Numero 50 - Primavera 2021

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Gruppo MultiMedica
Sistema Sanitario Regione Lombardia

OCULISTICA
Cura del cherotocono, quali novità

NEFROLOGIA
Idronefrosi: quando i reni ci lanciano l'allarme

IN-DOLORE
Polipectomia sicura e indolore

BUONO&SANO
Nausea da chemioterapia

MIOCARDITE E COVID

indice

ARTICOLI

editoriale
TELEMEDICINA OGGI **1**

cardiologia
MIOCARDITE: C'È UN LEGAME CON IL COVID-19? **2**

oculistica
NOVITÀ NELLA CURA DEL CHERATOCONO **4**

chirurgia vascolare
ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE: QUALI TRATTAMENTI? **6**

nefrologia
IDRONEFROSI, CAMPANELLO D'ALLARME DI NUMEROSE PATOLOGIE **8**

riabilitazione specialistica
TELERIABILITAZIONE: QUANDO LA DISTANZA NON È UN LIMITE **10**

RUBRICHE

mamma e bambino
PSICOFARMACI IN GRAVIDANZA, ACCORTEZZE PER UNA BUONA SALUTE MENTALE E FISICA **12**

in-dolore
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA SICURA E INDOLORE **14**

buono & sano
NAUSEA DA CHEMIOTERAPIA. UN AIUTO DALLA DIETA **16**

parlami di te
IL CORTO CIRCUITO CHE MI IMPEDIVA DI VOLARE **18**

ospedale amico
UN ANNO DI COVID **20**

MultiMedica FLASH **22**

la posta del cuore **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 Marketing, Gruppo MultiMedica*
Redazione: *EMANUELA BIELLI, MARGHERITA HASSAN, 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

TELEMEDICINA OGGI

Gian Franco Gensini
Giuseppe Ambrosio
Direttore e Vicedirettore Scientifico, IRCCS MultiMedica

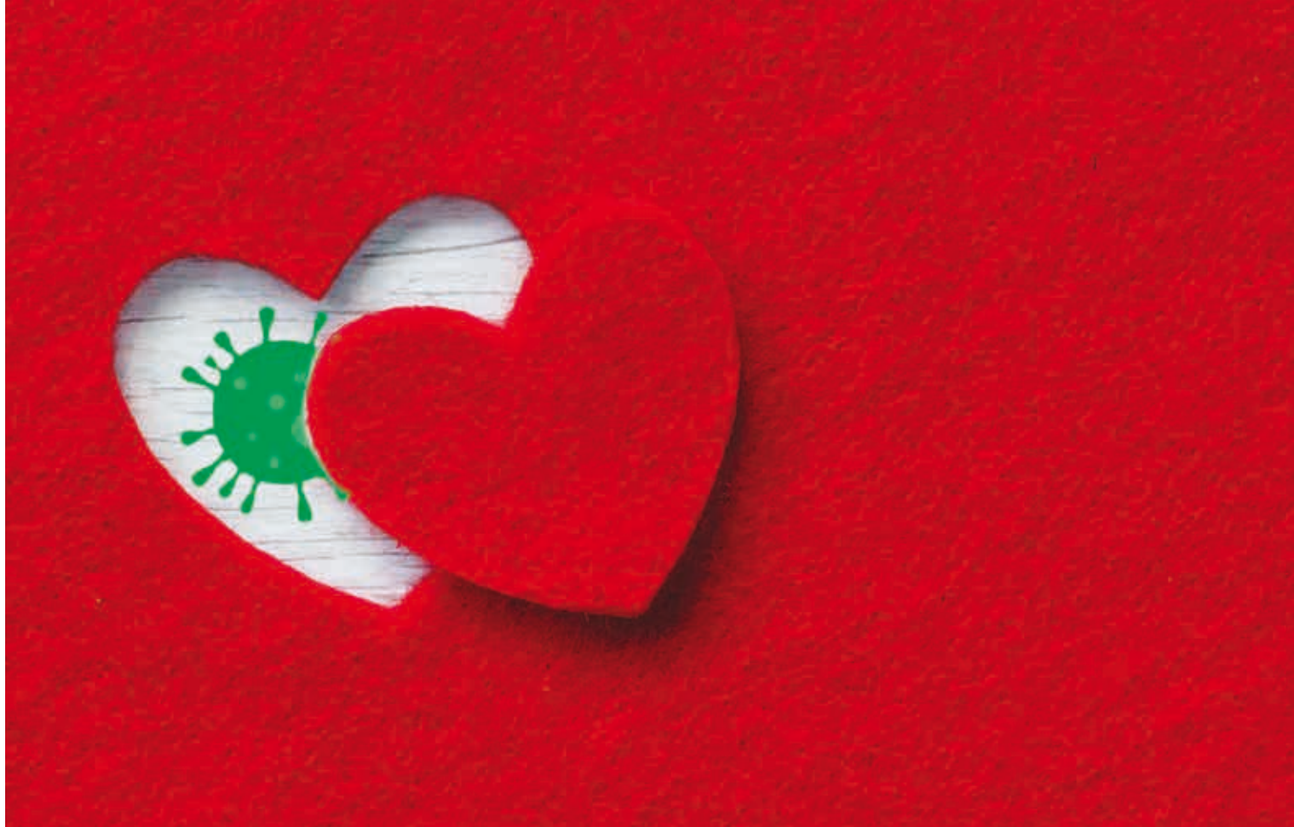
Gianni Donigaglia
Presidente ANSPI

La Telemedicina è oggetto di studio dalla metà degli anni '70, ma solamente negli ultimi 15-20 anni è entrata a far parte di un processo di osservazione, produzione di progetti applicativi e di revisione critica globale che ha portato a ridefinirne ripetutamente la natura, la terminologia e lo stesso inquadramento all'interno del sistema complessivo dei servizi sanitari.

La produzione, da parte del Ministero della Salute, di specifiche linee nazionali di indirizzo e, più recentemente, delle indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina contribuiscono in modo determinante a definire la natura, la funzione, la normazione, l'applicabilità e la legittimità dell'impiego di questa, che fino a non molti anni fa assumeva più i connotati di un "oggetto misterioso" che quelli di una risorsa da mettere a sistema.
Nell'affrontare sinteticamente un'analisi dell'applicabilità di queste nuove tecnologie rispetto al sistema complessivo di risposta ai bisogni di salute, prenderemo in esame gli aspetti su cui si articola il nostro Servizio Sanitario Nazionale: la centralità del Paziente, la medicina di prossimità, la personalizzazione, l'eccellenza, l'elezione, e l'appropriatezza nell'erogazione dei percorsi di cura. Il nostro SSN deve essere in grado di prendere in carico i bisogni e di declinarne l'analisi e la conseguente modalità di risposta in modo congruente al loro continuo (ed oggi sempre più rapido) mutamento.
Per realizzare nuovi servizi volti a rispondere con appropriatezza ai nuovi bisogni non si deve pensare soltanto alla tecnologia, ma piuttosto a come organizzare processi e percorsi condivisi fra diverse strutture, operatori, professionalità, competenze, e a come la tecnologia ne possa favorire l'integrazione e conseguentemente potenziare e incrementare la qualità e l'efficacia del lavoro; in questo senso la Telemedicina deve essere intesa come un componente essenziale della rete dei servizi per migliorarne la qualità, l'efficienza e l'efficacia, e per questo deve essere al centro di una programmazione "di sistema" in un contesto più ampio di governance che la riconduca su precise e definite linee di sviluppo.
In questo senso, nel cercare di definire possibili linee di sviluppo della Telemedicina, se ne deve poter misurare l'applicabilità, l'usabilità ed il valore in termini di efficacia misurata su outcome di salute, di esiti e di processo. Gli strumenti tecnologici devono essere visti come enormi amplificatori di potenzialità in grado di generare una mole gigantesca di dati e informazioni, che indurrà tutti a lavorare diversamente, in maniera da poterla gestire ed utilizzare con il massimo dell'efficacia. Ma la realizzazione di nuovi servizi su nuovi bisogni, caratterizzati dall'interazione collaborativa, necessita non solo di infrastrutture tecnologiche stabili e sicure, ma anche e soprattutto dell'applicazione di determinati driver per un reale cambiamento, tra i quali, per esempio, lo sviluppo di soft skills per creare "etiche" relazioni intersettoriali.
L'ineluttabilità del cambiamento è figlia della conoscenza, dell'evoluzione delle civiltà, della ricerca scientifica e dei mutamenti ambientali. Storicamente - come oggi purtroppo sta accadendo - i grandi cambiamenti sono diretta conseguenza della risposta a grandi eventi, purtroppo quasi sempre negativi, che hanno inevitabilmente tutte richiesto un'accelerazione nella ricerca di soluzioni rapide, efficaci e impattanti in maniera globale. Sta al lavoro scientifico trasformare i grandi problemi in grandi opportunità.

MIOCARDITE: C'È UN LEGAME CON IL COVID-19?

Roberto Pedretti
Direttore Dipartimento Cardiovascolare,
IRCCS MultiMedica



La malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) è caratterizzata tipicamente da sintomi e segni di infezione delle vie respiratorie sino alla polmonite, tuttavia le manifestazioni cardiache non sono infrequenti.

Alcuni pazienti sono asintomatici per sintomi cardio-specifici ma evidenziano alterazioni elettrocardiografiche e/o elevazione della troponina cardiaca sierica, biomarcatore espressione di danno del muscolo cardiaco; altri mostrano anomalie subcliniche all'ecocardiogramma e ai test di imaging cardiaco. Talora possono verificarsi aritmie cardiache asintomatiche o sintomatiche e una quota di pazienti presenta invece patologie cardiache sintomatiche, con evidente danno miocardico.
Le patologie cardiache osservate in corso di COVID-19 sono la miocardite, l'ischemia miocardica acuta da patologia macro o microvascolare del circolo coronarico, la cardiomiopatia da stress (Sindrome di Takotsubo), l'insufficienza cardiaca acuta, il cuore polmonare acuto da embolia polmonare, la sindrome da distress respiratorio e danno miocardico. Nelle forme più gravi di COVID-19 con disfunzione multiorgano per sindrome da risposta infiammatoria sistemica, il danno miocardico è in genere presente.
In generale, la miocardite è una malattia infiammatoria del muscolo cardiaco causata da molteplici condizioni infettive e non. Può manifestarsi come una patologia acuta, subacuta o cronica con un coinvolgimento focale o diffuso del miocardio. Anche alcune cardiomiopatie ereditarie (ad esempio, malattia di Fabry e cardiomiopatia ventricolare destra aritmogena) possono presentarsi clinicamente con le caratteristiche di una miocardite acuta o cronica.
Le manifestazioni cliniche della miocardite sono assai variabili, lo spettro comprende casi che decorrono in modo asintomatico sino alla presenza di astenia, dolore toracico, aritmie, scompenso cardiaco di grado variabile e, nei casi più gravi, shock cardiogenico e morte improvvisa. Non è disponibile uno studio epidemiologico di popolazione che abbia definito e descritto la frequenza dei sintomi di presentazione della miocardite acuta, subacuta e cronica. Ciò è dovuto in parte all'assenza di un test diagnostico non invasivo sicuro e sensibile in grado di confermare la diagnosi, costituendo un vero e proprio "gold standard" diagnostico. In tal senso l'esame diagnostico più promettente è rappresentato dalla risonanza magnetica nucleare cardiaca.
La miocardite può quindi essere sospettata in pazienti con o senza segni e sintomi cardiaci che mostrino un aumento dei biomarcatori cardiaci (per esempio, troponina), alterazioni elettrocardiografiche indicative di danno miocardico acuto, aritmia o anomalie globali o regionali della funzione sistolica ventricolare, in particolare se il quadro clinico è di nuovo riscontro e non altrimenti giustificabile.
Dall'inizio della pandemia, nella letteratura scientifica sono stati segnalati casi di miocardite in pazienti affetti da COVID-19, inoltre la miocardite è stata riconosciuta come causa di morte in alcuni pazienti con COVID-19. Da un punto di vista fisiopatologico, si ritiene che la miocardite da COVID-19 possa in parte essere conseguenza di un danno diretto causato dal virus e, in parte, essere mediata dalla risposta immunitaria del paziente stesso.
La prevalenza della miocardite tra i pazienti con COVID-19 non è chiara, ciò a causa della mancanza di percorsi diagnostici specifici nelle prime segnalazioni di tale problematica clinica. Alcune osservazioni stimano la miocardite come causa del 7% delle morti, tuttavia è molto difficile valutare la frequenza della miocardite nel COVID-19. Anche nei pazienti con COVID-19 le manifestazioni cliniche della miocardite sono estremamente variabili e per altro di non facile distinzione rispetto ai consueti sintomi dell'infezione, della polmonite e dell'insufficienza respiratoria che caratterizzano buona parte dei pazienti ospedalizzati. Nei casi più gravi l'insorgenza di grave disfunzione ventricolare entro 2-3 settimane dall'inizio della malattia può indurre a sospettare un quadro di miocardite fulminante.
In ogni caso, volendo dare una dimensione della frequenza del danno miocardico nell'ambito del COVID-19, un incremento dell'enzima cardiaco troponina è stato riscontrato nel 7-36% dei pazienti ospedalizzati; in altre parole possiamo dire che di 4-5 pazienti ospedalizzati per COVID-19, circa un soggetto presenta un danno miocardico, associato o meno a manifestazioni cliniche specifiche.
Il percorso diagnostico della miocardite da COVID-19 e il suo trattamento non si differenziano da quello della miocardite "di per sé", non essendo disponibili dati specifici in proposito.
Da un punto di vista diagnostico, un ruolo importante è svolto dai biomarcatori cardiaci, dalla valutazione degli indici infiammatori, dell'ECG, delle tecniche di imaging cardiovascolare non invasivo di primo livello (ecocardiografia), secondo livello (risonanza magnetica nucleare cardiaca, angio-TC coronarica e cardiovascolare), dell'imaging invasivo (coronarografia) sino all'esecuzione, in casi specifici, di biopsia endomiocardica. Sebbene la sola biopsia endomiocardica rappresenti il test diagnostico di certezza, esso non è solo invasivo ma le stesse società scientifiche ne riconoscono i limiti, in particolare per quanto riguarda la possibilità di accesso e la possibilità di risultati falsi negativi.
È per altro importante sottolineare come l'esecuzione di test diagnostici complessi sia particolarmente difficile da un punto di vista organizzativo, ciò per prevenire sia il contagio degli operatori sia la diffusione del virus in ambienti diversi dai reparti COVID-19.
Il trattamento della miocardite si basa sul trattamento delle sue conseguenze più che della malattia in sè: esso è quindi rivolto alla terapia dell'insufficienza cardiaca, sino all'utilizzo dei dispositivi meccanici di supporto al circolo nei casi più gravi, delle aritmie e, in alcuni casi è previsto il trattamento anticoagulante.
Al momento, l'attenzione continua ad essere focalizzata sulla fase acuta del COVID-19, sia nella sua forma più tipica (polmonite ed insufficienza respiratoria) sia per quanto riguarda il coinvolgimento di altri organi ed apparati, nel caso specifico il muscolo cardiaco.
Le ricadute a lungo termine di miocarditi decorse in modo subclinico o misconosciuto sono quindi del tutto ignote. La maggior parte dei pazienti con COVID-19 è inoltre trattata in ambito extra-ospedaliero e probabilmente è improbabile che si trovi ad eseguire un ECG o un test di imaging cardiaco.
La presenza a distanza di esiti miocarditici in pazienti con COVID-19 è pertanto del tutto sconosciuta. Anche per tale ragione abbiamo avviato presso il nostro IRCCS un programma di screening cardiologico in pazienti ospedalizzati e guariti da COVID-19 ad 1 anno dalla dimissione ospedaliera. ■

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

NOVITÀ NELLA CURA DEL CHERATOCONO

Saverio Luccarelli
Responsabile Servizio Cornea,
Clinica Oculistica Universitaria
Ospedale San Giuseppe

Il cheratocono è la più comune alterazione della forma della cornea, la lente più anteriore dell'occhio, e ne determina una diminuzione di rigidità strutturale. In questa malattia la cornea si deforma, causando un elevato astigmatismo irregolare, con conseguente distorsione delle immagini.

La progressione del cheratocono è molto rapida nell'infanzia, quando è anche più difficile diagnosticarlo, e rallenta intorno ai 35 anni di età in poi. Sono rari i casi con cheratocono progressivo all'età di 60 anni.
Le cause del cheratocono sono varie: c'è una predisposizione genetica dal 15% al 67% dei casi. Può essere legato a patologie del collagene, che è un tessuto di cui la cornea è composta in larga misura, ed è anche presente in altri distretti del corpo, tipo le valvole cardiache o la pelle.
Anche condizioni croniche di infiammazione della superficie oculare, come congiuntivite allergica e atopia, sono spesso associate al cheratocono. Circa il 30% dei pazienti cheratoconici ha congiuntivite allergica.
Sfregarsi spesso gli occhi rappresenta un trauma ripetuto sul tessuto corneale, ed è un'evidenza che il 50% dei pazienti cheratoconici sfrega gli occhi con frequenza.
Lo scopo della cura del cheratocono è duplice:
1) fermare la progressione della malattia, ed evitare la necessità di sostituire la cornea con un trapianto;
2) applicare una correzione per migliorare la vista.
È possibile pensare di rallentare la progressione del cheratocono senza intervento chirurgico.
Infatti, ridurre l'abitudine allo sfregamento oculare e la cura della congiuntivite allergica con farmaci sono due misure non chirurgiche validate da studi scientifici.
L'infiammazione della cornea da allergia potrebbe amplificare l'effetto di indebolimento corneale legato allo sfregamento.
Se il cheratocono continua a progredire allora è opportuno considerare soluzioni chirurgiche.
L'unica procedura che ci permette di rallentare la progressione del cheratocono negli stadi iniziali e intermedi è il Cross-linking corneale.
È una tecnica che combina i raggi Ultravioletti (UV-A) e la Riboflavina (vitamina B2) per innescare una reazione chimica che comporta un irrigidimento della cornea, tramite un aumento dei legami fra le microscopiche lamelle di collagene sovrapposte di cui è costituita la cornea.
Il cross-linking è un intervento poco invasivo perché si applica alla parte superficiale della cornea, e la guarigione è rapida.
L'intervento può essere eseguito con diverse tecniche, in base a quanto è evoluto il cheratocono.
Infatti, con l'avanzamento del cheratocono la cornea si assottiglia e il trattamento del cross-linking potrebbe arrivare troppo vicino allo strato profondo della cornea, con il rischio di danneggiarlo.
Le ultime novità in tema di cross-linking risiedono nei nuovi metodi per trattare in sicurezza e con buoni risultati anche i pazienti in fasi più avanzate di malattia.
Se il cheratocono è stabile, è possibile anche applicare soluzioni, anche chirurgiche, per la correzione del difetto visivo.
Le lenti a contatto sono la prima scelta per la correzione dei difetti visivi anche nei casi avanzati, e debbono essere utilizzate con la consulenza di un contattologo esperto.
Le lenti a contatto odierne, infatti, rendono possibile recuperare e correggere le aberrazioni ottiche con un porto giornaliero confortevole e sicuro. Le lenti di ultima generazione ibride consentono di avere un recupero della visione simile alle lenti semirigide, ma con il comfort delle morbide. Le preferiscono infatti i giovani pazienti affetti da cheratocono e tutti coloro che mal sopportano le lenti semirigide.
Anche le nuove lenti sclerali e mini-sclerali offrono un ottimo recupero della vista, garantendo un ottimo comfort giornaliero.
Nei soggetti in cui insorge cataratta e con cheratocono stabile, è possibile eseguire la sostituzione del cristallino con una lente apposita che corregga anche le irregolarità della cornea con cheratocono.
Le nuove lenti intraoculari consentono di correggere buona parte dei difetti visivi legati alla irregolarità della cornea, e sono costruite su misura per ogni singolo paziente.
Nel cheratocono avanzato, quando non si riesce a ottenere una buona acuità visiva con l'uso di lenti a contatto o esse non vengono più tollerate, è necessario ricorrere al trapianto di cornea.
In questi casi lo strato da cambiare è quello anteriore, o stroma, mentre quello più profondo, chiamato endotelio, funziona bene.
Da anni si applica al trapianto di cornea il concetto di sostituzione selettiva della porzione di cornea danneggiata.
Il trapianto selettivo, o lamellare, consente sia di ridurre di molto il rischio di rigetto, sia di recuperare più rapidamente la vista. La tecnologia laser trova applicazione anche nel trapianto di cornea lamellare, anche se rimane fondamentale la mano del chirurgo nel riuscire a separare gli strati della cornea.
Qualora non sia possibile effettuare il trapianto lamellare si ricorre alla tecnica di trapianto di tutta la cornea, che rimane comunque un'opzione valida.
Dopo il trapianto di cornea è molto importante sottoporsi a controlli periodici in ambulatori specialistici di cornea, per garantire negli anni il successo della procedura chirurgica.

Prospettive future
Sono in fase di studio due tecniche di trapianto di cornea per irrigidire la struttura corneale con una sostituzione minimale di tessuto.
Ad ora, nel trapianto di cornea si asporta la parte malata e si sostituisce con quella sana da un donatore.
Una tecnica sperimentale consiste nell'impiantare uno strato molto anteriore, la membrana di Bowman, che nonostante sia molto sottile può irrigidire la cornea.
L'altra tecnica sperimentale si chiama SLAK (Stromal Lenticule Addition Keratoplasty) e sfrutta un tipo di laser innovativo già in uso per togliere gli occhiali, il femto laser.
Il tessuto sano prelevato dal donatore viene introdotto in una "tasca" creata con il laser all'interno della cornea.
In questo caso non si asporta la parte malata, ma si aggiunge una piccola parte di tessuto da donatore. Il vantaggio è di non usare i punti di sutura che ritardano la guarigione e sono fonte di potenziali problemi.
Questa tecnica in teoria potrebbe consentire, con un singolo atto chirurgico, di ottenere insieme un miglioramento della curvatura corneale, un aumento di spessore centrale e un miglioramento della performance visiva. ■

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

ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE: QUALI TRATTAMENTI?

Massimiliano Martelli
Direttore Unità di Chirurgia Vascolare,
IRCCS MultiMedica

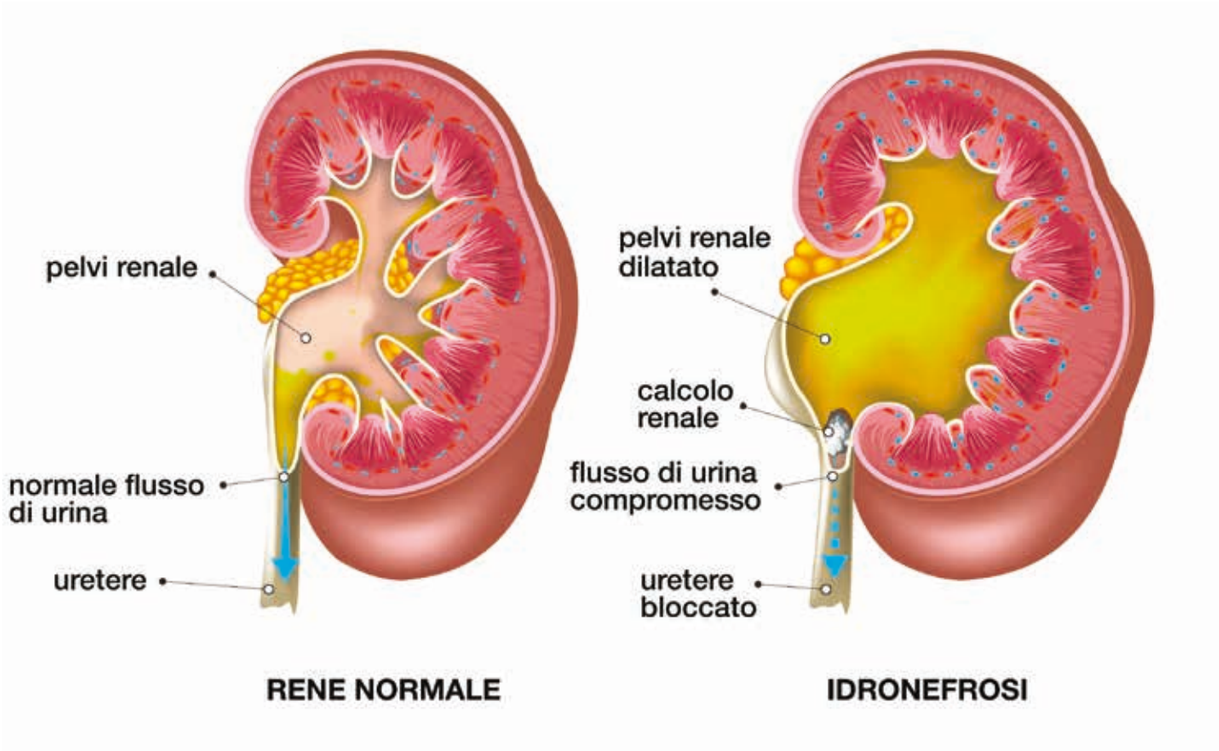
Aneurisma, dalla parola greca antica "ανεύρυσμα", significa dilatazione di un'arteria. Tale ampliamento, per definizione di aneurisma, deve essere uguale o maggiore del 50% del diametro normale dello stesso vaso.

La sede dove più facilmente si formano aneurismi è quella dell'aorta addominale sotto-renale (AAA) che per le sue caratteristiche anatomiche ed istologiche è più soggetta alla loro formazione.
La complicanza più temuta e letale è la rottura, tanto che l'aneurisma viene anche definito "silent killer" (il killer silenzioso). Nella maggior parte dei casi è completamente asintomatico ed è quindi molto importante eseguire uno screening nella popolazione, soprattutto nei pazienti maschi con età maggiore di 65 anni, con fattori di rischio per aterosclerosi (in particolare il fumo di sigaretta) e con provata familiarità per aneurismi. Il rischio di rottura aumenta con il diametro dell'AAA: 4,1% sotto i 5 cm, 6,6% tra 5 e 7 cm e 19% sopra i 7 cm.
L'attuale prevalenza negli uomini di 65 anni è dell'1,7% nei vari programmi di screening europei e sale al 3,3% se rivolto agli uomini da 65 a 74 anni. Al contrario, un programma negli Stati Uniti che offre solo screening ai fumatori, segnala una prevalenza superiore al 5%.
Un corrispondente calo del 20-50% negli ultimi due o tre decenni nei ricoveri ospedalieri per aneurismi rotti, nonostante l'invecchiamento della popolazione, conferma la bontà dei programmi di screening.
La prevalenza nelle donne è fino a quattro volte inferiore rispetto agli uomini.
Lo screening deve essere fatto mediante una visita dal chirurgo vascolare con l'esecuzione di un ecocolordoppler dell'aorta addominale; quest'ultimo è raccomandato sia per la diagnosi che per il follow-up di aneurismi dell'aorta addominale senza ancora indicazione chirurgica.
La soglia per considerare la riparazione elettiva dell'aneurisma aortico addominale è raccomandata ad un diametro di 5,5 cm; nelle donne che hanno aorta nativa più piccola può essere ammesso anche un diametro di 5 cm.
In pazienti con aneurismi aortici addominali l'angio-tomografia computerizzata (angioTC) è raccomandata per il processo decisionale e terapeutico, per la pianificazione del trattamento e in caso di diagnosi di rottura.
Quando si osserva una rapida crescita dell'aneurisma aortico addominale (+/- 1 cm/anno), il riferimento rapido a un chirurgo vascolare con imaging aggiuntivo deve essere subito preso in considerazione.
Nessuna terapia medica specifica ha dimostrato di rallentare il tasso di espansione di un aneurisma aortico addominale, e quindi è raccomandata solo la correzione dei fattori di rischio (smettere di fumare, il controllo della pressione sanguigna, le statine per la dislipidemia) e la terapia anti-aggregante piastrinica.
Ad oggi i trattamenti che tutte le linee guida nazionali e internazionali validano per gli aneurismi dell'aorta addominale sono 3: l'intervento chirurgico tradizionale (od "open repair" - OR), l'esclusione endovascolare (EVAR) e l'intervento chirurgico laparoscopico e/o robotico (sperimentale).
Il primo "open repair" (OR) è stato praticato da Dubost il 23.03.1951, ma la tecnica che viene universalmente eseguita è quella introdotta da Creech nel 1966, e cioè non la resezione dell'aneurisma come se fosse un tumore da asportare, ma l'endoaneurismectomia (ovvero l'apertura dell'aneurisma) con innesto protesico che viene cucito al suo interno.
I materiali protesici si sono evoluti nel tempo per far fronte alla complicanza più temuta, cioè l'infezione; esistono quindi protesi impregnate di sostanze antisettiche. Oggi i programmi di gestione pre, intra e post-operatori, associati a tecniche chirurgiche mini-invasive, con percorsi anestesiologici, infermieristici e fisiatrici-riabilitatvii adeguati ("fast-track") permettono una ripresa rapida delle funzioni fisiologiche del paziente con un rapido recupero e conseguente dimissione al domicilio. La chirurgia tradizionale deve oggi diminuire al massimo la sua invasività e avere dei percorsi ben definiti di gestione del paziente affetto da AAA per poter ridurre al massimo le complicanze peri-operatorie e la mortalità.
Per ottenere una ulteriore riduzione della mortalità e della morbilità peri-operatoria, e inoltre un decorso post-operatorio ancora meno impegnativo, si è ormai diffusa la tecnica di esclusione dell'AAA mediante endoprotesi (EVAR), dopo circa 30 anni dal primo intervento eseguito da Parodi.
Sostanzialmente si tratta di posizionare uno stent rivestito da tessuto, endoprotesi appunto, che viene introdotto, attraverso le arterie femorali, all'interno dell'aneurisma per escluderlo dal circolo sanguigno.
L'EVAR veniva proposto inizialmente per pazienti con problemi di accesso chirurgico (addome ostile, re-interventi, obesità grave) e inoltre per quelli ad alto rischio (anziani, cardiopatici severi, affetti da insufficienza respiratoria grave) con una favorevole configurazione anatomica dell'aneurisma. L'estrema attenzione dell'industria a creare endoprotesi sempre più adatte alla cura di aneurismi con forme ed estensioni diverse, e sempre più complessi, ha fatto in modo che ad oggi la metodica EVAR abbia sorpassato quella OR nel numero di procedure eseguite in un anno al mondo.
Le endoprotesi vengono generalmente impiantate attraverso l'arteria femorale sia con un isolamento chirurgico che percutaneamente. Questo approccio è in assoluto il meno invasivo, può essere eseguito in anestesia locale e con un ricovero molto breve.
Tutti i trials clinici di confronto tra EVAR ed OR definiscono il vantaggio del primo nella mortalità post-operatoria a 30 giorni, alla luce però di una più alta possibilità di re-interventi a medio e lungo termine. Questi sono dovuti alla persistenza di flusso ematico nello spazio compreso tra l'endoprotesi e la parete aortica (il cosiddetto endoleak). La persistenza di flusso può comportare la continua espansione dell'aneurisma con conseguente necessità di ulteriori trattamenti endovascolari, nonostante l'avvenuta correzione, per evitare la rottura dell'AAA. L'endoleak rappresenta attualmente il punto debole delle procedure endovascolari addominali. La sua incidenza è molto variabile nelle casistiche pubblicate (0-44%). Questo richiede pertanto un accurato e periodico follow-up per monitorare possibili evoluzioni dell'aneurisma nel post-operatorio.
La riparazione dell'aneurisma aortico addominale per via laparoscopica e/o robotica non è raccomandata nella pratica clinica di routine, al di fuori di centri altamente specializzati o di trials clinici autorizzati (rischio significativamente più elevato di morte ed eventi avversi rispetto alla chirurgia aperta convenzionale).
Alla luce di quanto detto si ritiene che la chirurgia open debba essere proposta ai pazienti relativamente giovani con un rischio operatorio accettabile, mentre l'EVAR possa essere riservato a tutti gli altri pazienti, soprattutto se con una morfologia dell'AAA favorevole per questo tipo di trattamento. ■

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

IDRONEFROSI, CAMPANELLO D'ALLARME DI NUMEROSE PATOLOGIE

Silvio Volmer Bertoli
Direttore Unità di Nefrologia e Dialisi,
Gruppo MultiMedica



L'idronefrosi è un'alterazione anatomica, generalmente benigna, caratterizzata da un'anomalia del flusso urinario, cioè dalla dilatazione delle cavità che consentono il transito delle urine dal rene alla vescica. L'accumulo di urina è conseguente ad un impedimento del suo deflusso, che a sua volta può essere determinato da una ostruzione interna (es. calcolo) o dalla compressione esterna di uno dei dotti che costituiscono il tratto escretore renale (es. ipertrofia prostatica).

L'idronefrosi di solito colpisce un rene soltanto (idronefrosi unilaterale), ma non è escluso che possa essere anche bilaterale. Serve, pertanto, una diagnosi precisa, per stabilire non solo l'entità dell'idronefrosi, ma anche e soprattutto le cause.
Conoscere le motivazioni precise di questo disturbo aiuta a pianificare la cura più adeguata. Un intervento terapeutico appropriato, tempestivo e rapido, può essere fondamentale per evitare l'insorgenza di complicanze, talvolta anche gravi.
Se non si interviene con gli opportuni trattamenti terapeutici, il rene colpito va incontro ad atrofia, una riduzione del suo volume e delle sue funzioni.
L'incidenza annuale di idronefrosi unilaterale è di un caso ogni 300 persone; quella di idronefrosi bilaterale, invece, è di un caso ogni 600 persone.
L'idronefrosi secondaria a calcolosi rappresenta più dell'80% di tutte le patologie renali.
Non è stata stimata un'età particolare di maggior insorgenza e pare che maschi e femmine siano colpiti in ugual misura. Tuttavia, bisogna specificare che alcune cause scatenanti possono verificarsi o solo nell'uomo o solo nella donna. Le cause più ricorrenti di idronefrosi possono suddividersi in tre categorie: quelle comuni a entrambi i sessi, quelle specifiche del sesso maschile e quelle specifiche del sesso femminile. Inoltre ci sono delle cause meno frequenti, a prescindere che siano tipiche solo dell'uomo o della donna. La causa comune a uomo e donna, capace di provocare idronefrosi, è la presenza dei calcoli renali. I calcoli renali sono delle piccole aggregazioni di sali minerali, che si formano all'interno delle vie urinarie e compromettono il normale flusso d'urina. Quando uno o più calcoli renali occludono l'uretere, l'urina non viene più espulsa; di conseguenza, si accumula a monte dell'ostruzione, cioè nei reni. Un'altra causa comune a entrambi i sessi è il tumore delle vie urinarie (rene, uretere, vescica). Le cause più frequenti di idronefrosi negli individui di sesso maschile sono due: 1) l'iperplasia prostatica benigna (o adenoma prostatico) e 2) il tumore alla prostata. In entrambi i casi, si verifica un aumento di volume della ghiandola prostatica, che comprime l'uretra; di conseguenza il flusso di urina può interrompersi, causando il ristagno dell'urina nella vescica e quindi a livello renale. Le cause di idronefrosi negli individui di sesso femminile sono: 1) la gravidanza, durante la quale l'utero può ingrandirsi al punto da comprimere gli ureteri e chiuderne il passaggio; 2) il tumore a uno degli organi dell'apparato riproduttivo (utero, ovaie). Le cause poco ricorrenti di idronefrosi possono essere: coagulo di sangue, creatosi nel tratto urinario, endometriosi, tubercolosi, vescica neurogena, cisti ovariche (o ovaio policistico), stenosi dell'uretere a seguito di un'infezione, di un intervento chirurgico o di un infortunio.
I sintomi dell'idronefrosi dipendono dalla patologia responsabile dell'ostruzione e variano in base alla velocità di ostruzione della via urinaria, al grado di occlusione, parziale o totale, e al tipo di ostruzione unilaterale o bilaterale. A seconda di quanto rapidamente si chiude il passaggio al flusso di urina, si possono avere due forme di idronefrosi diverse, per alcuni aspetti simili e per altri differenti. Quando l'occlusione avviene rapidamente, si parla di idronefrosi acuta; quando, al contrario, l'occlusione avviene lentamente, si parla di idronefrosi cronica. Un'occlusione totale delle vie urinarie è sicuramente più grave di una parziale; lo stesso discorso vale per l'idronefrosi bilaterale: infatti, il coinvolgimento di entrambi i reni implica un malfunzionamento renale maggiore, rispetto a quando l'idronefrosi è unilaterale.
L'idronefrosi acuta si deve, solitamente, ai calcoli renali e si sviluppa in pochissime ore.
Il sintomo principale è il dolore severo, che insorge a livello lombare e irradia a uno o a entrambi i fianchi. Talvolta, la sensazione dolorosa è intermittente e può avvertirsi anche a livello dei testicoli (nell'uomo) o della vagina (nella donna).
Al dolore si possono aggiungere i seguenti sintomi: nausea e vomito, difficoltà a urinare, bruciore durante la minzione, dovute al ristagno di urina, febbre alta, superiore ai 38°C, brividi scuotenti. L'idronefrosi cronica s'instaura, invece, molto lentamente, in settimane, se non anche mesi. Questa sintomatologia è da collegarsi, quasi sicuramente, alle patologie che causano l'idronefrosi, come il tumore agli organi riproduttivi e la gravidanza. Sono processi lenti, che richiedono tempo per causare una dilatazione delle vie urinarie.
Sintomi e segni non si discostano poi molto da quelli descritti per l'idronefrosi acuta. Il dolore rappresenta sempre la manifestazione principale del disturbo, con la sola differenza che, in alcuni casi, è più leggero. Le complicanze insorgono, di solito, in presenza di un'idronefrosi severa non curata con tempestività e in modo appropriato. Se compare insufficienza renale possono manifestarsi sintomi quali stanchezza, gonfiore alle caviglie e alle mani, dispnea, malessere generale, secondari a ritenzione idrica.
Una diagnosi precoce di idronefrosi viene stabilita dal medico grazie ad un'attenta raccolta anamnestica ed esame obiettivo. La diagnosi certa viene valutata mediante l'ecografia renale; ulteriori esami, sia clinici che strumentali, sono necessari per identificare le patologie e le eventuali complicanze che l'hanno causata.
L'ecografia dell'apparato urinario è un esame semplice ed estremamente utile per una diagnosi di idronefrosi; tuttavia valuta prevalentemente la morfologia di reni, vescica, prostata e utero, senza dare informazioni rilevanti sulla probabile eziologia, per la quale, invece, la tomografia assiale computerizzata (TAC) risulta essere l'esame strumentale più importante. ■

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

TELERIABILITAZIONE: QUANDO LA DISTANZA NON È UN LIMITE

Bruno Conti e Franco Cosignani

Direttori Dipartimento di Riabilitazione Specialistica e Neuromotoria, Gruppo MultiMedica

L'Area di Riabilitazione e Recupero Funzionale ha sviluppato e implementato un sistema innovativo di Teleriabilitazione che permette di erogare servizi di riabilitazione motoria, cognitiva, logopedia, sostegno psicologico e consulti in telemedicina, per i pazienti e i caregiver, direttamente a domicilio.

L'attività svolta in teleriabilitazione consiste nella valutazione, riabilitazione e mantenimento funzionale di pazienti affetti da disturbi motori, cognitivi e logopedici in seguito a danno neurologico, ortopedico.

Le modalità di funzionamento in teleriabilitazione sono due:

1- On-line: l'operatore del team riabilitativo è in grado di assumere il controllo del sistema da remoto e di interagire in tempo reale con il paziente tramite il sistema integrato di videoconferenza bidirezionale.
Studi scientifici hanno evidenziato la parità di efficacia riabilitativa ottenuta con la modalità di riabilitazione con realtà virtuale (VRRS) domiciliare rispetto alla terapia in sede.
Tale modalità è anche usata per sedute di sostegno psicologico e consulti in telemedicina.

2- Off-line: è possibile predisporre un programma di esercizi specifici basato sulle difficoltà cognitive, logopediche e motorie del paziente che il paziente stesso dovrà eseguire a domicilio.
L'operatore del team può collegarsi in ogni momento al dispositivo domiciliare per rivedere le prove eseguite o modificare il programma riabilitativo in funzione della situazione del paziente stesso.

Analizzando più in dettaglio le componenti di un percorso riabilitativo multidisciplinare si evidenziano in tutte le aree i vantaggi di tale metodica.

Area Motoria
Attualmente le prestazioni di rieducazione motoria si stanno avvalendo di supporti tecnologici di tipo robotizzato e di realtà virtuale.
Tali metodiche consentono all'operatore di impostare programmi di esercizi adattabili in itinere a seconda dei progressi raggiunti dal paziente svolti in autonomia e successivamente controllati in diretta.
L'utilizzo di device quali sensori inerziali e ottici permette di registrare il compenso utilizzato dal paziente durante l'esecuzione dell'esercizio e intervenire tramite segnali di biofeedback per correggere e ottimizzarne lo svolgimento.
L'impostazione del programma riabilitativo potrebbe avvenire o in un breve ricovero o in regime ambulatoriale; la prosecuzione dal domicilio viene concordata con il paziente, che riceverà un programma settimanale composto da sedute da svolgere in autonomia e da sedute in cui viene assistito da remoto in real time da un operatore sanitario.

Area Logopedica
L'ambito logopedico costituisce l'ambiente ideale per la sperimentazione e lo sviluppo di percorsi di telemedicina e teleriabilitazione attraverso l'utilizzo di moduli.
Il modulo logopedico permette di trattare tutte le problematiche del linguaggio legate alla denominazione scritta.
Il modulo fonatorio implementa test di valutazione ed esercizi di biofeedback caratterizzati in base ad ampiezza, durata, frequenza.

Area cognitiva
Lo sviluppo delle Neuroscienze ha permesso, negli ultimi anni, di conoscere meglio il funzionamento cerebrale e di vedere come aree e distretti cerebrali, che un tempo si credevano non comunicanti fra loro, siano invece strettamente connessi, e che la plasticità cerebrale, quella flessibilità che si pensava si estendesse solo ai primi anni di vita, continui invece nel corso di tutta l'esistenza.
Tutte queste informazioni, supportate da studi e ricerche resi possibili anche dall'avanzamento tecnologico, stanno consentendo un approccio completamente diverso allo studio delle funzioni cognitive e dell'intelligenza, focalizzato alla possibilità di riattivarle attraverso una Riabilitazione Cognitiva in caso di deficit conseguenti ad un ictus, a traumi cranici o in presenza di patologie neurodegenerative.
L'utilizzo nella pratica clinica di moderni dispositivi interattivi può offrire al team riabilitativo la possibilità di seguire non più a breve e medio termine, ma anche a lungo termine, il percorso riabilitativo, cognitivo ed emotivo del paziente.
Peculiarità del lavoro svolto negli ultimi anni nel Dipartimento di Riabilitazione IAC del Gruppo MultiMedica, proprio per l'attuale sviluppo e la moderna visione della riabilitazione cognitiva, è stata quella di integrare la riabilitazione neuromotoria e quella metacognitiva nella piena consapevolezza che non è possibile lavorare sul recupero motorio di una parte del corpo se non si va anche ad agire sulle funzioni cognitive.
Il programma integrato prevede:
stimolazione del canale propriocettivo, sensoriale, visivo ed acustico connesso al movimento e alla postura, loro rielaborazione cognitiva con ri-apprendimento delle operazioni mentali che guidano la programmazione motoria e la memoria del gesto e del movimento appreso.
Il paziente rielabora cognitivamente tali informazioni con l'intento di far riaffiorare la memoria del gesto e del movimento o di facilitare nuovi e utili feedback del movimento appreso.

Tutti i dati del paziente vengono registrati e memorizzati in modo da avere un quadro completo dell'andamento del trattamento controllabile in qualunque momento.
Il percorso viene definito e strutturato, in relazione agli obiettivi terapeutici, da parte di un clinico esperto, il quale garantisce il monitoraggio, una costante supervisione del percorso stesso e un progressivo adattamento al miglioramento clinico.
Tale iniziativa vede coinvolti tutti i professionisti che operano all'interno dell'équipe multidisciplinare: medici specialisti, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, bioingegneri. ■

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

PSICOFARMACI IN GRAVIDANZA, ACCORTEZZE PER UNA BUONA SALUTE MENTALE E FISICA

Barbara Pucci
Psicologa e psicoterapeuta,
Unità di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Giuseppe

"Pronto..Dottoressa...buon giorno....
sto prendendo degli antidepressivi... sono due anni che li assumo, sono in gravidanza, mi hanno detto di sospenderli… in gravidanza bisogna tutelare il nascituro, la mamma non deve assumere niente".
Spesso mi arrivano telefonate per un primo appuntamento di questo tipo; facciamo un po' di chiarezza.

Ogni giorno centinaia di donne affette da disturbi dell'umore o d'ansia, patologie che colpiscono donne in età fertile e che possono richiedere percorsi a lungo termine, rivolgono questa domanda al proprio medico di base, psicoterapeuta, psichiatra, ginecologo.
Fino a qualche decennio fa e ancora oggi qualche medico inesperto avrebbe risposto "non esiste soluzione: se si continuano i farmaci durante la gravidanza il bambino potrebbe nascere con malformazioni, se si sospendono può verificarsi una ricaduta".
Uno psichiatra aggiornato ed attento alla qualità della vita ed ai bisogni dei propri pazienti deve analizzare con attenzione il problema soppesando, caso per caso, tutti i fattori di rischio.
Per ciascuna classe di farmaci e per ciascun prodotto, esiste infatti un differente indice di rischio per cui il medico, considerata attentamente la situazione, può fornire alla paziente ed al futuro padre le informazioni necessarie che consentano loro la miglior scelta.
Cosa fare?
Se la paziente che desidera avere un figlio è affetta da depressione ricorrente o da disturbi d'ansia, è necessario considerare la gravità del caso.
Se si tratta di una patologia di lieve-media entità è opportuno programmare la gravidanza procedendo prima ad una graduale sospensione della terapia farmacologica (la gradualità consente di evitare le ricadute da sospensione brusca dei farmaci) e continuando poi il monitoraggio delle condizioni psico-fisiche e cliniche per cogliere i primi segni di un'eventuale recidiva intervenendo prontamente, se necessario. Si può affiancare un percorso di psicoterapia, che permetta di riscoprire le risorse personali e individuare le cause della sofferenza, in modo che la consapevolezza e la conoscenza possano essere uno strumento di cura e di miglioramento personale.
Nelle forme di moderata o grave entità è prioritario approfondire i vantaggi e gli svantaggi dell'interruzione della terapia farmacologica e, qualora si ritengano i primi minori dei secondi, si valuterà quali degli antidepressivi indicati nello specifico disturbo è gravato di minor effetto teratogeno. In questi casi è dunque importante continuare la terapia farmacologica.
Sia per alcuni antidepressivi tricicli sia per gli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) è stato evidenziato un buon margine di sicurezza: la critica che spesso viene fatta è quella di causare malformazioni congenite; invece generalmente il rischio è equivalente a quello delle donne che in gravidanza non assumono farmaci.
Per contro alcuni antidepressivi di più recente introduzione (venlafaxina, mirtazapina, trazodone) vanno evitati perché attualmente non sono disponibili dati sufficienti. Gli inibitori delle monoaminossidasi (MAO) sono controindicati proprio per una maggiore incidenza di malformazioni. L'uso di benzodiazepine è associato ad un aumentato rischio di malformazioni congenite nel primo trimestre di gravidanza mentre nel terzo trimestre ad una sindrome da astinenza. Per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, un recente studio, ha segnalato che sia i triciclici, sia gli SSRI non dovrebbero provocare danni nello sviluppo del bambino, mentre non esistono studi e dati sufficienti per la valutazione degli effetti conseguenti all'uso di benzodiazepine.
Più complessa è la decisione se la paziente soffre di un disturbo bipolare. È importante in questa condizione il mantenimento di una terapia preventiva con sali di litio e/o antiepilettici, ma entrambe queste classi di farmaci sono controindicate nel primo trimestre di gravidanza in quanto possono provocare malformazioni congenite. Una particolare gravità degli episodi bipolari e un elevato rischio di ricadute può consigliare la prosecuzione di un trattamento stabilizzante anche durante la gravidanza, pur sapendo che sia presente un rischio di teratogenicità che va dallo 0,1% per le anomalie cardiache allo 1-5% per le anomalie scheletriche e spina bifida.
Nel caso di assunzione di una terapia farmacologica non consigliabile in gravidanza, prima di intraprenderne la ricerca è quindi consigliabile preventivare una consulenza psichiatrica specifica, che permetta un cambio di terapia compatibile con la maternità e senza effetti teratogeni sul feto, mantenendo un buon livello di salute mentale nella futura mamma, evitando sensi di colpa, e garantendo una buona crescita al futuro nascituro.
Qualsiasi sia la decisione presa è sempre importante il monitoraggio dello stato della paziente, con colloqui di psicoterapia, individuali e di coppia, durante tutta la gravidanza e nel post-partum.
E dopo il parto?
In tutti i casi, subito dopo il parto, si pone un nuovo quesito: "Dottoressa, posso allattare il mio bambino?".
Anche questa volta bisogna ascoltare, capire, valutare la situazione. Si sa che l'allattamento è un momento fondamentale per il neonato, lo protegge da malattie infettive, facilita l'assorbimento delle sostanze nutritive e sembra connesso al raggiungimento di un miglior livello intellettivo del bambino, per non parlare del benessere affettivo e del rapporto di attaccamento che si instaura tra mamma e neonato. Ma sappiamo molto bene che il post-partum è un momento delicatissimo per le donne, ancor di più per le pazienti che soffrono di disturbi psichiatrici, perché comporta un alto rischio di ricadute in questa fase delicatissima della vita che può avere conseguenze devastanti tanto per la puerpera che per il neonato.
È importante quindi mantenere e proseguire la cura farmacologica nei casi in cui il farmaco è compatibile con l'allattamento, passando all'allattamento artificiale qualora il farmaco non sia compatibile, al fine di mantenere un buon equilibrio psicofisico per la mamma.
È importante che si stabilisca collaborazione tra psicoterapeuta, psichiatra, ginecologo e pediatra per aiutare la futura madre ed il futuro padre a decidere consapevolmente quando intraprendere una gravidanza, se continuare o meno i farmaci, se ricorrere a percorsi di psicoterapia individuale e di coppia. In ogni caso la formula vincente è sempre la prevenzione e la programmazione. Programmando una gravidanza si può preventivamente scegliere un farmaco d'eccellenza che sia compatibile con la gravidanza e l'allattamento. ■

Per appuntamenti
sportello.nascite@multimedica.it

POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA SICURA E INDOLORE

Mario Bianchetti
Direttore Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva,
Gruppo MultiMedica

L'indagine endoscopica costituisce, in ambito gastroenterologico, una delle principali metodiche diagnostico-terapeutiche e, tra queste, la colonscopia è una tra le più importanti ed utilizzate metodiche di prevenzione neoplastica tra la popolazione generale. Rispetto ad altre indagini di screening, tipo la mammografia, la colonscopia possiede l'indubbio vantaggio di permettere contestualmente, o in tempi molto brevi, di asportare i precursori del carcinoma del colon, ovvero i polipi. In tal senso, la polipectomia costituisce proprio il momento cruciale della prevenzione, permettendo di eliminare alla radice il potenziale rischio neoplastico. Ma cosa si intende per polipectomia? Quali sono i rischi connessi a tale atto interventistico? È un intervento doloroso per il paziente? Prevede una lunga convalescenza?

Per polipectomia si intende l'asportazione del polipo insieme ad una quota di tessuto sano circostante che garantisce, nella quasi totalità dei casi, l'eliminazione radicale del problema ed è gravata da bassissime percentuali di recidiva. Oggi siamo in grado, con fini metodiche che costituiscono vera e propria chirurgia endoscopica, di asportare piecemeal (in grossi frammenti) o addirittura en-bloc (in unico pezzo) lesioni polipoidi e non polipoidi (le cosiddette lesioni a crescita diffusa o "laterally spreading tumors") di dimensioni anche superiori ai 10 cm e che coinvolgano il viscere a 360 gradi, evitando in tal modo un intervento chirurgico maggiore su lesione ancora benigna che, in passato, costituiva l'unica possibilità terapeutica. Lo strumentario endoscopico si è evoluto enormemente nel corso degli ultimi 15 anni e la tecnica si è affinata per ridurre al minimo il rischio di complicanze. Ogni colonscopio possiede un canale operativo attraverso cui è possibile introdurre gli strumenti necessari all'intervento. Il primo momento di qualsiasi asportazione di polipo di dimensioni superiori al cm è l'infiltrazione della base, sessile o peduncolata che sia, con un liquido atto a creare un cuscinetto che solleva il polipo, dando la possibilità di resecare riducendo drasticamente il rischio di lesioni della parete del viscere. La sezione può avvenire mediante un'ansa, cioè un cappio metallico attraverso cui passa la corrente di taglio e di coagulazione, che avvolge e chiude al suo interno il polipo consentendone la rimozione. I limiti di tale tecnica sono principalmente dimensionali, permettendo di asportare en-bloc polipi fino a 30-35 mm o polipi maggiori ma con tecnica piecemeal (in frammenti). Una metodica avanzata e di relativamente recente introduzione è la dissezione sottomucosa (ESD), che invece si avvale di un microelettrobisturi che consente di scollare ampie aree di mucosa e sottomucosa sfruttando il cuscinetto liquido di cui sopra. Questa tecnica non ha, sulla carta, limiti dimensionali della lesione da asportare e consente di considerare curativa l'asportazione anche dei carcinomi intramucosi che non superino determinati criteri di invasione sottomucosa.
Chiaramente più aumenta la dimensione della lesione o la complessità della tecnica utilizzata (in ordine crescente di complessità: polipectomia, mucosectomia, dissezione sottomucosa endoscopica), maggiore sarà il rischio di complicanze, in primis la temuta perforazione. In mani esperte, tale percentuale varia da valori inferiori al 1% per le polipectomie semplici fino al 6-7% per le dissezioni sottomucose di ampie lesioni. L'attuale tecnologia consente di gestire endoscopicamente una buona parte delle complicanze perforative, mediante l'applicazione di clips o punti di sutura endoscopici, evitando ancora una volta la chirurgia maggiore e rendendo la polipectomia sicura.
La polipectomia di per sé non costituisce un atto doloroso in quanto il paziente non avverte né l'infiltrazione e lo scollamento della lesione né il taglio della stessa, sicuramente i tempi più lunghi rispetto ad una normale colonscopia diagnostica potrebbero creare un discomfort legato all'insufflazione di aria, motivo per cui si è soliti eseguire la procedura in sedazione. Una blanda sedo-analgesia, praticata dallo stesso endoscopista, permette di eseguire la gran parte delle polipectomie routinarie senza alcun problema per il paziente; per quanto riguarda quelle lesioni che per sede, dimensioni o tecnica, che si vuole utilizzare, necessiterebbero di tempi molto prolungati, ci si avvale della sedazione profonda gestita dall'anestesista, che consente al paziente di dormire in respiro spontaneo senza avvertire alcun fastidio, e allo stesso tempo consente al medico endoscopista di concentrarsi esclusivamente sull'atto operatorio, riducendo ulteriormente i rischi di lesione iatrogena.
Sebbene la polipectomia, soprattutto quella avanzata, sia considerata un atto di chirurgia endoscopica a tutti gli effetti, la convalescenza del paziente non può essere paragonata a quella che segue un intervento di chirurgia maggiore. Infatti, la maggior parte delle asportazioni di polipi vengono eseguiti ambulatorialmente o in regime di Day Hospital, solo nei casi più delicati è prevista una notte di osservazione. Il paziente potrà tornare alla propria vita praticamente da subito, le uniche indicazioni riguardano l'alimentazione da osservare per alcuni giorni successivi alla procedura ed una particolare cautela nell'assunzione di alcune classi di farmaci che possono alterare la capacità coagulativa.
Senza minimizzare l'importanza di un atto medico interventistico quale è la polipectomia, con tutte le possibili complicanze connesse intrinsecamente alla procedura, essa può oggi essere considerata sicura ed indolore, oltre che un momento importantissimo nell'ambito della prevenzione oncologica, grazie alla quale si è potuto ridurre enormemente il numero di interventi chirurgici per patologia benigna. ■

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

buono & sano

NAUSEA DA CHEMIOTERAPIA. UN AIUTO DALLA DIETA

Angela Valentino
Biologa - Nutrizionista,
Gruppo MultiMedica

La maggior parte delle persone con patologia oncologica possono presentare delle alterazioni dello stato nutrizionale poiché la malattia e le terapie stesse, quali radio e/o chemioterapia, possono arrecare un temporaneo stato invalidante.
Le terapie oncologiche sono dettate da protocolli specifici, i quali a volte possono risultare più o meno "aggressivi" e provocare stati di malnutrizione a seguito di disturbi del tratto gastrointestinale che rendono difficile l'atto di nutrirsi.

Infatti, tra gli effetti collaterali, l'alimentarsi o il nutrirsi può diventare per un paziente oncologico motivo di forte stress e ansia, al punto tale che l'assunzione di cibo può comportare una sensazione di malessere e la rinuncia stessa della convivialità legata alla relazione con il cibo.
I fattori che influenzano negativamente lo stato nutrizionale del paziente oncologico sono dovuti alle conseguenze dei trattamenti e allo stesso tempo alle complicanze derivate dai fattori metabolici e psicologici ad esso correlati.

Le cause più frequenti di malnutrizione nel paziente con neoplasie in trattamento sono dovute:
- alla ridotta introduzione di nutrienti per anoressia, disgeusia (alterata percezione dei sapori), nausea, mucositi secondarie alla malattia e/o al suo trattamento;
- all'aumentata perdita di nutrienti per malassorbimento e infiammazione delle mucose, vomito, diarrea, stipsi o alvo diarroico, emorragie;
- alla ridotta utilizzazione dei nutrienti (catabolismo);
- agli effetti collaterali dei farmaci chemioterapici: nausea e vomito.
È stato dimostrato che i chemioterapici siano potenti induttori del vomito.
Le mucositi, il vomito, le alterazioni dell'attività intestinale e la nuetropenia (cioè la diminuzione delle difese immunitarie) sono presenti soprattutto al termine della somministrazione dei chemioterapici, mentre l'inappetenza e la disgeusia persistono per quasi tutta la durata della malattia.
In particolare, la nausea più del vomito sembra essere clinicamente più significativa per i pazienti, colpisce fino all'80% dei pazienti in chemioterapia e dal 50 all' 80% dei pazienti in radioterapia.

Strategie nutrizionali e comportamentali per contrastare nausea e/o vomito durante la chemioterapia

Diverse sono le strategie, sia nutrizionali che comportamentali, che potrebbero aiutare a superare gli effetti collaterali delle terapie. Di seguito alcuni suggerimenti in caso di nausea e/o vomito:
- mangiare poco e spesso, soprattutto quando si desidera, e se possibile farsi preparare i pasti da un familiare/amico;
- preferire tanti piccoli pasti, 6-8, (anziché 5 pasti al giorno) affinchè lo stomaco non resti mai vuoto;
- consumare i pasti in un luogo tranquillo, a temperatura mite o fresca (lontano dalla cucina) in assenza di odori di cibo o altri odori sgradevoli;
- preferire cibi dal sapore delicato;
- preferire modalità di cottura più digeribili (no fritti);
- preferire prodotti freschi e cibi asciutti e secchi come crackers, grissini, gallette di riso, biscotti semplici, toast, prodotti dalla consistenza non eccessivamente dura, per non infiammare le pareti della bocca, da consumare al mattino appena svegli o frequentemente durante la giornata;
- evitare cibi già pronti refrigerati o congelati;
- evitare pasti elaborati, cibi molto dolci, troppo grassi e untosi o dai sapori e profumi troppo intensi;
- evitare cibi troppo piccanti e caldi che emanano un odore intenso;
- evitare bevande alcoliche e caffè;
- non sforzarsi necessariamente di mangiare nei momenti di forte nausea, nel limite del possibile piuttosto mantenere la corretta idratazione;
- bere frequentemente a piccoli sorsi lontano dai pasti: acqua, eventualmente insaporita con succhi o sciroppi, brodi, ghiaccioli, cubetti di ghiaccio o ghiaccio tritato;
- cibi e bevande aromatizzati con menta e zenzero sono rinfrescanti e potrebbero aiutare a ridurre il senso di nausea;
- non coricarsi subito dopo mangiato. Se si sente l'esigenza di riposare, mantenere il busto sollevato in posizione eretta o semi-seduta;
- utilizzare caramelle alla menta o al limone in caso di sapore sgradevole;
- mantenersi attivi contrasta la perdita d'appetito conseguente anche alla nausea. Una semplice passeggiata seppur di 10 minuti, poco prima del pasto, potrebbe aiutare a stimolare il senso di fame;
-il giorno del trattamento chemioterapico preferire un pasto leggero da consumare alcune ore prima della terapia.

Questi disturbi, seppur temporanei, potrebbero compromettere l'adeguato apporto nutrizionale andando ad aggravare lo stato di disfunzione già percepito dal paziente e la sua qualità di vita. Pertanto, durante il trattamento chemioterapico, oltre ad osservare gli accorgimenti sopra indicati (per quanto sia possibile) è importante seguire un'alimentazione per lo più conforme alle raccomandazioni per la prevenzione del cancro del WCRF (World Cancer Research Fund). Raccomandazioni basate sul consumo di carboidrati complessi (compresi i cereali a chicco), proteine di origine vegetale e animale, quali legumi, carni a km zero, pesci di piccola taglia, grana e yogurt bianco naturale; come condimento olio extravergine d'oliva in abbondanza e alimenti ricchi in grassi buoni come la frutta secca e semi oleaginosi vari.
La dieta basata sulle raccomandazioni del WCRF aiuta le persone con patologia oncologica a ridurre il rischio di sviluppare il cancro, a mantenere sotto controllo la crescita tumorale durante i diversi stadi della malattia, a ridurre il rischio di recidiva in chi ha superato la malattia oncologica oltre a prevenire e limitare gli effetti indesiderati delle terapie.
Per affrontare la malattia oncologica nel miglior modo possibile è essenziale seguire sia l'indicazione terapeutica suggerita dal medico oncologo che un corretto regime alimentare personalizzato dallo specialista della nutrizione. ■

UN ESEMPIO DI PROPOSTA NUTRIZIONALE

Colazione
- Tè verde/bevanda vegetale
- 20 gr fiocchi d'avena/ 2 biscotti - fette integrali

Spuntino 1
- frutto grande + 1 fetta biscottata

Spuntino 2
- 3 noci o 1/4 di avocado

Pranzo
- 60 gr pasta o cereali a chicco
- 30 gr legumi secchi / 1 uovo / 60 gr formaggio fresco/ 40 gr prosciutto crudo sgrassato
- verdura di stagione cruda o cotta (carote / cetrioli / finocchi / asparagi / tarassaco / melanzane / funghi / bieta / cicoria / cavoli / spinaci / broccoli / broccolo rapa / indivia / radicchio / zucchine)
- olio EVO
- olio di lino (un cucchiaino) ricco di acidi grassi omega 3 ad azione antiinfiammatoria

Merenda 1
- 2 frutti piccoli + 1 galletta di riso

Merenda 2
- 40 gr pane all'olio EVO e pomodoro

Cena
- 150 gr carne/pesce azzurro
- 70 gr di pane integrale
- verdura di stagione
- olio EVO

Dopo cena
- Yogurt bianco naturale di origine biologica

Per appuntamenti
A pagamento: 02-999.61.999

"Il motore è il cuore di un aereo, ma il pilota è la sua anima."
(Sir Walter Raleigh Alexander)

IL CORTO CIRCUITO CHE MI IMPEDIVA DI VOLARE

Emanuela Bielli

"Controllo la check list, accendo e provo il motore, chiamo la torre di controllo che autorizza il volo. Comincia il rullaggio, accelero, prendo velocità e il Cessna 150 si stacca dal suolo".
Il sig. Alberto G. descrive con entusiasmo le manovre di decollo del velivolo da lui pilotato, lanciato sopra il cielo di Cremona. Quell'aereo sembra la metafora della sua esistenza: per troppi anni è rimasto parcheggiato nell'hangar, ma dopo un'accurata revisione ai circuiti elettrici ha iniziato a volare.

Alberto, ci racconti la sua storia.
"I primi segnali di avaria al cuore si manifestarono all'età di 16 anni, dopo una lezione di ginnastica. Iniziai ad avvertire un colpo doloroso al torace seguito dal cardiopalmo, una sensazione di battito cardiaco molto accelerato, che iniziò in maniera improvvisa e si interruppe spontaneamente. Durante quei lunghissimi minuti provai una stanchezza profonda, mi vennero le unghie e le labbra viola, pensai di avere un infarto e credetti di morire. Fu in quel momento che la paura delle crisi cardiache prese il sopravvento e manipolò la mia esistenza. Per caratterizzare il tipo di aritmia ed individuare l'origine del disturbo, il medico mi raccomandò di eseguire un elettrocardiogramma durante gli attacchi. Ricordo le disperate corse in auto nella vana speranza di raggiungere in tempo il più vicino pronto soccorso. Ma la diagnosi non tardò ad arrivare: Tachicardia Parossistica Sopraventricolare, ovvero un malfunzionamento del cuore dovuto alla disfunzione della via elettrica che collega gli atri ai ventricoli.
Questi attacchi continuarono nel corso degli anni con una frequenza variabile, insorgendo nelle occasioni più insospettabili, senza un apparente fattore scatenante; l'aritmia poteva verificarsi in seguito ad uno sforzo fisico oppure a riposo. Ogni attività quotidiana rappresentava un problema, persino andare a lavoro, figuriamoci praticare attività sportive. Amavo sciare ma dopo una crisi particolarmente acuta sulle piste fui costretto, con grande dispiacere, ad abbandonare il mio sport preferito.
L'aspetto più devastante fu sentirmi distrutto psicologicamente, governato dal terrore di incorrere in un altro attacco improvviso di tachicardia, così ridussi tutte le occasioni di incontro, mi abituai a non uscire di casa, rinunciai alle mie passioni perdendo l'entusiasmo di vivere. Insomma, mi trasformai in una larva umana".

Cosa avvenne ad un certo punto?
"Una virata improvvisa. Un'amica mi parlò del Professor Riccardo Cappato, attualmente Direttore del Centro di Aritmologia Clinica ed Elettrofisiologia del Gruppo MultiMedica e presidente dell'ECAS (European Cardiac Arrhythmia Society) aritmologo di fama internazionale che, dopo la sua attività interventistica e di ricerca in Germania, fu tra i primi ad aver portato in Italia la tecnica di Ablazione Transcatetere con radiofrequenza, l'intervento che mi avrebbe potuto cambiare la vita.
Quando incontrai il professore rimasi colpito dalla sua empatia e delicatezza. Così decisi di sottopormi all'intervento senza nemmeno considerare gli eventuali rischi, sapevo di essere nelle mani giuste e non avevo nulla da temere. Era il 6/6/2006, come dimenticarlo?"

Prof. Cappato, cos'è l'Ablazione Transcatetere con radiofrequenza?
"È una tecnica di ormai maturo impiego nella pratica clinica. Consiste nella erogazione di calore a 55° mediante punta di un catetere introdotto nel cuore e posizionato nel punto di origine della aritmia. Nel caso del sig. Alberto, la sede di origine della aritmia fu localizzata in un punto precisissimo, e la lesione, minuscola, applicata mediante riscaldamento sul bersaglio cardiaco è stata sufficiente ad eliminare, per sempre, l'innesco della aritmia responsabile dei sintomi del paziente.
La flessibilità di tale metodica è tale da consentirne l'impiego in numerose forme di aritmia cardiaca. Fra queste sono da considerare la tachicardia atriale, la tachicardia ventricolare, la fibrillazione atriale, e le extrasistolie ventricolari. Le percentuali di successo sono alte e variano fra il 60% nelle aritmie più complesse, come nella fibrillazione atriale e nella tachicardia ventricolare, ed il 90%, come nella maggior parte delle rimanenti aritmie".

Alberto, com'è cambiata la sua vita?
"Nei primi mesi dopo l'operazione il mio cuore ha dovuto adattarsi e arrendersi alla nuova "mappa" elettrica. Ogni mattina assumo delle pastiglie per tenere sotto controllo la frequenza dei battiti cardiaci e mi sento al sicuro se le tengo sempre in tasca, anche adesso: sono inseparabili come la coperta di Linus.
Mi è capitato di avvertire ancora "l'urto" al torace, ma dal giorno dell'intervento non ho mai più avuto un attacco di tachicardia. Fantastico, finalmente era giunto il momento di recuperare tutti gli anni perduti e così mi sono scatenato. Con l'arrivo della stagione invernale sono andato subito in montagna a sciare. Ricordo che ero seduto sulla seggiovia con mia moglie quando all'improvviso scoppiai a piangere, talmente era grande l'emozione. Anche in quel momento il cuore mi batteva forte, ma dalla gioia!
I miei familiari sanno che i regali che apprezzo di più ricevere sono i voucher per vivere esperienze emozionali, come ad esempio la guida al volante di una supercar dentro un circuito, oppure l'esperienza di skydiving all'interno della galleria del vento che ti sostiene in volo fino a 30 metri d'altezza. Ma non è finita qui. Nel 2010 ho realizzato il mio più grande desiderio: conseguire il corso di volo per ottenere il brevetto di pilota. Posso proprio dire che grazie al prof. Cappato ho raggiunto il settimo cielo!". ■

UN ANNO DI COVID

Carmen Sommese
Direttore Sanitario Aziendale,
Gruppo MultiMedica

A un anno dall'inizio dell'emergenza sanitaria da Sars CoV-2, il 20 febbraio 2021 si è celebrata la prima Giornata Nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato, quale riconoscimento, da parte dello Stato, del lavoro straordinario svolto da tutti nel corso della pandemia.
Abbiamo più volte richiamato l'importanza degli sforzi messi in campo dagli operatori della Salute, con professionalità, coraggio e spirito di adattamento, per fronteggiare la complessa quotidianità che il COVID ha imposto a tutti i livelli.

L'unità di Crisi del Gruppo MultiMedica è tuttora attiva h24 con le diverse Task Force, insieme ai professionisti delle unità operative/reparti/servizi con i quali abbiamo condiviso momenti di confronto e supporto continui. A nome di tutti, abbiamo raccolto alcune voci di medici e infermieri per esprimere appieno il ricordo tangibile di un'esperienza vissuta su un campo di battaglia difficile dentro al quale ancora si combatte con fatica, forza e coesione. Un vissuto che diventa racconto.

"Questa esperienza mi ha confermato come l'empatia e la vicinanza tra sanitari, pazienti e familiari siano davvero determinanti nel processo di cura… Credo che dopo questa vicenda saremo medici, donne e uomini migliori" (Roberto Pedretti, Medico Coordinatore Area Clinica COVID).
"Con medici, infermieri e psicologi abbiamo vissuto momenti di coraggio, di emozioni e di unità. Con i pazienti abbiamo condiviso storie di isolamento, di fragilità personale e familiare e di gioia nella narrazione di nuove storie fatte di guarigione e di speranza ritrovata" (Tatiana Bracone, Assistente Sociale, Task Force Area Infermieristica COVID).
"Mi ha colpito la sofferenza dei pazienti, il senso di impotenza della Medicina, lo spirito di sacrificio e la dedizione da parte di tutti gli operatori" (Roberto Mattioli, Medico Task Force Follow Up COVID).

I nostri Pronto Soccorso sono stati messi a dura prova.

"Nel periodo più difficile del mio percorso lavorativo, ma soprattutto umano, ho riscoperto che l'amicizia, l'amore, l'unione, vincono sempre su tutto, anche sulla morte" (Erika Giustizieri, Medico Coordinatore Area Emergenza Urgenza COVID).
"Un lungo anno in cui sembra che il tempo si sia fermato…" (Marco Bordonali, Medico Coordinatore Area Emergenza Urgenza COVID).

Abbiamo organizzato percorsi, aperto reparti COVID, rimodulato posti letto, ridefinendo le modalità di lavoro.

"Il mio pensiero è dedicato ai pazienti, al personale sanitario e a tutti coloro che hanno dovuto e voluto, per senso del dovere e non solo, attraversare questa tempesta" (Maria Francesca Barmina, Medico Task Force Area Clinica COVID).
"La mia soddisfazione professionale e umana più grande in questo periodo drammatico è di essere riuscito a curare ogni giorno i miei pazienti di sempre, soprattutto i miei bambini…" (Giorgio Pajardi, Medico Task Force Follow Up COVID).

Nelle difficoltà, umane e professionali, ci siamo ritrovati parte di una squadra unita.

"Un anno di COVID: lacrime, amicizia, forza!" (Roberto Cassandro, Medico Task Force Area Clinica COVID).
"Ho stretto rapporti con colleghi che altrimenti non avrei nemmeno mai conosciuto. Ci siamo insegnati tanto a vicenda e ci sentiamo accresciuti scientificamente e umanamente" (Salvatore Guarino, Medico Task Force Area Clinica COVID).
"Portatori di speranza: nel rieducare un nuovo respiro e nel sostenere un cammino che così naturale non è più" (Assunta Cartaginese, Coordinatore Fisioterapisti)
"Ci siamo trovate dentro a una situazione che ci ha fatto sperimentare direttamente sul campo cosa significa gestire un'emergenza sanitaria, complessa e impegnativa… Siamo cresciute sia professionalmente, che a livello umano" (Paola Della Valle - Silvia Lorelli, Medici Specializzandi Task Force Follow Up COVID).

Una dura prova, continua, tutti i giorni, praticamente in simbiosi con ogni paziente.

"Mai nessun anno così denso di emozioni virali: la gioia per una guarigione, il dolore per la morte" (Stefania Pacchetti, Medico Task Force Follow Up COVID)
"L'uomo mortale non ha che questo di immortale, il ricordo che porta e il ricordo che lascia" (Bruno Conti e Franco Cosignani, Medici Task Force Area Clinica COVID).
"Vicinanza tra colleghi e solitudine dei malati. Impegno di tutti, gioia e sconforto. Una guerra contro un nemico invisibile" (Andrea Albertin, Task Force Area Intensiva COVID).
"Ricordo la paura di un virus sconosciuto… la marea montante… i volti segnati dalle mascherine… ascoltare le parole di speranza quando spiegavamo ai pazienti che sarebbero stati intubati… la gioia della prima dimissione di un paziente guarito, ricordiamo i nomi di tutti, vivi e morti, fanno parte di noi" (Giorgio Aldegheri, Task Force Area Intensiva COVID).

Un'esperienza che ci ha fatto toccare con mano i nostri limiti, ma, al contempo, grazie alla condivisione del vissuto quotidiano, anche tanti punti di forza.

"Abbiamo avuto paura di portare il virus a casa… In turno teniamo i dispositivi di protezione per ore, ma nonostante tutto ci siamo ancora, non abbiamo mai mollato… sempre accanto ai nostri pazienti" (Ettore Pedretti, Task Force Area Infermieristica COVID).
"La pandemia ci ha messo difronte ad angosce medievali che pensavamo appartenenti ad un'altra epoca" (Gregorio Chekikian, Medico Unità di Crisi COVID).
"La fatica, la frustrazione e la delusione accadono e sono enormi. L'orgoglio per gli ostacoli superati e per una guarigione insperata ci infiamma e vale molto di più" (Anna Picozzi - Massimo Baravelli, Medici Task Force Area Clinica COVID).

Il vaccino ha alimentato in noi una grande speranza. Il nostro Gruppo, Hub regionale, ha iniziato le somministrazioni del vaccino anti-COVID dal 5 gennaio 2021 per tutto il personale, che, con grande entusiasmo, ne ha riconosciuto non soltanto il valore scientifico, ma anche sociale e psicologico. Così è avvenuto, a partire dall'8 marzo 2021, anche per i cittadini che, in accordo con Regione e ATS, si recano per la somministrazione del vaccino presso l'Ospedale San Giuseppe/Museo della Scienza e della Tecnica di Milano e presso l'IRCCS di Sesto S.G.

"Di grande impatto l'esperienza vaccinale… vedere le svariate emozioni dei colleghi nel sottoporsi alla vaccinazione ha creato anche con persone sconosciute, momenti di grande empatia" (Daniela Soffiantini, Task Force Area Infermieristica COVID).
"Di fronte alla fragilità personale e collettiva, nessuno di noi è stato lasciato solo" (Elisa Baldassarre, Infermiere Team Campagna Vaccinale anti COVID).
"Nel buio di una pandemia… con il vaccino si intravede uno squarcio di luce" (Sergio Harari, Medico Coordinatore Area Clinica COVID).
"Ci siamo persi quest'ultimo anno… Continua comunque il nostro impegno per un futuro migliore. Dobbiamo crederci…" (Franco Carnelli, Medico Task Force Follow Up COVID).

Curiamo ogni paziente nel miglior modo possibile, in accordo alle evidenze scientifiche e procedure/protocolli clinici condivisi, con una concreta prospettiva in più: che il vaccino anti-COVID possa rapidamente essere somministrato alla più estesa fascia di popolazione sul territorio.
MultiMedica è in prima linea anche per contribuire a raggiungere questo fondamentale obiettivo di Salute e per proiettarci con ottimismo verso quella "normalità" che ancora ci attende. ■

MULTIMEDICA FLASH

Pierluigi Villa

VACCINI ANTI-COVID: MULTIMEDICA IN PRIMA LINEA

Un vaccino al minuto, per un totale di 1000 vaccini al giorno. Questi i numeri dell'impegno del Gruppo MultiMedica nella campagna vaccinale avviata da Regione Lombardia. Nel mese di marzo sono stati attivati due punti vaccinali, uno al Museo della Scienza e Tecnologia di Milano, l'altro presso l'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni, ma le location sono destinate ad aumentare. La prima categoria vaccinata è stata quella del personale scolastico, al quale è stata proposta anche l'adesione a uno studio scientifico, denominato VITTORIA, volto a monitorare il livello e la durata dell'immunizzazione acquisita tramite la vaccinazione. ■

Per ulteriori informazioni: www.multimedica.it

MULTIMEDICA E AVIS 2021

La collaborazione tra MultiMedica e AVIS non si ferma, neppure con il Covid; al contrario, in un momento di emergenza sanitaria come quello attuale, si rafforza e carica di rilevanza ancora maggiore. Per questo, venerdì 23 aprile 2021, dalle 8 alle 12, nel parcheggio dell'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni sarà presente l'unità mobile di AVIS, per dare la possibilità a chi volesse, di donare il sangue. Prima di candidarti LEGGI ATTENTAMENTE le info legate alla donazione a questo link http://avismi.it/chi-e-come/ per verificare la tua idoneità alla donazione.

Prenotazione obbligatoria, entro il 19 aprile: Avis Milano – Uff. Donatori, email servizio.donatori@avismi.it, T. 02/70635020 Scelta 1 (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00) ■

OSPEDALE SAN GIUSEPPE CONTRO L'EPATITE C

Avviato dall'Unità Operativa di Epatologia dell'Ospedale San Giuseppe il progetto "HCV Free Hospital", con la finalità di contribuire all'eradicazione del virus dell'Epatite C nella popolazione generale, come richiesto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Ciò significa ricercare il virus dell'epatite C (HCV) in tutti i pazienti ricoverati, informandoli sul virus e sottoponendoli, oltre agli esami di routine, alla ricerca di anticorpi anti-HCV.

Nel caso di rilevazione dell'infezione, il percorso continuerà con ulteriori approfondimenti e la presa in carico da parte dell'Unità di Epatologia diretta dalla prof.ssa Rumi. ■

VOLTI NUOVI IN REPARTO

Il capitale umano in medicina è l'elemento fondamentale per garantire alti standard di assistenza, per questo siamo sempre alla ricerca di professionisti che condividano i nostri valori.

In questa direzione, vi presentiamo gli specialisti che, negli ultimi mesi, si sono uniti al Gruppo MultiMedica.

Il dr. Roberto Ceriani, nuovo Direttore del Dipartimento Interaziendale di Anestesia e Rianimazione, e il dr. Massimiliano Martelli, neo Direttore dell'Unità di Chirurgia Vascolare dell'IRCCS MultiMedica.

Ceriani, già responsabile della Terapia Intensiva Post Operatoria dell'IRCCS Monzino e, prima, della Terapia Subintensiva Neurochirugica al Papa Giovanni XXIII e della Terapia Intensiva Cardiotoracica e Generale in Humanitas Gavazzeni, vanta una lunga esperienza soprattutto in campo cardiovascolare, il che lo rende una risorsa particolarmente preziosa per il nostro IRCCS.

Ugualmente, Martelli, già Caposervizio Chirurgia Vascolare e Generale presso l'Ospedale Regionale di Lugano e Responsabile del Servizio di Chirurgia Vascolare presso l'Ospedale Regionale "La Carità" di Locarno, con oltre 4.500 interventi all'attivo tra chirurgia arteriosa maggiore e chirurgia flebologica, ha maturato competenze utili alla crescita dell'attività clinica e di ricerca dell'IRCCS MultiMedica, in sinergia con i colleghi delle altre Unità Operative che compongono il nostro Dipartimento Cardiovascolare e Metabolico. ■

Roberto Ceriani

Massimiliano Martelli

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,
scrivo per conto di mio padre in quanto sono molto preoccupato. Mio padre è un uomo di 72 anni, è cardiopatico, e recentemente ha avuto un'emorragia. Quando è stato in ospedale aveva l'emoglobina a 7,5, fortunatamente è risalita e quindi poi è stato dimesso. Sono passate due settimane, abbiamo rifatto l'emocromo e l'emoglobina è a 9,5. La mia preoccupazione per l'anemia è corretta? Il livello non è troppo basso e pericoloso, dati soprattutto i suoi problemi cardiaci? C'è qualcosa che posso fare per aiutarlo?

Gentile Signore,
bisognerebbe conoscere la terapia che il paziente assumeva al momento dell'emorragia, con particolare riferimento ai farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. Inoltre sarebbe necessario identificare la sede della perdita ematica: stomaco, intestino?
Se il paziente è stato ricoverato, è probabile che alcuni esami diagnostici siano già stati eseguiti. In caso contrario occorre: 1) controllare il sangue fecale su 3 campioni, la ferritina ed eventualmente gli esami endoscopici del tubo gastro-enterico; 2) proteggere lo stomaco con pantoprazolo 40 mg al mattino; 3) riconsiderare la terapia cardiologica in corso. I valori attuali di emoglobina sono rassicuranti, ma non è noto se sia stata iniziata una terapia marziale.

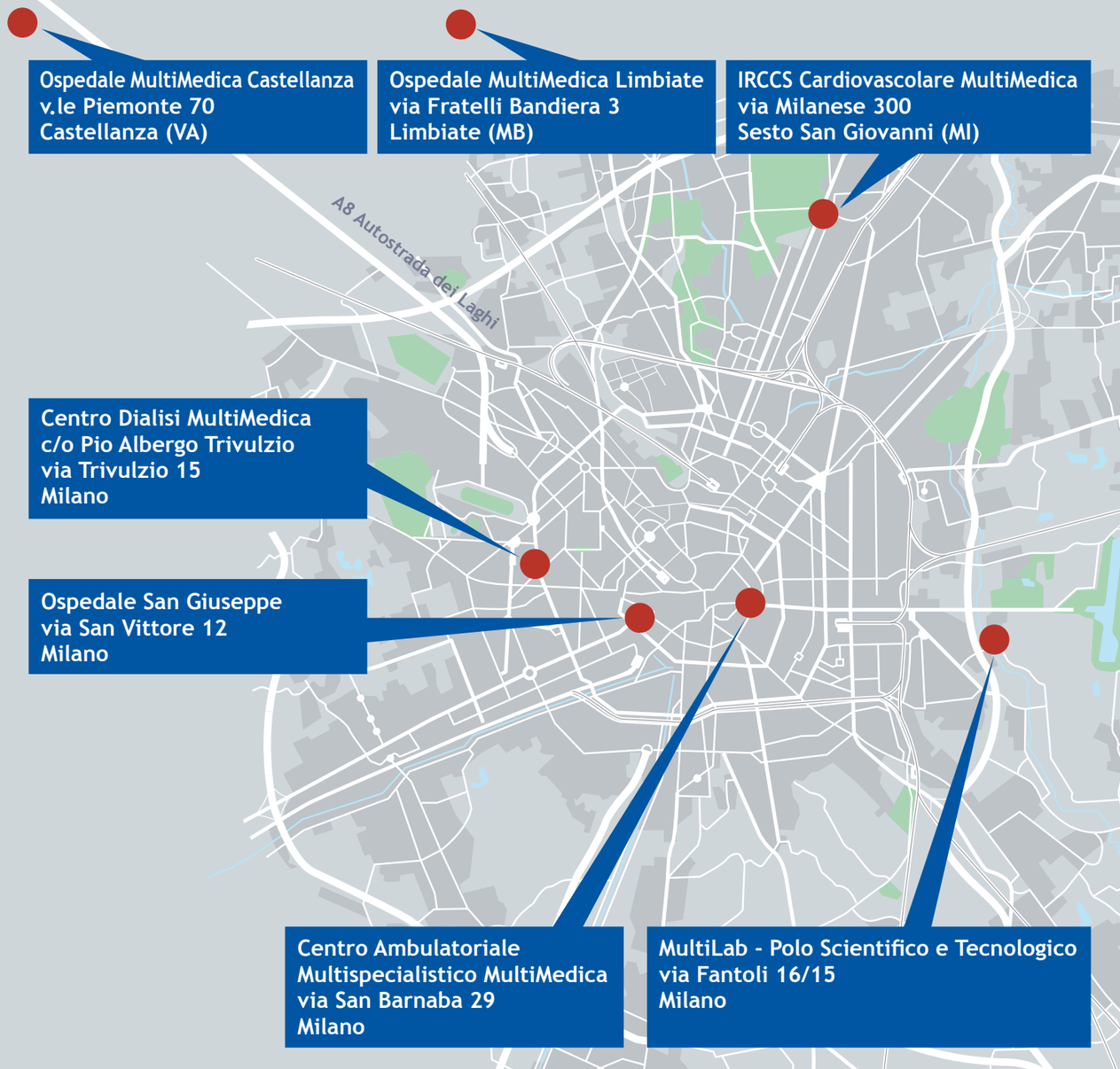
Un saluto
Michele Lombardo

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



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