Numero 53 - Inverno 2021

# SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Gruppo MultiMedica
Sistema Sanitario Regione Lombardia

## OCULISTICA
Trapianto di cornea

## OTORINOLARINGOIATRIA
Poliposi nasale

## ENDOCRINOLOGIA
Ipertiroidismo

## IN-DOLORE
Partoanalgesia

# SCOMPENSO CARDIACO
## L'importanza dell'approccio in team

# indice

***editoriale***
L'ITALIA ACCELERA SUI BIG DATA IN SANITÀ **1**

***cardiologia***
SCOMPENSO CARDIACO
L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO IN TEAM **2**

***oculistica***
TRAPIANTO DI CORNEA
I BENEFICI DELLA CHIRURGIA SELETTIVA **4**

***otorinolaringoiatria***
POLIPOSI NASALE
UNA DIAGNOSI MIRATA CON L'ENDOSCOPIA **6**

***endocrinologia***
IPERTIROIDISMO
ALTERAZIONI FUNZIONALI DELLA TIROIDE **8**

***mamma e bambino***
OSTETRICA DEDICATA
UN PERCORSO A MISURA DI MAMMA E BAMBINO **10**

***le nostre persone***
COME SONO DIVENTATO INFERMIERE **12**

***in-dolore***
PARTOANALGESIA
NON DECIDIAMO QUANDO NASCERE, MA COME NASCERE **14**

***buono & sano***
GRASSI DA CONDIMENTO
UNA SCELTA CONSAPEVOLE **16**

***parlami di te***
UNA PALESTRA PER CORPO E MENTE **18**

***ospedale amico***
LIBERI, INSIEME **20**

***la posta del cuore*** **21**

***MultiMedica FLASH*** **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, 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:***
DULCAMARA GRAFICA E COMUNICAZIONE

***Stampa:***
Roto3


# L'ITALIA ACCELERA SUI BIG DATA IN SANITÀ


**Gian Franco Gensini**
Direttore Scientifico, IRCCS MultiMedica
Membro del Consiglio Direttivo della Rete Cardiologica IRCCS

**Giuseppe Ambrosio**
Vice Direttore Scientifico, IRCCS MultiMedica/ Università degli Studi di Perugia

**Lorenzo G. Mantovani**
Direttore dell'Unità di Value-Based Healthcare, IRCCS MultiMedica/ Università degli Studi di Milano-Bicocca


A partire dagli anni '80, la capacità di archiviazione digitale nel mondo è cresciuta esponenzialmente, raddoppiando ogni 40 mesi; solo nel 2020, ogni 2 giorni sono stati creati 5 miliardi di Gigabyte di dati. In ambito sanitario, il tasso di crescita dei dati generati è anche superiore alla media registrata in altri settori.

Per fare il punto su come raccogliere, interpretare e condividere la mole enorme di informazioni di cui oggi disponiamo, si è tenuto il convegno "**Big Data, Good Data, Smart Data nella ricerca e nella pratica cardiovascolare**", primo evento ufficiale della Rete Cardiologica italiana, organizzato da MultiMedica presso l'IRCCS di Sesto San Giovanni, alla presenza di esponenti di spicco delle Istituzioni, del mondo ospedaliero e accademico.
La sanità oggi ha una quantità di dati immensa ma molto frammentata, poiché deriva da innumerevoli fonti diverse (dalla cartella clinica al fascicolo sanitario elettronico, dai dati di imaging a quelli provenienti da device indossabili e App) e non viene raccolta secondo modalità omogenee. Una tale complessità di informazioni richiede strumenti di analisi sempre più sofisticati: diventa così essenziale creare strategie combinate che uniscano i migliori ingegni tra medici, esperti di ricerca avanzata in ambito matematico e di analisi informatica, per riuscire a trarre dai dati il massimo della conoscenza. Su questo fronte, l'Italia sta dando una grande accelerata, stanziando il triplo degli investimenti della Germania e il doppio della Francia per l'informatizzazione della medicina.
Per identificare dei fattori comuni di raccolta e analisi dei dati, è nato il progetto **Health Big Data**: finanziato dal Ministero della Salute con un investimento pari a 55 milioni di euro, tra i più importanti mai stanziati in quest'ambito, coinvolge i 51 IRCCS italiani (la Rete Cardiologica, Oncologica, Pediatrica, delle Neuroscienze e Neuroriabilitazione), in collaborazione con il Politecnico di Milano e l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare. Il progetto, che si articola su 10 anni, punta a costruire una **piattaforma IT federata**, che permetta di valorizzare quanto già presente nei singoli IRCCS e nelle loro Reti per raccogliere, condividere e processare i dati clinico-scientifici dei pazienti, codificandoli in modo uniforme.
In particolare, la Rete Cardiologica ha avviato due studi interessanti di raccolta dati cardiovascolari su vasta scala nel mondo reale. Il primo è il progetto **CardioCovid Risk**, partito ad aprile 2020 in 10 IRCCS, che mira a studiare le complicanze del virus SARS-CoV-2 a carico del cuore e dei vasi sanguigni, nella fase di ricovero e follow-up dei pazienti, offrendo quindi possibilità di raccogliere informazioni utili a comprendere meglio il cosiddetto long Covid. Il progetto **CV-Prevital**, invece, è il più ampio e innovativo programma di prevenzione primaria cardiovascolare nella popolazione italiana, che punta ad arruolare 80mila soggetti in condizioni "real life", coinvolgendo 14 IRCCS, medici di medicina generale e farmacie, con l'obiettivo di combattere la cronicità partendo dai fattori di rischio, prima che si sviluppi la patologia.

I Big Data rappresentano un patrimonio informativo immenso che, se adeguatamente sfruttato, potrà portare innumerevoli vantaggi nei percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca scientifica e nella programmazione sanitaria, permettendo di definire la cura migliore per il singolo paziente, riducendo i tempi necessari per identificare nuove promettenti molecole e supportando politiche di salute pubblica più consapevoli, in funzione degli effettivi bisogni della popolazione, ma anche favorendo una sorveglianza sanitaria proattiva, per il controllo tempestivo delle emergenze pandemiche. ■

***Il convegno ha ottenuto l'accreditamento ECM ed è disponibile in FAD asincrona sul sito www.convegnocardiodata.it***

# SCOMPENSO CARDIACO

## L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO IN TEAM

**Roberto F.E. Pedretti**

Direttore Dipartimento Cardiovascolare,
IRCCS MultiMedica

Lo scompenso cardiaco è una patologia in grande diffusione, al punto da costituire una vera e propria emergenza epidemiologica.
Trattasi di una sindrome clinica che si sviluppa quando il cuore non è più in grado di "spingere" in periferia il volume di sangue necessario alle attività del nostro organismo; questo stato di "sbilanciamento tra domanda e offerta", dopo un'iniziale fase di equilibrio durante la quale il paziente resta asintomatico, è poi causa di un corteo di sintomi molto ampio, variabilmente associati tra loro, quali astenia (stanchezza), dispnea (mancanza di fiato) ingravescente, ritenzione idrica con edemi declivi e congestione viscerale, sino a quadri molto gravi come l'edema polmonare acuto e lo shock cardiogeno.

Tale sindrome può essere inoltre causa di morte improvvisa per aritmie letali e, nelle fasi più avanzate, può condizionare quadri cosiddetti di cachessia cardiaca, non dissimili da quelli osservati nei pazienti con grave patologia oncologica.
Nei paesi sviluppati, a causa dell'invecchiamento della popolazione, l'incidenza (il numero di nuovi casi di malattia diagnosticati per anno) dello scompenso cardiaco sta aumentando. Attualmente, l'incidenza dello scompenso cardiaco in Europa è di circa 3/1000 anni-persona, includendo tutte le fasce d'età e, negli adulti, di circa 5/1000 anni-persona.
Negli adulti la prevalenza (il numero di pazienti ammalati, comprensiva dei nuovi e vecchi casi per anno) è pari a circa il 12%, con un aumento progressivo con il procedere dell'età. Poiché gli studi epidemiologici includono i casi riconosciuti/diagnosticati, è probabile che la vera prevalenza sia più alta.
Le **cause** dello scompenso cardiaco sono molteplici (cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, cardiopatie valvolari, cardiomiopatie, cardiopatie infiltrative, cardiopatie congenite, cardiopatie indotte da farmaci). Nei paesi occidentali e sviluppati, la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa sono certamente le cause predominanti.
La prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco è migliorata considerevolmente dai primi studi di trattamento, alcuni decenni fa. Tuttavia, essa continua a restare sfavorevole nel lungo termine, la qualità della vita è spesso scadente a causa dei sintomi e delle frequenti ospedalizzazioni alle quali contribuiscono le frequenti comorbilità associate.
Dopo la diagnosi iniziale, i pazienti con scompenso cardiaco vengono infatti ricoverati in media una volta ogni anno. A causa dell'aumento del numero di pazienti affetti da questa condizione, del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'accrescersi delle comorbilità tipiche dell'anziano, il numero assoluto di ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco, già molto elevato, è destinato ad aumentare considerevolmente in futuro. Ne consegue che uno degli **obiettivi** principali del percorso di cura deve essere quello di prevenire le fasi di instabilizzazione e i conseguenti ricoveri.

Il **trattamento** dello scompenso cardiaco si basa oggi sull'impiego di farmaci, dispositivi impiantabili (defibrillatore impiantabile/pacemaker resincronizzatore cardiaco, dispositivi per il supporto meccanico al circolo), diverse tipologie di intervento cardiochirurgico sino al trapianto cardiaco. Naturalmente quanto sopra deve associarsi ad un corretto stile di vita, sia per prevenire l'evoluzione della malattia che per facilitarne la gestione nella vita quotidiana.
È ampiamente riconosciuto che, oltre ad ottimizzare le terapie mediche e il trattamento interventistico, in primo luogo quello basato sui dispositivi elettrici impiantabili, è necessario dare priorità alle modalità di assistenza, ai modelli di cura e agli standard per l'erogazione delle cure, in particolare basati sulla disponibilità di cardiologi ed infermieri esperti nella cura dello scompenso cardiaco.
Al fine di ridurre le ospedalizzazioni e la mortalità, le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology – ESC) raccomandano l'uso di programmi e modelli di cura multidisciplinare. Gli obiettivi di tale approccio sono quelli di consentire non solo le indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici più appropriati, ma anche di garantire programmi adeguati di follow-up a lungo termine, utili ad aumentare l'aderenza terapeutica e ad uno stile di vita sano e corretto.
In tale contesto il miglioramento della **consapevolezza** di malattia da parte del paziente e del nucleo familiare (care-givers) attraverso un'adeguata informazione ed educazione alla salute sono centrali nel raggiungimento di un'ottimale gestione a lungo termine della malattia.
In altre parole è necessario un team che sia attivo e soprattutto proattivo lungo l'intera traiettoria dello scompenso cardiaco: all'esordio e durante la fase cronica, in grado di gestire l'alternanza di eventi critici e di periodi di stabilità, sino alle fasi terminali della malattia.
A seguire, sono indicate le principali caratteristiche e componenti di un **programma multidisciplinare** per la gestione dello scompenso cardiaco secondo le Linee Guida 2021 della Società Europea di Cardiologia:

**Caratteristiche**

- Programma "centrato" sulla persona.
- Multidisciplinare, con personale in continuo aggiornamento (cardiologo, medici di altre specialità per la gestione delle comorbilità, palliativista, infermiere, fisioterapista, sonographer, dietista, psicologo).
- Il focus del programma deve essere flessibile e includere:
  - prevenzione della progressione della malattia
  - controllo dei sintomi
  - mantenimento dei pazienti nel luogo di cura preferito, il più possibile a domicilio, soprattutto nelle fasi più avanzate di malattia.
- Incoraggiare il coinvolgimento del paziente/care-giver nella comprensione e nella gestione della sua condizione.

**Componenti**

- Gestione clinica ottimizzata: stile di vita, terapia farmacologica, dispositivi impiantabili.
- Educazione del paziente, con particolare enfasi sulle tematiche dell'aderenza alla terapia e della gestione dei sintomi.
- Supporto psicosociale rivolto ai pazienti e ai familiari.
- Follow-up dopo la dimissione (controlli ambulatoriali, supporto telefonico o telemonitoraggio).
- Facile accesso alla struttura sanitaria.
- Pronta valutazione e rapida risposta con intervento appropriato e proporzionato in diverse situazioni quali: cambiamento inspiegabile del peso, dello stato nutrizionale e funzionale, della qualità della vita, dei problemi del sonno, dei problemi psicosociali, variazioni di dati desumibili dagli esami diagnostici di controllo.
- Possibilità di accesso (diretta o mediante percorsi organizzati) alle opzioni di trattamento avanzate (cardiochirurgia, impianto di dispositivi, cure di supporto e palliative).

Quanto sopra è ciò che stiamo sviluppando presso il nostro IRCCS attraverso la nostra area e programma dello scompenso cardiaco. Stiamo lavorando alla messa a punto di un ambizioso progetto in grado di gestire sia la fase acuta dell'insufficienza cardiaca che di garantire un programma di continuità assistenziale. Ciò anche mediante il **controllo a distanza** grazie ad un uso avanzato dei dispositivi impiantabili, il supporto telefonico e il telemonitoraggio. Prevediamo un programma che vorremmo fortemente integrato con il territorio, in stretta collaborazione con i Colleghi Medici di Medicina Generale, per fornire ai pazienti e alle famiglie un programma di cura senza soluzione di continuità.
Una politica di gestione della malattia proattiva, sia da parte dei sanitari (ospedalieri e territoriali) che del paziente è infatti fondamentale per migliorare nel tempo l'andamento clinico dello scompenso cardiaco, migliorare la sua prognosi, ridurre le ospedalizzazioni, prolungando la vita dei pazienti e la sua qualità. ■

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

# TRAPIANTO DI CORNEA

## I BENEFICI DELLA CHIRURGIA SELETTIVA

**Stefano Mattioli**
Direttore Unità di Oculistica,
Ospedale San Giuseppe

La cornea è la struttura dell'occhio umano direttamente in relazione con l'ambiente esterno. Essa è riccamente innervata, priva di vasi al suo interno, convessa anteriormente e rappresenta la lente più potente dell'apparato visivo. La sua funzione, insieme al cristallino, è infatti quella di focalizzare i raggi luminosi provenienti dall'ambiente all'interno dell'occhio.
Al fine di garantire una buona acuità visiva, la cornea deve essere trasparente.

Esistono diverse condizioni in grado di danneggiare e compromettere la cornea nella sua trasparenza o morfologia. Tra le più comuni, sono da menzionare:
• Il **cheratocono**: patologia cronica caratterizzata da un assottigliamento progressivo della cornea che, deformandosi nella sua porzione centrale, assume una forma conica. I pazienti che ne sono affetti presentano un astigmatismo irregolare, difficilmente correggibile con i normali occhiali da vista.
• La **distrofia endoteliale di Fuchs**: patologia ereditaria caratterizzata da un progressivo ispessimento e perdita di trasparenza della cornea, legata ad una riduzione del numero di cellule dello strato interno della cornea, l'endotelio.
• Le **infezioni oculari** o i **traumi**, in grado di provocare cicatrici corneali permanenti.

Nei casi in cui la trasparenza corneale sia irreversibilmente compromessa, oppure esista una forte irregolarità nella sua morfologia, o sussista il rischio di perforazione, il trapianto di cornea rappresenta una valida opzione terapeutica.
Questo intervento, noto anche come "cheratoplastica", consiste nella sostituzione della cornea malata con una sana e trasparente proveniente da donatore (trapianto allogenico).
Rispetto al passato, in cui l'unica opzione disponibile era quella di sostituire la cornea a tutto spessore, attualmente esistono diverse opzioni percorribili sulla base del quadro clinico del paziente. In particolare, le tecniche "lamellari" sono attualmente preferibili nella maggior parte dei casi, in quanto consentono la sostituzione selettiva degli strati corneali effettivamente compromessi, lasciando in situ quelli integri da un punto di vista anatomico e funzionale.

**Cheratoplastica perforante**
La cheratoplastica perforante è il trapianto di cornea a tutto spessore e trova indicazione nei casi di patologia con coinvolgimento dell'intera struttura. L'intervento viene eseguito in anestesia locale peribulbare o generale in regime di Day Hospital, ovvero con dimissione del paziente il giorno stesso rispetto all'esecuzione della procedura. La cornea ricevente viene "trapanata" a tutto spessore nella porzione centrale a un diametro di circa 8 mm. Il lembo donatore viene "punzonato" alle stesse dimensioni, in modo da adattarsi perfettamente al ricevente. Le due porzioni sono infine suturate su 360° attraverso singoli punti staccati, suture continue o una combinazione delle due. Le suture sono asportate interamente circa 12 mesi dopo la procedura: ciò rende piuttosto lunga la riabilitazione visiva post-intervento.

**Cheratoplastica endoteliale**
La cheratoplastica endoteliale è la procedura di prima linea nel trattamento delle disfunzioni dell'endotelio corneale, ovvero dello strato più interno della cornea, e si realizza sostituendo in maniera selettiva questo strato di tessuto. Le principali indicazioni all'intervento sono la distrofia endoteliale di Fuchs e la cheratopatia bollosa, condizione che può verificarsi a seguito dell'intervento di cataratta. *Conditio sine qua non* è l'assenza di opacità nella porzione anteriore della cornea del ricevente.
Esistono due tipologie di cheratoplastiche endoteliali, a seconda dello spessore di lamella trapiantata:
• nella DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty), oltre al complesso "membrana di Descemet-endotelio", viene trapiantato anche un sottile strato di stroma profondo.
• nella DMEK (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty), il lembo trapiantato, privo di questo supporto stromale, è molto più sottile rispetto a quello della DSAEK e ha uno spessore compreso tra i 15 e i 20 micrometri. La procedura, più "challenging" rispetto alla precedente, nelle mani di chirurghi esperti, consente il raggiungimento di risultati chirurgici eccellenti.
Entrambe le opzioni si rivelano vantaggiose rispetto alla cheratoplastica perforante per diversi motivi. Il numero di punti di sutura è notevolmente minore (due o tre, generalmente), e questi vengono asportati circa 30 giorni dopo l'esecuzione dell'intervento, garantendo in questo modo un buon recupero funzionale nel giro di poche settimane. L'intervento è eseguito a bulbo chiuso, limitando il rischio infettivo, e sfruttando incisioni corneali di ridotte dimensioni, così da arginare al minimo l'astigmatismo post-intervento. Aspetto fondamentale, infine, è quello del rischio di rigetto, che risulta diminuito alla luce del fatto che si trapianta soltanto uno strato di cornea.

**Cheratoplastica lamellare anteriore**
Nel caso in cui il danno corneale sia invece confinato alla porzione anteriore, in presenza di un endotelio integro, abbiamo a disposizione due opzioni terapeutiche.
• La SALK (Superficial Antherior Lamellar Keratoplasty) è particolarmente utile in presenza di opacità corneali superficiali. In questa procedura, eseguita per mezzo di microcheratomo o con laser a femtosecondi, le suture sono molto superficiali e vengono asportate dopo qualche giorno rispetto all'intervento.
• Si ricorre invece alla DALK (Deep Antherior Lamellar Keratoplasty) nei casi in cui il danno corneale si estenda più in profondità nello stroma. In questo intervento si asporta epitelio e stroma corneale, che rappresenta più del 90% dello spessore della cornea, risparmiando soltanto endotelio e membrana di Descemet del ricevente. Tra le varie tecniche di esecuzione della DALK, quella che sfrutta una bolla d'aria ("big-bubble technique") per separare gli strati corneali è la più utilizzata. La DALK, risparmiando l'endotelio del ricevente, non è soggetta a rigetto endoteliale: ciò costituisce un grande vantaggio della tecnica rispetto alla cheratoplastica perforante. Oltre a ciò, le suture corneali vengono generalmente asportate dopo 6 mesi.

La buona disponibilità di cornee conservate nelle banche degli occhi sul territorio nazionale, il ridotto *rate* di rigetto e i buoni *outcome* visivi garantiti dalle tecniche lamellari rendono il trapianto di cornea un'opzione terapeutica valida e sicura per il paziente che ne ha necessità. ■

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

# POLIPOSI NASALE

## UNA DIAGNOSI MIRATA CON L'ENDOSCOPIA

**Francesco Mozzanica**

Specialista in Otorinolaringoiatria,
Ospedale San Giuseppe/Università degli Studi di Milano

La rinosinusite cronica è una malattia infiammatoria che colpisce il naso e i seni paranasali, un insieme di cavità scavate all'interno del cranio che comunicano con il naso attraverso dei piccoli orifizi, gli osti sinusali. Se ne distinguono due varianti, con e senza polipi. Quest'ultima è caratterizzata da una degenerazione della mucosa nasale che, ingrossandosi e accumulando acqua, crea delle estroflessioni tondeggianti e traslucide (i polipi) che tendono ad aumentare di dimensione fino a occupare completamente lo spazio che li circonda. Non deve quindi stupire se uno dei sintomi più frequentemente riportati dai pazienti che soffrono di poliposi nasosinusale sia proprio l'ostruzione respiratoria nasale. A questa si aggiunge spesso pesantezza al volto, abbondanti secrezioni, cefalea frontale e perdita o diminuzione dell'olfatto e del gusto.

Si tratta di una patologia relativamente comune che colpisce circa il 2-4% della popolazione generale. La sua origine è verosimilmente di tipo multifattoriale e numerosi fattori, come per esempio le caratteristiche individuali e l'esposizione a fattori ambientali, sembrano essere implicati nella sua genesi. È proprio per questa ragione, infatti, che molto spesso i pazienti affetti presentano al contempo asma bronchiale e intolleranza all'aspirina.

Essendo di fatto una particolare manifestazione della sinusite cronica, la poliposi nasosinusale è diagnosticata attraverso gli stessi criteri. Questi prevedono la contemporanea presenza di: sintomi tipici da almeno 3 mesi (ostruzione nasale, rinorrea, cefalea, algie facciali, riduzione di gusto e olfatto), degenerazione della mucosa nasale e alterazioni radiologiche.
Se queste ultime possono essere evidenziate mediante accertamenti strumentali, quali la tomografia computerizzata (TC) e/o la risonanza magnetica del massiccio facciale, l'esame di più rapida e semplice esecuzione per sospettare la presenza di questa patologia e per identificare il grado di degenerazione della mucosa nasale, però, è l'**endoscopia nasale**.
Si tratta di una metodica diagnostica poco costosa, scarsamente invasiva che è possibile svolgere ambulatorialmente. Durante l'esame il paziente è seduto su una comoda poltrona e non vi è necessità di una preparazione particolare (digiuno, sedazione, etc.).
Il modo migliore per eseguire questa procedura è utilizzando un endoscopio **rigido** che permette di ottenere una visualizzazione di elevata qualità. Lo strumento è collegato tramite una telecamera ad alta definizione a un monitor così che anche il paziente, qualora lo desideri, possa vedere lo stato del suo naso.
La procedura è normalmente ben tollerata causando al massimo un minimo fastidio durante l'introduzione dello strumento. Gli endoscopi rigidi utilizzati in ambulatorio, infatti, hanno dimensioni molto contenute (il diametro è di qualche millimetro) e, grazie alle diverse angolature della loro punta (0, 30, 45, 70 e 90 gradi), permettono di esplorare il naso in ogni suo dettaglio.
Un'alternativa all'uso dell'endoscopio rigido è l'utilizzo di un fibroscopio **flessibile**. Il vantaggio è una maggiore tollerabilità, soprattutto dai bambini, ma questo avviene a discapito della qualità delle immagini che, per quanto spesso sufficienti per porre diagnosi, risultano inferiori.
Il riconoscimento dei sintomi tipici e l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici sopra descritti sono quelli necessari per porre una diagnosi corretta di poliposi nasosinusale, ma gli aspetti che un bravo specialista deve valutare in un paziente affetto da questa patologia non si fermano qui. Queste informazioni andranno infatti integrate con numerose altre, relative ad esempio alla presenza e al controllo di altri disturbi come l'asma e l'allergia, al fine di inquadrare il più precisamente possibile il paziente nell'ottica di una terapia mirata alle sue necessità. ■

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



### ALTERAZIONE DELL'OLFATTO: LA DISOSMIA

L'olfatto è uno dei cinque sensi deputato alla percezione degli odori e del gusto. Dal punto di vista evolutivo, l'olfatto ha il compito di riconoscere fattori potenzialmente dannosi e, proprio per questa ragione, riveste un ruolo importante nella sicurezza individuale, nelle interazioni sociali e nell'alimentazione.
Esistono disosmie di tipo quantitativo (iposmie e anosmia) in cui la percezione dello stimolo odoroso è ridotta, e qualitativo (fantosmia e parosmia) in cui è la qualità dell'odore a essere alterata. Si tratta di problemi estremamente frequenti, soprattutto nei soggetti con età superiore ai 65 anni. Nonostante questo, però, i pazienti non sono quasi mai consapevoli del loro deficit, soprattutto se questo si sviluppa in maniera graduale.
Esistono numerose cause che possono determinare un'alterazione olfattoria. Oltre ai traumi facciali, le sindromi genetiche, l'esposizione ad agenti tossici, la chirurgia, i tumori nasali e intracranici, l'eziologia più comune è da riferirsi alle **patologie rinosinusali** (che sono caratterizzate da un processo infiammatorio determinante un'ostruzione della fessura olfattoria e un rimodellamento dell'epitelio sensitivo) e alle infezioni virali delle vie aeree superiori (come il COVID-19).

Il medico che si occupa di questi problemi è l'otorinolaringoiatra. La valutazione inizia con una accurata anamnesi in modo da evidenziare possibili cause di disosmia.
Si procede quindi all'esame obiettivo, eseguito con un'endoscopia nasale, e agli eventuali accertamenti radiologici. La stima della funzione olfattiva avviene tramite dei questionari (valutazione soggettiva) e dei test olfattometrici (valutazione oggettiva). Tra i primi, i più diffusi sono l'IOQ (Importance of Olfaction Questionnaire) e il QOD (Questionnaire of Olfactory Disorders). Per quanto riguarda la valutazione oggettiva, invece, lo strumento più utilizzato è l'Extended Smell Test by Sniffin' Sticks che consente di studiare i tre aspetti principali dell'olfatto: soglia (quando il paziente inizia a percepire un odore), discriminazione (quanto il paziente è in grado di distinguere tra due odori) e identificazione (quanto il paziente è abile nel riconoscere odori diversi). Il test ha una durata di 20 minuti circa e utilizza pennarelli la cui punta è imbevuta di un odore (aglio, menta, liquirizia…)
Nei casi in cui viene identificata una causa, il trattamento della disosmia inizia con la sua rimozione (ad esempio, terapia antibiotica e steroidea per i pazienti affetti da sinusite acuta). Negli altri casi, come ad esempio nei pazienti con disosmia residua post-COVID-19, non esiste un trattamento specifico. Viene quindi applicato un protocollo di riabilitazione olfattiva associata all'assunzione di integratori neurotrofici.

# IPERTIROIDISMO

## ALTERAZIONI FUNZIONALI DELLA TIROIDE

**Livio Luzi**

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

**Daniele Cannavaro**

Specializzando in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo,
Università degli Studi di Milano

L'ipertiroidismo è una condizione clinica caratterizzata da un aumento della sintesi e della secrezione dell'ormone tiroideo, prodotto dalla ghiandola tiroidea. La prevalenza dell'ipertiroidismo è dello 0,8% in Europa e dell'1,3% negli USA, decisamente meno frequente rispetto alla sua controparte che determina una riduzione dei livelli di ormoni tiroidei nel sangue, ovvero l'ipotiroidismo, con una prevalenza nel sesso femminile pari al 7,7% e nel sesso maschile pari all'1,3%. Proprio come l'ipotiroidismo, la sua prevalenza aumenta con l'età ed è più frequente nelle donne.

L'eccesso di ormoni tiroidei colpisce diversi organi e apparati. I sintomi più comunemente riportati, che dovrebbero porre il sospetto diagnostico, sono: palpitazioni, tachicardia, alvo diarroico, disturbi del sonno, perdita di peso, affaticamento e dispnea da sforzo, tremori (soprattutto distali), ansia e/o aumentata irritabilità, intolleranza al calore, sudorazione e alterazione del senso della sete. È interessante notare come, mano a mano che aumenta l'età, si osserva una minor frequenza dei sintomi tipici, fatta eccezione per la perdita di peso e la dispnea da sforzo, mentre i fumatori hanno un rischio aumentato di sviluppare la sintomatologia classica.

La diagnosi e la terapia dell'ipertiroidismo sono importanti in quanto tale condizione, se protratta, si associa ad un'aumentata mortalità cardiocerebrovascolare, ad un aumentato rischio di osteoporosi e anomalie del sistema riproduttivo, come ginecomastia negli uomini, diminuzione della fertilità ed irregolarità mestruali nelle donne.

La causa più comune di ipertiroidismo è la **malattia di Graves**. Tale patologia si sviluppa in seguito alla perdita di immunotolleranza e allo sviluppo di autoanticorpi (anticorpi anti-recettore del TSH o TRAb) che determinano una continua stimolazione sulla funzione ghiandolare.

In circa il 25% dei pazienti con malattia di Graves possono associarsi segni di interessamento oculare, che rientrano nella definizione di "orbitopatia di Graves", e che concorrono a determinare la classica espressione "ad occhi sbarrati" di questi pazienti.

I fattori di rischio per lo sviluppo della malattia di Graves includono lo stress, il fumo, il sesso femminile, infezioni, carenza di vitamina D e selenio, l'utilizzo di alcuni farmaci, in particolare alcuni generalmente impiegati per il trattamento di neoplasie. Inoltre, proprio come per l'ipotiroidismo autoimmune o tiroidite di Hashimoto, esiste anche per il morbo di Graves una nota predisposizione genetica.

Altre cause meno comuni di ipertiroidismo sono l'**adenoma** tossico solitario e il **gozzo** multinodulare tossico, in cui uno o più noduli tiroidei diventano autonomi e iperfunzionanti rispetto al tessuto ghiandolare sano. Questi due quadri clinici rappresentano circa il 50% dei casi di ipertiroidismo nelle aree carenti di iodio. Queste condizioni, soprattutto se i noduli in questione sono particolarmente grandi, possono portare a sintomi di natura compressiva sulle strutture adiacenti, ossia esofago e/o trachea con conseguente difficoltà alla deglutizione e/o alla respirazione in posizione supina (ortopnea).

Inoltre, tra le cause meno comuni, bisogna prestare molta attenzione ad alcuni trattamenti cosmetici, soprattutto creme snellenti o oli rassodanti, in quanto possono contenere estratti di sali marini o alghe, particolarmente ricchi di iodio, o addirittura contenere tiroxina. Tali prodotti possono determinare un incremento dei livelli di ormone tiroideo nel sangue, con un quadro clinico anche sintomatico, che generalmente regredisce dopo la sospensione di tali prodotti.

La tiroide può anche essere interessata da stati infettivi, soprattutto virali, che al contrario delle patologie sopracitate possono associarsi tipicamente a dolore al collo, e richiedere una terapia cortisonica della durata di più di un mese per ridurre lo stato infiammatorio. È interessante notare come tra i virus in grado di attaccare la tiroide sia stato recentemente identificato anche il **Sars-COV-2**.

La diagnosi di ipertiroidismo è prevalentemente clinica, ovvero basata sulla presenza di segni e sintomi suggestivi, e laboratoristica. Il primo esame indicato è il dosaggio del **TSH**. Se basso, le concentrazioni di ormoni tiroidei (FT3 e FT4) dovrebbero essere misurate per distinguere tra ipertiroidismo subclinico (con normali livelli di ormoni circolanti) e ipertiroidismo conclamato (con aumento degli ormoni tiroidei), che richiede un trattamento più rapido. Il dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH (TRAb) permette di escludere la forma autoimmune, ovvero il morbo di Graves. **L'ecografia** tiroidea e la **scintigrafia** tiroidea invece sono le indagini radiologiche più comunemente utilizzate, che permettono la diagnosi differenziale tra le varie forme di ipertiroidismo. Nei casi caratterizzati da dubbio diagnostico (ad esempio storia clinica e quadro ormonale discordanti) è utile la misurazione del metabolismo basale attraverso metodologie quali la **calorimetria** indiretta, che permette di quantificare il consumo di ossigeno che correla direttamente all'attività tiroidea.

Per quanto riguarda la terapia dell'ipertiroidismo il tipo di approccio varia in base alla sua causa. Esistono tre opzioni: i **farmaci** antitiroidei (metimazolo e il propiltiuracile), l'**ablazione** con iodio radioattivo e la **chirurgia**. L'utilizzo dei farmaci non rappresenta una terapia definitiva, ma permette di controllare i livelli di ormoni tiroidei nel sangue e i sintomi conseguenti al loro eccessivo rilascio. Questi impediscono la produzione degli ormoni tiroidei, bloccando l'attivazione biologica delle molecole di iodio (elemento imprescindibile per la sintesi di tali ormoni). Tuttavia, questi farmaci non assicurano una risoluzione completa della malattia. Infatti, in circa il 40% dei casi il morbo di Graves tende a recidivare entro il primo anno dalla loro sospensione e non sono liberi da effetti collaterali: nel 5% dei pazienti trattati possono comparire prurito, dolori articolari, disturbi gastrointestinali, e più raramente (0.1-0.3%) riduzione dei globuli bianchi, tossicità epatica e fenomeni vasculitici.

Per concludere, consiglierei ai nostri lettori di rivolgersi al proprio Medico Curante in presenza dei sintomi tipici sopracitati, soprattutto se associati a familiarità per patologie tiroidee e soprattutto se tali sintomi sono presenti in individui di sesso femminile. Si suggerisce di rivolgersi ad un Endocrinologo in presenza di esami del sangue e/o radiologici suggestivi, dopo aver escluso altre condizioni morbose come causa della sintomatologia presente. ■

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

# OSTETRICA DEDICATA

## UN PERCORSO A MISURA DI MAMMA E BAMBINO

**Cinzia Piola**
Coordinatrice Ostetrica,
Ospedale San Giuseppe

*"Il modo in cui entriamo nella vita rappresenta il fattore principale di come la viviamo"*
(P. Nathanielsz, 1998)

Recenti ricerche forniscono prove convincenti che la salute di cui godiamo durante tutta la vita sia determinata in buona parte dalle condizioni del nostro sviluppo in utero e da come veniamo al mondo. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) raccomanda, come fattori di sicurezza, che il luogo del parto sia un posto dove la donna si senta sicura e dove riceva il livello più basso di assistenza, compatibile con un adeguato accompagnamento.

Oltre al luogo, appare comprensibile come sia di fondamentale importanza poter scegliere l'ambiente, che dovrebbe essere il più familiare e intimo possibile, con luci basse, senza disturbi e alla presenza di persone volute dalla donna. In quel particolare momento è necessario circondarsi di persone positive, in grado di sostenere, mettere a proprio agio, infondere fiducia e saper gestire le ansie e i timori della partoriente. Tutte queste condizioni incidono direttamente sulle dinamiche fisiologiche del parto attraverso il sistema endocrino e il sistema nervoso autonomo.
La donna dovrebbe non solo familiarizzare con il luogo del parto, ma anche poter scegliere quale tipo di assistenza le trasmetta maggiore tranquillità e quindi da quale operatore essere assistita.
L'importanza del supporto ostetrico nel travaglio e nel parto è stata ampiamente riconosciuta per il suo effetto sul risultato complessivo, apportando svariati benefici sia per le madri che per i bambini: migliora le condizioni di salute del neonato alla nascita, stabilite attraverso l'indice di Apgar, riduce i parti operativi, aiuta a contenere ansie e paure diminuendo così l'incidenza di complicazioni.
È fortemente risaputo che la paura del parto può condurre a ridotta perfusione utero-placentare, una diminuita capacità contrattile uterina da cui ne può derivare un rallentamento della dilatazione e irrigidimento del pavimento pelvico, aumentando di conseguenza la durata del parto e le possibili complicanze.
La nascita, benché rappresenti un momento di separazione dal bambino, ha bisogno di unità, complicità e affidamento, la qualità della salute diventa quindi obiettivo importante e può essere migliorata con un'assistenza rispettosa dei bisogni di mamma e bambino.
La scelta di un'ostetrica dedicata, o nominale, che possa essere un riferimento per la donna, non solo garantisce continuità assistenziale e supporto costante, ma mette la donna al centro di un percorso personalizzato, proponendole strumenti per fare scelte consapevoli, ascoltare meglio il proprio corpo, trovare un legame con il proprio bambino, affrontare il parto con le proprie forze, gestire attivamente le doglie e contenere al minimo fisiologico il dolore. Tutto ciò è associato a minori interventi nel parto, offrendo quindi ottime garanzie per un buon esito dell'evento nascita per madre e bambino.
L'Ospedale San Giuseppe dà la possibilità, alle donne che decidono di partorire presso la struttura, di scegliere il servizio di "Ostetrica Dedicata".
Questo dovrà essere richiesto presso lo Sportello Nascite e/o prendendo contatti con la coordinatrice ostetrica che provvederà ad assegnare alla futura mamma colei che diventerà la "sua" ostetrica.

**A partire dalla 37esima settimana di gravidanza e fino al parto, l'ostetrica dedicata sarà reperibile per la donna 7 giorni su 7, 24 ore su 24, seguirà il travaglio, il parto ed il puerperio.**
La mamma beneficerà di una figura di riferimento non solo all'interno della struttura, ma troverà anche risposte a tutti quei dubbi che spesso giungono tra le mura domestiche sia prima che dopo il parto: è il momento di andare in ospedale? Sono queste le contrazioni? Perdo liquido, saranno le acque? Avrò attaccato bene il mio bimbo al seno? Il latte è sufficiente?
L'ostetrica sarà lì per rispondere, sarà presenza continua, un supporto che implica uno scambio tra le parti e include: consigli ed informazioni, assistenza concreta e tangibile, appoggio emotivo inteso come partecipazione, ascolto, rassicurazioni e conferme.
Condurrà la mamma tra le ultime visite prima del parto, le saprà indicare quando andare in ospedale, sarà presenza vigile senza che vi sia un cambio turno del personale che presta assistenza (spesso poco gradito dalle mamme), si occuperà del primo attacco al seno e dei bisogni nei giorni successivi. Un modello assistenziale che pone la donna in una relazione tra pari, in cui si promuovono le scelte, l'apertura e l'indipendenza, offrendole sostegno, contenimento e condividendo con la mamma l'intero percorso di assistenza e cura.
Un approccio di questo tipo supera l'idea di considerare il travaglio e il parto come eventi strettamente correlati a fenomeni riguardanti esclusivamente specifiche strutture anatomiche.

Ogni qualvolta l'ostetrica prende in carico una donna, l'accompagna in un viaggio unico verso la maternità, personalizzando l'assistenza, valorizzando risorse già presenti nella donna stessa, facilitando quello che può sembrare difficile, rinforzando le sue potenzialità per il raggiungimento degli obiettivi e sostenendola in tutte le situazioni che possono venirsi a creare. Il tutto con un approccio relazionale empatico, maieutico e accogliente.
Diventa così una partnership donna/ostetrica, un'alleanza terapeutica in un rapporto che permette alla donna di essere sostenuta da una professionista che unisce competenze cliniche all'abilità di accompagnamento, diventando persona di fiducia.
Ma anche quando il bambino sarà cresciuto, l'ostetrica potrà restare punto di riferimento per tutte le questioni che riguardano la salute della diade mamma-bambino. Alla fine l'ostetrica dedicata diventa "di famiglia", capita spesso che diventi la confidente, che assista anche i figli futuri di quella mamma e si crei un legame indissolubile per anni. ■

***Per informazioni e costi***
***sportello.nascite@multimedica.it***

# COME SONO DIVENTATO INFERMIERE

**Lisa De Giovanni**

Shpetim Daca si commuove.
Succede alla fine dell'intervista, quando stiamo per salutarci. Ci chiede: "Posso aggiungere una cosa?", e ci racconta, con gli occhi lucidi, di quanto sia grato all'Italia, "perché è un Paese ospitale, che offre opportunità alle persone. Io sono arrivato con una situazione drammatica e oggi non sono solo felice, sono strafelice, e questo grazie a questo Paese ma soprattutto grazie agli italiani, perché sono le persone che fanno il Paese".
Shpetim Daca è Coordinatore Infermieristico della Medicina Generale e della Terapia Intensiva all'Ospedale San Giuseppe, il primo di tanti volti della nostra azienda sanitaria che vogliamo raccontarvi in questa nuova rubrica. Storie di professionisti, storie di colleghi, ma soprattutto storie di persone e del loro percorso lavorativo e personale, due strade che non corrono mai parallele ma si intersecano e si influenzano costantemente.

È il caso di Shpetim, la cui storia inizia in Albania, suo Paese di origine. La sua decisione di diventare infermiere nasce da un triste evento familiare, la malattia di suo fratello maggiore nel 1988. "Nel 1990", ci racconta Shpetim, "riuscimmo ad ottenere un visto per venire in Italia, dove mio fratello avrebbe potuto ricevere cure adeguate all'Istituto Nazionale dei Tumori. Io lo seguii come accompagnatore. Nonostante le terapie, dopo due anni mio fratello mancò. Avevo "vissuto" per anni con lui negli ospedali, in Albania e in Italia: lì ho conosciuto infermieri, medici, e tra loro vi era la Direttrice della Scuola Infermieri. Fu lei a chiedermi: 'Perché non diventi infermiere?'. Capii che quella era la mia strada."
Dopo una formazione di base di scuola industriale-meccanica, Shpetim inizia così un nuovo percorso di studi, frequentando per 3 anni la Scuola Infermieri all'Istituto Nazionale dei Tumori, dove conosce anche quella che sarà la sua futura moglie. "È stato un percorso molto bello", ci racconta, "che mi ha arricchito tantissimo. Anche la lingua non è stata un problema", continua "perché avevo la fortuna di conoscerla già prima di venire in Italia. Inoltre, ho potuto contare sul sostegno di alcuni parenti acquisiti italiani, che ci hanno ospitato dal primo giorno in cui sono arrivato qui con mio fratello, fino al giorno in cui ho finito la Scuola Infermieri. Sono stato privilegiato, nella sventura ho potuto contare su un supporto molto forte della mia famiglia".
La sua nuova professione lo porta a lavorare in diverse strutture sanitarie, spinto dalla voglia di cambiamento e di crescita, che passa anche da una Laurea Magistrale, un Master in Coordinamento Infermieristico e un Corso per Direttore di Struttura Complessa.
Il suo arrivo qui all'Ospedale San Giuseppe è il frutto di una sfida: nel 2008 un dirigente del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale) gli propone di aprire un reparto di Terapia Intensiva nell'Ospedale. Shpetim, che ai tempi lavorava all'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), decide di accettare la sfida e, insieme al Primario di Anestesia e Rianimazione, si occupa della selezione del personale, organizza i corsi di formazione, lavora incessantemente per mesi per organizzare il reparto, collaborando anche al suo allestimento architettonico e all'acquisizione del materiale. È l'inizio di un'avventura che ancora oggi continua.
"Ti sei mai pentito della tua scelta?", gli chiediamo. "Mai" ci risponde, "sono stato sempre convinto e sono molto felice di fare questo lavoro, nonostante i momenti di difficoltà. Certo, ci sono stati periodi complicati, come durante la pandemia da Covid-19, che ha messo a nudo le fragilità del sistema sanitario. Sono stati mesi che hanno richiesto un impegno e una dedizione totale. Ma, nonostante la paura, non ho mai avuto ripensamenti. E come me, anche i miei colleghi: ho trovato negli infermieri una grande capacità, una voglia incondizionata di mettersi a disposizione. Questi ragazzi non si sono risparmiati, hanno lavorato con la consapevolezza del rischio di infettarsi, senza mai tirarsi indietro e sostenendosi a vicenda."
Il ruolo degli infermieri è ancora più prezioso in questo periodo in cui la più grande criticità è la carenza di personale sanitario. Oggi più che mai servono persone come Shpetim. "Cosa diresti ad un ragazzo per convincerlo a diventare infermiere?", gli chiediamo. "Direi che è una professione bellissima," ci risponde "che ti chiede molto ma dà indietro tantissimo: ti permette di entrare in contatto con le persone, di aiutarle. La nostra è una delle professioni più belle perché ci prendiamo cura degli altri, abbiamo un contatto con loro molto stretto, siamo 24 ore su 24 al loro fianco. Diamo tanto, ma allo stesso tempo riceviamo tantissimo dagli altri."
Ma il lavoro non è l'unica passione di Shpetim. Nella sua vita c'è anche lo sport. "Ho iniziato fin da bambino a fare nuoto agonistico" ci racconta, "prima di arrivare in Italia ho nuotato a livello agonistico in Albania, e per un breve periodo ho anche giocato a calcio ad un buon livello. Facevo il portiere, lo stesso ruolo che ho ricoperto anche nella squadra dell'Istituto dei Tumori, dove ho giocato per 6 anni quando sono arrivato in Italia. Poi ho ripreso con il nuoto e mi sono unito a varie squadre dei campionati Master. Una delle ultime si chiamava San Giuseppe, una curiosa coincidenza. Ultimamente invece mi sono appassionato alla vela, ho seguito un corso e preso la patente nautica."
"Lo sport per me è fondamentale", ci spiega, "aiuta a formare il carattere, ti insegna una metodologia di comportamento. Soprattutto gli sport collettivi, in cui bisogna mettersi a disposizione degli altri, lavorare con gli altri e non solo per te stesso. Un atteggiamento che in fondo è alla base del nostro lavoro di infermieri." ■

**Shpetim Daca**

**Coordinatore infermieristico**
**Medicina Generale e Terapia Intensiva**
**Ospedale San Giuseppe**

# PARTOANALGESIA
## NON DECIDIAMO QUANDO NASCERE, MA COME NASCERE

**Paolo Taccone**
Direttore

**Roberta Santamato**
Unità di Anestesia e Rianimazione,
Ospedale San Giuseppe

Il parto è una delle esperienze più belle della vita di una donna e merita di essere vissuto con serenità e coinvolgimento. Molte donne riescono ad affrontare il travaglio senza l'ausilio di alcuna terapia antidolorifica, molte altre, invece, temono che l'intensità del dolore rappresenti un ostacolo difficile da gestire e che possa limitare la loro partecipazione durante la nascita del proprio figlio.

Non bisogna aver paura: il dolore del parto non è sintomo di malattia, ma è il segnale di un evento biologico e fisiologico. Tuttavia, per poterlo affrontare al meglio, presso l'Ospedale San Giuseppe è presente una vera e propria squadra composta da ginecologi, ostetriche ed anestesisti, a disposizione della mamma e del bambino.
Il dolore che viene percepito durante il travaglio può provocare una serie di risposte che rientrano nel quadro aspecifico definito come "reazione da stress" che, oltre ad influenzare il vissuto emozionale e psicologico della donna, determinano modificazioni materne a livello cardio-vascolare, respiratorio, endocrino, metabolico e gastrointestinale, e che possono anche alterare gli scambi transplacentari con conseguente situazione fetale non rassicurante. Si comprende pertanto come l'uomo, sin dall'antichità, abbia cercato di alleviare "le doglie" ricorrendo a varie soluzioni disponibili. Ad oggi l'analgesia epidurale, rappresenta il metodo più efficace per controllare il dolore durante il travaglio e il parto, consentendo comunque un parto naturale e spontaneo.

La procedura di analgesia per il parto viene sempre e solo eseguita da un **medico anestesista**. È una tecnica che consiste in una puntura nella schiena a livello lombare con un piccolo ago, grazie al quale si somministrano bassi dosaggi di anestetici locali e oppioidi nello spazio epidurale, che agiscono direttamente sulle radici nervose e bloccano lo stimolo doloroso. La partoanalgesia è una tecnica efficace, perché controlla il dolore, consentendo tuttavia di percepire le contrazioni uterine. È sicura sia per la mamma che per il feto, perché i dosaggi farmacologici impiegati sono bassi e modulati in base alle necessità della donna e alla fase del travaglio, riducendone significativamente gli effetti collaterali. È una tecnica che rispetta il benessere fetale e non pone controindicazioni all'allattamento.

Nel nostro Ospedale San Giuseppe effettuiamo regolarmente dei corsi di preparazione al parto, offrendo ad ogni donna la possibilità di conoscere il team degli specialisti per vivere l'esperienza della gravidanza in modo naturale, sicuro e con il massimo comfort. Dopo l'incontro con l'anestesista, che spiegherà nel dettaglio l'analgesia epidurale, sarà necessario effettuare una valutazione clinica approfondita per permettere la massima personalizzazione del percorso che porterà al parto. Al momento della compilazione della cartella anestesiologica personale, avverrà anche la firma del consenso informato, per consentire alla gravida una comprensione più consapevole circa la procedura e i rischi a questa connessi. Il consenso informato non è vincolante, al momento del travaglio l'équipe ostetrico-ginecologica e anestesiologica rivaluterà le condizioni cliniche escludendo possibili controindicazioni alla procedura e la mamma reitererà o meno la volontà di ricevere la partoanalgesia.

Esistono delle **controindicazioni** alla partoanalgesia, prima tra tutte il rifiuto materno alla procedura, oppure, l'assenza di collaborazione durante il posizionamento del cateterino peridurale, o gravi difetti di coagulazione del sangue, infezioni o alterazioni cutanee nel punto di iniezione, uno stato febbrile refrattario a terapia medica, un'importante ipovolemia o un'emorragia materna o altre situazioni evidenziate dall'anestesista.

**DA MEDICO A MAMMA**

**Personalmente, oltre ad essere un'anestesista che svolge l'attività medica in San Giuseppe da quasi venticinque anni, sono una mamma di quattro figli, i primi due nati senza partoanalgesia perché era ancora una tecnica poco diffusa, mentre per gli ultimi due parti il controllo del dolore col catetere peridurale è stato fantastico! Ho partorito con serenità, ho percepito le contrazioni collaborando alle spinte senza sofferenza. Sono grata ai colleghi che mi hanno permesso il parto indolore, lo consiglio fortemente come mamma e come anestesista. Noi operatori del team materno infantile siamo in ospedale 24 ore su 24 per garantire un parto indolore in sicurezza.**

Esistono però situazioni nelle quali la partoanalgesia ha dei **vantaggi** clinici rilevanti non solo in termini di comfort, ma anche in termini di riduzione dei rischi per la mamma e il bambino; stiamo parlando di donne affette da cardiopatie, ipertensione, preeclampsia, patologie respiratorie ed altre ancora. Per queste categorie, o per donne con fragilità emotiva e psicologica, vi è proprio un'indicazione medica.
L'esecuzione della tecnica dura pochi minuti e richiede la collaborazione della mamma. La mamma deve essere in posizione seduta o sdraiata su un lato e con procedimento sterile si esegue una piccola anestesia locale nello spazio vertebrale al di sotto delle prime vertebre lombari, dove successivamente verrà introdotto il catetere peridurale. La sensazione che si percepisce è di lieve fastidio, ma non di dolore. Il catetere viene fissato con dei cerotti sulla schiena in modo da permettere alla donna di mobilizzarsi come desidera. Con il catetere peridurale è possibile camminare, ma non è possibile andare nella vasca per il parto in acqua.
Per garantire la massima efficacia della partoanalgesia, nel nostro ospedale abbiamo recentemente introdotto la "**Patient Controlled Epidural Analgesia**" (PCEA). Con questa tecnica la somministrazione del farmaco anestetico per via peridurale verrà controllata direttamente dalla mamma attraverso una pompa microinfusionale di piccolissime dimensioni: non appena si percepisce dolore si può procedere ad una autosomministrazione di un quantitativo predeterminato di farmaco, schiacciando un pulsante collegato a questa apparecchiatura. La PCEA rappresenta la massima evoluzione tecnica e di personalizzazione della partoanalgesia, perché permette di massimizzare il controllo del dolore e il comfort, riducendo al minimo il rischio di sovradosaggio e quindi degli effetti collaterali.
La partoanalgesia è la tecnica più efficace e più sicura per il controllo del dolore, normalmente priva di complicanze, ma si segnala la possibilità che si verifichino problematiche lievi come mal di schiena o mal di testa, peraltro segnalate anche da pazienti che non hanno subito la partoanalgesia, o complicanze più gravi che fortunatamente hanno una casistica rara. ■

***Per informazioni***
***sportello.nascite@multimedica.it***

buono & sano

# GRASSI DA CONDIMENTO

## UNA SCELTA CONSAPEVOLE

**Angela Valentino**
Biologa - Nutrizionista,
Ospedale MultiMedica Castellanza

I grassi da condimento sono grassi che vengono aggiunti agli altri cibi per esaltarne il sapore o per agevolarne la cottura e comprendono sia quelli di origine animale, come burro, strutto, lardo, panna, pancetta, guanciale, sia quelli di origine vegetale, come olio d'oliva, olio di semi e alcune preparazioni alimentari a base di grassi.

La funzione principale dei grassi è di accumulare energia e di formare le membrane cellulari. Oltre a svolgere compiti speciali nell'organismo, i grassi consentono l'assorbimento delle vitamine liposolubili (A,D,E,K) e dei carotenoidi.
Gli acidi grassi, in base alla presenza o meno di doppi legami sulla catena carboniosa, sono classificati in saturi (nessun doppio legame) e insaturi (uno o più doppi legami). A loro volta, gli acidi grassi insaturi si dividono in monoinsaturi (un solo doppio legame) e polinsaturi (due o più doppi legami).
I grassi saturi possono causare un aumento del colesterolo totale nel sangue e predispongono al rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari e ad alcuni tipi di tumore. Le fonti principali di grassi saturi sono i prodotti lattiero-caseari non scremati (latte intero, panna, burro, formaggi), le carni grasse e gli insaccati (salsiccia, pancetta, strutto, lardo) e gli oli vegetali tropicali (olio di palma e olio di cocco).
I grassi insaturi sono tendenzialmente neutri nei confronti della colesterolemia e in alcuni casi contribuiscono ad abbassarla. Le fonti principali di acidi grassi insaturi sono gli oli vegetali non tropicali (olio di noci, olio di oliva, olio di nocciole, olio di semi come mais, soia, arachidi) e il pesce.
Alcuni tipi di acidi grassi polinsaturi sono detti "essenziali" e svolgono un'azione preventiva in difesa della salute del cuore. Questi grassi sono l'acido linoleico che appartiene alla famiglia degli omega 6 (contenuto in particolare nell'olio di mais, di girasole e di soia) e l'acido alfa linoleico che appartiene alla famiglia degli omega 3 (contenuto soprattutto nel pesce e nelle noci).
I grassi trans rappresentano un pericolo per cuore e arterie, tendono a far innalzare i livelli di colesterolo totale nel sangue favorendo l'aumento del colesterolo cattivo (LDL) rispetto a quello buono (HDL). Gli acidi grassi trans si trovano principalmente nei prodotti confezionati come patatine fritte, snack e preparazioni dolciarie industriali. Recenti evidenze scientifiche ne confermano la presenza anche nelle carni e nel latte di animali ruminanti.

### Benefici e rischi dei principali grassi

L'**olio d'oliva**, grasso da condimento tipico della dieta Mediterranea, contiene una minima quota (15%) di grassi saturi. L'olio è da preferire al burro come grasso da condimento poiché molto ricco di monoinsaturi, in particolare di acido oleico che sembra avere forti effetti antiossidanti, ed è in grado di aumentare i livelli di colesterolo buono (HDL).

Il **burro** è composto da acidi grassi saturi per il 49%, colesterolo (250 mg per 100 gr di prodotto) e contiene piccole quantità di vitamina A e D. In commercio ne esistono diverse varietà: senza colesterolo, a ridotto contenuto di grassi, chiarificato, salato, il più comune è il burro derivato dal latte di vacca. Come tutti i derivati del latte contiene acidi grassi saturi con effetto ipercolesterolemizzante, pertanto sono consentite solo quantità moderate di burro a crudo, saltuariamente, evitando che la cottura porti alla formazione di una sostanza tossica per il fegato.

Il **lardo** viene prodotto dalla stagionatura del tessuto adiposo del maiale ed è composto per il 99% da grasso, ma rispetto al burro contiene una frazione minore di grassi saturi e meno colesterolo (95 mg per 100 gr di prodotto). Essendo un alimento molto calorico va consumato raramente.

Lo **strutto** si ricava dal grasso del maiale che viene fatto sciogliere lentamente e poi raccolto sotto forma di una pasta bianca e cremosa. Come il lardo è composto per il 99% da grasso, di cui più del 40% sono grassi saturi. L'alta percentuale di grassi saturi e di colesterolo lo rendono sconsigliabile per chi soffre di ipercolesterolemia e per i soggetti ad alto rischio vascolare.

Gli **oli di semi o vegetali** hanno una composizione molto varia, accomunati dal non contenere colesterolo. Gli oli vegetali sono ricavati dai frutti o dai semi delle piante non per spremitura ma per estrazione della parte oleosa. I semi più utilizzati sono mais, girasole e arachidi. Questi oli sono ricchi di polinsaturi del tipo omega 6 e contengono anche quantità non trascurabili di omega 3, inoltre sono una fonte di vitamine liposolubili, in particolare di vitamine E, in quantitativi variabili.
Invece, gli **oli vegetali come l'olio di palma e di cocco** sono grassi tropicali, molto ricchi di acidi grassi saturi, in particolare di acido laurico, miristico e palmitico.

La **margarina** è un grasso semisolido, ricco di acidi grassi saturi. Nonostante la margarina odierna "vegetale non idrogenata" venga prodotta attraverso un processo chimico di miscelazione e frazionamento, la frazione più satura viene ricavata da oli raffinati, come l'olio di palma o di cocco o dallo strutto. Non è vero quindi che la margarina è il grasso da condimento più leggero e salutare. È sempre preferibile l'olio d'oliva, meglio se extravergine.

La **panna** è la parte grassa del latte fresco, ottenuta per affioramento o industrialmente per idrogenazione. Inoltre, è la materia prima per produrre il burro ed è presente in alcuni formaggi ad elevato contenuto di grassi, come mascarpone e camembert. Esistono diversi tipi di panna in commercio: panna da caffetteria, da cucina, da montare, ecc., con contenuti di grasso variabili dal 10% al 50%. Come tutti i derivati del latte contiene grassi saturi.

In conclusione, i grassi da condimento non vanno mai eliminati del tutto dalla dieta perché forniscono principi nutritivi essenziali e sono il principale carburante di riserva per il nostro organismo, ma il loro consumo deve essere moderato per evitare sovrappeso, aterosclerosi, aumento del colesterolo e delle patologie ad esso associate.
Affidarsi ad un professionista della nutrizione aiuterà a preservare lo stato di salute attraverso scelte alimentari più consapevoli oltre a garantire il corretto apporto fra acidi grassi saturi, acidi grassi monoinsaturi e polinsaturi secondo le raccomandazioni della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). ■

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

"Il mio prossimo obiettivo? Correre la maratona di New York!"

# UNA PALESTRA PER CORPO E MENTE

**Margherita Hassan**

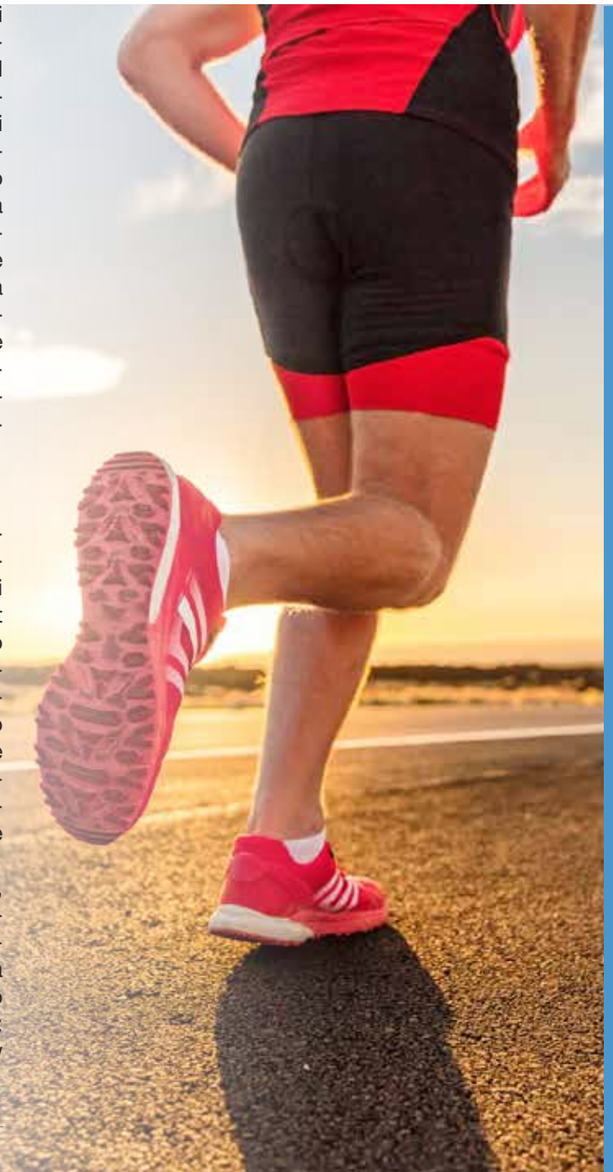
Camminare è un'azione che impariamo a compiere nei primi anni della nostra vita, ci sembra automatica e spontanea, ma a volte qualcosa può andare storto. La storia di Giuseppe racconta l'esperienza di un uomo che ha dovuto nuovamente imparare a camminare.

**Giuseppe ci spieghi cos'è successo**
"Mi è facile ora ricostruire le cause del mio problema e capire come poter intervenire, ma le assicuro che non è stato facile scoprirlo. Qualche anno fa ho avuto un problema alla prostata e ai linfonodi, che mi ha portato al gonfiore della gamba e di conseguenza alla zoppia. Zoppia che si è sviluppata lentamente ma è diventata sempre più invalidante. Si immagini, dovevo camminare con due bastoni da montagna, non proprio comodo per svolgere le mille questioni quotidiane. E così ho iniziato a chiedere svariati consulti medici, volevo capire il motivo per cui un'azione così scontata come camminare fosse diventata per me un calvario. Dopo diverse visite specialistiche mi era stata addirittura ipotizzata la presenza di un'infezione al midollo, fortunatamente rivelatasi negativa in seguito ad un prelievo midollare. Finalmente, dopo questa triste esperienza, ho trovato la soluzione ai miei problemi. Ho incontrato un medico che ha capito la mia patologia e mi ha supportato: il dr. Franco Cosignani, Co-Direttore del Dipartimento di Riabilitazione Neurologica del Gruppo MultiMedica".

**E da lì la sua vita è cambiata?**
"Sì, il dr. Cosignani mi ha ricoverato per 3 settimane nel presidio MultiMedica di Limbiate. Ogni giorno erano in programma sia la fisioterapia, sia colloqui di sostegno psicologico. Una palestra, insomma, per il corpo e per la mente. Mi impegnavo a camminare cercando di dimenticare i difetti che avevo acquisito con la zoppia. Perché sa, le faccio un esempio con l'azione del guidare: all'inizio è un insieme di tanti arti e muscoli che devono capire come coordinarsi, poi diventa automatico. Per me è la stessa cosa, devo imparare a rendere automatico l'atto del camminare".

**È una bella metafora**
"Sì, è proprio esplicativa di quello che ho fatto in ricovero e quello che sto facendo attualmente con la teleriabilitazione: è importante che la mente si ristrutturi in modo che riprenda insegnamenti che ha perso. E questo lavoro lo svolgo quotidianamente. Ogni giorno mi sveglio e, prima di prepararmi per andare a lavorare, dedico 45 minuti di esercizi con la strumentazione digitale in mio possesso. Vuol dire che mentre sono da solo davanti al pc, seguo il mio programma preimpostato di esercizi specifici e personalizzato sulla base delle mie difficoltà. Il team di professionisti, fisiatri o fisioterapisti, può collegarsi in ogni momento per valutare attentamente la mia prestazione ed è in grado di modificare il mio programma a seconda delle circostanze, semplificandolo e alleggerendolo, oppure aumentando il carico di lavoro. Una volta alla settimana mi reco nel presidio MultiMedica di Limbiate dove mi aspettano 45 minuti di riabilitazione, con l'assistenza del fisioterapista, e 45 minuti di colloquio psicologico".

**Ci vuole costanza e impegno**
"Guardi, è una bella routine. La riabilitazione a distanza mi permette di mantenere tutti i miei impegni giornalieri e dedicarmi tout court al mio benessere. Mi rendo conto della fortuna che ho avuto ad essere seguito in MultiMedica ed incontrare il dr. Cosignani, un attento professionista che, con pazienza e dedizione, mi ha permesso di utilizzare uno strumento altamente tecnologico per assistermi e risolvere il mio problema.
Sto molto bene mentalmente, cammino da solo senza aiuti, certo dopo un po' mi stanco ma la forza d'animo non manca, infatti da qualche tempo mi sto preparando per affrontare un super obiettivo: partecipare alla maratona di New York!". ■



**La Teleriabilitazione Multiprofessionale 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 consente agli specialisti di proseguire il percorso riabilitativo in tutta sicurezza, perché ogni fase viene monitorata e le possibilità di intervento, laddove necessario, sono immediate.**

**Area Motoria**
Attualmente le prestazioni di rieducazione motoria si stanno avvalendo di supporti tecnologici di tipo robotizzato e di realtà virtuale, che consentono all'operatore di impostare programmi di esercizi adattabili in itinere a seconda dei progressi raggiunti in autonomia dal paziente, e successivamente controllati in diretta. L'utilizzo di device quali sensori inerziali e ottici permette di intervenire tramite segnali di biofeedback per correggere e ottimizzare lo svolgimento degli esercizi.

**Area Cognitiva**
L'integrazione della riabilitazione neuromotoria e quella metacognitiva si basa sulla consapevolezza che non è possibile lavorare sul recupero motorio di una parte del corpo senza agire anche sulle funzioni cognitive del paziente. Il programma integrato prevede la stimolazione del canale propriocettivo, sensoriale, visivo ed acustico connesso al movimento e alla postura, la loro rielaborazione cognitiva con ri-apprendimento delle operazioni mentali che guidano la programmazione motoria e la memoria del gesto e del movimento.
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, fisioterapisti, terapisti occupazionali, bioingegneri.

# ospedale amico

## LIBERI, INSIEME

**Carmen Sommese**
Direttore Sanitario Aziendale,
Gruppo MultiMedica

**Tatiana Bracone**
Assistente Sociale,
IRCCS MultiMedica

"Liberi, insieme!", il progetto del Gruppo MultiMedica finalizzato a contrastare la violenza sulle donne per fornire un'assistenza multidisciplinare, ha trovato, dal 2016 a oggi, realizzazione concreta nelle nostre attività quotidiane anzitutto attraverso la facilitazione dell'accesso a servizi sociosanitari per tutte le persone vittime di violenza e il relativo collegamento delle risposte clinico-assistenziali al sistema sociale e territoriale.

In questi anni, ci siamo dedicati a promuovere un sistema di azioni integrate e sinergiche, protocolli condivisi per prevenire, riconoscere e contrastare il fenomeno della violenza in tutte le sue forme, non solo domestica, ma anche sul luogo di lavoro, trovandoci, sempre più spesso, a gestire situazioni di rischio per il personale sanitario che subisce forme di aggressione soprattutto verbale fatta di offese e umiliazioni.
Il nuovo "Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2020-2023" di Regione Lombardia, oltre a prevedere il consolidamento delle reti territoriali interistituzionali e il miglioramento dell'offerta dei servizi specializzati già esistenti, estende, a livello globale, il proprio raggio operativo anche alle categorie fragili e svantaggiate, nonché ai minori vittime di "violenza assistita", all'inserimento lavorativo delle donne maltrattate e alla rieducazione dei soggetti maltrattanti.
In tale contesto, il Gruppo MultiMedica è parte dell'apposito Tavolo Tecnico di ATS Città Metropolitana di Milano in sinergia con le strutture sanitarie del territorio, al fine di mantenere attiva la formazione specialistica per il proprio personale, per tradurre gli obiettivi condivisi in procedure aziendali e percorsi dedicati.
Uno degli obiettivi raggiunti è stata la predisposizione di un'istruzione operativa concernente l'accoglienza e la presa in carico di persone vittime di "violenza relazionale" in Pronto Soccorso, attraverso specifiche indicazioni per i professionisti sanitari, a partire dal triage infermieristico, con l'attribuzione del codice di priorità e rilevazione del rischio, fino al tempestivo confronto con il personale medico e, a seconda dei casi, con le ulteriori figure professionali per il successivo inserimento della persona nella rete di protezione dei centri antiviolenza territoriali. La violenza maschile sulle donne, in particolare, non rappresenta difatti solo un'emergenza, ma è un fenomeno strutturale di natura multifattoriale al cui interno sono declinati aspetti tra loro interdipendenti: relazionali, sociali e culturali. All'interno dei nostri Pronto Soccorso sono presenti brochure tematiche, nonché locandine istituzionali descrittive delle modalità di presa in carico della persona.
Il cambiamento culturale che è alla base delle azioni di contrasto a tutte le forme di violenza è continuamente promosso anche e soprattutto attraverso l'utilizzo di un linguaggio appropriato, che rafforzi il senso di responsabilità individuale e sociale. Il sapersi confrontare con gentilezza non è difatti per nulla scontato; ci impegniamo quotidianamente nel promuovere la cultura del supporto reciproco attraverso il saper ascoltare e il saper accogliere, sia nei rapporti tra il personale, sia nelle relazioni con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto reciproco di ruoli e professioni.
In tal senso, la "Giornata mondiale contro la violenza sulle donne", istituita dalle Nazioni Unite il 25 novembre, assume un significato che va oltre il mero atto celebrativo perché diventa parte del vivere di ogni giorno per non tollerare alcuna forma di discriminazione e di non rispetto nei confronti di ogni vittima di violenza, compresi tutti coloro i quali si impegnano a offrire dedizione e competenza nella cura dei pazienti.
Il modello della spirale della violenza, caratterizzato da un'escalation di gravità graduale sino ad evolversi in diverse fasi con un andamento ciclico, ci ricorda che non dobbiamo mai abbassare la guardia, a tutti i livelli e in ogni rapporto, a maggior ragione nel contesto emergenziale pandemico legato al Covid-19.
Il nostro impegno è e deve rimanere quotidiano, costante, partecipato, perché la nostra attenzione inizia proprio dalle nostre relazioni: "Liberi, insieme!". ■



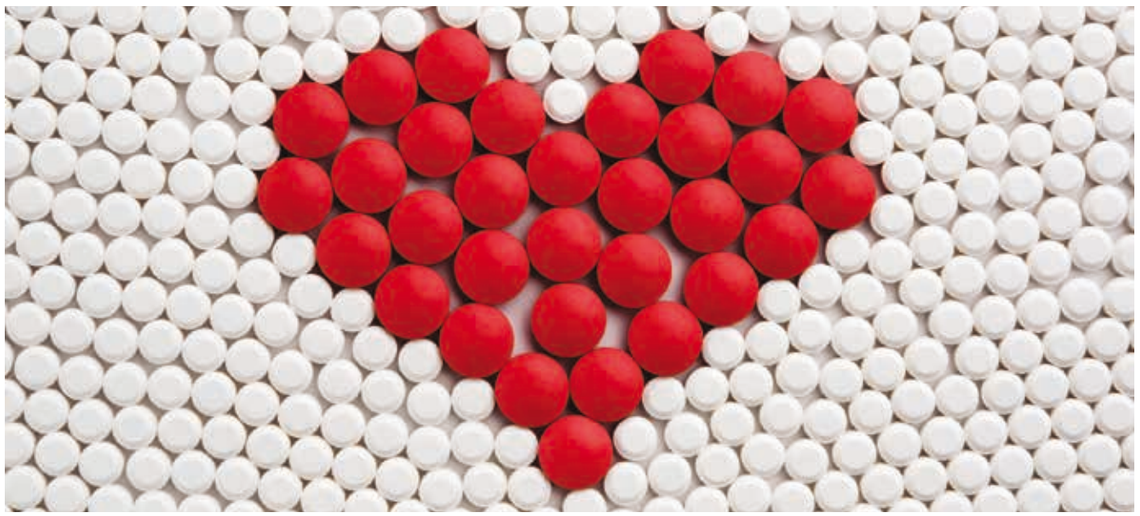
# la posta del cuore

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

***Mi hanno detto che assumendo un'aspirina al giorno si prevengono gli attacchi di cuore, è vero?***

Gentile Signore,

la sua domanda è molto attuale. Tuttavia, per evitare confusioni, occorre distinguere tra l'utilizzo dell'aspirina nella prevenzione secondaria, da quella primaria. Nel primo caso, si tratta di pazienti che hanno già sofferto di un evento cardiaco (infarto, stent coronarico) o neurologico (ictus). In questo ambito, l'azione anti-aggregante del farmaco è fondamentale per proteggere il paziente da nuovi episodi ischemici. Quindi, salvo intolleranze gastriche o allergie individuali, non vi è dubbio che l'aspirina sia un presidio terapeutico necessario.
Diversa è la situazione della prevenzione primaria, a cui fa riferimento il quesito da lei proposto. In questo caso, l'utilizzo dell'aspirina dovrebbe prevenire malattie cardio-vascolari su base ischemica nella popolazione generale di soggetti apparentemente sani, alcuni dei quali, tuttavia, possono presentare, se ricercati, alcuni fattori di rischio (diabete, fumo, dislipidemia, vasculopatie subcritiche). Questi, se non corretti, possono aumentare la probabilità di sviluppare nel tempo un evento morboso, quale ad esempio un infarto cardiaco. A questo riguardo, si è di recente modificato l'orientamento degli Esperti verso una maggiore cautela alla somministrazione indiscriminata del farmaco, che dovrebbe piuttosto essere prescritto dal Medico, solo sulla base di una valutazione complessiva del profilo di rischio di quel singolo soggetto. Infatti, recenti Studi prospettici, condotti su grandi numeri, hanno dimostrato che l'assunzione generalizzata di aspirina in prevenzione primaria non è giustificata, risultando potenzialmente dannosa per un aumento delle complicanze emorragiche.
In conclusione, l'aspirina è un farmaco e, come tale, va assunta solo quando la valutazione dei benefici attesi nel singolo soggetto risulti superiore ai suoi effetti indesiderati. ■



Valutazioni gratuite
di pressione, glicemia, colesterolo
e colloquio con uno specialista.
Accedi liberamente

Cardio Point
Corner
Valutazione
del Rischio
Cardiovascolare
Area Accettazione Prenotazione

Lunedì
mercoledì
e venerdì
dalle 9 alle 12

IRCCS MultiMedica

IRCCS MultiMedica - via Milanese 300, 20099 Sesto San Giovanni

# MULTIMEDICA FLASH

**Pierluigi Villa**

## RIAPRE IL CENTRO VACCINALE MULTIMEDICA MARELLI DI SESTO SAN GIOVANNI

Torna in attività da lunedì 20 dicembre, a Sesto San Giovanni, il Centro Vaccinale MultiMedica Marelli, inaugurato lo scorso maggio con il sostegno di Campari Group, grazie alla riconversione in tempi rapidissimi degli ampi spazi di un immobile dismesso nella storica sede della Ercole Marelli.

MultiMedica mette a disposizione dei cittadini e delle aziende il proprio hub e il personale del Gruppo, rispondendo all'appello di Regione Lombardia e alla richiesta di ATS Città Metropolitana: aumentano così i punti vaccinali nell'hinterland milanese, per imprimere un'ulteriore accelerata alla campagna di immunizzazione e contrastare la risalita dei contagi.
Il **Centro Vaccinale MultiMedica Marelli**, situato in **Viale Thomas Alva Edison 50 a Sesto San Giovanni** e facilmente raggiungibile anche da Milano con la linea 1 della metropolitana (MM1 Sesto Marelli), è attivo dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle ore 18.00, con 8 linee vaccinali e la possibilità di somministrare fino a 850 dosi al giorno, a tutta la popolazione avente diritto, **a partire dai 12 anni di età**.
"La campagna vaccinale contro il Covid-19 nell'area metropolitana di Milano sta procedendo a pieno ritmo, contestualmente a quella antinfluenzale", spiega Walter Bergamaschi, Direttore Generale dell'ATS Città Metropolitana di Milano. "È di fondamentale importanza, visto anche l'andamento dei contagi, sostenere e promuovere una campagna massiva su tutta la popolazione che può essere vaccinata, per contrastare l'avanzata del virus il più velocemente possibile. Per questo motivo, abbiamo chiesto al Gruppo MultiMedica la disponibilità a riaprire l'hub di Sesto San Giovanni."

"Ancora una volta il privato si schiera a fianco della sanità pubblica, per fare squadra di fronte al bisogno e all'emergenza, nel comune obiettivo di tutelare la salute della popolazione", dichiara Daniele Schwarz, Amministratore Delegato del Gruppo MultiMedica. "Consapevoli della nostra responsabilità nei confronti della collettività, abbiamo risposto immediatamente all'appello delle Istituzioni lombarde e riaperto l'hub di Sesto Marelli, con il proposito di contribuire a estendere e velocizzare la campagna di profilassi anti-Covid, offrendo ai cittadini la disponibilità di un ulteriore, grande punto vaccinale sul territorio".

**Per prenotare** la vaccinazione presso il Centro MultiMedica Marelli, i **cittadini** dovranno accedere alla piattaforma www.prenotazionevaccinicovid.regione.lombardia.it o telefonare al numero verde 800 894545, avendo a portata di mano numero di tessera sanitaria e codice fiscale. Le **aziende** interessate potranno invece contattare il numero 02-24209066 oppure inviare una e-mail all'indirizzo vaccino.aziende@multimedica.it. ■

# 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**

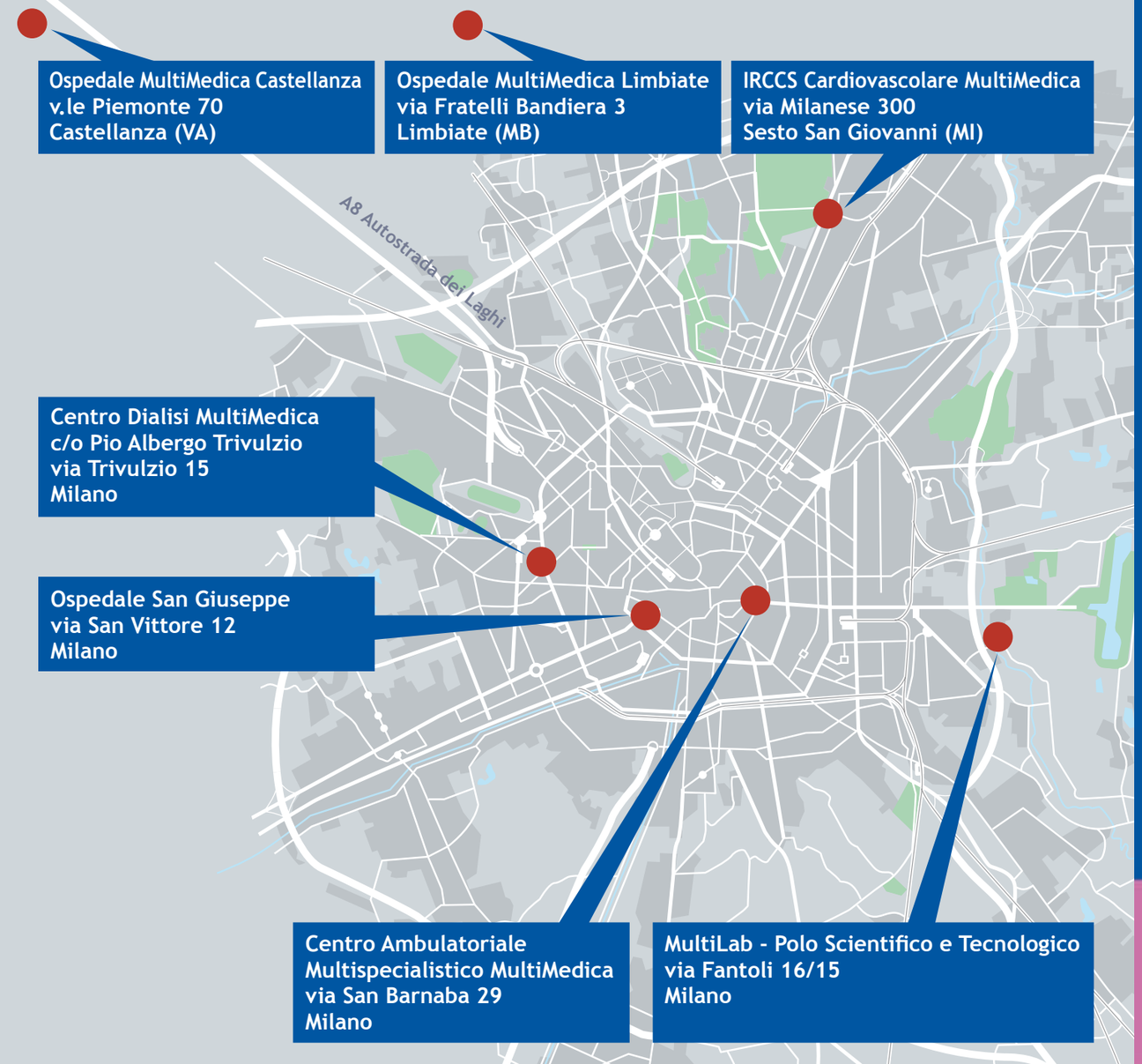
*Seguici su:*

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 neomamma 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

**FILO DIRETTO CON L'OSTETRICA**
Per parlare con una nostra ostetrica
T. 345 8604152, martedì e giovedì, ore 13.30 - 15.00

# 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