Numero 52 - Autunno 2021

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Gruppo MultiMedica
Sistema Sanitario Regione Lombardia

UROLOGIA
Tumore al testicolo

CHIRURGIA VASCOLARE
Donne e trombosi

NUOVE TECNOLOGIE
Radioterapia all'avanguardia

MAMMA & BAMBINO
Mamme over 40

STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA

Una nuova terapia contro l'obesità

indice

editoriale
ATTIVITÀ DI TELERIABILITAZIONE CON APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE **1**

ricerca
LA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA (TMS): UN INNOVATIVO TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ **2**

ricerca
BIOMARKERS PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER: DAL LIQUOR AL SANGUE **4**

chirurgia vascolare
TROMBOSI: PERCHÉ AMA LE DONNE? **6**

urologia
TUMORE AL TESTICOLO: DALLA DIAGNOSI ALL'INTERVENTO **8**

nuove tecnologie
RADIOTERAPIA: TECNOLOGIA ALL'AVANGUARDIA AL SERVIZIO DEI PAZIENTI **10**

mamma e bambino
DIVENTARE MAMMA DOPO I 40 ANNI **12**

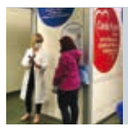
in-dolore
ALLUCE VALGO: UN PASSO AVANTI CONTRO IL DOLORE **14**

buono & sano
COME LEGGERE LE ETICHETTE DEGLI ALIMENTI SENZA LASCIARSI INGANNARE **16**

parlami di te
RICOSTRUIRE IL FUTURO **18**

ospedale amico
IL BED MANAGER IN PRONTO SOCCORSO **20**

MultiMedica FLASH
21



cardiologia
MALATTIE CARDIOVASCOLARI: L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE **22**

la posta del cuore
23

Sanità al Futuro
Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Reg. Tribunale di Milano n. 336 del 19 maggio 2003
Direttore responsabile: *Francesca Scollo, Direttore Comunicazione e Marketing, Gruppo MultiMedica*
Redazione: *E. Bielli, L. De Giovanni, M. Hassan, S. Paganini, A. Perego, P. 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

ATTIVITÀ DI TELERIABILITAZIONE CON APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE

Bruno Conti e Franco Cosignani

Direttori del Dipartimento di Riabilitazione Specialistica e Neuromotoria, Gruppo MultiMedica

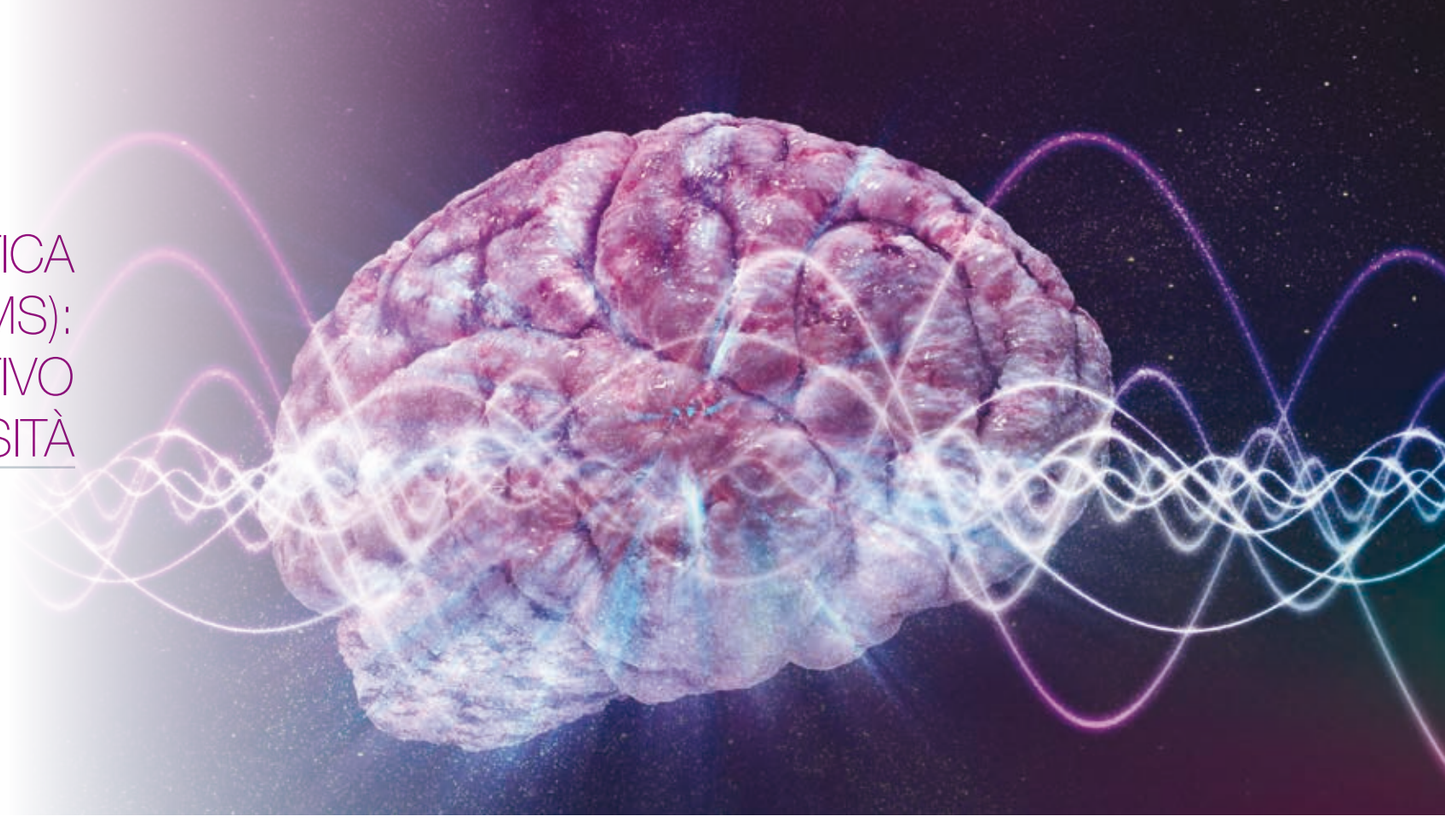
Da diversi anni ormai i moderni percorsi riabilitativi si avvalgono sempre più di strumentazioni tecnologiche avanzate che consentono ai pazienti di effettuare esercizi robotizzati, di utilizzare realtà virtuali e immersive adattative, fornendo un biofeedback immediato dei risultati raggiunti.

In quest'ottica, il Dipartimento di Riabilitazione Neurologica del Gruppo MultiMedica si è sempre distinto per l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia e da circa un anno, presso il suo presidio di Limbiate, sta collaborando ad un importante progetto di Teleriabilitazione Multiprofessionale. Inoltre, ha recentemente sviluppato e implementato un sistema innovativo di Teleriabilitazione che permette di erogare servizi di riabilitazione nei suoi diversi ambiti (motoria, respiratoria, cognitiva, logopedica, sostegno psicologico e consulti in telemedicina) a pazienti e caregiver, direttamente al loro domicilio.

L'attività svolta da remoto permette a noi specialisti di proseguire il percorso riabilitativo in tutta sicurezza, perché ogni fase viene monitorata e le possibilità di intervento, laddove necessario, sono immediate. I vantaggi per i pazienti sono altrettanto tangibili e sempre più apprezzati, come il superamento delle difficoltà logistiche che spesso inibiscono la possibilità di proseguire il trattamento stesso. Inoltre, questa "continuità" consente il mantenimento dei risultati raggiunti al termine del ricovero riabilitativo e, conseguentemente, un minor rischio di ricadute e/o riospedalizzazione. A questi si uniscono anche i vantaggi per la collettività: riducendo i ricoveri per possibili ricadute, si abbassano i costi legati alla riospedalizzazione e, quando queste tecnologie saranno utilizzate in modo più capillare, registreremo anche un notevole abbattimento dei costi legati al trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale.
Le modalità di funzionamento in Teleriabilitazione sono due.
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 video conferenza bidirezionale.
Off-line. È possibile predisporre un programma di esercizi specifici che il paziente dovrà eseguire a domicilio, personalizzato sulla base delle proprie difficoltà cognitive, logopediche e motorie. L'operatore del team può collegarsi in ogni momento al dispositivo domiciliare per rivedere le prove eseguite e modificare il programma riabilitativo in funzione della condizione del paziente.

L'utilizzo nella pratica clinica di moderni dispositivi interattivi può offrire allo specialista la possibilità di seguire il percorso riabilitativo, cognitivo ed emotivo del paziente, non più solo a breve e medio termine, ma anche a lungo termine.
Dunque la Telemedicina, e in particolare la Teleriabilitazione, possono contribuire ad avviare, proseguire e consolidare un legame di fiducia specialista-paziente, elemento fondamentale della presa in carico duratura di una Struttura Sanitaria verso il proprio assistito. ■

LA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA (TMS): UN INNOVATIVO TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ



Livio Luzi

Direttore Dipartimento di Endocrinologia, Nutrizione e Malattie Metaboliche,
Gruppo MultiMedica/Università degli Studi di Milano

L'obesità rappresenta un'emergenza sanitaria e sociale sia per il numero di vittime, in crescita costante, sia per i significativi costi che la malattia e le complicanze cardio-metaboliche ad essa correlate comportano per la comunità. I dati più recenti parlano, solo per l'Italia, di 18 milioni di adulti in sovrappeso (35,5%) e 5 milioni di obesi, ovvero 1 persona su 10. Poter offrire a questi pazienti una terapia efficace e di semplice somministrazione è sicuramente una sfida cruciale.

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) è una delle tecniche di stimolazione neurale più impiegate nella cura delle dipendenze, come quelle da fumo o alcol. Si tratta di un trattamento non invasivo né doloroso, eseguito appoggiando sul cuoio capelluto un casco o una bobina che applica una sollecitazione elettromagnetica a regioni ben precise del cervello, generando a livello dei neuroni una microcorrente elettro-magnetica in grado di ripristinare gli equilibri alterati. Nel 2019 un nostro studio aveva dimostrato l'utilità della TMS per favorire la perdita di peso negli obesi, senza tuttavia riuscire a spiegare in dettaglio i meccanismi neurofisiologici che ne sono alla base, né l'efficacia a lungo termine (fino ad un anno) di sole 5 settimane di trattamento.

Il trattamento con TMS consiste in 3 sessioni settimanali di 30 minuti per 5 settimane (quindi un totale di 15 sessioni) e viene praticato sia presso l'Ospedale San Giuseppe che presso l'IRCCS di Sesto San Giovanni. Durante il trattamento, il paziente indossa un caschetto leggero che viene centrato sulla corteccia prefrontale (area del cervello che regola le azioni volontarie) e genera un campo elettromagnetico di frequenza ed intensità predeterminate in modo tale da avere un effetto eccitatorio sull'area cerebrale trattata. La metodica è assolutamente indolore e scevra di effetti collaterali, se si eccettua una modesta cefalea in una piccola percentuale di pazienti che si risolve in genere spontaneamente in 1-2 ore. L'esperienza finora maturata nei pazienti obesi trattati con TMS dimostra che il trattamento di 5 settimane determina un calo ponderale medio del 9% del peso corporeo iniziale. Tale riduzione ponderale perdura fino ad almeno un anno dall'inizio del trattamento TMS.

L'effetto a lungo termine può avere diverse spiegazioni: in primis, la TMS determina neuroplasticità a livello delle aree cerebrali stimolate. Tale meccanismo spiegherebbe sicuramente il perdurare dell'effetto del trattamento oltre il termine dello stesso (5 settimane). Un nostro studio recente in cui i soggetti obesi sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale (fMRI) prima e dopo le 5 settimane, pubblicato sulla rivista internazionale Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases, ha permesso di studiare l'attivazione e le connessioni di specifiche aree del cervello (coinvolte nella regolazione del comportamento alimentare), in risposta a stimoli visivi correlati al cibo, prima e dopo il trattamento con TMS. Lo studio, randomizzato verso un trattamento Sham e in doppio cieco, è stato condotto in un sottogruppo di 17 pazienti (6 dei quali affetti da diabete di tipo 2), sottoposti a 3 sessioni di TMS a settimana, ciascuna di circa 30 minuti, per un totale di 5 settimane. L'interpretazione dei risultati dello studio indica che la stimolazione elettromagnetica bilaterale della corteccia prefrontale attiva quella regione cerebrale, andando ad aumentare il controllo inibitorio sul consumo di cibo e, indirettamente, attraverso un aumento delle connessioni cerebrali della medesima area, a regolarizzare la produzione di dopamina. Ma non è tutto. Rispetto all'ipotesi iniziale, lo studio ha messo in luce un altro dato importante e inaspettato: la TMS provoca contemporaneamente anche un'inibizione della corteccia visiva, che porta il cervello a escludere la visione di cibi appetitosi verso i quali il paziente aveva sviluppato una forma di dipendenza. Infatti, durante l'esecuzione della risonanza magnetica funzionale, i pazienti sono stati esposti alla visione di immagini di cibi, precedentemente selezionati come preferiti, e hanno eseguito dei test per valutare la reattività verso tali stimoli. Nel corso della ricerca, ci siamo resi conto che la stimolazione magnetica andava ad agire anche sulla corteccia visiva, riducendo la sua attivazione e di conseguenza l'attenzione verso il cibo e la sua attrattiva. Questa scoperta, tanto sorprendente quanto affascinante, potrebbe stimolare ulteriori studi sulla regolazione dell'equilibrio fame-sazietà, che nell'obesità risulta alterato, mediante lo studio dell'effetto della TMS su altri sensi, come ad esempio l'olfatto e il gusto.

Altro meccanismo potenzialmente alla base dell'effetto a lungo termine è una normalizzazione della composizione del microbiota intestinale. È infatti noto che soggetti affetti da obesità hanno una riduzione generalizzata delle specie batteriche che colonizzano l'intestino e, soprattutto, hanno una prevalenza di quelle specie intestinali che producono molecole e composti ad azione pro-infiammatoria i quali, passando dall'intestino al circolo sanguigno, contribuiscono a determinare un'infiammazione sistemica di lunga durata che è alla base delle complicanze cardiovascolari dell'obesità. È altresì noto che esiste una connessione ed un "dialogo" bi-direzionale tra cervello ed intestino: tali connessioni sono in massima parte dovute alla liberazione di ormoni e neurotrasmettitori. In un'ulteriore nostra ricerca appena pubblicata sull'International Journal of Molecular Sciences, abbiamo dimostrato come 5 settimane di trattamento con TMS determinano una normalizzazione del contenuto batterico intestinale spiegando quindi, almeno in parte, l'effetto prolungato nel tempo.
La terza ipotesi che stiamo valutando per giustificare scientificamente l'effetto a lungo termine della TMS è un'azione sulla termoregolazione. I soggetti obesi hanno un'alterata termoregolazione che determina da un lato un'alterata dissipazione di calore, dall'altro una ridotta spesa energetica per mantenere la normale temperatura corporea. Utilizzando una termocamera a raggi infrarossi, abbiamo valutato l'effetto di 5 settimane di trattamento mediante TMS sulla capacità di termoregolare dei soggetti obesi dimostrando, anche in questo caso, una tendenza alla normalizzazione.
In conclusione, il trattamento con TMS è efficace e determina con vari meccanismi un effetto duraturo sul calo ponderale in soggetti obesi. Può essere utilizzato come singolo trattamento o può essere associato ad altri trattamenti dell'obesità (dieta, farmaci o anche in caso di fallimento di chirurgia bariatrica). Il nostro Centro, che è stato il primo al mondo a proporre la TMS come terapia dell'obesità, è ora in grado di offrire questa nuova terapia alla popolazione adulta dei soggetti affetti da obesità. ■

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

BIOMARKERS PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER: DAL LIQUOR AL SANGUE

Marta Zuffi
Direttore
Armando Gavazzi
Unità di Neurologia,
Ospedale MultiMedica Castellanza

Fino ai primi anni 2000 la diagnosi di Malattia di Alzheimer dipendeva dai sintomi, dall'esame delle funzioni cognitive e dall'esclusione di altre possibili cause di demenza. Una diagnosi definitiva di Malattia di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD) poteva essere posta solo post-mortem con l'esame autoptico del cervello che permetteva di rilevare la presenza delle placche senili (deposizione di beta-amiloide) e grovigli neurofibrillari intracellulari.
Successivamente, l'immagine strutturale dell'ippocampo mediante Risonanza Magnetica è diventata parte integrante del percorso diagnostico di un paziente con AD. Più recentemente è stata approvata a uso clinico una specifica applicazione della Tomografia ad Emissione di Positroni (PET-PiB) in grado di tracciare la presenza di beta-amiloide nel cervello.

I farmaci attualmente in uso (rivastigmina, donepezil, galantamina, memantina) hanno un effetto solo sintomatico che non sempre viene raggiunto.
Le più recenti sperimentazioni di farmaci contro la Malattia di Alzheimer si sono pertanto concentrate su potenziali farmaci in grado di inibire la beta-secretasi, oppure inibire la gamma-secretasi (gli enzimi che trasformano l'APP in una forma tossica di BetaAmiloide), oppure anticorpi monoclonali che si legano alla beta-amiloide per favorirne l'eliminazione per via renale (clearance).
Numerosi di questi studi, in uno dei quali è stata coinvolta anche l'U.O. di Neurologia dell'Ospedale MultiMedica Castellanza, sono arrivati fino alla fase 3 (di cui tutti abbiamo sentito parlare a proposito delle sperimentazioni di vaccini anti-Covid), cioè la fase che coinvolge un largo numero di pazienti.
Purtroppo questi studi hanno quasi tutti fallito nell'identificare un arresto o un sostanziale rallentamento della malattia, ma l'analisi attenta dei dati ha rilevato come l'errore sia costituito dalla scelta di trattare con queste molecole i pazienti già sintomatici, cioè quando il cervello è già in sofferenza per la presenza di placche senili e grovigli neurofibrillari e la malattia si è già manifestata nel quotidiano.
La strategia vincente sembra essere quella di trattare con questi composti i pazienti prima che sviluppino i sintomi della Malattia di Alzheimer (fase preclinica) oppure in una fase molto precoce della malattia (Mild Cognitive Impairment - MCI, caratterizzato da sintomi lievi ed isolati di memoria).
Ecco quindi che nel prossimo futuro diventa fondamentale individuare dei biomarkers in grado di identificare i pazienti nella fase molto iniziale di malattia o addirittura nella fase di pre-demenza, cioè in persone che abbiano sintomi molto lievi o non abbiano ancora sviluppato sintomi.

Allo stato attuale, le metodiche riconosciute dalle Società Scientifiche americane ed europee quali markers biologici affidabili per i criteri da utilizzare nella diagnosi di AD, nella differenziazione fra AD e MCI e nella predizione di un successivo esordio di AD sono:
- la volumetria dell'ippocampo (tramite Risonanza Magnetica);
- la PET FdG (cioè quell'applicazione della PET che utilizza il tracciante glucosio alla ricerca di un ipometabolismo del cervello, tipicamente nelle regioni posteriori del cervello);
- la PET amiloide (che usa il tracciante chiamato PiB alla ricerca delle placche di BetaAmiloide);
- l'analisi del liquor cefalorachidiano per la ricerca di diminuzione di beta-amiloide42 e l'incremento di proteina tau e tau iperfosforilata.
Tra queste, l'ultima è la metodica più facilmente applicabile e più sostenibile nei costi per il Sistema Sanitario Nazionale.

Il liquido cefalorachidiano (CFS o liquor) è in contatto con lo spazio cerebrale extracellulare e quindi i cambiamenti biochimici nel cervello trovano un riflesso nel CSF stesso.
Un marcato decremento di beta-amiloide42 e un marcato aumento di proteina tau nel liquor sono attualmente usati per diagnosticare la Malattia di Alzheimer, anche se attualmente il parametro più accurato nel differenziarla da altre malattie neurodegenerative (Malattia a corpi di Lewy diffusi, la Demenza Frontale, la Demenza Vascolare) sembra essere il rapporto ridotto fra beta-amiloide42 e beta-amiloide40.
Uno studio su persone affette da forme familiari della Malattia ha indicato che la riduzione di beta-amiloide42 nel liquor inizia circa 25 anni prima dell'esordio dei sintomi, e che l'aumento di proteina tau nel liquor e i depositi di amiloide rilevati da PET PiB possono essere determinati 15 anni prima dell'inizio della malattia.

In conclusione, si può certamente dire che i biomarkers sul liquor sono stati studiati ormai per più di 20 anni e alcuni markers consistenti e solidi sono stati identificati per la diagnosi, la prognosi e in alcuni casi anche per la predizione della Malattia di Alzheimer.
La determinazione su liquor di questi biomarkers aumenta sensibilmente l'accuratezza diagnostica ma non si può pensare di utilizzare una metodica come questa su larga scala sulla popolazione sana, per l'invasività della puntura lombare per prelevare liquor.

Le analisi su sangue ovviamente sarebbero le perfette candidate per uno screening di massa, ma siamo ancora lontani dalla definizione di uno standard di procedura.
I livelli di beta-amiloide (42 e 40) su liquor, che hanno dimostrato la consistenza maggiore nel diagnosticare l'AD, sono stati ovviamente studiati anche nel sangue dei malati, ma durante la prima decade degli anni 2000 i risultati in questo senso sono stati deludenti e ancora una volta contraddittori.
La tecnologia biochimica più avanzata dell'ultimo decennio ha consentito di evidenziare alcuni parametri (bassi livelli di beta-amiloide42 e ancor più bassi livelli del rapporto fra beta-amiloide42 e altre forme di beta-amiloide non tossiche), che sembrano poter diagnosticare l'AD in modo sufficientemente accurato.
Anche il dosaggio ematico di proteina tau ha seguito le innovazioni tecnologiche più recenti divenendo via via più sensibile e specifico nella diagnosi di Malattia di Alzheimer.
In ogni caso sembra che la diminuzione di beta-amiloide42 combinata con l'incremento di proteina tau181 sia un pattern tipico della prima fase della malattia.
Sono in corso numerosi studi volti ad analizzare il comportamento di altre proteine, lipidi e metaboliti ematici.

Attualmente non esistono terapie in grado di fermare la progressione della Malattia di Alzheimer, mentre è chiaro che le terapie in grado di prevenire lo sviluppo della malattia (ad esempio gli anticorpi monoclonali) devono essere iniziate nella fase preclinica. È quindi necessario indirizzare la ricerca ad approntare nuovi target per una diagnosi il più precoce possibile di un processo di malattia in corso, magari privilegiando campioni meno invasivi (sangue) o addirittura non invasivi (urine e saliva) in grado di essere utilizzati nella popolazione sana.
È facile pronosticare che i biomarkers ematici costituiranno nei prossimi anni gli oggetti privilegiati di studio per una diagnosi precoce e uno screening di rischio AD. ■

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

TROMBOSI: PERCHÉ AMA LE DONNE?

Massimiliano Martelli
Direttore Unità di Chirurgia Vascolare,
IRCCS MultiMedica

Fino a pochi anni fa le ricerche epidemiologiche avevano rassicurato le donne sull'aggressività delle malattie vascolari, evidenziandone una maggiore incidenza negli uomini, e lasciando supporre che le donne fossero protette, probabilmente dagli ormoni femminili. Oggi è sempre più chiaro che le donne sono meno colpite dalle malattie vascolari fino ai 50 anni, ma con il passar degli anni perdono questo vantaggio.

Dopo la menopausa la protezione legata all'assetto ormonale viene meno, e lascia le donne esposte al rischio di incorrere in un ictus o in un infarto, spesso sottovalutato. Le arterie e le vene delle donne si ammalano quanto e come quelle degli uomini: e quando la trombosi colpisce ha una prognosi nettamente più sfavorevole. Le donne colpite da infarto o da ictus muoiono più degli uomini: forse anche per un ritardo nella diagnosi e quindi nella cura, legato alla diffusa ed errata convinzione che queste malattie nelle donne siano meno probabili. In Europa 55 donne su 100 muoiono per malattie vascolari, e 40 uomini su 100: l'ictus è nell'uomo la terza causa di decesso, nella donna la seconda. Eppure solo 13 donne su 100 considerano le malattie da trombosi come un nemico da combattere: la trombosi è invece la minaccia più grave per la qualità e per la durata della loro vita futura. Credendo di essere protette, le donne fanno meno attività fisica, non controllano il livello del colesterolo (40% oltre i 55 anni l'hanno elevato), né la pressione (oltre i 45 anni solo metà l'ha accettabile), fumano e non vogliono smettere, sono in sovrappeso, hanno il diabete e non lo sanno. Le donne sono diverse dagli uomini, non soltanto per l'aspetto anatomico, ma anche per le loro caratteristiche biologiche e fisiologiche: soffrono più spesso di anemia, hanno arterie più piccole che si ammalano in modo più subdolo. Gli ormoni naturali che circolano nel sangue di una donna in età fertile sono protettivi verso ogni forma di trombosi, mentre quelli sintetici (pillola, terapia ormonale sostitutiva) al contrario sono pro-trombotici. Il sovrappeso e l'obesità sono fattori di rischio per malattie da trombosi arteriosa e venosa. Inoltre, la gravidanza e la pillola contraccettiva aumentano la trombofilia (eccessiva tendenza del sangue a coagulare) per le under 30. La gravidanza provoca un rallentamento del circolo nelle vene delle gambe, perché il progressivo e inevitabile aumento di volume dell'addome comprime le vene che riportano il sangue al cuore; gli ormoni della gravidanza alterano l'equilibrio fra fattori pro e anti-coagulanti. Questo disordine può, in alcune donne che hanno una familiarità per trombosi o hanno un sistema della coagulazione già tendente a coagulare troppo, provocare una trombosi, di solito nelle vene delle gambe, a volte in altri organi. La trombosi comunque anche in gravidanza può essere curata, con farmaci che non oltrepassano la barriera placentare (EPBM) e non raggiungono il feto. Le donne inoltre sono soggette a sviluppare un'insufficienza venosa cronica agli arti inferiori con vere e proprie vene varicose con una incidenza 3-4 volte maggiore che nel sesso maschile. I contraccettivi ormonali possono favorire la trombosi. Su 1000 donne che li utilizzano 5 rischiano di avere una trombosi: essa si può manifestare in qualunque distretto, più spesso quello venoso. Ogni donna può ridurre il rischio di trombosi correlato, sapendo, per esempio, che il fumo di sigaretta quadruplica il rischio di trombosi venosa in giovani donne che fanno uso della pillola anticoncezionale.

La triade di Virchow descrive le tre grandi categorie di fattori di rischio che si ritiene contribuiscano sinergicamente alla trombosi: l'ipercoagulabilità del sangue, le variazioni emodinamiche (il rallentamento di flusso, la stasi, le turbolenze come nelle vene varicose) e le disfunzioni dell'endotelio della parete del vaso sanguigno. I fattori della coagulazione del sangue (da I a XIII) sono proteine che servono a formare un coagulo che ha la funzione di arrestare un'emorragia o di guarire una ferita; ogni fattore attiva "a cascata" quello successivo, ma nello stesso tempo allerta gli anti-coagulanti, che debbono impedire una coagulazione eccessiva.

Se i fattori pro-coagulanti sono imperfetti o troppo abbondanti, o se gli anticoagulanti sono scarsi o malfunzionanti, il sistema può sfuggire al controllo e produrre un eccesso di coagulazione, che porta alla formazione di un trombo. Un fattore V mutato (mutazione Leiden) può non essere in grado di allertare il sistema degli anticoagulanti, soprattutto in concomitanza con fattori di rischio interferenti, come la pillola, il fumo, la gravidanza, la circolazione venosa rallentata: la probabilità di trombosi in donne con la mutazione è più alta rispetto alle donne con un fattore V normale. Circa 2 donne su 100 hanno questa mutazione nella popolazione generale, ma non tutte debbono per forza sviluppare una trombosi: la mutazione non è una malattia, è un difetto e provoca malattia solo se si accompagna ad altri fattori di rischio. Quanto detto per il fattore V Leiden vale anche per la mutazione della Protrombina.

La Metilen Tetra Hidro Folato Reduttasi o MTHFR è un enzima, uno spazzino che deve eliminare dal sangue l'eccesso di omocisteina, derivato dalla metionina che assumiamo con il cibo. Se lo spazzino è difettoso (mutato), oppure non ha sufficiente "carburante" a disposizione (vitamine B) può non riuscire a far bene il suo lavoro: i livelli di omocisteina nel sangue aumentano con un conseguente aumento del rischio trombotico. Se l'omocisteina si mantiene bassa, anche in presenza di un enzima difettoso, il rischio di trombosi è uguale a quello di coloro che non hanno il difetto. Elevati livelli di omocisteina possono essere normalizzati con l'utilizzo di vitamine del gruppo B. L'omocisteina sembra aumentare nelle fumatrici. Con il passare degli anni la parola d'ordine diventa prevenire. Con l'invecchiamento, naturale, inevitabile e progressivo, la pressione del sangue può aumentare: fra i 30 e i 45 anni 25 donne su 100 sviluppano ipertensione. Se viene identificata presto, potrà essere corretta con interventi sullo stile di vita senza ricorrere ai farmaci: consumando meno sale, riducendo il peso, eliminando il fumo, aumentando l'attività fisica. Negli ultimi 20 anni in Italia le donne fumano di più: 24 su 100. Non a caso si sono registrati più casi di trombosi coronarica nelle donne. Il fumo danneggia tutti gli organi, le arterie, i denti, le corde vocali e aumenta il rischio di sviluppare il diabete. Inoltre, riduce la riserva di ossigeno necessaria a tutte le cellule, alle fibre muscolari, al cuore, al cervello, a tutti gli organi e provoca l'aumento di alcuni fattori procoagulanti nel sangue (VII, VIII, fibrinogeno).

Un recente studio ha sottolineato che le donne sotto stress, scontente ed oberate di impegni e di responsabilità (soprattutto se con bassi livelli di autostima) corrono il rischio di andare incontro a depressione: questo stato costituisce un ulteriore fattore di rischio.

In conclusione, penso che oggi essere donna sia una sfida continua con gli impegni sociali, professionali e familiari; questo mette a dura prova l'universo femminile che come abbiamo detto è predisposto alla trombosi. Ma se la "trombosi ama le donne", è anche vero che si può far fronte a questa condizione se "le donne amano se stesse" e la propria salute. ■

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

TUMORE AL TESTICOLO: DALLA DIAGNOSI ALL'INTERVENTO

Angelo Naselli
Co-Direttore Unità di Urologia,
Gruppo MultiMedica

Il tumore del testicolo rappresenta l'1% di tutte le neoplasie dell'uomo. In realtà, per quanto possa apparire diversamente, è una percentuale significativa, in quanto riguarda per lo più i giovani adulti. Infatti, la sua incidenza è concentrata nella terza e nella quarta decade di vita.

Non esiste alcun stile di vita o fattore ambientale noto collegato all'insorgere della malattia. Si sa solo con certezza che se un testicolo non è disceso alla nascita (condizione definita criptorchidismo) ha una maggiore probabilità di sviluppare la neoplasia nel corso della vita. Invece l'impatto dell'ipospadia (ovvero la presenza del meato uretrale in posizione ventrale sul pene, un'anomalia congenita dell'apparato urinario), la sub/infertilità, la familiarità tra consanguinei di primo grado, sono fattori di rischio con un impatto decisamente minore e comunque non acclarato con certezza.

Diagnosi
La diagnosi di solito è fatta dal medico su indicazione del paziente. Infatti, nella maggior parte dei casi, la neoplasia si presenta come una massa intrascrotale, indolente, di nuova insorgenza, che insospettisce il paziente e lo porta alla visita dal Medico di Medicina Generale prima e all'Urologo dopo. La diagnosi di sospetto è quindi esclusivamente clinica. L'alfafetoproteina e la beta gonadotropina corionica sono dei marcatori dosabili tramite prelievo ematico che, se elevati, rendono certa la natura neoplastica di una massa testicolare, prima ancora dell'asportazione del tumore e dell'esame istologico da parte del Patologo. A supporto del sospetto clinico, in assenza di marcatori elevati, c'è l'ecografia doppler del testicolo, che solitamente dimostra una nodulazione intratesticolare ben vascolarizzata meno ecogena rispetto al tessuto sano circostante. Ulteriori indagini quali la tomografia assiale computerizzata, la risonanza magnetica nucleare o la tomoscintigrafia globale corporea servono a capire se la neoplasia è confinata al suo sito di origine, il testicolo, o diffuso altrove (stadiazione della neoplasia).

Trattamento
Il trattamento del tumore del testicolo è chirurgico e comporta l'asportazione del testicolo, dei suoi annessi e del cordone che lo collega all'addome che si chiama funicolo spermatico. Raramente, in particolare per i pazienti con un solo testicolo e masse di dimensioni contenute totalmente intratesticolari, è percorribile una chirurgia di risparmio con l'asportazione selettiva del nodulo. L'accesso chirurgico si ha attraverso un'incisione inguinale centimetrica che consente l'accesso diretto al funicolo e quindi ai vasi sanguigni che irrorano il testicolo. In caso di diagnosi dubbia si procede a estrarre il testicolo e i suoi involucri dallo scroto e quindi effettuare una biopsia del nodulo che viene immediatamente esaminata dal Patologo. Diversamente, se la diagnosi è certa, si procede direttamente a legare i vasi, sezionare il deferente ed asportare funicolo e testicolo. Alla fine della procedura può essere introdotta una protesi in silicone nello scroto che simula la presenza del testicolo con finalità estetica e per limitare l'impatto psicologico dell'asportazione dell'organo.
Prima e dopo l'intervento si esegue il dosaggio di marcatori di neoplasia. Il fatto che siano normali non esclude mai la presenza di una neoplasia ma se sono elevati la prognosi può peggiorare, in particolare se non si azzerano dopo l'asportazione del tumore.
Asportato il testicolo sarà eseguito un esame istologico che servirà a tipizzare la malattia. Esistono 2 grandi gruppi di tumori al testicolo, i seminomi e i non seminomi; in generale i seminomi hanno una prognosi migliore a parità di diffusione della malattia rispetto ai non seminomi. Se la neoplasia interessa le linfoghiandole o si ha il ragionevole dubbio che possano essere interessate, sarà eseguita una chemioterapia o una radioterapia. Se sono interessati altri organi la chemioterapia rimane l'unica opzione. In caso di persistenza di malattia la chirurgia rimane ancora una valida opzione per l'asportazione delle metastasi. In ogni caso la prognosi è sempre molto buona. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 67% dei casi nel gruppo a prognosi peggiore e del 96% nel gruppo a prognosi migliore. Si tenga presente che la maggior parte dei casi alla diagnosi rientrano nel gruppo a prognosi migliore.

Dato che il principale fattore che definisce la prognosi è la diffusione della malattia, è vitale la diagnosi precoce (prevenzione secondaria). In considerazione di quanto esposto, l'autopalpazione dei testicoli è di fondamentale importanza e dovrebbe essere regolarmente eseguita dai giovani adulti a cadenza periodica. ■

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

RADIOTERAPIA: TECNOLOGIA ALL'AVANGUARDIA AL SERVIZIO DEI PAZIENTI

Margherita Hassan

Un'importante novità per tutti i pazienti oncologici dell'area ovest milanese e della provincia di Varese. Nel corso dell'estate sono terminati i lavori di ristrutturazione e aggiornamento tecnologico del Servizio di Radioterapia dell'Ospedale MultiMedica di Castellanza. Lavori che sono stati fortemente voluti dal Direttore interaziendale della Radioterapia del Gruppo MultiMedica, dr. Gianpiero Catalano, e che hanno trovato il supporto della Proprietà e della Direzione del nostro Gruppo, anche in un periodo molto delicato come quello che stiamo vivendo.

In particolare, l'Acceleratore Lineare (LINAC) del reparto è stato sostituito con un macchinario di ultimissima generazione. "Il Gruppo MultiMedica ha, da sempre, investito ingenti risorse per dotarsi della migliore tecnologia disponibile", spiega il dr. Catalano, "e questo nuovo macchinario ne è la conferma. Analogamente a quanto fatto qualche anno fa a Sesto San Giovanni, si è deciso di fornire ai nostri pazienti quanto di meglio il mercato possa offrire.

Il nuovo LINAC, un Versa HD prodotto dalla multinazionale anglo-svedese Elekta, è attrezzato per l'esecuzione delle più moderne modalità di irradiazione; potranno essere quindi proposte tecniche a modulazione di intensità (Intensity Modulated Radiotherapy – IMRT), trattamenti di Radioterapia guidata dalle immagini (Image-guided Radiotherapy – IGRT) e di Radioterapia stereotassica (Stereotactic Radiotherapy – SRT). Queste tecniche sono oggi raccomandate per buona parte delle patologie oncologiche, con grande risparmio dei tessuti sani e ridotta tossicità dei trattamenti. In aggiunta, l'elevata selettività offerta da queste metodiche consente in molti casi di eseguire la cura in un numero più ridotto di sedute, con evidenti vantaggi biologici e logistici.

Un'ulteriore caratteristica di questa apparecchiatura è legata alla possibilità di emettere fasci di radiazione più "concentrati", con una riduzione dei tempi di erogazione delle sedute. In tutti i LINAC è infatti presente un dispositivo, il "Flattening Filter" (filtro di attenuazione - FF), che serve a omogeneizzare l'energia e l'intensità del fascio di Raggi X durante l'erogazione di un trattamento convenzionale. Nei trattamenti stereotassici, per i quali è necessario somministrare in poche sedute (anche una sola sessione come nel caso della Radiochirurgia) elevate dosi di radiazioni ad un volume molto limitato, il FF condiziona la durata di ciascuna seduta e limita l'efficienza del fascio di radiazioni. Il nuovo LINAC consente di eliminare quando necessario questo dispositivo, con un aumento della dose erogata al secondo; ciò è particolarmente vantaggioso nelle terapie polmonari, in cui è possibile eseguire il trattamento in un tempo molto limitato, minimizzando l'impatto dei movimenti del tumore legati al respiro.

È evidente che queste metodiche siano molto più complesse rispetto ai tradizionali trattamenti e per questo motivo, durante il periodo di sospensione dell'attività, è stato pianificato un training per tutto il personale sanitario coinvolto, sfruttando anche le competenze già acquisite nella sede di Sesto San Giovanni, dove alcune di queste terapie sono già sviluppate.

L'aggiornamento non ha riguardato solo il LINAC, poiché è stato eseguito un upgrade complessivo dei sistemi di pianificazione dei trattamenti e di tutta la piattaforma informatica che regola e controlla l'intero processo di cura; queste attività sono state condotte in comunione con la sede di Sesto San Giovanni in modo da poter disporre in futuro di un Dipartimento di Radioterapia che, pur dislocato in due sedi, sia nei fatti una realtà tecnologicamente avanzata e omogenea".

"Questo aspetto è di particolare importanza", continua il dr. Catalano, "poiché è noto quanto la tecnologia in Radioterapia sia fondamentale e che ancora oggi esista una grossa eterogeneità in questo senso lungo il territorio nazionale. È giusto ricordare che la Radioterapia è indicata in oltre la metà dei malati di cancro, con uno scenario destinato ad aumentare; entro i prossimi cinque anni, secondo una stima della Società Europea di Radioterapia, le indicazioni cliniche ai trattamenti radioterapici subiranno infatti un incremento di oltre il 15% rispetto alle richieste attuali ed è necessario che le strutture dispongano di apparecchiature performanti. In ambito nazionale l'Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia Clinica, del cui Direttivo nazionale faccio parte, è molto attenta a queste problematiche e collabora con le Istituzioni per garantire un omogeneo aggiornamento tecnologico e un adeguato sviluppo del know-how necessario. Proprio recentemente il Ministero della Salute ha presentato i risultati di un rapporto dal quale emerge che più del 30% delle apparecchiature per Radioterapia abbia un'età superiore a 10 anni con un significativo impatto sulla capacità di eseguire trattamenti di ultima generazione.

Non va, inoltre, dimenticato che, sebbene le risorse economiche necessarie a implementare questo tipo di trattamenti siano ingenti, le voci di spesa per la Radioterapia sono di gran lunga inferiori a quanto richiesto per molti farmaci di nuova generazione.

In quest'ottica è importante ragionare con logiche di rete, integrazione di competenze e di tecnologia, allo scopo di migliorare le possibilità di cura per i nostri pazienti. MultiMedica è da sempre attenta a questi aspetti e la sua struttura organizzativa bene si presta a implementare percorsi condivisi interdisciplinari".

"Gli Stakeholders regionali", conclude Catalano, "vigilano costantemente affinchè le Strutture Sanitarie private accreditate si integrino adeguatamente alle Aziende Ospedaliere pubbliche, in modo da garantire percorsi di diagnosi e cura ottimizzati. Posso dire che la nostra Radioterapia è da tempo un riferimento costante per le altre realtà del territorio, grazie a specifiche convenzioni stipulate con gli Enti ove questa risorsa non è disponibile. Per tale motivo considero questo aggiornamento non solo un importante risultato nell'immediato, ma anche un significativo punto di partenza a medio-lungo termine, allo scopo di consolidare la posizione che il nostro Gruppo ha raggiunto in ambito oncologico nelle Province di Milano e Varese". ■

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

DIVENTARE MAMMA DOPO I 40 ANNI

Stefano Bianchi

Direttore del Dipartimento Materno-Infantile,
Ospedale San Giuseppe/Università degli Studi di Milano

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un evidente aumento dell'età materna, soprattutto per quanto riguarda la prima gravidanza. Tale fenomeno emerge chiaramente anche dai dati ISTAT che mostrano come nel 2018 l'età media delle mamme al loro primo parto fosse di 31,2 anni, superiore di ben 3 anni alla media registrata nel 1995.

Nello stesso periodo i tassi di fecondità sono cresciuti sensibilmente nelle donne di età superiore ai 30 anni, in contrapposizione alla continua diminuzione tra le donne più giovani. Il fenomeno è ancora più accentuato considerando le sole cittadine italiane. Le ragioni di questo cambiamento sono complesse e probabilmente alla base anche del marcato declino delle nascite nel nostro paese. Una delle conseguenze dell'aumento dell'età materna media consiste, almeno teoricamente, nell'aumento del rischio ostetrico, ovvero delle complicanze che possono verificarsi nel corso della gravidanza e del parto. Infatti l'età materna avanzata è considerata un fattore di rischio indipendente e significativo per molteplici complicanze ostetriche. Il tema è in realtà dibattuto, ed i dati scientifici ed epidemiologici non sono sempre facilmente ed univocamente interpretabili. Innanzitutto è importante sottolineare che non esiste un consenso unanime sulla definizione di età materna avanzata, generalmente definita come età materna superiore ai 35 anni, mentre al di sopra dei 40 anni si parla di età materna molto avanzata e dai 45 anni si parla di età materna estremamente avanzata. Questa stratificazione anagrafica dovrebbe corrispondere a differenti profili di rischio, ma non sempre la frequenza delle complicanze ostetriche risulta distribuita in modo significativamente diverso nelle tre fasce di età.

La maggior parte degli studi concorda sul fatto che l'età materna avanzata sia legata ad un aumento di esiti avversi sia materni che perinatali, come l'aborto spontaneo, la preeclampsia, il diabete gestazionale, le anomalie placentari, il ritardo di crescita intrauterino (IUGR), la prematurità, la morte endouterina del feto (MEF) e il taglio cesareo urgente o di necessità.

L'età materna è certamente un fattore di rischio significativo ed indipendente per l'aborto spontaneo, che dopo i 40 anni si osserva in circa il 25% delle gravidanze. Esiste una spiegazione biologica estremamente plausibile di questo fenomeno, che viene attribuito alla maggior frequenza di errori di separazione del materiale genetico nel processo che porta alla formazione dei gameti femminili, la cellula uovo o oocita, che si verificano più frequentemente con l'avanzare dell'età materna. I feti che hanno nel loro materiale genetico questo tipo di errori vanno più frequentemente incontro ad aborto, anche se una parte di essi, in modo particolare quelli affetti dalla cosiddetta Sindrome di Down, possono sopravvivere sino alla nascita e avere una vita adulta. Ad oggi non conosciamo una soluzione a questo problema ma dobbiamo limitarci allo studio del feto in utero mediante le cosiddette tecniche di diagnosi prenatale, tecniche che possono essere diagnostiche o di screening. Queste ultime hanno conosciuto importanti progressi nell'ultimo decennio ed oggi sono considerate molto affidabili anche se non possono sostituire le classiche procedure diagnostiche invasive, come l'amniocentesi ed il prelievo dei villi coriali. Le tecniche di screening consistono nel test combinato, ovvero la sintesi matematica dei risultati di un'ecografia e dell'analisi sul sangue materno di due molecole di origine placentare, e nell'analisi dei frammenti di DNA fetale presenti nel sangue materno, che permette mediante sofisticate tecniche di genetica molecolare di stabilire il rischio di anomalie cromosomiche in modo molto accurato. Queste tecniche possono essere impiegate anche nelle donne con età più avanzata, ma solo dopo una consulenza che spieghi in modo adeguato quale sia effettivamente il test più adatto al rischio specifico.

Le complicanze ostetriche diverse dall'aborto nelle gestanti di età avanzata sono correlate non solo al processo di invecchiamento, ma anche a fattori coesistenti come la gestazione multipla (spesso associata a tecniche di procreazione medicalmente assistita), una parità più elevata, e condizioni mediche croniche che hanno meno probabilità di essere osservate nelle donne più giovani. Infatti la prevalenza di malattie cardiovascolari, metaboliche, renali e autoimmuni, aumenta con l'avanzare dell'età. Queste condizioni rappresentano tutte fattori di rischio per la gravidanza e, insieme al sovrappeso, anch'esso più frequente nelle donne meno giovani, giustificano in buona parte l'aumento di esiti ostetrici e perinatali sfavorevoli osservati nelle donne con età più avanzata, in particolare dopo i 40 anni.

Un contributo significativo al notevole aumento di mamme con età al primo figlio superiore ai 40 e spesso anche ai 45 anni è dato certamente dalle tecniche di riproduzione assistita. In particolare il ricorso alle tecniche di procreazione eterologa ha permesso a molte donne di età vicina o superiore a quella del fisiologico esaurimento del potenziale riproduttivo di ottenere uno o più concepimenti, rendendo relativamente frequente l'osservazione di gravidanze in età prima considerata ai limiti delle possibilità biologiche.

Nella sala parto dell'Ospedale San Giuseppe, situato in una zona centrale di Milano, città che è tra i centri con il più frequente ricorso alle tecniche di riproduzione assistita, abbiamo osservato negli ultimi anni un crescente numero di donne gravide in età avanzata. In particolare negli ultimi due anni 304 donne di età superiore ai 40 anni sono state seguite ed hanno partorito in San Giuseppe. L'analisi degli esiti ostetrici e perinatali ha permesso di concludere che la frequenza di complicanze significative non era chiaramente superiore in questo gruppo di donne rispetto a quelle più giovani che hanno partorito nello stesso periodo, pur registrando alcune differenze nelle complicanze minori. In particolare, nel gruppo di donne con età superiore a 40 anni è stata registrata una frequenza più elevata di ipertensione gestazionale, nati pretermine e tagli cesarei urgenti, ma non abbiamo osservato un aumento di casi di preeclampsia, diabete gestazionale, episiotomia, necessità di trasfusione materna e ipossia fetale. Il maggior ricorso al taglio cesareo in questa popolazione è apparso giustificato dalla maggior frequenza di induzione del travaglio e dalla propensione del medico, e della stessa paziente, a ricorrere più prontamente al taglio cesareo in presenza di potenziali elementi di rischio.

Dobbiamo quindi concludere che la gravidanza ed il parto dopo i 40 anni siano sicuri quanto nelle donne più giovani? La risposta appare condizionata da due fattori principali: la popolazione in esame e le strategie preventive. Il basso tasso di patologie croniche preesistenti alla gravidanza nelle nostre mamme over 40 può in parte spiegare perché l'età materna avanzata non abbia avuto effetti significativi sulla maggior parte degli esiti ostetrici analizzati. In secondo luogo tutte le pazienti meno giovani sono state seguite come gravidanze "a rischio" e strettamente monitorate nel corso della gravidanza.

In conclusione, possiamo ritenere che la gravidanza dopo i 40 anni possa essere un'esperienza sostanzialmente sicura e con pochi rischi nelle donne che non presentano patologie o condizioni di rischio note preesistenti, e a condizione che sia possibile effettuare un controllo attento della gravidanza e garantire un'assistenza adeguata al momento del parto. ■

Per appuntamenti: sportello.nascite@multimedica.it

ALLUCE VALGO: UN PASSO AVANTI CONTRO IL DOLORE

Andrea Berardi
Direttore dell'Unità di Ortopedia e Traumatologia,
IRCCS MultiMedica

L'alluce valgo è una patologia evolutiva molto comune dell'avampiede caratterizzata da una deformazione a carico del primo dito del piede.
L'alluce appare deviato lateralmente verso le altre dita, con contemporanea sporgenza mediale del primo osso metatarsale.
Il cattivo allineamento assiale dell'alluce verso l'esterno gradualmente provoca un'usura della cartilagine articolare e una deformità interna dell'articolazione metatarso-falangea, con comparsa di dolore e riduzione di movimento.

Cause

Le cause possono essere molteplici e si distinguono in congenite e acquisite.
Le congenite comprendono malformazioni alla nascita (es. piedi piatti), ipoplasie delle ossa metatarsali, vizi assiali delle ginocchia (ginocchio valgo), ipotonie muscolari secondarie a malattie neurologiche, predisposizione genetica (anamnesi familiare positiva).
Le acquisite sono da ricondurre ad utilizzo di calzature improprie per la fisiologia del piede (punta stretta, pianta stretta o tacco troppo alto) che costringono l'alluce a rimanere in una posizione innaturale, esiti di fratture a carico del piede, aumento ponderale di peso, alterazioni di postura o importante regressione del tono muscolare, retrazioni elastiche del tendine achilleo, patologie reumatiche come l'artrite reumatoide o la gotta, alcune malattie neuromuscolari o del tessuto connettivo spesso su base autoimmune.

Manifestazione

È una patologia che colpisce più frequentemente le donne rispetto agli uomini e si manifesta maggiormente in età evoluta o comunque dopo la quinta decade di vita.
Le fasi iniziali della patologia si manifestano con progressiva deformità dell'asse meccanico dell'alluce con modesta sintomatologia dolorosa, spesso indotta dall'utilizzo di calzature con tacco rialzato e avampiede stretto. Posizioni a lungo in piedi, lunghe camminate o attività sportive come il running possono scatenare fasi dolorose. Tale condizione, spesso intermittente, soprattutto nella donna può durare anni. Con il progredire della patologia la deformità si evidenzia sempre di più accompagnandosi ad ispessimento mediale della pelle alla base dell'alluce.
La pelle appare dura e callosa, occasionalmente arrossata a causa della formazione di una borsite metatarso-falangea secondaria alla sporgenza ossea.
L'osso della testa del primo metatarso gradualmente aumenta di spessore e volume, producendo deformità e protuberanze visibili e palpabili medialmente all'alluce. La patologia può evolvere con deviazione laterale del primo dito sempre maggiore, sottraendo spazio al 2° e 3° dito del piede fino a sovra o sottoporsi alle stesse o addirittura causando un 2° dito a martello.
L'evoluzione della patologia evidenzia sempre più frequentemente il dolore anche per attività e richieste funzionali modeste fino a presentarsi anche a riposo. La mobilità dell'alluce gradualmente si riduce per l'alterazione elastica della capsula articolare, per la riduzione del mantello cartilagineo e per la formazione di asperità ossee della metatarso-falangea, chiamate osteofiti.
Una delle complicanze dell'alluce artrosico non trattato è l'alluce rigido con radicale modifica dell'eventuale trattamento chirurgico (artrodesi).
È sempre più difficile utilizzare le calzature, che gradualmente producono alterazioni di forma e obbligano il paziente a ricercare scarpe dedicate o compatibili con la propria deformità.

Diagnosi

Generalmente, l'osservazione clinica è sufficiente per diagnosticare l'alluce valgo, in quanto la deformità risulta chiara e ben evidente. La valutazione clinica con l'anamnesi e con l'esame obiettivo deve evidenziare la qualità elastica dell'articolazione metatarso-falangea dell'alluce, lo stato di libertà delle dita limitrofe, delle articolazioni del meso e retropiede.
È importante rilevare le caratteristiche posturali del paziente, le linee di lavoro in carico e in dinamica del piede e della caviglia. La diagnostica radiologica deve essere eseguita con radiografie in carico con proiezioni dorso–plantari ed eventualmente con l'ausilio di una risonanza magnetica nucleare (RMN) per valutare al meglio la vascolarizzazione ossea delle teste dei metatarsi o lo stato di usura della cartilagine articolare, qualora vi fosse il sospetto di una necrosi ossea metatarsale.

Trattamento

La scelta del trattamento dipende dalla genesi della deformità, dalla gravità del disturbo e dalla quantità del dolore provocato.
Nei casi meno gravi si può prevedere un trattamento conservativo che consiste nell'uso di calzature comode che permettano alle dita dei piedi di avere molto spazio.
Trattare alterazioni posturali con terapia fisica e ginnastiche di allungamento muscolotendineo dell'achilleo e tonificazione dei muscoli cavizzanti del piede, ginnastiche assistite e autogestite di mobilizzazione articolare delle dita del piede.
Nelle fasi iniziali possono essere utili tutori separadito di neutralizzazione delle deformità per rilassare la capsula articolare alla notte, utilizzare dei cuscinetti separa dita e plantari correttivi di sostegno della volta plantare per distribuire uniformemente il peso del corpo e la pressione nella deambulazione.
Utilizzare farmaci antidolorifici, pomate antinfiammatorie (FANS) ed eventuali trattamenti locali con FANS in presenza di borsite metatarso-falangea.
La terapia definitiva in condizioni non migliorabili o correggibili con il trattamento conservativo diventa chirurgica con l'intento di restituire all'alluce il suo asse e la posizione anatomicamente corretta attraverso la rimozione del tessuto osseo in eccesso e la correzione ossea metatarsale e/o falangea (osteotomia).
L'ospedalizzazione può essere generalmente in regime di Day Hospital, l'anestesia è generalmente locoregionale o spinale. La chirurgia prevede una attenta e corretta pianificazione pre-intervento per poter eseguire la tecnica chirurgica più appropriata.
La correzione metatarsale prevede un'incisione cutanea per poter esporre l'articolazione ed eseguire la resezione ossea (osteotomia) nella sede ritenuta più opportuna. Sono a disposizione del chirurgo svariate metodiche per effettuare l'osteotomia. La stabilizzazione ossea della nuova e corretta posizione si ottiene con l'infissione (osteosintesi) di vitine o fili metallici in titanio. Oggi sono possibili tecniche con metodica tradizionale definita a cielo aperto e tecniche di mini invasività che riducono l'incisione cutanea e favoriscono la velocità di guarigione. Ovviamente le metodiche sono molto soggettive, opinabili dal chirurgo e dal grado di deformità e correzione ossea da eseguire.
Il trattamento post operatorio prevede un carico immediato con scarpe/pantofole post-operatorie dedicate da portare per 4 settimane ed un'eventuale assistenza delle stampelle in base alle capacità di coordinazione e di equilibrio del paziente. A 4 settimane viene eseguito un controllo radiografico e clinico, si valuta il corretto decorso delle osteotomie, si abbandona la scarpa post-operatoria per tornare gradualmente ad una calzatura comoda. Il ripristino di condizioni normali in assenza di gonfiore e una piena ripresa dell'attività fisico-sportiva non avviene generalmente prima di 3 mesi circa dall'intervento. ■

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

buono & sano

COME LEGGERE LE ETICHETTE DEGLI ALIMENTI SENZA LASCIARSI INGANNARE

Angela Valentino
Biologa - Nutrizionista,
Ospedale MultiMedica Castellanza

L'etichetta alimentare è come la carta d'identità del prodotto: in essa, il produttore descrive le caratteristiche, le informazioni essenziali e non, e nello stesso tempo orienta il consumatore nella scelta del prodotto stesso in termini di qualità e consapevolezza. In questo modo, il consumatore da passivo diviene attivo nella scelta degli alimenti che andranno a condizionare la sua educazione alimentare.

Avete mai provato a leggere un'etichetta alimentare?
Accade spesso di acquistare un alimento per gusto, piacere o "influenza pubblicitaria" e non perché sia stata visualizzata la sua etichetta riportata sulla confezione. Altre volte ancora è la confezione stessa del prodotto a catturare l'attenzione, riportando un'indicazione approssimativa e non necessariamente riferita all'aspetto reale del prodotto.
È importante leggere con attenzione l'etichetta, ma spesso la fretta, la pigrizia, i caratteri piccoli, le immagini ingannevoli e l'ampia offerta dello stesso prodotto prendono il sopravvento e quel piccolo elenco che custodisce informazioni davvero importanti non viene considerato.
Questa piccola guida ci permetterà di acquistare i prodotti con la finalità di perseguire un acquisto informato e incline alla qualità degli alimenti e delle loro caratteristiche nutrizionali e organolettiche.

L'etichettatura dei prodotti alimentari è disciplinata da una serie di provvedimenti europei e nazionali: per permettere al consumatore di accedere facilmente alle informazioni sul prodotto, l'etichetta deve essere chiara, leggibile e comprensibile, e deve riportare una serie di indicazioni obbligatorie. Ecco alcune utili regole da seguire.

1. Attenzione alla scadenza!

La data di scadenza è una delle prime indicazioni da guardare, permette di limitare lo spreco, ottimizzando la spesa e il successivo utilizzo a casa. È fondamentale controllarla soprattutto se il prodotto non verrà utilizzato nel breve periodo e ricontrollarla prima del consumo.
È opportuno distinguere tra:
- data di scadenza: indicata con "Da consumare entro il…". Rappresenta il limite massimo oltre il quale il prodotto molto deperibile non deve essere consumato per non incorrere in rischi legati alla salute;
- termine minimo di conservazione (TMC): indicato con "Da consumarsi preferibilmente entro il…". In questo caso il prodotto può essere consumato anche qualche giorno dopo la data riportata senza rischi per la salute, in quanto si verifica solamente un cambiamento delle proprietà organolettiche come sapore e odore.

2. Leggi l'elenco degli ingredienti, indice di qualità sensoriale

È importante osservare la lista degli ingredienti con cura poiché sono riportati in ordine decrescente di quantità. Ciò significa che il primo ingrediente dell'elenco è più abbondante del secondo, il secondo del terzo e così via. Paragonando l'ordine degli ingredienti di due prodotti simili è possibile farsi un'idea su quale dei due sia qualitativamente migliore. Ad esempio, meglio stare alla larga da una crema spalmabile che ha come primo ingrediente lo zucchero, meglio preferirne una che ha come primo ingrediente le nocciole.
Inoltre, questo elenco è importante anche per identificare gli allergeni riportati in grassetto, soprattutto nel caso di allergie.

3. Conserva correttamente gli alimenti come indicato sull'etichetta

È importante conservare correttamente gli alimenti dopo l'apertura al fine di preservare l'integrità del prodotto ed evitare sprechi.

4. Controlla il peso netto/sgocciolato dell'alimento

Spesso le dimensioni delle confezioni possono ingannare.

5. Leggi la dichiarazione nutrizionale, indice di qualità nutrizionale

Oltre agli ingredienti, sull'etichetta è riportata la tabella con i valori nutrizionali: valore energetico (espresso sia in kJ che kcal), grassi (di cui saturi), carboidrati (di cui zuccheri), fibra, proteine e sale, sia per 100g di prodotto che per la singola porzione (ad es. una barretta, un vasetto di yogurt).
Il consumo eccessivo di grassi saturi, zuccheri e sale ha una correlazione con problemi nel campo cardiovascolare, per questo meglio limitare il consumo di grassi saturi a non più del 10% dell'apporto energetico totale, gli zuccheri semplici a non più del 12% e il sale a meno di 6 gr al giorno.
Inoltre, ogni produttore può integrare l'etichetta con informazioni facoltative ("claims", indicazioni nutrizionali e sulla salute), in modo da valorizzare il proprio prodotto e dare la possibilità al consumatore di fare scelte mirate alle sue necessità, ad esempio "senza zuccheri aggiunti", "a basso contenuto di grassi saturi".
In sintesi:
- "*a basso contenuto…*": l'alimento contiene quel nutriente in quantità maggiore rispetto ad alimenti con la dicitura "senza".
- "*a ridotto contenuto…*": l'alimento contiene quel nutriente in quantità inferiore del 30% rispetto alla versione classica.
- "*senza…*": l'alimento contiene quel nutriente in quantità vicina allo zero.

Inquadrando il QR Code con il vostro cellulare potrete visualizzare una tabella di approfondimento con il significato delle principali indicazioni nutrizionali.

Miti da sfatare

Light, senza glutine e senza lattosio è più sano?
La dicitura "Light" non è indice di più "sano"; infatti, per rendere un alimento light si va a togliere un ingrediente per poi aggiungerne un altro (zucchero/grassi/sale). Spesso, togliendo i grassi si necessita l'aggiunta di zuccheri per rendere il prodotto più appetibile. Quindi, seppur meno calorico, un prodotto light potrebbe contenere un eccesso di zuccheri o sale.
Così come i prodotti light, i prodotti senza glutine hanno un'aggiunta in grassi per migliorarne la consistenza, per cui prediligere questi prodotti può determinare un maggior introito di grassi che, se eccessivo, può aumentare il rischio cardiovascolare.
I prodotti senza lattosio sono "predigeriti", non presentano il lattosio ma le sue unità già digerite (glucosio+galattosio). Per evitare quindi spiacevoli sintomi, essi sono indicati solo nei soggetti intolleranti che non hanno la lattasi, ovvero l'enzima utile a digerirli.

Quindi, quale prodotto è migliore?
Innanzitutto, scegliete alimenti con una lista degli ingredienti breve, indice di un prodotto di buona qualità e non processato. Visto che le patologie più presenti nella nostra popolazione sono obesità, diabete di tipo 2, dislipidemie e ipertensione, è bene cercare di consumare alimenti con un valore medio-basso relativamente a zuccheri, grassi e sale. Questo è importante anche nella scelta delle merendine e snack per i più piccoli.
Quindi, prestate attenzione al contenuto di grassi saturi, zuccheri e sale e prediligete alimenti che rispettano le indicazioni riportate nella tabella che trovate inquadrando il QR Code (valida per i prodotti che hanno tutti i nutrienti e non sono sbilanciati verso uno solo: non si può applicare ad esempio per la marmellata).
Inoltre, non fatevi ingannare dalla dicitura "light": spesso è meglio mangiare quantità inferiori del prodotto originale che doppie del corrispettivo.
Non fidatevi delle scritte "senza/a ridotto contenuto di… ad es. zuccheri", meglio rileggere l'etichetta poiché se tra gli ingredienti compare sciroppo di glucosio/fruttosio/d'agave, miele, destrosio, maltosio o amido di mais, l'alimento contiene indirettamente zucchero. Confrontate sempre il prodotto specifico con il prodotto normale, valutando se davvero l'alimento è migliore.
Inoltre, in assenza di intolleranze non ha alcun senso utilizzare prodotti senza lattosio o senza glutine, che per altro sono anche più costosi.
Infine, non fatevi ingannare dal packaging studiato a tavolino per catturare il vostro interesse.

Le informazioni presenti sull'etichetta descrivono sia le sostanze nutritive che le calorie in esso contenute: essere educati ad una spesa consapevole è un atto di responsabilità sia verso il nostro benessere che a tutela di chi con noi condivide il pasto. Un corretto regime alimentare migliora infatti lo stato di salute sia in termini di terapia che di prevenzione di molte patologie, come l'obesità e le patologie metaboliche correlate. ■

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

"È andato tutto bene, il nodo che mi attanagliava la bocca dello stomaco si è finalmente sciolto."

RICOSTRUIRE IL FUTURO

Simona Paganini

"Chiara è il mio terzo figlio, ma l'emozione del parto, anche se non naturale e in un momento di emergenza sanitaria, è sempre nuova ed entusiasmante. Quando i medici mi comunicarono, ancora prima di vederla, che era nata con delle piccole appendici digitali, degli abbozzi al posto dei pollici, ne rimasi abbattuta pensando alle difficoltà che la mia piccola avrebbe dovuto affrontare".

È Maria Cristina a raccontarci quanto accaduto alla sua piccola Chiara, nata con la patologia di agenesia dei pollici, ovvero l'assenza del dito ad entrambe le mani, e di come l'essere stata indirizzata a un centro specialistico d'eccellenza abbia reso possibile gestire tempestivamente questa avversità.

Maria Cristina, mi sembra il caso di dire che dallo sconforto iniziale all'azione il passo sia stato breve.
Cos'è successo dopo aver appreso la notizia che Chiara aveva questo problema?

Effettivamente non ho avuto modo neanche di capire fino in fondo quanto stesse accadendo a Chiara, che i medici mi stavano già prospettando come risolvere il problema inviandomi al Professor Giorgio Pajardi, Direttore dell'Unità di Chirurgia della Mano dell'Ospedale San Giuseppe di Milano, per un suo parere. Lo abbiamo incontrato lo scorso luglio a Cosenza insieme alla sua collaboratrice, la Dottoressa Elena Sicilia, con la quale Chiara ha instaurato da subito un bellissimo rapporto. Ci spiegarono che potevano intervenire per ripristinare la normale anatomia delle mani di Chiara tramite la pollicizzazione, in parole povere la ricostruzione del dito mancante, e noi non ci mettemmo molto ad accettare il percorso proposto. L'intervento avrebbe previsto la vera e propria trasformazione dell'indice nel neo-pollice. Certo uno spostamento complesso, considerando che abitiamo in Calabria e non avrei potuto lasciare gli altri bambini per trasferirmi il tempo necessario a Milano, ma la fiducia che da subito mi hanno trasmesso i medici ha fugato tutti i miei dubbi. L'opportunità ne valeva la pena.

Perciò il piano d'azione era stabilito e pronto ad essere messo in atto?
Esatto. Ci lasciammo a luglio con la pianificazione delle varie fasi, sia chirurgiche, che comprendevano la preparazione della regione anatomica necessaria e la successiva ricostruzione, sia riabilitative, ma naturalmente a complicarci le cose c'era sempre l'emergenza sanitaria in atto che rendeva tutto più rallentato. Nel frattempo, tenendo monitorata Chiara, ci siamo accorti che la pelle dell'abbozzo digitale della manina destra aveva preso un colorito diverso, più scuro, allora seguendo le indicazioni con cui ci eravamo lasciati con la Dottoressa Sicilia, l'abbiamo subito avvisata, e concordato per procedere a breve con l'intervento. A fine settembre Chiara è stata operata a entrambe le mani in cui sono stati asportati gli abbozzi digitali.

Così siete potuti passare alla seconda fase: la ricostruzione.
La Dottoressa Sicilia insieme al Professor Pajardi ci comunicarono che l'intervento era andato bene, però doveva trascorrere del tempo prima di poter eseguire la seconda procedura chirurgica che avrebbe consentito a Chiara di avere una manina funzionale. Ma, anche una volta a casa, non ci sentimmo mai abbandonati, anzi la Dottoressa Sicilia ci tenne costantemente monitorati e lo scorso marzo è stato eseguito il primo intervento ricostruttivo alla mano destra. Probabilmente non riesco a trasmettervi l'ansia dell'attesa durante il tempo trascorso all'esterno della sala operatoria, parzialmente attenuata alla vista di Chiara ancora addormentata e serena che usciva dal blocco operatorio, ma è stato solo davanti al sorriso, nascosto dietro la mascherina ma assolutamente riconoscibile negli occhi della Dottoressa Sicilia, che, con un soddisfatto 'è andato tutto bene', il nodo che mi attanagliava la bocca dello stomaco si è finalmente sciolto.

E il post-operatorio come si è svolto?
A distanza di una settimana dall'intervento abbiamo eseguito una medicazione e successivo inizio precoce della mobilizzazione del neopollice, supportati dalle meravigliose fisioterapiste del reparto. Anche con loro la mia piccola Chiara ha instaurato un rapporto bellissimo. Le ringrazio per la pazienza e l'alta professionalità che hanno consentito di muovere al meglio il "nuovo" ditino. Sono stata anche istruita, grazie ai loro insegnamenti, ad eseguire gli esercizi impostati autonomamente così da poter continuare la riabilitazione una volta a casa, e vedere Chiara utilizzare la mano mi riempiva di gioia ogni giorno che passava.

Questa dottoressa è meglio di una cura!
L'immediato legame instaurato da Chiara con la Dottoressa Sicilia, che francamente mi sembra sia ricambiato, credo sia stato uno dei motivi che mi hanno fatto decidere di affidare la mia piccola alle sue cure. La costante presenza, sebbene limitata fisicamente dalla distanza, e la disponibilità a rassicurarci riguardo le nostre incertezze, non hanno potuto fare altro che accentuare la professionalità di questa professionista. Anche oggi, a distanza di qualche mese e naturalmente dopo un periodo di riabilitazione specialistica, quando Chiara è riuscita a prendere in mano una penna – cosa che a noi può sembrare una banalità ma per mia figlia apre un mondo di possibilità, che alla nascita e senza opportune cure le sarebbero state precluse – la prima persona con cui abbiamo sentito la necessità di condividere l'avvenimento è stata lei! ■

La pollicizzazione

Lo spettro di malformazioni proprie dell'arto superiore è molto vasto e il segmento maggiormente colpito è il pollice.
In assenza di un pollice da un punto di vista anatomico o funzionale è possibile crearlo mediante raffinate tecniche chirurgiche, tra le quali emerge la "pollicizzazione".
Tale tecnica consiste nella mobilizzazione del secondo dito al fine di trasformarlo in un pollice opponibile. Durante l'intervento l'indice viene ridimensionato, ottenendo una lunghezza simile a quella del pollice. A ciò fa seguito una complessa riorganizzazione delle strutture muscolari in modo da fornire l'opponibilità al dito.
Nell'Unità Operativa di Chirurgia della Mano dell'Ospedale San Giuseppe all'intervento chirurgico segue un precoce ed intenso protocollo riabilitativo, essenziale per ottenere risultati soddisfacenti. Terapisti esperti in riabilitazione della mano pediatrica, mediante il ricorso al "gioco finalizzato", stimolano il bambino ad integrare il neopollice nei movimenti di prensione.

ospedale amico

IL BED MANAGER IN PRONTO SOCCORSO

Carmen Sommese
Direttore Sanitario Aziendale, Gruppo MultiMedica

Marco Bordonali
Responsabile GEUCA aziendale
Responsabile e Bed Manager PS, Ospedale San Giuseppe

Erika Giustizieri
Responsabile e Bed Manager PS DEA IRCCS MultiMedica

Il Pronto Soccorso rappresenta un ambito particolare della cura ove emergenza e urgenza caratterizzano un'assistenza basata su scelte diagnostiche e terapeutiche che devono essere tempestive ed efficaci.
Il Gruppo MultiMedica è dotato di due Pronto Soccorso, uno presso l'Ospedale San Giuseppe di Milano e l'altro, sede di DEA (Dipartimento Emergenza Accettazione), presso l'IRCCS di Sesto San Giovanni, differenti per tipologia e flussi di pazienti, nonché per unità operative di riferimento.

Per facilitare il coordinamento e la gestione delle attività dei Pronto Soccorso, nel 2019 è stato istituito il Servizio Interaziendale dedicato alla Gestione Accettazione Emergenza Urgenza (GEUCA); in tal modo, è garantita un'organica collaborazione con le diverse unità operative dei nostri presidi ospedalieri, ove sono definiti e aggiornati protocolli medici e percorsi specifici per aree di intervento.
Nella prospettiva del miglioramento continuo dei servizi erogati all'utenza, al fine di rendere sempre più efficace la gestione delle urgenze, è stata inoltre prevista la figura del Bed Manager, individuato in MultiMedica nei Responsabili medici dei nostri Pronto Soccorso: per l'Ospedale San Giuseppe di Milano il prof. Marco Bordonali (coordinatore anche del GEUCA) e per l'IRCCS MultiMedica di Sesto S.G. la dr.ssa Erika Giustizieri. Si tratta di professionisti operativi all'interno dell'assetto organizzativo in possesso di competenze cliniche e manageriali, in grado di assolvere funzioni di coordinamento utili a raggiungere il setting assistenziale adatto per il paziente e garantire quindi l'appropriato "patient flow", ovvero la corretta movimentazione del paziente dall'ingresso all'interno della struttura sanitaria sino alla sua dimissione.
Valutando la complessità delle strutture ospedaliere, la figura del Bed Manager si pone anche quale quotidiana interfaccia con le diverse unità operative per la gestione dei ricoveri dal Pronto Soccorso verso i reparti di degenza e per il monitoraggio e la gestione dei posti letto.
In un settore difficile come il Pronto Soccorso, la presenza di un Responsabile clinico che agevola il controllo del livello di afflusso pazienti consente e facilita una tempestiva analisi dei dati giornalieri finalizzata alla creazione di modelli statistici di previsione degli accessi e della conseguente pianificazione e programmazione della disponibilità di posti letto a breve, medio e lungo termine.
Il tutto grazie anche all'interazione sinergica dei Responsabili e degli specialisti delle diverse unità operative e servizi, sempre in stretto contatto con i Bed Manager per l'ottimizzazione dei percorsi di assistenza e cura in funzione di un quotidiano confronto quanto più possibile efficiente e costruttivo.
Nell'ottica di una presa in carico integrata del paziente e una maggiore continuità di cura dall'Ospedale al territorio, il Bed Manager ha la possibilità di facilitare la gestione dei pazienti, in particolare quelli fragili e cronici, soprattutto con l'ausilio del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero, che, nel Gruppo MultiMedica, è operativo ogni giorno per uno scambio continuo con la rete dei servizi territoriali per ottimizzare l'appropriatezza dei ricoveri e assicurare la continuità della cura nel setting più idoneo.
Nel corso delle diverse fasi dell'emergenza epidemiologica pandemica, il Bed Manager, parte attiva dell'Unità di Crisi, ha contribuito inoltre, insieme a tutte le unità operative, a organizzare una tempestiva gestione dei pazienti Covid e non Covid, con la previsione, in accordo alla Direzione Sanitaria Aziendale, di percorsi condivisi, apparecchiature dedicate, risorse organizzate, sempre in collaborazione con la rete ospedaliera regionale e AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza).
Anche in un settore caratterizzato precipuamente dall'emergenza/urgenza, il focus rimane sempre incentrato sul paziente e sui suoi bisogni assistenziali valutati e soddisfatti attraverso un lavoro costante di équipe multidisciplinare che, partendo dal Pronto Soccorso, prosegue nei reparti e unità operative in funzione di un approccio interdisciplinare di Gruppo. ■

MULTIMEDICA FLASH

Emanuela Bielli

NUOVE REGOLE DI ACCESSO NEI REPARTI DI DEGENZA

Considerata l'attuale evoluzione epidemiologica sono state definite nuove modalità di accesso ai reparti che richiedono, salvo casi particolari, il possesso della Certificazione Verde, a tutela della salute dei degenti e dei nostri operatori.
Le visite nei reparti COVID Free sono permesse nella fascia oraria più idonea alle esigenze del reparto, dal lunedì alla domenica, in accordo alla segnaletica esposta. L'accesso è consentito, secondo la logica alternata, di un visitatore, munito di Certificazione Verde, per ciascun paziente: nei giorni pari ai visitatori dei degenti che occupano i posti letto "A", nei giorni dispari ai visitatori dei degenti che occupano i posti letto "B" e secondo la distribuzione e la fascia oraria definita dal coordinatore o suo delegato, per i visitatori dei degenti che occupano i posti letto "C".
La visita deve prevedere la presenza massima di una persona per camera di degenza e avere una durata possibilmente di 15 minuti per i pazienti ricoverati in reparti di degenza per acuti e 30 minuti per i pazienti ricoverati in reparti di degenza riabilitativa. Per quanto riguarda specificamente le aree intensive, l'accesso è subordinato alla valutazione del medico responsabile o suo delegato, in funzione delle esigenze clinico-assistenziali ed organizzative.
Sussistono casi particolari in cui l'ingresso degli accompagnatori è sempre consentito. Stiamo parlando dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.
Nel caso di pazienti fragili (minori, donna in gravidanza anche nella fase di travaglio e post-partum, grandi anziani, paziente in fin di vita, paziente con barriere linguistiche, ecc.), e dei Referenti per l'assistenza Spirituale l'accesso degli accompagnatori è consentito in presenza di Certificazione Verde. ■

PRENOTA DA NOI IL TUO VACCINO ANTINFLUENZALE

Per rispondere alle esigenze di salute dei cittadini e contribuire ad ampliare l'accesso alla profilassi antinfluenzale, da alcuni giorni il Gruppo MultiMedica è partito con la somministrazione del vaccino tetravalente presso l'Ospedale San Giuseppe di Milano e l'IRCCS di Sesto San Giovanni.
Accanto alle misure di igiene e protezione individuale, la vaccinazione rappresenta da sempre la strategia più efficace e sicura per prevenire l'influenza e per ridurre le complicazioni che quest'ultima può avere, soprattutto nelle categorie più fragili. Quest'anno, con la pandemia da Covid-19 ancora in corso, l'immunoprofilassi si rivela uno strumento ancora più importante a tutela della salute pubblica, facilitando una diagnosi differenziale tra l'infezione da virus influenzale e quella da SARS COV- 2. L'allentamento delle misure restrittive legate al Covid e la ripresa dell'attività lavorativa e scolastica in presenza aumentano le occasioni di contatto e, quindi, la possibilità di contagio.
Per questi motivi, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata a tutti, al fine di proteggere se stessi ma anche i propri familiari.
I cittadini maggiorenni che desiderano sottoporsi alla vaccinazione contro il virus dell'influenza, al costo di 45 euro, possono, previa prenotazione al numero **02-97070373** o sul sito **www.multimedica.it**, recarsi presso l'Ospedale San Giuseppe e l'IRCCS di Sesto **fino al 17 dicembre, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria 14.30-18.30**. ■

MALATTIE CARDIOVASCOLARI: L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Pierluigi Villa

La parola "prevenzione" da molto tempo è entrata nel vocabolario di chi opera nel mondo della medicina e della salute.
Per quanto si cerchi di sensibilizzare la popolazione su questo tema, rimane il problema di coinvolgere il maggior numero di persone possibili, affinché il concetto di prevenzione si trasformi in atteggiamenti quotidiani e diventi una vera "cura" alternativa.
Tutti gli attori del mondo salute, attenti a questo tema, propongono momenti di incontro e giornate di visite ed esami gratuiti su determinate patologie.

In questo contesto il Gruppo MultiMedica ha recentemente attivato il CardioPoint presso l'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni.
Un ambulatorio, stabile ed aperto a tutti, dove grazie alla consulenza degli specialisti del Gruppo si potranno ricevere, gratuitamente e senza appuntamento, informazioni sul rischio cardiovascolare, attraverso l'esecuzione di alcuni esami non invasivi.
Un impegno che il Gruppo MultiMedica ha voluto assumersi perché da sempre fare prevenzione fa parte del suo modo di fare sanità.
Un invito a puntare l'attenzione sul tema della prevenzione cardiovascolare che riveste un ruolo fondamentale nel controllo della malattia. L'adozione di corretti stili di vita consente di ridurre il numero e la gravità degli eventi patologici e guadagnare in salute.

Che cosa sono le malattie cardiovascolari?
Con il termine "patologie cardiovascolari" ci si riferisce generalmente alle malattie che riguardano il cuore ed i vasi sanguigni, che rappresentano la prima causa di morte nei Paesi occidentali.
I principali organi ad esserne colpiti sono cuore, cervello ed arterie periferiche degli arti inferiori. È importante considerare che questo processo patologico è progressivo e può essere del tutto asintomatico per lunghi periodi, a tal punto da rischiare di essere scoperto quando è troppo tardi per intervenire. Per questo è importante non solo la prevenzione primaria, adottando corretti stili di vita, ma anche quella secondaria attraverso controlli periodici.

Quali sono i fattori di rischio?
Diversi sono i fattori di rischio che concorrono allo sviluppo delle malattie cardiovascolari, suddivisibili in due categorie: fattori di rischio non modificabili e fattori di rischio modificabili.
Tra i primi troviamo età, sesso e fattori ereditari.
Mentre della seconda categoria fanno parte tutte quelle variabili sulle quali è possibile intervenire al fine di ridurre o eliminare le possibilità di ammalarsi. Parliamo nello specifico dell'abitudine al fumo, una delle maggiori cause di malattie cardiache, di un'alimentazione scorretta, della sedentarietà, che spesso sono a loro volta causa di obesità, diabete, ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa.
Tutte queste variabili possono essere corrette mediante modifiche dello stile di vita, adottando una sana alimentazione, svolgendo una regolare attività fisica, astenendosi dal fumo e limitando il consumo di alcol e, qualora necessario, mediante l'utilizzo di farmaci.

Per chi volesse valutare il proprio rischio cardiovascolare gratuitamente, il CardioPoint è attivo il lunedì, il mercoledì e il venerdì dalle ore 9 alle ore 12, presso l'area accettazione e prenotazione dell'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni. L'accesso non richiede prenotazione. ■

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

Sono un uomo di 45 anni, faccio sport mediamente due volte a settimana. Il mio medico mi ha prescritto un ECG sotto sforzo. Ma che differenza c'è con un ECG normale e a cosa serve un ECG sotto sforzo?

Gentile,
la differenza tra un ECG a riposo ed uno svolto durante l'esecuzione di uno sforzo fisico programmato è di grande importanza clinica. Avere un ECG normale a riposo è certamente rassicurante, ma non esclude l'eventuale presenza di una cardiopatia sottostante, in particolare coronarica.
Infatti, in condizioni di stress fisico possono insorgere alterazioni elettrocardiografiche e/o sintomi clinici/aritmie, non riscontrabili a riposo. La ragione è semplice: anche un soggetto che, a riposo, non presenta sintomi e mostra un ECG apparentemente normale può essere a sua insaputa portatore di una patologia coronarica silente. In tal caso, al di sotto di una soglia critica, il consumo di ossigeno da parte del muscolo cardiaco sarà ancora sufficiente ad assicurare il normale metabolismo cardiaco e l'assenza di disturbi. Al contrario, aumentando lo sforzo fisico, con conseguente incremento della frequenza cardiaca e della pressione sistolica (il doppio prodotto che indica il livello di consumo di ossigeno richiesto dal cuore), si potrà verificare una condizione di sofferenza ischemica transitoria del muscolo cardiaco, con dolore toracico e/o la comparsa di modificazioni elettrocardiografiche "dinamiche" (che regrediscono con la cessazione dello sforzo).

In tal caso, oltre ad aver diagnosticato un'ischemia cardiaca, sarà necessario attuare una valutazione cardiologica completa, fino all'esecuzione di una coronarografia, per un eventuale intervento di rivascolarizzazione cardiaca.
Tuttavia, questo non significa che il test da sforzo debba essere prescritto indiscriminatamente a tutti: al contrario, la sua utilità clinica deve essere attentamente valutata dal Medico Curante, che conosce il profilo di rischio cardio-vascolare del proprio paziente ed i limiti interpretativi connessi con la sua esecuzione. ■

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

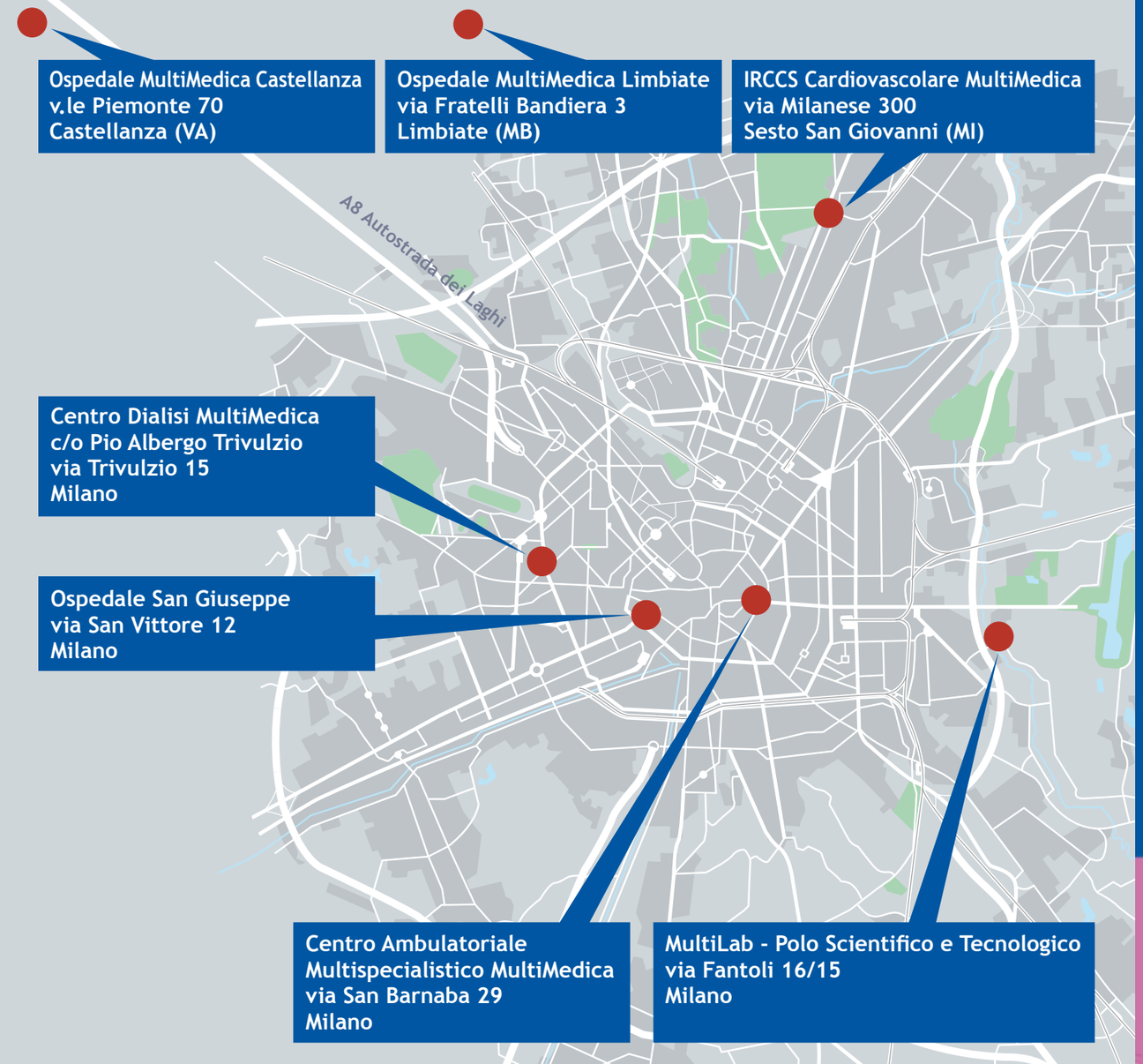
Seguici su:

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

Ospedale San Giuseppe
MultiMedica SpA

Partorire al San Giuseppe
Un percorso nascita unico come te

Per noi al San Giuseppe ogni donna che aspetta un bimbo è unica. È per questo che nel nostro Ospedale un team di specialisti è a tua completa disposizione per farti vivere l'esperienza della gravidanza e del parto in completa sicurezza e farti sentire come a "casa" in un ambiente protetto, con le garanzie di una grande struttura ospedaliera. Questo vuol dire diventare mamma all'Ospedale San Giuseppe.

Assistenza ostetrica personalizzata
Un'ostetrica dedicata al fianco della neo mamma per un giusto sostegno fisico ed emotivo, dalla 37° settimana fino al parto

Ambulatori dedicati
Ogni gravidanza ha la sua storia, i nostri ambulatori offrono un'assistenza dedicata e specifica per ogni situazione

Supporto Psicologico
Un servizio di sostegno psicologico dedicato ai neogenitori prima e dopo il parto

Ostetriche a domicilio
Un affiancamento personalizzato ai neogenitori – prima e dopo il parto – con la comodità di non doversi muovere da casa

Analgesia peridurale
Per un parto il più possibile indolore offriamo l'analgesia epidurale 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Banca del latte
Un servizio gratuito che, grazie alla generosità di altre mamme, permette di ricevere il latte materno per il proprio neonato

Prima, durante e dopo. Sempre a tua disposizione.

SPORTELLO NASCITE
Per informazioni
In Ospedale, dal lunedì al venerdì, ore 8.00 - 17.00
T. 02-85994936, dal lunedì al venerdì, ore 15.00 -16.30
sportello.nascite@multimedica.it

PROFESSIONISTI AL SERVIZIO DELLA TUA SALUTE

Medici, infermieri, tecnici, ricercatori. Ma prima di tutto persone. Affidarsi al Gruppo MultiMedica significa infatti mettersi nelle mani di professionisti della salute, in grado di unire competenza e conoscenza a umanità ed empatia nei confronti di ogni singolo paziente. Scopri una realtà di eccellenza, con oltre 30 anni di esperienza, 7 presidi in Lombardia e una squadra di 2500 professionisti al tuo servizio.

Visita le nostre strutture ospedaliere su www.multimedica.it

Gruppo MultiMedica

Passione, ricerca e innovazione per la salute