Nel caso di estese resezioni epatiche nei pazienti cirrotici vi è infatti il rischio che nel post-operatorio si sviluppi insufficienza epatica.
Per le lesioni di piccole dimensioni in pazienti con funzionalità epatica compromessa, il trattamento standard è costituito dalla terapia ablativa percutanea con l'impiego di mezzi fisici come la radiofrequenza e le microonde. Molti pazienti non candidabili alle precedenti terapie possono però essere trattati con la chemioembolizzazione transarteriosa (TACE) che consiste nella somministrazione di farmaci chemioterapici all'interno dell'arteria epatica mediante procedure angiografiche.
Infine, in caso di tumori molto estesi e/o con metastasi è proponibile la terapia sistemica con farmaci in grado di bloccare la crescita cellulare e la formazione dei vasi sanguigni determinando così la morte delle cellule tumorali. Recentemente è stata approvata dall'Agenzia Europea del Farmaco l'associazione di un farmaco immunoterapico con un antiangiogenico che sembra associata a un'efficacia maggiore e a una migliore qualità di vita rispetto alla terapia standard.
Finalmente oggi ai pazienti con CE possiamo offrire delle effettive chance di trattamento attraverso la gestione multidisciplinare che metta al centro il paziente e consenta di offrire a ciascuno la cura migliore. ■

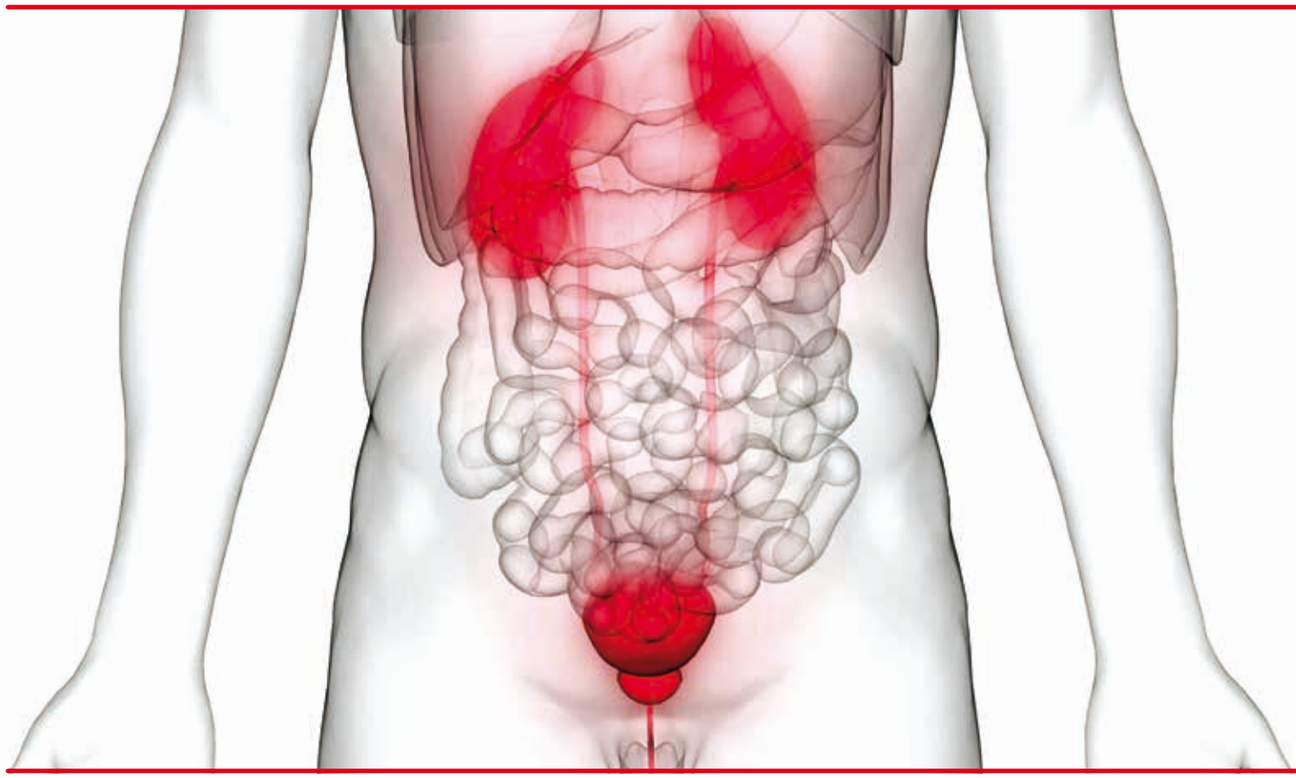
Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

TUMORE ALLA VESCICA: SINTOMI, FATTORI DI RISCHIO E TERAPIE

Riccardo Ricotta
Direttore dell'Unità di Oncologia,
Ospedale San Giuseppe e IRCCS MultiMedica

In Italia ogni anno si registrano circa 27.000 nuovi casi di tumore della vescica. La probabilità di ammalarsi è più elevata negli uomini, per i quali costituisce la quarta neoplasia più frequente con circa 21.000 nuove diagnosi all'anno, che complessivamente rappresentano più del 10% del numero totale di casi.

Il più importante fattore di rischio è il fumo di sigaretta, che aumenta la probabilità di ammalarsi di circa 4-5 volte e al quale sono attribuiti circa il 60% delle diagnosi. Purtroppo al momento non sono disponibili esami di screening per una diagnosi precoce, tuttavia il riscontro di macroematuria non va mai trascurato poiché è il principale e spesso unico segno iniziale della malattia. In questi casi è necessario rivolgersi al medico ed effettuare rapidamente approfondimenti ulteriori, in primo luogo la ricerca delle cellule tumorali nelle urine e un'ecografia addominale. Più del 90% dei tumori della vescica è costituito da carcinomi uroteliali, che originano dall'epitelio di rivestimento interno. La malattia viene generalmente diagnosticata in fase ancora localizzata, da distinguere in forme superficiali (2/3 dei casi) e muscolo invasive, cioè infiltranti la tonaca muscolare dell'organo. Fortunatamente le cure, soprattutto per la malattia localizzata, sono efficaci e la sopravvivenza complessiva a 5 anni è pari al 79%. In Italia il numero stimato delle persone viventi dopo una diagnosi di tumore alla vescica è pari a 310.000. La resezione endoscopica costituisce l'approccio terapeutico di primo livello per tutte le neoplasie vescicali non muscolo invasive, nelle forme a più alto rischio di recidiva può essere seguita da un trattamento preventivo endovescicale. L'agente più utilizzato è il bacillo di Calmette-Guérin (BCG), che provoca una reazione immunitaria locale e riduce il rischio di recidiva di malattia. Il trattamento dei tumori muscolo invasivi richiede invece l'asportazione completa dell'organo (cistectomia), che può essere associata alla chemioterapia adiuvante o, preferibilmente, neoadiuvante. Quest'ultima strategia determina un potenziale aumento della sopravvivenza complessiva e al momento dell'asportazione chirurgica in circa il 25% dei casi la neoplasia non è più evidenziabile. Questi risultati sono incoraggianti e possono determinare un miglioramento della prognosi, complessivamente la sopravvivenza attesa a 5 anni è del 50-60%. In situazioni selezionate è possibile valutare un trattamento multimodale che prevede una resezione endoscopica associata a chemio e radioterapia, la cui la finalità è quella di evitare la cistectomia ("bladder sparing"). La chirurgia radicale verrà comunque considerata in caso di persistenza o recidiva tumorale. In rari casi la malattia si manifesta già in fase metastatica alla diagnosi o recidiva dopo precedenti trattamenti. La terapia di scelta in questa situazione è ancora oggi la chemioterapia basata su schemi a più farmaci contenenti il cisplatino, che è l'agente più attivo. Negli ultimi anni sono state introdotte terapie innovative con inibitori dei checkpoint del sistema immunitario (ICIs), che potenziano la risposta immuno-mediata contro la neoplasia mediante l'inibizione di alcune molecole denominate PD-1 o PD-L1. Questi bersagli sono espressi dal tumore e/o dalle cellule del nostro sistema immunitario e fisiologicamente innescano dei segnali che ne reprimono l'attivazione. La scoperta di questi meccanismi ha determinato una svolta nella lotta contro i tumori e l'impatto terapeutico è stato così importante che il premio Nobel per la Medicina 2018 è stato assegnato ai ricercatori che li hanno identificati (James Allison e Tasuku Honjo). Fra questi agenti il primo farmaco disponibile in Italia è il Pembrolizumab, che si è dimostrato efficace nell'aumentare la sopravvivenza complessiva, ridurre gli eventi avversi e migliorare la qualità di vita nei pazienti resistenti alla chemioterapia, per i quali oggi rappresenta un nuovo standard di cura. Ad oggi sono in corso numerosi studi che mirano ad estendere l'utilizzo degli ICIs anche nelle fasi più precoci della malattia o in combinazione con altri agenti, inclusa la chemioterapia. Lo scopo principale è quello di potenziare l'efficacia antitumorale e migliorare gli outcomes clinici. Lo scenario terapeutico è in rapida evoluzione e nel prossimo futuro saranno disponibili ulteriori farmaci con meccanismi d'azione innovativi, alcuni dei quali già approvati da FDA. Fra questi Enfortumab vedotin, un coniugato anticorpo-dipendente che si lega alla Nectina-4, una molecola di adesione cellulare altamente espressa dal carcinoma della vescica e da altri tumori solidi. Il farmaco è unito alla monometil auristatina E (MMAE), un enzima che distrugge i microtubuli delle cellule neoplastiche e ne blocca quindi la replicazione. In questo modo Enfortumab manifesta l'attività di killing tumorale in maniera più selettiva ed efficace nei pazienti resistenti alla chemioterapia e all'immunoterapia. La nuova frontiera è oggi quella della medicina di precisione, che consente di personalizzare il trattamento in base a specifiche caratteristiche biologiche del tumore. Nel 2019 FDA ha approvato il farmaco Erdafitinib per la cura dei tumori vescicali resistenti alla chemioterapia e con specifiche alterazioni dei geni FGFR2 (Fibroblast Growth Factor Receptor) o FGFR3. Questi geni favoriscono la crescita neoplastica e rappresentano un potenziale bersaglio terapeutico in circa il 30% dei pazienti. I risultati sono incoraggianti, nello studio registrativo le risposte tumorali sono state riportate nel 40% dei pazienti e la sopravvivenza era superiore a 12 mesi. Vista la storia naturale del tumore della vescica emerge chiaramente la necessità di un approccio multispecialistico. È infatti ampiamente dimostrato che il lavoro integrato di diversi specialisti sia in grado di assicurare un migliore percorso di cura, una più elevata aderenza alle linee-guida e una migliore pianificazione e personalizzazione della strategica terapeutica complessiva. Presso la nostra Istituzione è attivo un Team Multidisciplinare per la diagnosi e cura dei tumori della vescica, formato da medici nucleari, oncologi, psicologi, radiologi, radioterapisti e urologi. Ogni anno curiamo oltre 200 nuovi casi e la nostra attività è focalizzata ad offrire adeguate opzioni terapeutiche in tutte le fasi della malattia con l'obiettivo di migliorare la qualità e le aspettative di vita. ■



Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

COVID-19 IN GRAVIDANZA: QUALI EFFETTI SUL NASCITURO?

Claudio Migliori
Direttore dell'Unità di Neonatologia,
Ospedale San Giuseppe

La malattia da Coronavirus Covid-19, anche nota come Sindrome Respiratoria Acuta Grave da Coronavirus-2 (SARS-CoV2), è una patologia che ha avuto esordio nel 2019 in Cina e successivamente si è diffusa globalmente. Nel marzo 2020 è stata ufficialmente definita pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. A livello planetario, ad oggi, si contano oltre 32 milioni di soggetti contagiati e più di 1.000.000 di decessi, ad essa direttamente correlabili.

Nel corso di epidemie infettive di qualsiasi origine le donne gravide rappresentano una popolazione ad alto rischio, soprattutto per i fisiologici cambiamenti a carico del loro sistema immunitario. Per esempio la naturale riduzione dell'efficienza a carico del sistema T-helper 2 rende le gravide più vulnerabili alle infezioni virali.
Per quanto concerne il Covid-19 i dati a livello mondiale confermano che le gestanti contagiate necessitano più facilmente di ospedalizzazione e, per via della non rara compromissione della funzionalità respiratoria, di ricovero nelle Unità di Terapia Intensiva. Non sembra, invece, differente il tasso complessivo di mortalità, se paragonato alla normale popolazione affetta.
In ambito pediatrico, però, non sono purtroppo disponibili informazioni altrettanto dettagliate, sia che si prenda in considerazione la trasmissione diretta (cosiddetta "verticale"), sia il contagio postnatale. Tuttavia analizzando la letteratura mondiale qualche dato comincia ad emergere.
Non sono, ad oggi, descritte malformazioni congenite correlabili all'infezione da Coronavirus, così come il tasso di abortività non sembra essere differente da quello della popolazione normale. Una lieve riduzione del peso del nascituro rispetto alla norma è stata riportata in alcuni studi, ma sembra che possa essere correlata più con il comportamento alimentare della gestante, afflitta dall'inappetenza riscontrabile in corso di qualunque infezione, che secondaria a un effetto diretto del virus sul feto.
La gravità del quadro clinico e la compromissione respiratoria materna, invece, possono influenzare il "timing" del parto. Sebbene, infatti, lo stato di positività al COVID-19 non sia un'indicazione al parto operativo, in corso di pandemia è normalmente segnalato l'aumento del tasso di cesarei. Sono, anche descritti casi di nascita pretermine dovuti o alla necessità di fornire l'adeguata assistenza intensiva alla madre, o come effetto della scelta di indurre più precocemente il parto, temendone una evoluzione in senso peggiorativo.
Il passaggio diretto del virus attraverso la placenta sembra sia un'evenienza piuttosto rara, la letteratura, infatti, ne riporta, attualmente, un numero estremamente esiguo di casi. Il Centro per il Controllo delle Malattie americano (CDC, Atlanta, USA), peraltro, non ha palesato limitazioni, per le donne Covid positive asintomatiche, riguardo alle modalità di clampaggio del cordone ombelicale o al contatto "pelle a pelle". Si pensa, invece, che l'infezione possa avvenire più facilmente durante il periodo postnatale, principalmente attraverso le goccioline respiratorie (droplets) rilasciate dalla madre o da altri operatori sanitari positivi. Per tale ragione viene strettamente consigliato, al personale che assiste il parto e alle madri, di mantenere la mascherina chirurgica correttamente posizionata, ogni qual volta prendano in braccio, allattino o si avvicinino al bambino.
L'allattamento al seno non solo è permesso, ma, per quanto possibile, raccomandato. Ciò in funzione del fatto che, ad oggi, non è dimostrato il passaggio del virus nel latte. Nello stesso, invece, sono stati trovati gli anticorpi antivirali, che non si esclude possano avere un effetto protettivo sull'infezione neonatale. Ovviamente l'unica limitazione a tale pratica riguarda le condizioni cliniche della puerpera, per cui l'allattamento risulta possibile nelle donne asintomatiche o in quelle che presentano sintomi lievi, senza interessamento respiratorio. Se il bimbo non può essere direttamente attaccato al seno, è comunque possibile somministrargli il latte materno spremuto, mediante poppatoio senza che sia necessario pastorizzarlo.
Nei pochi casi riportati di trasmissione diretta di SARS-CoV2, il decorso è stato quasi sempre asintomatico. Solo raramente sono stati riscontrati quadri aspecifici e privi di caratteristiche atte a differenziarli dalle più comuni infezioni. Sono principalmente riportati: letargia, dispnea lieve o moderata senza la presenza della tosse, discromie cutanee e, talvolta, febbre. Sono stati anche descritti, sia pure con minore frequenza, l'interessamento addominale con vomito e distensione gastrica, talvolta equiparabili all'ileo paralitico; molto raramente è stata segnalata la trombocitopenia.
Il quadro clinico generale, invece, cambia se si considerano i sintomi dei soggetti che hanno contratto il Covid-19 successivamente al parto, solitamente al domicilio da un familiare infetto. La febbre è spesso presente e anche la tosse viene segnalata con maggiore frequenza. L'apparato digerente, se coinvolto, manifesta maggiormente diarrea e alvo irregolare, così come sono segnalate spesso astenia e letargia. Tali situazioni, però, non sembrano avere gravi effetti sulla salute del neonato, salvo sporadiche eccezioni, tanto che l'infezione non aumenta il rischio di morte. La popolazione di cui trattiamo, infatti, sembra essere poco suscettibile a complicanze quali trombosi e insufficienza multiorgano che caratterizzano gli adulti.
Alla luce, quindi, delle conoscenze fino ad oggi disponibili, l'infezione da SARS-CoV2 contratta in gravidanza, fatte salve le condizioni della madre che, se gravi, potrebbero inficiare il completamento della gestazione, non sembra avere effetto teratogeno o abortivo sul feto. Molto raramente il virus viene trasmesso al nascituro e, nel caso ciò avvenga non sembra pregiudicarne l'outcome. Più frequente, invece, sembra essere la possibilità di una trasmissione postnatale, per la quale non si smette di sottolineare l'importanza della prevenzione, attuata dai genitori, dagli eventuali conviventi e da tutti coloro che, per qualsivoglia ragione, potrebbero avere contatti ravvicinati con il bimbo. Si raccomanda, quindi, l'uso della mascherina, la sanificazione degli ambienti in cui il piccolo vive e soggiorna e il lavaggio delle mani, da attuarsi sempre prima di toccare il neonato.

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

ERNIA INGUINALE: COME RICONOSCERLA, COME CURARLA

Fabio Ceriani
Direttore dell'Unità di Chirurgia Generale,
Ospedale MultiMedica Castellanza

L'ernia inguinale è una malattia benigna causata dalla fuoriuscita di tessuto adiposo o visceri attraverso un punto di debolezza del canale inguinale. Si manifesta nel 27-43% degli uomini e nel 3-6% nelle donne, con circa 20 milioni di persone che ogni anno vengono sottoposte ad intervento chirurgico per tale patologia. Si tratta dunque di una condizione molto frequente per cui molti di noi hanno delle conoscenze sull'argomento ma a volte molto frammentate. In questa descrizione cercheremo di dare qualche semplice elemento sulla terapia dell'ernia per rendere più consapevole una persona che ne fosse affetta.

La maggior parte delle persone con ernia inguinale ha qualche sintomo; i più comuni sono la percezione di una tumefazione fastidiosa o dolente che determina difficoltà nella attività lavorativa o fisica e senso di peso dopo prolungata postura eretta. A volte è presente un vivace dolore alla comparsa dell'ernia che è determinato da infiammazione del legamento inguinale e dei muscoli che si inseriscono su di esso, questo dolore generalmente lascia il posto nell'arco del tempo ad un fastidio persistente e più modesto. Una minoranza dei casi è asintomatica, ma il 70% di questi viene sottoposto ad intervento chirurgico nell'arco dei successivi 5 anni per comparsa di disagio.
L'unico trattamento risolutivo è rappresentato dall'intervento chirurgico che risulta efficace nella maggior parte dei casi. Molte persone, spaventate dalla prospettiva di intervento o legate a ricordi di interventi del passato, preferiscono tenere contenuta l'ernia con una mutanda contenitiva apposita, molto utile per non peggiorare la situazione in attesa di intervento ma certamente non risolutivo.
I fattori di rischio per la comparsa di ernia inguinale sono rappresentati da familiarità, precedenti ernia inguinale contro-laterale, sesso maschile, età, alterato metabolismo del collagene, pregressa prostatectomia e basso indice di massa corporea.
Nella maggior parte dei casi la diagnosi si basa sul colloquio e sull'esame obiettivo; eventuali esami di approfondimento (ecografia, TC e risonanza magnetica) vengono utilizzati in casi dubbi, quando la tumefazione non risulta chiara durante la visita oppure in presenza di sintomi aspecifici a livello della regione inguinale.
Per i casi asintomatici occorre valutare con il paziente i rischi legati all'intervento chirurgico e considerare una strategia di "vigile attesa", avendo ben chiaro che non esiste un modo per prevenire e prevedere le possibili complicanze rappresentate dall'incarceramento e dallo strozzamento.
Fino agli anni '70 l'intervento chirurgico per ernia inguinale veniva eseguito senza utilizzo di materiale protesico; si eseguiva una ricostruzione del canale inguinale utilizzando solo dei punti di sutura, che andavano a rinforzare la parete posteriore del canale inguinale, determinando spesso una condizione di eccessiva tensione, responsabile del loro cedimento precoce e dell'alto tasso di recidive.
La tecnica attualmente più utilizzata per la riparazione dell'ernia inguinale prevede l'utilizzo di una rete in polipropilene, opportunamente sagomata, che permette una riparazione senza tensione. Le tecniche di riparazione con rete sono numerose e si differenziano per il tipo di rete, per la sua forma e per la modalità con la quale viene fissata. Spesso, oltre alla rete, viene anche posizionato una sorta di tappo, detto plug, che viene inserito nell'anello inguinale interno e garantisce una maggiore tenuta della riparazione.
L'intervento, nella maggioranza dei casi, viene eseguito con approccio per via anteriore in anestesia locale: si praticano delle infiltrazioni di anestetico locale in regione inguinale, si esegue un piccolo taglio, di circa 6-7 cm, che permette di raggiungere l'ernia e di ridurla; si posiziona quindi la rete che assicura la riparazione e poi si richiude la ferita. La procedura ha una durata variabile tra i 30 ed i 45 minuti.
In presenza di ernie voluminose o difficilmente riducibili, può essere necessaria l'anestesia spinale o generale, in accordo con l'anestesista.
Da alcuni anni l'intervento viene eseguito anche con approccio mini-invasivo, con tecnica laparoscopica (TAPP): in questo caso è necessaria l'anestesia generale e l'ernia viene riparata posizionando una rete a protezione della regione inguinale, passando all' interno dell'addome, utilizzando appositi strumenti laparoscopici. L'accesso alla cavità addominale avviene attraverso tre piccole incisioni della cute, inferiori al centimetro, a livello dell'ombelico ed in fianco destro e sinistro.
Le linee guida della European Hernia Society attualmente consigliano l'approccio laparoscopico in presenza di ernia recidiva o di ernia bilaterale; i vantaggi di questo approccio sono rappresentati da tempi di ripresa più rapida per il paziente, minor dolore post-operatorio, minor tasso di infezione di ferita e di ematoma; la necessità della anestesia generale, ne limita comunque l'indicazione a persone in buone condizioni generali di salute e senza grosse comorbidità. Un approccio simile, con una riparazione pre-peritoneale viene eseguito nel Gruppo MultiMedica anche con la tecnica di Kugel che posiziona una speciale rete nello stesso distretto senza la necessità di gonfiare l'addome con la laparoscopia.
La presenza di tanti tipi di reti e di differenti approcci chirurgici testimonia il fatto che non esiste un vero e proprio standard di intervento per la riparazione dell'ernia inguinale e che la scelta del tipo di tecnica deve basarsi su vari fattori, quali le caratteristiche dell'ernia, le caratteristiche del paziente e l'esperienza dell'equipe chirurgica; questo è quello che viene comunemente definito come "approccio su misura" o tailored surgery.
Nella nostra struttura la maggior parte degli interventi per ernia inguinale primitiva monolaterale viene eseguita in anestesia locale, con eventuale sedazione farmacologica, utilizzando la tecnica di Trabucco, che prevede l'utilizzo di una rete adagiata a protezione della regione inguinale senza tensione e senza punti di sutura (tecnica sutureless tension-free).
Proponiamo la tecnica laparoscopica in presenza di ernia bilaterale, ernia monolaterale recidiva oppure in pazienti giovani, sportivi, con ernia di dimensioni medio-piccole.
L'intervento viene eseguito in regime di Day Surgery, quindi, in assenza di problemi, il paziente viene dimesso dopo poche ore dall'intervento.
Le principali complicanze post-operatorie dopo riparazione di ernia sono rappresentate da ematoma o infezione di ferita; una complicanza molto fastidiosa, con una incidenza comunque inferiore al 6%, è rappresentata dal dolore inguinale cronico. È il più delle volte dovuto ad infiammazione dei nervi della regione a contatto con il polipropilene che costituisce la rete e viene diagnosticato non prima di 3-6 mesi dall'intervento; solitamente il fastidio si risolve spontaneamente nel giro di qualche mese, eventualmente con l'assunzione di antinfiammatori e solo in rari casi si rende necessario un ulteriore intervento di revisione della zona operata.
Attualmente il rischio di recidiva di ernia dopo intervento è del 2% in caso di riparazione per via anteriore, mentre può salire significativamente in caso di approccio laparoscopico (per tale motivo lo proponiamo per ernia di piccole dimensioni con minore propensione alla recidiva).
In presenza di una recidiva, in accordo con le volontà del paziente, è possibile intervenire nuovamente per trattare l'ernia, scegliendo anche in questo caso la tecnica più indicata.
Riassumendo, le prospettive di guarigione e di rapido ritorno alle proprie attività della vita quotidiana e sportiva in presenza di ernia sono ottime e non vi è più ragione di mutuare l'atteggiamento dei nostri genitori e nonni che preferivano sopportare e contenere la tumefazione "ad vitam" per evitare un intervento che risultava doloroso e poco risolutivo. La visita con il chirurgo potrà permettere di vagliare tute le opzioni tecniche per la specifica ernia al fine di ottenere il risultato migliore. ■

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-999.61.999

DIETA IPERPROTEICA? BENEFICI E RISCHI PER LA SALUTE

Angela Valentino
Biologa - Nutrizionista,
Gruppo MultiMedica

Negli ultimi anni, il settore delle diete dimagranti è cresciuto prepotentemente per il dilagare dell'eccedenza dell'eccesso ponderale, in realtà l'insoddisfazione per la propria immagine corporea è molto diffusa anche nella popolazione normopeso.
All'insegna del "miracolo e/o del tutto e subito", la gran parte della popolazione con problemi di peso o con alterata percezione della propria immagine, decide di seguire "la dieta del momento" pur di ottenere un rapido calo ponderale. Tra le diete più influenti quella iperproteica, molto spesso sostenuta da professionisti della nutrizione "improvvisati", che non hanno né le competenze, né i titoli necessari per svolgere tale attività.

Prima di analizzare benefici e rischi della dieta iperproteica, una piccola premessa sulle proteine e sulla loro funzione nel nostro organismo.

Proteine e fabbisogno nutrizionale

Le proteine o protidi (dal greco protos, primario) sono composti organici formati da piccoli mattoncini detti aminoacidi legati tra loro attraverso legami peptidici.
Le proteine hanno il compito principale di rifornire i tessuti di aminoacidi necessari per i processi di rinnovamento cellulare (funzione plastica). Tuttavia, le proteine svolgono altre numerose funzioni nel corpo umano: hanno un ruolo importante nella sazietà, nella segnalazione cellulare, nella regolazione termogenica e glicemica nel corpo e, in caso di digiuno prolungato o di intensa attività fisica, possono essere degradate a scopo energetico.
A differenza dei carboidrati, che se in eccesso vengono depositati sotto forma di grasso corporeo, le proteine non possono essere immagazzinate, quelle in eccesso vengono eliminate.
Infatti, per garantire la corretta funzionalità dell'organismo, le proteine devono essere introdotte quotidianamente nelle giuste proporzioni.
Secondo i LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia), in una dieta bilanciata, il fabbisogno giornaliero di proteine rappresenta il 15-20% delle kcal totali assunte, mentre la dose giornaliera raccomandata di proteine (RDI) è pari a 0,8-1,2 g/kg di peso corporeo. Queste proteine devono derivare per i 2/3 da prodotti di origine animale (carne, pesce, uova, latte e derivati) e per 1/3 da prodotti di origine vegetale (legumi e cereali).

Dieta iperproteica

La dieta iperproteica, in generale, prevede apporti di proteine nettamente superiori, siamo nell'ordine di 1,5-2,2 g di proteine per kg di peso corporeo, che in termini calorici, corrisponde a valori di assunzione di proteine superiori al 35% delle calorie totali giornaliere.
Quindi, la dieta iperproteica è un regime alimentare caratterizzato da un ridotto consumo di carboidrati a favore di un elevato apporto di proteine e grassi. In particolare, la restrizione dell'assunzione dei carboidrati è al di sotto del livello minimo di riferimento (45% delle calorie complessive) fissato dai LARN.

Benefici e rischi

Il grande vantaggio della dieta iperproteica è la facilità di esecuzione oltre alla velocità con cui si perde peso. Tale dieta si caratterizza per il consumo quotidiano di proteine di origine animale (uova, pesce, carne, formaggi e affettati) associate ad alcuni tipi di verdure.
La dieta iperproteica fa dimagrire perché accelera il metabolismo e stimola la lipolisi, mantiene inalterati i livelli di insulina e aumenta quelli di glucagone stimolando i processi catabolici che bruciano energia favorendo il processo di dimagrimento.
La dieta iperproteica si basa su due presupposti principali:
- parte dell'energia fornita dalle proteine è dispersa come calore (termogenesi indotta dagli alimenti) in misura maggiore rispetto alla dispersione legata agli altri macronutrienti energetici;
- le proteine hanno un maggiore potere saziante.
La combinazione di questi due fattori comporta una maggiore facilità nella riduzione dell'assunzione di calorie.

Lo svantaggio principale della dieta iperproteica consiste nella perdita di acqua e massa magra. L'altro problema è che, in carenza o in totale assenza di carboidrati per molto tempo, l'organismo ricava energia dalle riserve di glicogeno presenti nel fegato e muscoli, e ne costruisce altre a partire dalle proteine alimentari. Tale processo porta alla formazione di scarti, difficili da smaltire. L'acido urico prodotto, quando si ingeriscono molte proteine, se non smaltito attraverso le urine può portare alla formazione di calcoli.
Tra l'altro, la degradazione delle proteine determina la formazione di ammoniaca, una sostanza tossica per il nostro corpo che viene eliminata sotto forma di urea grazie alla cooperazione di fegato e reni.
Associare un adeguato apporto idrico, almeno 2 litri d'acqua al giorno, aiuterebbe i reni a smaltire più facilmente le scorie e, quindi, a non affaticarli.
Infine, riducendo drasticamente i carboidrati e anche le fibre si rischia di peggiorare la regolarità intestinale causando stitichezza. Possono comparire sintomi come il mal di testa, disturbi dell'umore, disordini del ciclo mestruale, alito cattivo oltre all'aumento di colesterolo e trigliceridi per maggior consumo di alimenti di origine animali.

Dieta iperproteica: solo se ci affidiamo ad un professionista!

Sebbene sia stato dimostrato che una dieta iperproteica modifichi la funzionalità dei reni, per il sovraccarico di lavoro, non vi sono evidenze scientifiche sufficienti a dimostrare che, in un soggetto sano, un elevato apporto di proteine possa direttamente innescare un danno renale. Questo regime è controindicato in caso di problemi renali e epatici (insufficienza renale, nefropatia diabetica) e sicuramente non è adatto per chi pratica sport di resistenza come la corsa e il ciclismo.
Pertanto, la dieta iperproteica può essere appropriata per alcuni individui, ma non per altri, le esigenze individuali specifiche, così come le potenziali conseguenze negative, devono essere considerate con cautela prima di adottare tale dieta.

Come professionista del settore, il mio consiglio è di evitare la dieta iperproteica "fai da te" per lunghi periodi; piuttosto che seguire la "dieta del momento" chiediamo consiglio ad un professionista esperto in scienze dell'alimentazione, per analizzare in primis, le cause del sovrappeso, di una magrezza o di un rapido dimagrimento, e che si accerti che non ci siano controindicazioni.
Inoltre, affidarsi ad un professionista permetterà di perdere peso in modo graduale, con meno fatica sia mentale che fisica, oltre a mediare la transizione tra questo regime e la dieta equilibrata che la sostituirà, evitando gli effetti indesiderati e di entrare nel ciclo "yo-yo" del peso.

Il buon senso prima ancora dell'esperienza clinica indica che la maggiore parte di coloro che sono in queste condizioni potrebbero alleviare o risolvere il problema semplicemente svolgendo una vita fisicamente più attiva e riducendo l'apporto calorico, ossia mangiando di meno (ma di tutto) e privilegiando gli alimenti più sazianti, ossia quelli con grande volume e bassa densità energetica, come le verdure. ■

Per appuntamenti
A pagamento: 02-999.61.999

"Alleggerita la mente,
anche il corpo ne ha beneficiato"

LA "LUCE IN FONDO AL TUNNEL" È DENTRO DI NOI

Simona Paganini

Quando guardi Valentina nei suoi trasparenti occhi azzurri vedi tanta determinazione e consapevolezza, frutto di un percorso intrapreso quasi per caso, in un momento difficile, che le ha permesso di risolvere situazioni lasciate in sospeso, che a poco a poco l'hanno ingabbiata nell'immobilità.
"Ho avuto i miei momenti difficili, la prematura scomparsa di mia madre, un rapporto problematico con mio padre e a seguire con mio fratello, un brusco cambiamento di lavoro, probabilmente come o magari anche meno di altri, ma la mancata risoluzione ed elaborazione di queste situazioni mi hanno appesantito nella mente e conseguentemente anche nel corpo".

Ed è proprio il corpo che mette difronte Valentina a questa realtà, dandole la possibilità di trasformare un momento doloroso in una rinascita di vita.

Valentina cosa l'ha spinta ad intraprendere un percorso di psicoterapia?
Un buon consiglio! Quello che mi diede l'ostetrica del reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Giuseppe di Milano, durante un ricovero per sottopormi a un raschiamento a seguito di una gravidanza che non avrei portato a termine. Il desiderio di un bambino ci accompagnava già da tempo, avevamo tentato da soli e anche intraprendendo il percorso di fecondazione assistita, ma senza successo. Così, a 38 anni, durante una vacanza ho accusato i primi sintomi. Felice e contemporaneamente spaventata dal responso, mi sono rivolta al mio ginecologo. C'è voluto poco perché cadessi nello sconforto, non appena il medico visitandomi, ha comunicato il suo verdetto: non avrei portato a termine la gravidanza, inoltre mi raccomandava un raschiamento. Così mi trovò l'ostetrica, scoraggiata e demoralizzata. Fu allora che mi parlò del servizio di psicologia da poco istituito presso il reparto. Un po' sorprendendomi, dissi di sì, che ero interessata e ho fatto bene!

Mi sembra di capire che non si è pentita della sua scelta, cosa successe?
L'incontro con la Dott.ssa Barbara Pucci fu illuminante: forse per l'immediata sintonia che si instaurò tra noi, decisi di applicarmi con impegno quasi 'scolastico' a mettere in pratica i suoi consigli emergenti dai nostri incontri settimanali. La strada era lunga e non sempre i 'compiti' erano facili da eseguire, ma non ho desistito e sono riuscita a elaborare e superare situazioni rimaste in sospeso che mi ancoravano al passato. Non solo, sono riuscita anche a recuperare relazioni che pensavo perse. E, alleggerita la mente, anche il corpo ne ha usufruito.

E come si è resa conto che questo rapporto si era riparato?
Prima di tutto mi sono accorta di un cambiamento nel mio modo di affrontare momenti che fino a poco prima mi avrebbero paralizzato, un po' come se trovassi il pezzo mancante per completare un puzzle. Non portandomi più appresso il peso dell'incompiutezza, il fisico ne ha beneficiato e si è sbloccato: passato poco più di un anno dall'inizio del percorso psicoterapico, si sono ripresentati i sintomi che ricordavo ancora bene, così decisi di fare il test di gravidanza che risultò positivo. Non so neppure io la quantità di emozioni che si sovrapposero in quel momento nella mia mente, ma invece di prevalere la paura, questa volta mi concentrai sulla felicità del momento e su come affrontare i passi successivi, quali che fossero. Naturalmente la prima persona a cui lo dissi fu mio marito, rifeci anche il test per l'occasione, ma la seconda non poteva non essere la Dott.ssa Pucci, e "insieme" abbiamo trascorso il periodo della gravidanza.

Un desiderio che si avvera…
Davvero, e pensare che, concentrata su altro, non ci pensavo più! Anche se sono stati nove mesi impegnativi, prima di tutto con un senso di nausea persistente, che mi ricordava costantemente la precedente esperienza, poi ormai a gravidanza a termine, una brutta bronchite ha messo a dura prova il lavoro fatto su me stessa e infine la necessità di programmare il parto tramite taglio cesareo. Fortunatamente quando è stato il momento di ricoverarmi, presso l'Ospedale San Giuseppe ho ritrovato lo stesso approccio emotivo che ricordavo dal precedente ricovero. Ho così trascorso il momento del parto e il tempo immediatamente successivo supportata non solo dalla Dott.ssa Pucci, ma da uno staff affiatato e coinvolto, che mi ha accompagnata con serenità anche una volta a casa.

Perciò gli incontri con la Dott. ssa Pucci non le sono più serviti?
Assolutamente no, ho continuato e ancora oggi, con cadenza più dilatata rispetto l'inizio, vedo ancora la Dott.ssa Pucci. Sento di aver risolto o elaborato situazioni della mia vita che avevo lasciato in sospeso e considero la gravidanza una conseguenza del percorso fatto su me stessa, ma la vita continua e le situazioni difficili sono dietro l'angolo e non sempre riesci ad affrontarle, non parlo solo dal punto di vista pratico o materiale, ma soprattutto mentale, così diventano una zavorra che si appesantisce e ti appesantisce fino all'immobilità emotiva. Non tutti saranno concordi con questo mio pensiero, non è facile aprirsi con una sconosciuta e spesso la psicoterapia è vista ancora come un tabù, ma sarei molto contenta se raccontando questa mia esperienza io possa dare la spinta necessaria a chi si sente nella mia stessa situazione e pensa di non poterne uscire. ■

ospedale amico

DISTANZA FISICA, VICINANZA SOCIALE

Carmen Sommese
Direttore Sanitario Aziendale, Gruppo MultiMedica

Tatiana Bracone
Assistente Sociale, IRCCS MultiMedica

La pandemia da SARS-CoV-2 ci ha portato a vivere una condizione inedita sia sul piano personale che nei rapporti sociali; abbiamo modificato drasticamente pensieri, emozioni e relazioni in ambito professionale, familiare e sociale, come se ci trovassimo in una dimensione del tutto alterata della libertà personale.

Ciascuno di noi è stato chiamato rapidamente a modificare abitudini e a costruire nuove abilità e nuovi automatismi per adattarsi alla mutata situazione sociale. Comportamenti che prima erano consueti diventano oggi dannosi e vanno evitati per il rischio di essere contagiati o di essere portatori del contagio.
La percezione del tempo è cambiata: sembra che sia dilatato e scandito diversamente così come i ritmi degli impegni quotidiani ed è come se mancasse un orizzonte temporale che ci faccia pensare che in un momento ben preciso tutto tornerà come prima.
Conosciamo quello che stiamo vivendo oggi ma non sappiamo come tutto questo evolverà e stiamo affrontando un cambiamento che manda in pezzi le certezze con cui ci siamo confrontati fino ad oggi.
I rapporti interpersonali sono messi a dura prova e l'impatto che i cambiamenti nelle relazioni hanno avuto sulle persone è stato influenzato molto dalle paure e dalle risorse di ciascuno.
Da un'emergenza sanitaria siamo giunti a un'emergenza sociale: questo coronavirus ha difatti enfatizzato l'espressione di distanza sociale per riferirsi allo spazio fisico da porre tra gli individui, necessario per evitare il contagio.
Il grande sforzo che è richiesto a tutti, anche in ambito ospedaliero, è di passare da una modalità relazionale caratterizzata da vicinanza fisica ad una in cui questa può diventare rischiosa. La vicinanza personale che da sempre ha contribuito in modo efficace al benessere psicofisico, poiché solleva dall'ansia, dalla paura e dall'incertezza, soprattutto per le persone più fragili anche per età e comorbilità, deve essere difatti limitata proprio per tutelare gli stessi pazienti.
In ospedale inoltre si riflette ancor più fortemente il clima del contesto esterno e anche noi, come Gruppo MultiMedica, abbiamo dovuto adattarci alle molteplici e articolate situazioni presenti ogni giorno nei nostri Presidi.
Il nostro approccio gestionale, organizzativo e clinico assistenziale a livello di Gruppo, grazie a tutto il personale sanitario, tecnico e amministrativo, ha contribuito a rafforzare, a tutti i livelli, le sinergie tra professionisti per il raggiungimento di obiettivi comuni. Lo abbiamo fatto e lo stiamo facendo con una condivisione che ci ha consentito di rimanere uniti nelle difficoltà, assicurando al paziente la cura e mostrandogli, il più possibile, vicinanza sociale.
In particolare, sia le equipe multispecialistiche dedicate ai reparti COVID, che il personale delle aree intensive, che quello dedicato ai reparti COVID free, si impegnano, con nuove forme di comunicazione, anche a garantire presenza e continuità nelle relazioni, ascolto, rassicurazione e sostegno psicologico a ogni paziente.
Non c'è salute se la dimensione sanitaria e quella sociale non lavorano insieme ed è un percorso che dobbiamo continuare a seguire attraverso l'aiuto reciproco, tessendo quelle trame di solidarietà sociale che, come insegna la storia, già in altri tempi e in altre epoche, sono risultate risorse necessarie a risollevare le sorti di intere popolazioni.
Con tutti i nostri limiti, le nostre debolezze, le nostre fatiche, ma anche con le nostre capacità, le nostre speranze, le nostre forze. Si vales, bene est. Ego valeo. Il Gruppo MultiMedica c'è. ■

la posta del cuore

Risponde Michele Lombardo, Direttore dell'Unità di Cardiologia dell'Ospedale San Giuseppe. Inviate le vostre domande per posta elettronica a ***info@multimedica.it***

Gentile dottore,
sono una donna di 35 anni. Ho sempre sofferto di problemi cardiologici, ho una cardiopatia congenita, per cui mi sono sempre spaventata all'idea di restare incinta. Ora che col mio compagno stiamo pensando di provare ad avere un bambino, vorrei capire come poter gestire al meglio l'aspetto farmacologico e se c'è un modo di anticipare possibili complicanze.
La ringrazio molto.

Gentilissima Signora,
per rispondere in maniera appropriata alle sue preoccupazioni, sarebbe necessario conoscere: 1) il tipo di cardiopatia diagnosticata, 2) le sue ripercussioni emodinamiche e 3) l'eventuale terapia in corso.
Inoltre, allo scopo di definire lo stato attuale del quadro clinico e, in conseguenza, per valutare il livello di rischio di un'ipotetica gravidanza, sarà necessario eseguire una visita cardiologica ambulatoriale, corredata dalla documentazione clinica precedente e completata, se necessario, dall'esecuzione di alcuni esami diagnostici di primo livello: 1) ECG, 2) ecocardiogramma color-doppler a riposo e, eventualmente, da sforzo al lettoergometro, 3) Rx-torace.

In linea generale, le cardiopatie in quanto tali, anche congenite, non dovrebbero necessariamente impedire la programmazione di una gravidanza, sempre che venga verificato lo stato clinico della paziente e che sia attuata la terapia di volta in volta più indicata. ■

TUMORE AL SENO E ATTIVITÀ FISICA: BINOMIO VINCENTE

L'esercizio fisico, praticato in sinergia e in modo complementare alle cure tradizionali, può rappresentare una vera e propria medicina, soprattutto per le donne con cancro al seno. Sempre più evidenze scientifiche dimostrano, infatti, che l'attività fisica ha un forte impatto sulla prevenzione delle recidive del tumore alla mammella e, se praticata regolarmente, ridurrebbe la mortalità di circa il 40%, contrastando gli effetti indesiderati delle terapie e contribuendo al benessere generale di corpo e psiche.
Il Gruppo MultiMedica è sempre stato sensibile a questa tematica e per questo ha, ormai da anni, studiato specifici protocolli dedicati alle pazienti della Breast Unit, organizzando corsi gratuiti destinati alle pazienti della Senologia di tutti i nostri presidi: lezioni di ginnastica a corpo libero abbinate a sedute psicoterapiche, in partnership con l'Associazione ProGYM, e corsi di Nordic Walking, in collaborazione con l'Associazione C.A.O.S..
Un progetto che si è arricchito, a partire da novembre, di un nuovo corso di yoga, che, per rispettare le disposizioni anti-Covid, si sta svolgendo interamente online. ■

Per informazioni e iscrizioni: info@multimedica.it

INAUGURATO IL NUOVO CARDIOPOINT DELL'IRCCS MULTIMEDICA, IL CORNER DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE GRATUITA

Attivato nell'area centrale dell'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni il nuovo CardioPoint, un corner ad accesso gratuito che vi permetterà di conoscere il vostro rischio cardiovascolare.
Con il supporto degli Specialisti, dopo aver compilato un semplice questionario, vi verranno misurate pressione, glicemia e colesterolemia. L'incrocio di questi dati permette di "stimare" il vostro rischio di incorrere in una patologia cardiovascolare.
L'accesso è libero, quindi senza prenotazione e totalmente gratuito. ■

CON UGO RAGGIUNGI MULTIMEDICA IN COMODITÀ E SICUREZZA

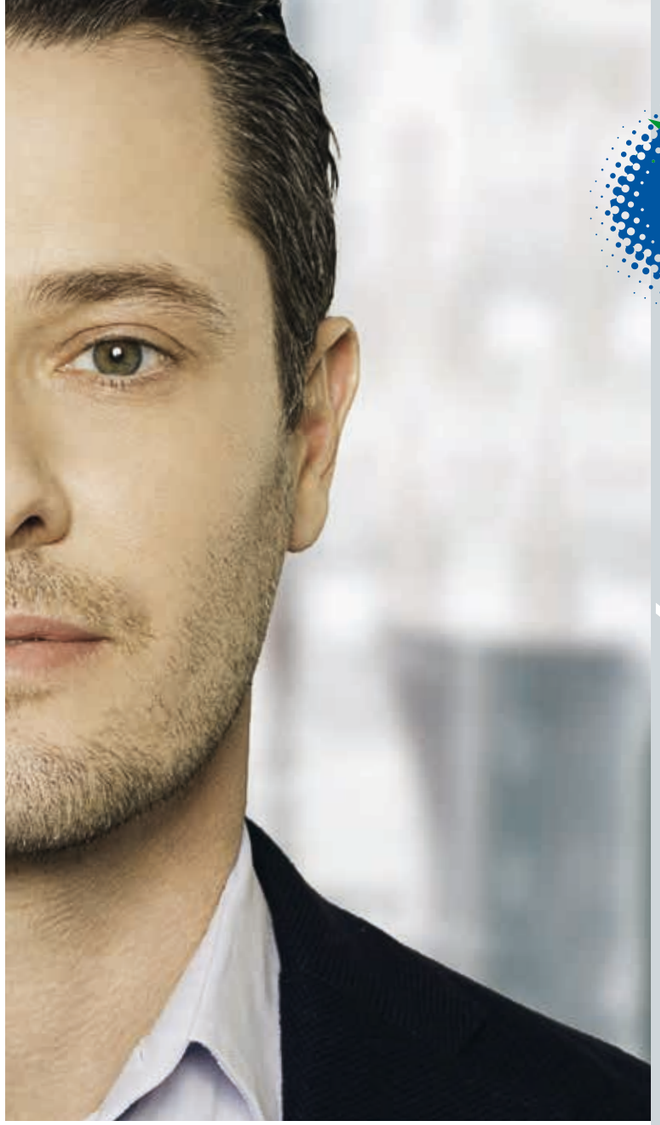
La sinergia tra il Gruppo MultiMedica e UGO non si ferma, anzi, si allarga, prevedendo il servizio anche nelle nostre strutture geologicamente più lontane, Limbiate e Castellanza.
Il servizio di accompagnamento UGO è il primo servizio che offre un aiuto concreto per le persone anziane o fragili nella gestione dei propri impegni di salute: raggiunge la persona a casa, la accompagna nei nostri Presidi, la affianca per tutto il tempo, per aiutarla a gestire gli aspetti burocratici, e infine rientra a casa con lei. Un supporto fisico, logistico, psicologico per l'utente e per la sua famiglia. La gestione delle visite, cicli di terapia o riabilitazione diventa così sempre più facile, anche e soprattutto in tempo di epidemia, poiché il personale di Ugo si attiene scrupolosamente al rispetto delle misure anti Covid-19.
Per informazioni sul servizio e sui relativi prezzi e per le prenotazioni è possibile consultare il sito accompagnamento.hellougo.com
Oppure contattare il Team UGO al numero 392/9967718 o scrivere una mail all'indirizzo info@hellougo.com.
In sede di prenotazione, è consigliabile comunicare che si è stati informati del servizio dal "Gruppo MultiMedica", per accedere a tariffe agevolate. ■

LA SQUADRA SI RAFFORZA

Diamo il benvenuto a due nuovi Primari che si sono recentemente uniti al nostro team arricchendo ulteriormente la nostra offerta clinico-assistenziale: il dr. Gian Luca Martinelli e il dr. Mario Bianchetti, nominati rispettivamente Direttore della Cardiochirurgia dell'IRCCS MultiMedica e Direttore della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Interpresidio del Gruppo.
Due acquisti di rilievo che contribuiranno a sviluppare ulteriormente le potenzialità del Gruppo.
Conosceteli meglio su www.multimedica.it ■

Gian Luca Martinelli

Mario Bianchetti



CON IL TUO 5x1000 PIÙ RICERCA AL SERVIZIO DELLE PERSONE

Con il tuo contributo puoi sostenere la ricerca e aiutare i nostri medici e ricercatori a sconfiggere le malattie cardiovascolari e metaboliche, trovando nuove soluzioni per la salute del tuo cuore.

Codice Fiscale 06781690968 Casella "Ricerca Sanitaria"

Scopri di più su
www.multimedica.it

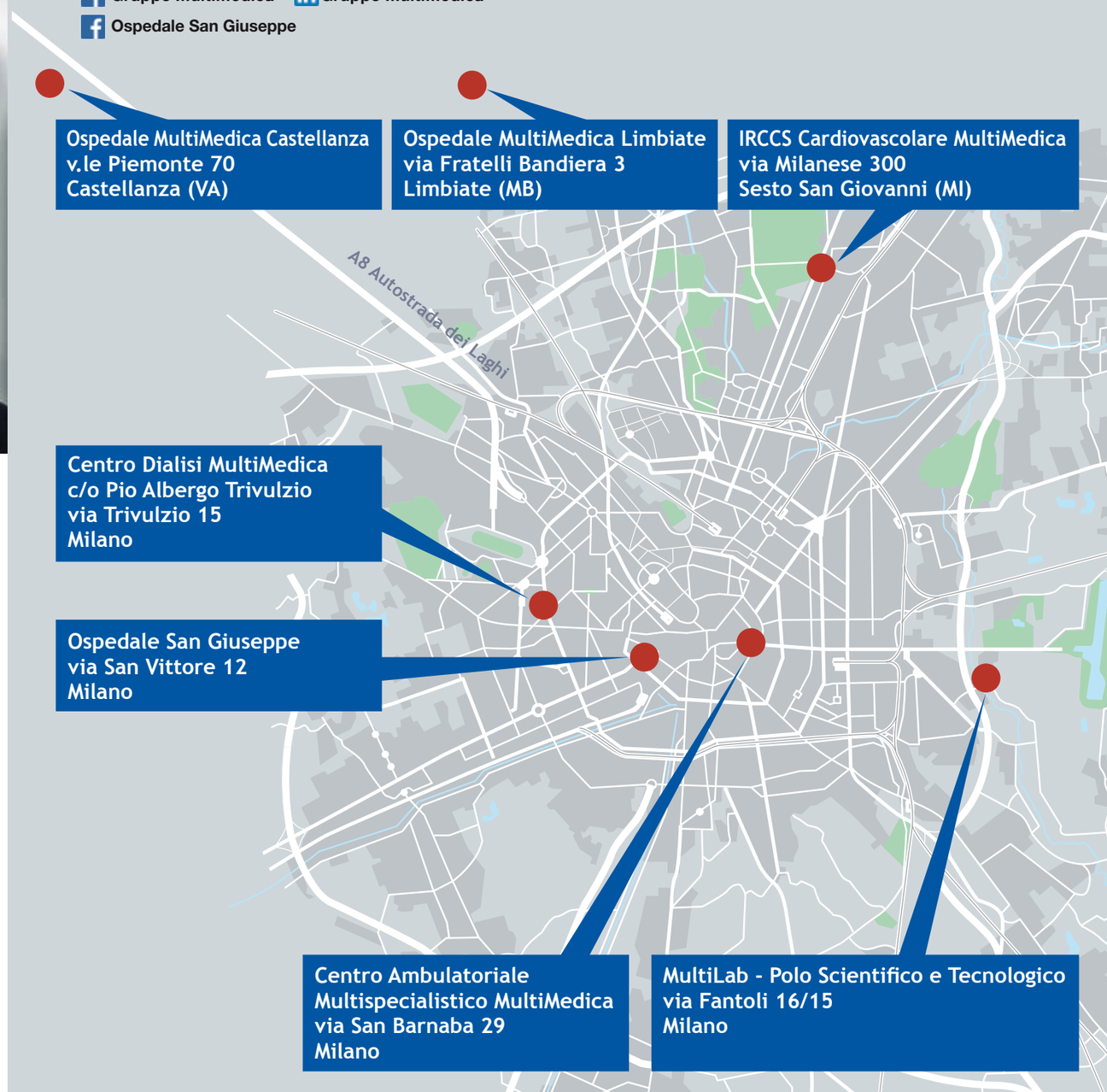
Gruppo MultiMedica
Passione, ricerca e innovazione per la salute

IL MONDO MULTIMEDICA

PER PRENOTAZIONI CON SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
02-86.87.88.89

PER PRENOTAZIONI IN SOLVENZA O CON FONDI E ASSICURAZIONI:
02-999.61.999

Seguici su:
Gruppo MultiMedica
Gruppo MultiMedica
Ospedale San Giuseppe



Ospedale MultiMedica Castellanza
v.le Piemonte 70
Castellanza (VA)

Ospedale MultiMedica Limbiate
via Fratelli Bandiera 3
Limbiate (MB)

IRCCS Cardiovascolare MultiMedica
via Milanese 300
Sesto San Giovanni (MI)

Centro Dialisi MultiMedica
c/o Pio Albergo Trivulzio
via Trivulzio 15
Milano

Ospedale San Giuseppe
via San Vittore 12
Milano

Centro Ambulatoriale
Multispecialistico MultiMedica
via San Barnaba 29
Milano

MultiLab - Polo Scientifico e Tecnologico
via Fantoli 16/15
Milano

CARA MAMMA
NON TI LASCIAMO SOLA!
DA NOI PUOI
PARTECIPARE AI
CORSI PREPARTO
IN VIDEOCONFERENZA
PER ISCRIVERTI
MANDA UN'EMAIL A:
sportello.nascite@multimedica.it
Ospedale
San Giuseppe
MultiMedica S.p.A.