Numero 54 - Primavera 2022

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

PIEDE DIABETICO
Prevenzione e cura
RICERCA
Anziano fragile
CHIRURGIA MANO
Malformazioni congenite
IN-DOLORE
Esofago di Barrett

SHOCK SENZA FILI

Il defibrillatore sottocutaneo (S-ICD)

indice

editoriale
STUDIO ECHO
UN'INDAGINE
DELLE BREAST UNIT ITALIANE **1**

aritmologia
SHOCK SENZA FILI
IL DEFIBRILLATORE
SOTTOCUTANEO (S-ICD) **2**

diabetologia
PIEDE DIABETICO
PREVENZIONE E CURA **4**

ricerca
SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE
MIDOLLO OSSEO
E MARCATORI DI RISCHIO **6**

chirurgia della mano
MANO DEL BAMBINO
MALFORMAZIONI
E ANOMALIE CONGENITE **8**

le nostre persone
LA MEDICINA
DELL'OTTIMISMO **10**

mamma e bambino
DIAGNOSI PRENATALE
ESAMI INVASIVI
E NON INVASIVI **12**

in-dolore
ESOFAGO DI BARRETT
UNA COMPLICANZA
DEL REFLUSSO ESOFAGEO **14**

buono & sano
DIETA SOSTENIBILE
CONSIGLI UTILI **16**

parlami di te
GLI OCCHI SONO LO SPECCHIO
DEL CERVELLO **18**

ospedale amico
PROSPETTIVE DI SALUTE **20**

MultiMedica FLASH **21**

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, 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

STUDIO ECHO
UN'INDAGINE DELLE BREAST UNIT ITALIANE

Bettina Ballardini

Direttore Chirurgia Senologica e Breast Unit
Gruppo MultiMedica

Il gruppo di esperti del Continuous Update Project (CUP) del Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF-World Cancer Research Fund) e dell'American Institute for Cancer Research (AICR) ha condotto un'opera imponente di revisione di tutti gli studi scientifici sulla relazione fra alimentazione e tumori allo scopo di studiare in che misura dieta, attività fisica e composizione corporea possano modificare il rischio di tumore, con l'intento di diffondere raccomandazioni basate su evidenze scientifiche per ridurre il rischio di cancro.

Per queste ragioni l'**American Cancer Society (ACS)**, l'**American Society of Clinical Oncology (ASCO)** e la **Breast Cancer Survivorship Care Guideline** raccomandano ai medici di consigliare ai pazienti di impegnarsi in un'attività fisica regolare e di tornare alle normali attività quotidiane il più presto possibile dopo la diagnosi, e di perseguire l'obiettivo di raggiungere e mantenere un peso adeguato attraverso una corretta alimentazione.
La diagnosi di tumore è spesso associata ad una volontà di cambiamento dello stile di vita, allo scopo di migliorare il proprio stato di salute.
Lo **Studio ECHO** (Eating habits CHanges in Oncologic patients) è uno **studio multicentrico nazionale** al quale hanno partecipato diverse **Breast Unit** italiane (tra le quali anche la nostra) condotto per analizzare i **cambiamenti dietetici** e l'impiego di **integratori alimentari**, a seguito della diagnosi di tumore al seno.
Un gruppo di 684 pazienti è stato sottoposto ad un questionario per analizzare se e come fossero cambiate le abitudini alimentari dopo la diagnosi di cancro.
Sono state anche esaminate le fonti d'informazione che hanno orientato i pazienti verso le diverse scelte ed è stato valutato se gli eventuali cambiamenti fossero stati segnalati all'oncologo di riferimento.
In generale, si è osservata una maggior predilezione al consumo di verdure, legumi, noci, frutta, cereali integrali e pesce, una diminuzione del consumo di carne rossa fresca e processata, pane o pasta raffinati, prodotti da forno e grassi saturi di origine animale, in linea con le raccomandazioni per la prevenzione dei tumori. Non si è osservata, invece, una riduzione dell'assunzione di bevande alcoliche.
Nonostante i pazienti abbiano apportato alcuni cambiamenti positivi nella loro dieta, tali modifiche sono state perseguite da meno della metà dell'intero campione preso in esame. Un'altra osservazione è stata che le persone con più di 65 anni di età sono meno disponibili a modificare le proprie abitudini a tavola.
Buona parte dei pazienti ha anche segnalato l'introduzione di integratori alimentari, principalmente vitamine, volti a contrastare gli effetti collaterali delle terapie.
Nella maggior parte dei pazienti i cambiamenti delle abitudini alimentari e l'introduzione di integratori sono stati intrapresi **autonomamente**, senza consultare o informare l'oncologo e in circa un quarto del campione la fonte di informazione principale è stata internet e/o i social media.

Questi risultati, così come la mancata comunicazione con i sanitari, rafforzano la necessità di migliorare il rapporto **paziente-sanitario** e di sviluppare un'informazione su corretti stili di vita, alimentazione e nutrizione su misura attraverso la **consulenza** e nuovi **programmi d'intervento** per le persone con diagnosi di cancro. ■

SHOCK SENZA FILI

IL DEFIBRILLATORE SOTTOCUTANEO (S-ICD)

Riccardo Cappato

Direttore del Centro di Aritmologia Clinica ed Elettrofisiologia
IRCCS MultiMedica

Pierpaolo Lupo

Responsabile del Servizio di Elettrostimolazione
IRCCS MultiMedica

La patologia cardiaca rappresenta la principale causa di morte improvvisa (arresto cardiaco), dovuta nella maggior parte dei casi a tachiaritmie ventricolari (tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare). Questi disturbi del ritmo ad "alta velocità" rappresentano i cosiddetti ritmi defibrillabili, vale a dire interrompibili mediante scossa elettrica. Solo negli Stati Uniti si stima che i soggetti colpiti da morte cardiaca improvvisa siano tra i 250.000 e i 450.000 ogni anno.

Da molti anni il **defibrillatore impiantabile transvenoso (ICD)** si è affermato come la migliore risorsa terapeutica, di gran lunga superiore ai farmaci, nella prevenzione della morte improvvisa sia nei pazienti sopravvissuti ad arresto cardiaco (prevenzione secondaria), sia nei pazienti che presentano un rischio aumentato di incorrervi a causa di una patologia cardiaca strutturale sottostante o una ben definita predisposizione genetica (prevenzione primaria). Questo apparecchio, introdotto nella pratica clinica nei primi anni '80 e dimostratosi molto efficace nella lotta alla morte improvvisa, ha mostrato nel tempo limiti legati all'utilizzo degli elettrocateteri transvenosi ad esso connessi.

Da poco più di 10 anni è stato introdotto nella pratica clinica un nuovo tipo di defibrillatore, **il defibrillatore impiantabile totalmente sottocutaneo (S-ICD)**, che ha permesso di superare i limiti e le complicanze dell'ICD, garantendo pari efficacia nell'interruzione dell'arresto cardiaco, come studi quali EFFORTLESS, PRAETORIAN e UNTOUCHED hanno recentemente dimostrato.

L'S-ICD è costituito da un generatore (cassa attiva) collocato nel tessuto sottocutaneo o, più spesso, sottomuscolare in regione toracica laterale sinistra collegato ad un elettrocatetere (coil) collocato a livello sottocutaneo in regione toracica anteriore, lungo la linea medio-sternale. Il ritmo del cuore (e quindi l'eventuale insorgenza di fibrillazione ventricolare) viene rilevato in maniera analoga ad un ECG di superficie di modo che, in caso di necessità, possa essere erogato uno **shock ad elevata energia** (80 joules) in grado di interrompere l'aritmia responsabile dell'**arresto cardiaco**.

I **vantaggi** dell'S-ICD rispetto al tradizionale ICD transvenoso derivano dal fatto che la procedura di impianto è meno invasiva e più rapida, senza "toccare" il cuore e i vasi sanguigni. In particolare, non essendovi necessità di impiego di vasi sanguigni per posizionare l'elettrocatetere, non sussiste alcun rischio di complicanze vascolari che, seppur raramente, possono verificarsi nel corso degli impianti di ICD transvenoso. Inoltre, la procedura di impianto dell'S-ICD non richiede l'utilizzo dei raggi X che invece sono indispensabili per l'impianto dell'ICD convenzionale. Non ultimo vantaggio è il fatto che, in caso di problematiche a distanza di tempo dall'impianto (quali infezioni o malfunzionamenti), l'eventuale procedura di espianto del sistema si presenta più agevole e meno invasiva rispetto ad una procedura di estrazione dell'ICD convenzionale e, soprattutto, dei suoi cateteri transvenosi.

Tuttavia è importante ricordare che non tutti i pazienti candidati all'impianto di ICD possono beneficiare di questa importante risorsa terapeutica. Infatti l'S-ICD non è in grado di fornire una stimolazione del cuore, in quanto non avendo elettrocateteri all'interno delle camere cardiache non può funzionare come un pace-maker (PM). Quindi i pazienti che, oltre ad avere la necessità di protezione dall'arresto cardiaco presentano indicazione alla stimolazione cardiaca definitiva da PM per importanti bradicardie, non possono avvalersi dell'S-ICD e devono necessariamente essere impiantati con ICD transvenoso che può funzionare anche da PM. Allo stesso modo, i pazienti affetti da forme di cardiomiopatia dilatativa e disfunzione ventricolare sinistra grave e che possono beneficiare della cosiddetta terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT), non sono candidabili al defibrillatore sottocutaneo, in quanto la CRT prevede l'utilizzo di cateteri transvenosi collocati all'interno del cuore.

Come per i defibrillatori tradizionali transvenosi, è possibile anche per il defibrillatore sottocutaneo attivare il **monitoraggio remoto** tramite un sistema specifico che permette al medico di seguire il paziente a distanza, utile soprattutto nei casi di pazienti provenienti da regioni distanti.

Ma vediamo in sintesi come avviene l'impianto di un S-ICD. La procedura, che generalmente viene eseguita in condizioni di sedazione farmacologica, prevede un'incisione della cute in regione toracica laterale sinistra e lo scollamento parziale del muscolo gran dorsale fino a raggiungere la loggia naturale che lo separa dal muscolo serrato anteriore e che costituirà la sede di posizionamento del dispositivo. Infine, viene effettuata una seconda piccola incisione superficiale all'estremità inferiore dello sterno per consentire la tunnellizzazione sottocutanea dell'elettrodo (coil di defibrillazione) lungo il margine sternale sinistro, che viene poi connesso al dispositivo collocato nella tasca pettorale precedentemente confezionata. Vengono quindi suturate le due incisioni (in genere 4-5 punti di sutura per la tasca del dispositivo e due punti di sutura per l'incisione sottosternale) e si procede al test di corretto funzionamento del sistema. Il test, eseguito in sedazione profonda, prevede l'induzione di un'aritmia ventricolare sostenuta mediante uno stimolo elettrico generato dal dispositivo stesso, la verifica del corretto riconoscimento dell'aritmia da parte del sistema e dell'efficacia dello shock erogato nell'interrompere l'aritmia e ripristinare il normale ritmo cardiaco. Ovviamente il test di funzionamento viene eseguito in condizioni di assoluta sicurezza, con immediato utilizzo di un defibrillatore esterno in caso di inefficacia dello shock erogato dal defibrillatore sottocutaneo, evenienza peraltro molto rara.

Generalmente la procedura ha una durata di circa un'ora, il ricovero prevede una notte di degenza e il processo di guarigione completa delle ferite chirurgiche circa 5-7 giorni, durante i quali il paziente può riprendere con gradualità le sue normali attività quotidiane. Per la ripresa di attività fisica, anche intensa, si consiglia di aspettare 3-4 settimane, dal momento che l'S-ICD è perfettamente compatibile con uno stile di vita attivo e dinamico, quindi anche con l'attività sportiva (in alcuni Stati europei sono noti casi di sportivi professionisti ingaggiati in squadre di élite e portatori di S-ICD).

In conclusione, il defibrillatore sottocutaneo, dopo più di dieci anni dalla sua introduzione nella pratica clinica, in considerazione dell'evidenza scientifica di elevati standard di sicurezza ed efficacia, del progresso tecnologico che ha accompagnato il suo percorso e, non ultimo, della pratica clinica che ha confermato le aspettative iniziali, deve essere considerato un fondamentale ausilio terapeutico, a fianco dell'ICD transvenoso, nella complessa battaglia contro la morte cardiaca improvvisa. ■

Per appuntamenti
SSN: 02-86.87.88.89
A pagamento: 02-24.20.94.00

PIEDE DIABETICO

PREVENZIONE E CURA

Carlo M. F. Caravaggi
Direttore Centro Piede Diabetico
Gruppo MultiMedica

dati epidemiologici che riguardano la malattia diabetica hanno evidenziato negli ultimi decenni un incremento della patologia estremamente allarmante. Benché la prevalenza del Diabete Mellito sia variabile, in funzione delle diverse aree geografiche nel mondo, il dato globalmente considerato indica un incremento dagli attuali 400 milioni di diabetici a circa 1 miliardo di diabetici nei prossimi 30 anni.

Un dato che impressiona particolarmente è la comparsa del Diabete di tipo 2, non insulino dipendente (detto anche diabete dell'adulto), nei ragazzi di 15 anni che presentano quadri di obesità importante. Ma questo incremento rappresenterà un problema anche per quanto riguarda la complicanza del piede diabetico?
Dobbiamo sempre ricordare che le complicanze della malattia diabetica, sia di tipo microangiopatico (come retinopatia, nefropatia e neuropatia) che macroangiopatico (come la cardiopatia ischemica e la vasculopatia) sia a livello cerebrale che agli arti inferiori, sono dipendenti dal tempo di insorgenza del diabete.
Dobbiamo considerare che dopo circa 20 anni di malattia diabetica circa il 60% dei pazienti possono presentare sia una neuropatia sensitivo-motoria, sia una vasculopatia degli arti inferiori, con diverso grado di severità. Queste due ultime complicanze sono responsabili della comparsa delle ulcere del piede diabetico che se non prevenute in modo corretto, o non curate in modo appropriato con una tempistica idonea, possono portare all'amputazione.
Per non indurre i lettori a drastiche conclusioni, vorrei sottolineare che recenti dati epidemiologici indicano l'Italia come la Nazione con il più basso tasso di amputazione dei Paesi dell'OCSE. Come abbiamo detto, la patologia del Piede Diabetico rappresenta un crocevia di due complicanze: la neuropatia e la vasculopatia, che rendono necessario un approccio multidisciplinare con la presenza contemporanea di personale Medico, Infermieristico, Tecnico Ortopedico e Podologico, specializzati nella patologia.
Da ormai molti anni il Centro del Piede Diabetico (CPD) del Gruppo MultiMedica rappresenta un Centro di Eccellenza (Centro di Terzo Livello nell'organizzazione Regionale e Nazionale) e un riferimento per tutta la Comunità Scientifica ed Assistenziale.
Dal punto di vista sia organizzativo che assistenziale devono essere considerati due momenti sostanzialmente diversi: la gestione delle urgenze e la gestione delle lesioni ulcerative croniche e delle deformità secondarie alla neuropatia diabetica.
L'UO del Piede Diabetico dispone 24 ore su 24 della reperibilità di un Medico dell'équipe del Piede Diabetico. Un ruolo fondamentale è svolto dagli Infermieri e dai Medici del Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza, con i quali abbiamo condiviso un protocollo di accesso ai nostri Pronto Soccorso che permette una rapida consultazione e scelta terapeutica.
Dal punto visita organizzativo il CPD dispone di 12 letti di degenza ordinaria e di un Ambulatorio dedicato con apertura dalle ore 08.30 alle 17.00, dal lunedì al venerdì, con un accesso diretto dopo consultazione telefonica in caso di urgenza. L'attività ambulatoriale è cosi suddivisa:

Prime visite
I pazienti che accendono al nostro ambulatorio in prima visita, dopo un'attenta anamnesi ed analisi della documentazione sanitaria, vengono valutati clinicamente con esami strumentali di 1° livello quali TcPo2 e Doppler CW per valutazione vascolare, classificazione della lesione ulcerativa e dello stato infettivo locale e RX al piede per eventuali focolai di osteomielite, fratture o deformità.

Controlli ambulatoriali periodici
I pazienti vengono sottoposti a controlli delle lesioni ulcerative per valutare l'evoluzione positiva della lesione con la medicazione indicata e lo scarico plantare quando necessario.

Ambulatorio del Follow-up e prescrizione protesica Tutori, Calzature e Plantari
In questo ambulatorio prestano la loro attività un Podologo esperto in Piede Diabetico e Posturologia, un Tecnico Ortopedico esperto in protesi per il Piede Diabetico ed un Medico dell'équipe del Piede Diabetico. Vengono avviati a questo ambulatorio i pazienti che hanno necessità e diritto alle calzature, di serie, su misura ed ai plantari secondo le linee guida internazionali.

Aspetti peculiari nel trattamento del Piede Diabetico
Il CPD del Gruppo MultiMedica si caratterizza per alcuni approcci innovativi, che gli conferiscono sia dal punto di vista scientifico che assistenziale una posizione centrale nel campo del piede diabetico.
Recentemente è iniziata una stretta collaborazione con la Dott.ssa Gaia Spinetti ed il suo gruppo, afferenti al Laboratorio di Fisiopatologia Cardiovascolare e Medicina Rigenerativa MultiMedica, per lo studio con cellule mononucleate autologhe da sangue periferico nel trattamento dei pazienti più gravi e che presentano un alto rischio di amputazione. I risultati dello studio sono in fase di pubblicazione e mostrano come circa il 70% dei pazienti che ricevono il trattamento cellulare eviti l'amputazione maggiore con un rapido ritorno al cammino.
Un ulteriore ambito che caratterizza l'attività del CPD a livello internazionale è rappresentato dal trattamento delle severe deformità ed instabilità articolari della Neuroartropatia di Charcot con ulcerazioni ed osteomielite secondaria.
Il trattamento aggressivo del processo osteomielitico, la copertura delle lesioni ulcerative e l'impiego di fissatori esterni per la stabilizzazione del piede hanno permesso di ottenere la risoluzione del processo infettivo osseo e la correzione delle deformità in circa l'85% dei pazienti, con ripresa di una buona qualità del cammino.
In conclusione vorrei ricordare che durante il mio soggiorno a Boston, presso il Diabetic Foot Center, dove ho acquisito parte della mia formazione, ho apprezzato un poster che campeggiava all'esterno della sala d'attesa che diceva "il nostro obiettivo è di tenere i nostri pazienti fuori dai piedi". Visto l'elevato rischio di recidiva delle ulcere, come riportato dalla letteratura internazionale, noi abbiamo deciso di aggiungere una frase a questo manifesto e cioè "per il periodo più lungo possibile". Questo sforzo stiamo cercando di ottenerlo tutti insieme lavorando con un obiettivo unico e siamo certi di farcela! ■

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

SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE

MIDOLLO OSSEO E MARCATORI DI RISCHIO

Gaia Spinetti
Ricercatrice
Laboratorio di Ricerca Fisiopatologia Cardiovascolare-Medicina Rigenerativa
IRCCS MultiMedica

Quante volte ci siamo trovati a ragionare sul fatto che alcuni soggetti sembrano essere in qualche modo resistenti agli stress, sia fisici che psicologici, mentre altri si ammalano molto facilmente? Sappiamo che questa sorta di predisposizione avviene a tutte le età, ma di certo con l'avanzare dell'età diventa evidente che alcuni soggetti sono più vulnerabili di altri.

Oggi si sa che questa condizione rappresenta una vera e propria sindrome definita come "fragilità". Anche se individui fragili si possono registrare a tutte le età, la fragilità è più frequente dopo i 65 anni e circa il 15% degli anziani ne soffre, con gravi conseguenze socio-sanitarie. È quindi importante trovare nuovi approcci per prevenirla ed eventualmente rallentarne il decorso.

Di cosa si tratta? Il termine sindrome della fragilità è stato coniato circa 20 anni fa e la comunità medico-scientifica ancora oggi ragiona attivamente sulla sua caratterizzazione. Infatti il concetto di fragilità è stato oggetto di diverse definizioni. La più comprensiva ed attuale la riferisce ad una condizione dinamica che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale) causate dall'influenza di più variabili, e che convergono nell'aumentare il rischio di risultati avversi per la salute. Gli individui fragili hanno difficoltà a far fronte agli eventi stressanti della vita, si ammalano più facilmente e diventano presto meno indipendenti. La caratteristica fisica principale è il decadimento muscolo-scheletrico e cognitivo. Ma anche il contesto sociale in cui si vive predispone alla fragilità, che è determinata dall'isolamento e dalla insufficiente relazione con gli altri. Uno stato infiammatorio sembra accompagnare le fasi avanzate e alcuni biomarcatori di infiammazione sono stati associati alla fragilità.

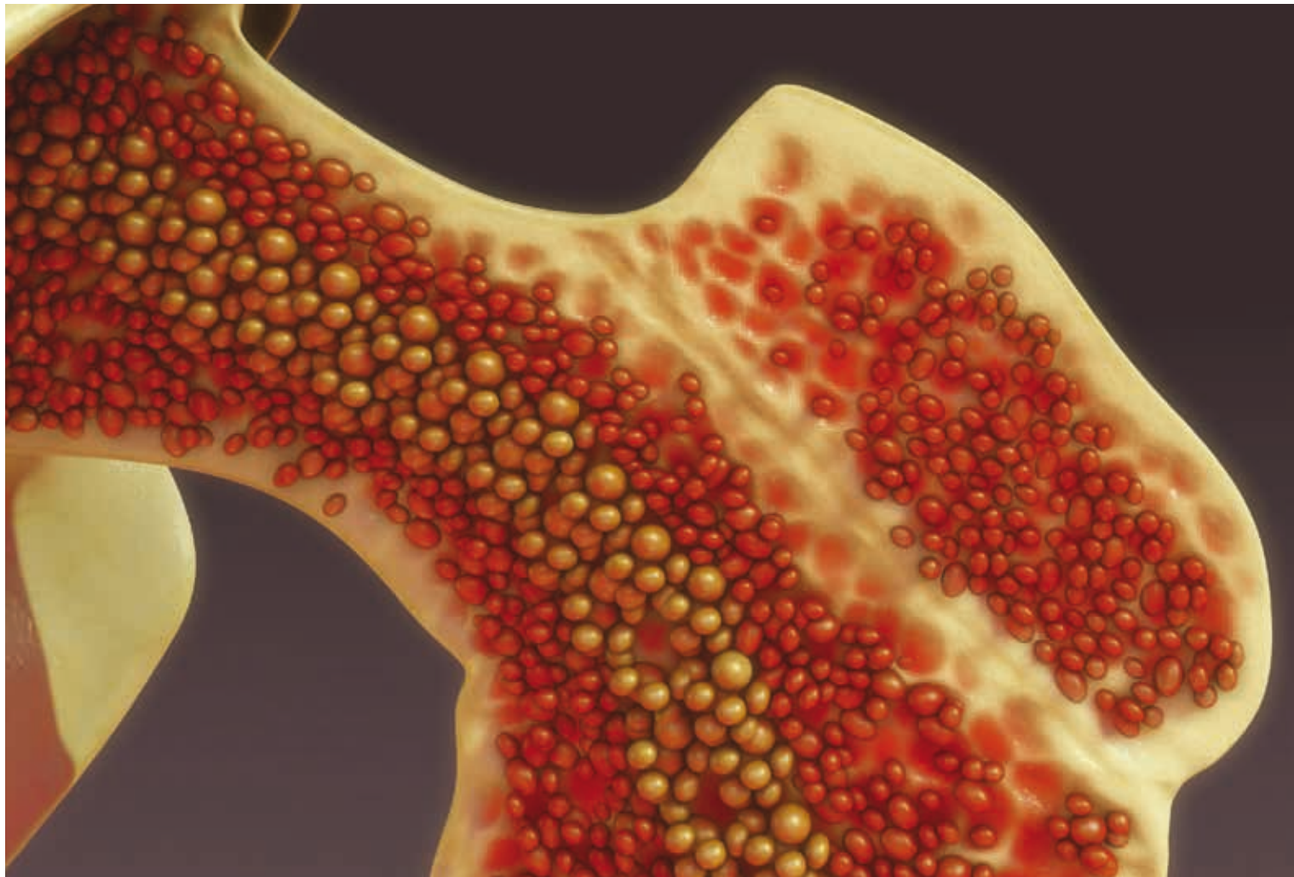
La domanda che ci si pone oggi è la seguente: è possibile individuare una persona fragile agli stadi iniziali della sindrome, quando cioè non presenta sintomi? Questo potrebbe consentire di attivare strategie utili a rallentare il decorso della fragilità, prevenire le malattie alle quali predispone, e magari anche riportare ad uno stato di non-fragilità. Infatti evidenze sempre maggiori dimostrano che uno stile di vita sano con un'alimentazione bilanciata ed esercizio fisico può influenzare in modo positivo la fragilità.
Inoltre la caratterizzazione di tale sindrome e l'individuazione di marcatori precoci della sua insorgenza ed evoluzione sono di importanza cruciale nel periodo di emergenza sanitaria da COVID-19. Infatti, il COVID-19 colpisce più frequentemente gli anziani e, sebbene le principali manifestazioni cliniche siano a carico dell'apparato respiratorio, le implicazioni per il sistema cardiovascolare sono a vari livelli, con conseguenze dannose acute e croniche.

Lo studio. Grazie ad un finanziamento della Fondazione Cariplo recentemente concluso, si è quindi portato avanti presso MultiMedica lo studio dei meccanismi molecolari e cellulari alla base della fragilità geriatrica per poterla prevenire e/o curare (Progetto Fondazione Cariplo "Bone marrow as a key organ contributing to frailty in the elderly").
Poiché molti sintomi di fragilità si riferiscono direttamente/indirettamente al midollo osseo, fonte principale di cellule rigenerative cardiovascolari (CD34+), sono stati raccolti dati di ricerca clinica (indice di fragilità, capacità polmonare e funzione cardiaca) e di base (struttura del midollo, abbondanza di cellule rigenerative e loro profilo genico) di 35 soggetti pre-fragili di età maggiore di 65 anni di cui un campione midollare era disponibile come materiale di scarto dell'intervento di protesi d'anca per coxoartrosi.
Questo studio è stato possibile grazie alla proficua collaborazione tra le aree di ricerca clinica e di base con il coinvolgimento di specialisti delle Unità di Cardiologia, Pneumologia e Ortopedia, oltre ai ricercatori di base.

Risultati ottenuti. Sebbene non sia stata osservata una modifica strutturale del midollo osseo, i dati raccolti dimostrano un'alterazione precoce della funzione cardiaca e respiratoria in soggetti pre-fragili ed una condizione pro-infiammatoria delle cellule CD34+ che esprimono alti livelli delle allarmine S100A8 e S100A9, due proteine ad azione infiammatoria con effetti negativi sul cuore. Inoltre si è riscontrata un'associazione tra il profilo infiammatorio in circolo e parametri di disfunzione diastolica. In collaborazione con l'Università di Padova, partner del progetto, i livelli di CD34+ e di allarmine sono stati studiati in una coorte di soggetti con comorbidità, confermando un'associazione con il rischio di eventi avversi cardiovascolari (MACE). Tali risultati sono in pubblicazione sulla rivista scientifica *Aging Cell* (Hematopoietic progenitor cell liabilities and alarmins S100A8/A9 – related inflammaging associate with frailty and predict poor cardiovascular outcomes in older adults. Aging Cell. 2022;00: e13545).

Quali saranno i prossimi passi da parte della Fondazione MultiMedica Onlus al riguardo? Trattandosi di uno studio condotto su una piccola coorte di soggetti, i prossimi passi sono volti a confermare i marcatori infiammatori di rischio di eventi cardiovascolari nell'anziano fragile in una nuova popolazione più ampia. Ci proponiamo inoltre di condurre una approfondita analisi in laboratorio sfruttando modelli cellulari che ci permettano di comprendere alcuni dei meccanismi molecolari di interazione tra cellule circolanti ematopoietiche/infiammatorie e cellule vascolari.

Quali prospettive future si aprono sul piano della ricerca scientifica e della pratica clinica? I dati raccolti mostrano come, anche in assenza di malattie, persone più fragili possono essere riconosciute dalla presenza di uno stato infiammatorio di basso grado. Misurare i livelli di tali fattori infiammatori, tra cui S100A8/A9, potrebbe essere uno strumento utile ad individuare tra gli anziani coloro che sono fragili o predisposti a divenirlo e che rischiano di sviluppare problemi cardiaci.
Se i risultati di questo studio pilota saranno riconfermati in popolazioni più ampie, potranno quindi contribuire allo sviluppo di nuove strategie di prevenzione e di cura per arrivare ad un invecchiamento di successo, un tema particolarmente rilevante in epoca COVID-19. ■



MANO DEL BAMBINO

MALFORMAZIONI E ANOMALIE CONGENITE

Giorgio Pajardi

Direttore
Unità di Chirurgia e Riabilitazione della Mano
Gruppo MultiMedica/Università degli Studi di Milano

Chiara Parolo

Responsabile
Servizio di Chirurgia della Mano Pediatrica
Gruppo MultiMedica/Università degli Studi di Milano

La mano, morfologicamente completa e correttamente funzionante, rappresenta nell'uomo, sin dalla nascita, un elemento indispensabile per la vita. Essa permette, grazie alla funzione di pinza e di presa, supportata dalla presenza di un pollice opponibile, la manipolazione di oggetti ed il loro utilizzo, l'esplorazione del mondo circostante e l'apprendimento.

Le malformazioni della mano, di cui risulta affetto in media 1 bimbo su 1500 nati, sono molteplici e di differente gravità.
Fra le più comuni alcuni esempi sono l'unione di due o più dita (sindattilia), la presenza di dita soprannumerarie (polidattilia), l'assenza di una o più dita (agenesia), la deformazione in posizione piegata delle dita (camptodattilia), la deviazione laterale delle dita (clinodattilia), la presenza di dita più corte del normale (brachidattilia). Altre condizioni malformative sono riscontrate in quadri sindromici, dove il problema delle mani è associato ad anomalie diffuse sui quattro arti o localizzate nel distretto craniofacciale o in organi profondi (rene, cuore, sistema circolatorio). Alcune tra le più note sindromi malformative sono l'artrogriposi e la sindrome di Apert.
Vi sono situazioni in cui la presa va creata. È il caso della pollicizzazione, ossia la procedura che trasforma l'indice di una mano in un pollice e del trasferimento di dita del piede alla mano.
A queste condizioni cliniche patologiche fa seguito un'importante deficit funzionale che influirà poi sullo sviluppo psicofisico del bambino, sul suo comportamento e sulla sua vita di relazione. È quindi necessario fare **diagnosi** alla nascita ed intervenire sulla patologia malformativa secondo il timing corretto; è infatti dai 10 ai 18 mesi che il cervello prende conoscenza delle funzioni della mano ed impara ad utilizzarla, adattando gli schemi mentali al suo sviluppo morfologico e funzionale.
La cura delle malformazioni prevede nella maggior parte dei casi uno o più momenti chirurgici per donare al bambino una mano utile, ciascuno di essi associato ad un trattamento riabilitativo, spesso accompagnato dall'utilizzo di tutori con funzione preventiva, correttiva o funzionale.

La **fisioterapia** è fondamentale per insegnare al bambino ad utilizzare la "nuova" mano; è fatta di attività ludiche finalizzate, di esercizi presentati attraverso il gioco, di stimolazione neuro-psicomotorie e di tutori. L'atto chirurgico, pur fondamentale in termini anatomici e ricostruttivi, è soltanto una tappa del lungo cammino terapeutico. Il fisioterapista della mano asseconda le diverse fasi maturative del bambino con le attività proposte, adattandole alle sue necessità.
Il Prof. **Giorgio Pajardi** si è sempre occupato di malformazioni congenite della mano e dell'arto superiore portando avanti l'eredità del suo maestro, il Prof. Ezio Morelli, tra i padri della Chirurgia della mano, e stringendo una stretta collaborazione con il Prof. Guy Foucher, esperto di fama internazionale ed autorità riconosciuta in tutto il mondo nel campo della Chirurgia della mano pediatrica.
Il suo reparto negli anni si è arricchito di nuove figure professionali che si sono formate in Italia ed all'estero e che, portando in reparto competenze sempre più aggiornate, hanno contribuito a renderlo oggi un **punto di riferimento nazionale** per il trattamento della **mano pediatrica congenita e traumatica**. Il reparto di Chirurgia della mano pediatrica, sito presso l'Ospedale San Giuseppe del Gruppo MultiMedica, fornisce consulenza, assistenza e cure ai piccoli pazienti ed alle loro famiglie attraverso il lavoro di un'**équipe polispecialistica** che include tutte le figure professionali (dal chirurgo della mano con competenze plastiche e ortopediche pediatriche, al fisioterapista, neuropsicomotricista, infermiere, psicologo, ecc.) necessarie nella presa in carico di un bambino con una patologia congenita o traumatica della mano e/o dell'arto superiore.

L'Unità Operativa Universitaria di Chirurgia e Riabilitazione della mano, diretta dal Prof. Giorgio Pajardi, da 25 anni si occupa delle problematiche di mano e dell'arto superiore, siano esse di carattere degenerativo, malformativo o traumatico. Il Centro dispone di 27 sedute operatorie settimanali su 3 strutture, dove ogni anno vengono operati circa 8.000 pazienti.
Nel contesto di questo reparto è presente l'Unità di Chirurgia della mano pediatrica, la più grande d'Europa, che tratta bambini con patologie congenite ed è riconosciuta un'eccellenza a livello internazionale per qualità delle cure e numero di interventi. Il team è composto da 6 chirurghi pediatrici, 4 anestesisti, 14 fisioterapiste dedicate, 1 neuropsicomotricista, 1 psicologa, 1 nurse di reparto, 1 strumentista e 2 segretarie. Ogni anno vengono visitati circa 1.600 pazienti pediatrici per malformazioni, 314 per traumi ed effettuate 408 medicazioni. Vengono eseguite circa 350 operazioni di microchirurgia su bambini con malformazioni, fornite 9.000 prestazioni riabilitative e 1.900 prestazioni di neuropsicomotricità.

In un momento storico complesso, in cui la pandemia ha interrotto o rallentato ad ogni livello la presa in carico e la cura di molte patologie, riteniamo che la nostra ripartenza debba mettere in primo piano il bambino e la cura delle sue patologie. La Direzione, pertanto, ponendosi come primo obiettivo un intervento sociale, ha deciso di ripartire intensificando l'attività dedicata del paziente pediatrico ed ha posto alla guida del reparto una Responsabile, la Dott.ssa **Chiara Parolo**: "È per me un grande onore rivestire questo ruolo. Da 18 anni lavoro nel Gruppo MultiMedica a fianco del mio primario e la Chirurgia della mano pediatrica è da sempre stata la mia passione. Mi occupo del trattamento delle patologie elettive e traumatiche della mano e dell'arto superiore, con particolare dedizione alle malformazioni congenite e alla traumatologia pediatrica. Il desiderio di approfondire i miei studi e di acquisire le migliori tecniche specialistiche in materia di chirurgia plastica e ricostruttiva per il trattamento della mano pediatrica, mi ha portato a trascorrere diversi periodi di formazione all'estero. Ho avuto l'opportunità di affiancare nella pratica clinica massimi esperti a livello internazionale nel trattamento delle malformazioni congenite della mano e dell'arto superiore: in Italia il Prof. Giorgio Pajardi, in Giappone la Dott.ssa Emiko Horii, negli Stati Uniti il Dott. Neil Jones e la Dott.ssa Maribeth Ezaki, in Francia, a Parigi, il Dott. Stephan Guero, specialista in chirurgia plastica pediatrica. Il nostro reparto è composto da specialisti di esperienza e di alto valore professionale ed umano, si lavora in équipe perché è di questo che ha bisogno il nostro piccolo paziente. In questa fase di ripartenza siamo orgogliosi di avere tra noi il Dott. Filippo Sénès, grazie al quale il nostro Servizio di Chirurgia della mano pediatrica diventa uno dei più grandi e completi a livello mondiale."
Il Dott. **Filippo Sénès,** ex Responsabile dell'U.O.S. di Chirurgia della mano e Microchirurgia dell'Istituto "Giannina Gaslini" di Genova, è specialista in Ortopedia e in MultiMedica si occupa in particolare delle deformità congenite ed acquisite dell'apparato locomotore nell'età evolutiva. Un settore che ha portato avanti negli anni è stato quello della Chirurgia della mano e microchirurgia ricostruttiva di ambito pediatrico, con particolare riferimento al trattamento delle paralisi ostetriche del plesso brachiale, la chirurgia dei nervi periferici, delle malformazioni congenite della mano e dell'arto superiore, la chirurgia della spasticità dell'arto superiore, la chirurgia plastica ricostruttiva ortopedica ed il trattamento delle deformità scheletriche post-traumatiche.
Il Dott. Sénès rappresenta in Italia un riferimento per il trattamento delle paralisi ostetriche del plesso brachiale e della chirurgia dei nervi periferici. ■

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

LA MEDICINA DELL'OTTIMISMO

Emanuela Bielli

Francesca Torrisi, 26 anni, è una delle professioniste del Gruppo MultiMedica che potreste incontrare nel nostro Ospedale. Appassionata della lingua spagnola e delle danze caraibiche è ottimista di natura e vede l'opportunità in ogni difficoltà.

"Sono una persona allegra", ci racconta, "ho un'inclinazione naturale che mi porta a vedere sempre il lato positivo delle cose. Le sfide o gli ostacoli che devo affrontare sono come esperienze di apprendimento, so reagire e non mi abbatto. Essere ottimisti non significa ignorare le difficoltà della vita, ma sapersi approcciare in modo diverso e innescare un circolo virtuoso nella relazione con il prossimo".

Da quattro anni Francesca lavora al front-office presso l'Area Solventi dell'Ospedale San Giuseppe di Milano e, assieme ai suoi colleghi, rappresenta il primo riferimento dell'utenza per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Oltre a questa mansione svolge anche un'attività di back-office legata alla gestione delle pratiche assicurative e dei fondi.
"Mi piace molto il contatto con il pubblico e ne ricavo grandi soddisfazioni. Comprendo l'importanza del mio ruolo: bisogna avere doti comunicative e relazionali, cortesia, e disponibilità. Infatti attraverso l'ascolto e l'empatia cerco una connessione con il paziente per farlo sentire a suo agio e poter assecondare le sue richieste, rispondere ai suoi dubbi e alle sue domande. Talvolta bisogna sapersi districare da situazioni difficili e fuori programma, ma io non mi scoraggio".
"Siamo un bel gruppo di lavoro", continua Francesca, "un mix di giovani e adulti dai quali si impara moltissimo. Una squadra capace di mantenere costantemente il buonumore per accogliere l'utenza con tutta la serenità e la gentilezza che merita".

L'atteggiamento solare di Francesca sul lavoro si riflette anche nella sua vita privata. "Sono un'ottima confidente per gli amici" ci spiega. "Ho una naturale propensione ad ascoltare gli altri, essere loro di supporto, consigliare ed infondere coraggio. Dispensare allegria mi fa sentire appagata, magari facendo una battuta al momento opportuno, perché ridere fa bene alla salute".
"Un altro tratto del mio carattere che mi contraddistingue", aggiunge, "è quello di essere una persona solidale con il prossimo, in particolare ho sempre avuto la vocazione di difendere i più deboli, i bullizzati dagli arroganti e quanti vengono discriminati per le ragioni più varie".
Ogni persona è rappresentata da un colore e così le domandiamo: "Tu di che colore sei?" e Francesca ci risponde senza esitazione "sono il giallo, ne sono attratta fin da quando ero bambina". Il giallo è il colore più vivace dello spettro luminoso, che cattura la nostra attenzione e richiama ad emozioni e stati d'animo precisi. Emblema della luce, del sole, dell'energia creativa è il colore che infonde felicità e gioia di vivere; suggerisce movimento, espansione e indipendenza. Ma è anche il colore del cambiamento e della ricerca interiore, proprio quella che Francesca insegue perché le piace rinnovarsi e fare esperienze nuove.

La ragazza è determinata e ambiziosa, come dimostrano i suoi numerosi tatuaggi che, nascosti sotto la divisa, dicono molto di lei; immagini personali e indelebili che con entusiasmo è fiera di descrivere.
Ci mostra sull'avambraccio un mandala, che richiama i simboli della tradizione religiosa buddista e induista, e rappresenta un portafortuna

Francesca Torrisi

Front-office Area Solventi
Ospedale San Giuseppe
di Milano

capace di allontanare le negatività. Poi il tatuaggio di una rosa accanto al viso di una donna segnato da una lacrima, che ispirandosi ai versi di una canzone italiana esprime un senso di rinascita. Più sopra appare il disegno delle mani del nonno che cingono le sue, a suggello di un'unione indissolubile. Allo stesso modo, sul braccio opposto, la scritta *Mi amor* (Mio amore) come è solita chiamarla sua madre.
Sulla spalla campeggia *Limpidez* (Limpidezza), un tattoo che richiama alla trasparenza, alla sincerità, virtù che non dovrebbero mancare in ogni rapporto interpersonale. Tra i simboli tatuati sceglie il lupo per descrivere l'anno appena trascorso in cui ha vissuto un'esperienza lontana da casa, a significare il suo desiderio di autonomia, ma nel contempo il suo bisogno di individuare dei punti di riferimento negli amici e nella famiglia.

Due sono però le scritte sulla pelle che rimandano a veri e propri mantra. La prima, *Abbi cura di te*, è un monito riferito all'importanza del volersi bene "perché vale la pena spendere tempo e sforzi per sviluppare una relazione più amorevole con se stessi, proteggendosi dalle situazioni che possono far soffrire", sottolinea Francesca. "Ci tengo a rispettare i miei principi morali e a difendere la mia libertà. Voglio reagire e non essere mai passiva; mi metto spesso in discussione per crescere e migliorare sempre".
La seconda frase, *Ridere ci ha rese invincibili*, è una citazione della celebre artista messicana Frida Kahlo, spirito passionale, ribelle, anticonformista, simbolo di vitalità e resistenza, a cui evidentemente Francesca si ispira.
La scritta è un inno femminista contro gli stereotipi e i tabù che hanno intrappolato le donne in ruoli subalterni, soffocando la loro volontà di esprimersi. Frida non è mai scesa a compromessi, ha scelto di condurre una vita autentica e indipendente e di non piegarsi mai di fronte alle sofferenze.
Conclude Francesca "L'artista ci dimostra che è necessario ridere e abbandonarsi perché i pensieri buoni sono contagiosi e l'ottimismo è la nostra più efficace medicina". ■

DIAGNOSI PRENATALE

ESAMI INVASIVI E NON INVASIVI

Silvia Vigo
Unità di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Giuseppe

La più grande preoccupazione di una coppia all'inizio di una gravidanza è sicuramente la salute del nascituro. La diagnosi prenatale è da sempre la prima scelta importante che ci si trova ad affrontare in attesa di un figlio. Proprio per questo motivo è fondamentale che la donna (o meglio la coppia), riceva una consulenza e un'informazione adeguata su tutto ciò che è possibile fare e su quali sono i potenziali risultati.

Per diagnosi prenatale si intende un insieme di indagini, sia strumentali che di laboratorio, che hanno lo scopo di monitorare alcuni aspetti dello stato di salute del feto durante la gravidanza.
La probabilità di avere un figlio affetto da anomalie congenite (cromosomiche, genetiche o malformative) è di circa 1-3% nella popolazione generale. Questo significa che nessuno può essere considerato esente da questo rischio. In casi specifici di familiarità per malattie congenite note si consiglia (quando possibile) una Consulenza Genetica Preconcezionale. La valutazione del possibile rischio di malattia da parte di un genetista conferma se esista solo un rischio generico, uguale a quello di tutta la popolazione, o se siano presenti fattori di rischio specifici.

La diagnosi prenatale si divide in due grandi gruppi: invasiva e non invasiva.
La diagnosi INVASIVA comprende amniocentesi e villocentesi. Esami caratterizzati da un rischio d'aborto di circa lo 0,8% ma che garantiscono un risultato certo sul cariotipo del nascituro, ovvero sul numero e la struttura dei suoi cromosomi. Il Sistema Sanitario Nazionale garantisce gratuitamente questi esami alle donne con età superiore a 35 anni o a chiunque abbia un test combinato con rischio alto.
La diagnosi NON INVASIVA comprende Duo test (chiamato anche Bi-test o Ultrascreen) e DNA fetale (NIPT). Questi esami sono privi di rischio per la gravidanza.
Il **Duo test** è un test di screening composto da un prelievo di sangue della mamma in cui vengono dosate due proteine prodotte dalla placenta (freeBHCG e PAPP-A) e da un'ecografia approfondita che viene eseguita tra 11+3 e 13+6 settimane. Durante quest'ultima, vengono misurati e controllati diversi parametri fetali (translucenza nucale, osso nasale, dotto venoso e controllo accurato dell'anatomia) e richiesti dati anamnestici alla madre. Questi dati vengono poi inseriti in un programma e un algoritmo calcola il rischio di trisomia 21. Esiste un rischio di partenza, che è quello calcolato per età, e un rischio corretto dopo l'inserimento di tutti i dati: il risultato è quindi statistico, viene calcolata una probabilità di figlio affetto.
Il **DNA fetale** è sempre un prelievo di sangue in cui però si ricerca la frazione di DNA fetale libero nel sangue materno. Ha un'attendibilità molto alta, intorno al 99,9%, su trisomia 21 e poco più bassa nella ricerca di trisomia 13, 18 e anomalie dei cromosomi sessuali. Anche questo viene associato alla stessa ecografia del Duo test.
Entrambi questi test, in caso di alto rischio, vanno confermati con la diagnosi prenatale invasiva (esiste il rischio di falso positivo).
Tutte le indagini prenatali disponibili permettono di identificare solo alcune malattie o condizioni patologiche, ed è importante che ogni coppia scelga con consapevolezza se sottoporvisi o meno. Non esistono infatti esami obbligatori: è sempre una scelta della coppia se e quale indagine eseguire.
Le indagini prenatali permettono di individuare precocemente anche malattie che possono essere causate da anomalie del DNA, da malattie infettive contratte in gravidanza, come la rosolia o la toxoplasmosi, dall'assunzione di farmaci che possono indurre malformazioni fetali e da altre cause tra cui, alcune, curabili in utero prima della nascita. Talvolta, è anche possibile individuare alcuni difetti congeniti, ad esempio dei reni e delle vie urinarie, sui quali intervenire chirurgicamente subito dopo la nascita del bambino per evitare danni irreversibili.
Un altro step importante durante la gravidanza è l'ecografia morfologica (che si esegue tra la 19° e la 21° settimana). Essa serve a controllare approfonditamente l'anatomia fetale tecnicamente indagabile e ad escludere quindi anomalie congenite.

Questi esami spesso provocano "ansia" nei genitori, ed è del tutto normale vista l'importanza degli stessi nella valutazione del nascituro. Ma anche quando ci fosse un campanello d'allarme o una anomalia congenita accertata, essa consente una diagnosi e, quando possibile, di instaurare una cura farmacologica o chirurgica prima della nascita. Infine permette di programmare il momento, il luogo e le modalità dell'assistenza al parto, e di predisporre un'adeguata presa in carico medica e psicologica dei genitori. ■

Per informazioni:
sportello.nascite@multimedica.it

ESOFAGO DI BARRETT
UNA COMPLICANZA DEL REFLUSSO ESOFAGEO

Mario Bianchetti
Direttore Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Gruppo MultiMedica

La malattia da reflusso gastroesofageo è una delle patologie più diffuse in gastroenterologia e tra le più trattate in ambulatorio specialistico. Sebbene il reflusso sia di per sé una condizione non pericolosa, talvolta solo "fastidiosa", nei casi radicati e poco o nulla responsivi alla terapia medica, esistono alcune possibili complicanze tra cui spicca l'esofago di Barrett per la sua stretta correlazione con l'insorgenza dell'adenocarcinoma dell'esofago. Il reflusso gastroesofageo è un fenomeno comune a tutti, che si verifica pressoché quotidianamente in maniera silente soprattutto dopo i pasti, per cui potrebbe essere considerato come un evento para fisiologico.

Nel momento in cui gli episodi di reflusso diventano frequenti e, soprattutto, di lunga durata, per cui il rivestimento esofageo viene esposto in maniera prolungata all'insulto acido, si configura uno stato di **flogosi cronica** che costituisce la condizione su cui si inserisce l'esofago di Barrett. Esso è definito istologicamente come ***metaplasia colonnare intestinale***, ovvero come trasformazione delle cellule piatte, tipiche dell'esofago, in cellule colonnari tipiche dell'intestino. Il riscontro di epitelio colonnare intestinale nel tratto distale dell'esofago, per un'estensione variabile ma comunque superiore ad 1 cm, è quel che si intende, da attuali linee guida, per esofago di Barrett; questo è facilmente individuabile endoscopicamente come un'area di mucosa di color rosa salmone che contrasta con il normale color rosa pallido della mucosa dell'esofago.
È importante comprendere come la metaplasia di per sé non abbia nessuna caratteristica in comune con la neoplasia, termini che spesso vengono confusi creando agitazione nel paziente, ma deve essere piuttosto considerata come un "terreno fertile" su cui possono svilupparsi le condizioni necessarie per la progressione neoplastica, ovvero la displasia ed il conseguente carcinoma. È per tale motivo che l'esofago di Barrett va studiato bene dal punto di vista dell'estensione, della presenza di irregolarità macroscopiche e istologiche in modo da poter definire per ciascun individuo il rischio di cancerizzazione e stabilire la **sorveglianza endoscopica** più appropriata in accordo con le recenti linee guida.
Come comportarsi allora se si soffre di reflusso? È razionale sottoporsi frequentemente a controlli endoscopici? Ovviamente sono queste le classiche domande che si pone il paziente ma a cui può rispondere solo lo specialista. Il reflusso saltuario non costituisce indicazione ad approfondimenti endoscopici, al più necessita solo dei cosiddetti antiacidi o protettori di mucosa assunti al bisogno. Qualora il reflusso diventasse molto frequente, con episodi settimanali se non addirittura giornalieri, allora va consultato il proprio medico o uno specialista gastroenterologo per ottimizzare la terapia con un'associazione di più farmaci, **antisecretori** e protettori di mucosa. Solo in pazienti con lunga storia di reflusso, mal controllata dalla terapia e/o una storia di familiarità per cancro esofageo, è indicato un approfondimento mediante **gastroscopia**. Il riscontro endoscopico di esofago di Barrett pone il gastroenterologo davanti ad un quadro che va analizzato attentamente, anche con metodiche avanzate quali la **cromoendoscopia ottica e/o digitale**, e senza prescindere dall'uso di strumenti HD, andando ad analizzare la superficie della mucosa esofagea per individuare eventuali aree disomogenee, depresse o nodulari che potrebbero indicare la sede di trasformazione neoplastica e che vanno biopsiate in maniera selettiva. Escluse grossolane alterazioni macroscopiche, quindi di fronte ad un cosiddetto **"Barrett piatto"**, si procede al campionamento bioptico secondo il protocollo di Seattle e si attende l'esito dell'esame istologico. Sulla base di quest'ultimo, che ci indicherà la presenza o meno della displasia, oltre che sulla base dell'estensione del Barrett stesso si pianificherà un programma di sorveglianza endoscopica che ha lo scopo di individuare in maniera precoce qualsiasi alterazione displastica o neoplastica in modo da poter agire conservativamente con tecniche endoscopiche all'avanguardia. Nel caso di riscontro di displasia di basso o alto grado su "esofago di Barrett piatto", si potrà procedere all'ablazione dell'intera mucosa mediante l'utilizzo di varie tecniche tra le quali le più utilizzate sono l'**ablazione con Argon Plasma e l'ablazione con radiofrequenza.** Con questi approcci si ottiene, in una o più sedute, l'eradicazione completa del tessuto metaplastico/displastico e la rigenerazione di mucosa esofagea sana, ma non è possibile in tal caso ottenere tessuto per lo studio istologico, motivo per cui vanno destinati all'ablazione solo i casi ben selezionati per i quali si è esclusa la presenza di carcinoma. La possibilità, seppur bassa, di recidiva dopo terapia endoscopica ablativa impone che il paziente venga comunque inserito in un programma di sorveglianza endoscopica.
In caso di aree nodulari o depresse, o comunque con caratteristiche di superficie tali da far ipotizzare la presenza di un carcinoma "in situ", l'approccio deve essere atto a permettere di asportare il tessuto "en bloc" in modo da poter fare un'analisi accurata dell'istotipo e definire la radicalità dell'intervento endoscopico (tumore intramucoso) oppure la necessità di un trattamento maggiore di tipo chirurgico. Per raggiungere tale scopo si utilizzano tecniche avanzate di resezione tra cui la **dissezione sottomucosa endoscopica (ESD) o la mucosectomia cap-assisted (c-EMR)**. La principale differenza di impiego tra le 2 è che la c-EMR ha un limite dimensionale di area di tessuto asportabile di circa 20 mm di diametro massimo, la ESD invece permette, in mani esperte, di asportare en-bloc anche l'intero tratto circonferenziale di mucosa esofagea alterata, soprattutto quando si sospetta che su un tratto di Barrett ci siano multipli foci di carcinoma.
In conclusione, l'esofago di Barrett è da considerare una complicanza della malattia da reflusso gastroesofageo, con significato precanceroso soprattutto nei quadri gravati da displasia. La sorveglianza endoscopica riveste un'importanza capitale nell'individuare precocemente foci di displasia di basso e alto grado o addirittura di carcinoma intra mucoso. Con le moderne tecniche ablative e resettive è possibile curare tale patologia prima che si renda necessario un approccio demolitivo di tipo chirurgico. ■

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

buono & sano

DIETA SOSTENIBILE
CONSIGLI UTILI

Angela Valentino
Biologa - Nutrizionista
Ospedale MultiMedica Castellanza

Secondo gli esperti le diete sostenibili sono: "diete a basso impatto ambientale che contribuiscono alla sicurezza alimentare e nutrizionale, nonché ad una vita sana per le generazioni presenti e future. Le diete sostenibili concorrono alla protezione e rispetto della biodiversità e degli ecosistemi, sono culturalmente accettabili, economicamente eque e accessibili, adeguate, sicure e sane sotto il profilo nutrizionale e, contemporaneamente, ottimizzano le risorse naturali e umane".

La globalizzazione, la minore attenzione verso la sostenibilità a favore dell'intensificazione e dell'industrializzazione dei sistemi agricoli e di allevamento hanno portato ad una cattiva gestione delle risorse alimentari, andando ad accentuare il divario tra le persone che soffrono per carenze di cibo e le persone obese o in sovrappeso.
Quindi, nell'era del consumismo in cui i sistemi moderni non sono affatto sostenibili, possiamo contribuire modificando le nostre abitudini alimentari e culturali come riportato di seguito.

1. LIMITA IL CONSUMO DI CARNE

Le carni e i prodotti trasformati contribuiscono maggiormente alle emissioni di gas, all'effetto serra, al consumo di risorse idriche e all'erosione del suolo, che sono indicatori principali dell'impatto ambientale delle produzioni alimentari.
Nonostante abbiano valori nutrizionali simili, carni diverse determinano un impatto ambientale differente: meglio prediligere le carni bianche, ridurre i consumi di carni rosse, sia fresche che trasformate, e sostituire più spesso la carne con il pesce, le uova, i latticini o con la combinazione di cereali e legumi.

2. CONSUMA CEREALI INTEGRALI E LEGUMI

Il riso integrale, orzo, avena, mais e segale non solo offrono numerosi vantaggi dal punto di vista nutrizionale ma richiedono meno lavorazione, e quindi meno impiego di energia e acqua. Anche i legumi, apprezzati principalmente come fonte proteica e di fibra, sono un alimento più sostenibile rispetto agli alimenti di origine animale.

3. SCEGLI PESCE DI PICCOLA TAGLIA

Il pesce rappresenta una preziosa fonte di acidi grassi omega 3, di proteine di ottima qualità, vitamine e minerali, tra i quali il ferro. La scelta deve essere orientata verso le specie meno conosciute e pesci di piccola taglia come alici, sardine e sgombro poiché, a causa di abitudini alimentari e culturali oramai consolidate, la riduzione massiva delle risorse ittiche interessa specie di grande taglia (tonno, pesce spada, merluzzo, sogliola); delle 700 specie commestibili ne viene commercializzata solo una piccola parte (10%).
Inoltre il pesce di acquacoltura, erroneamente considerato una seconda scelta, se allevato con criteri di sostenibilità consente di limitare lo svuotamento della fauna marina selvatica.

4. CONSUMA PIÙ LATTE E YOGURT

Latte e yogurt sono alimenti ricchi di calcio e vitamine, importanti per mantenere il corpo in buona salute, inoltre la loro produzione ha un impatto ambientale ridotto rispetto alle carni.

5. PREDILIGI FRUTTA E VERDURA FRESCA

L'impatto ambientale di frutta e verdure dipende dal tipo di produzione e di trasformazione. Meglio prediligere prodotti stagionali o a chilometro zero che non hanno avuto bisogno di serre, di fertilizzanti e pesticidi che inquinano il suolo, le falde acquifere e l'aria. Consumare prodotti freschi, come frutta e verdura, non solo implica un minor impiego di packaging, ma limita anche il consumo di snack industriali non considerati cibi sostenibili per la salute perché particolarmente ricchi di zuccheri, grassi e sale.
Quindi, un prodotto lavorato garantisce un minor apporto di nutrimenti oltre ad inquinare molto di più poiché spesso le materie prime arrivano da una determinata zona del mondo, mentre la lavorazione viene effettuata da tutt'altra parte. In questo modo, lo spreco di carburante e le emissioni di CO_2 diventano enormi.

6. BEVI ACQUA DI RUBINETTO

L'acqua di rubinetto è ottima dal punto di vista nutrizionale e utile per l'ambiente, in quanto non comporta lo smaltimento di imballaggi di plastica e vetro. Stesso discorso vale per le bevande gassate e succhi di frutta, d'altra parte non sostenibili perché ricche in zucchero e poco dissetanti.

CONSUMO DEGLI ALIMENTI OLTRE LA DATA DI SCADENZA

Se il **TMC** (Termine Minimo di Conservazione) indica:

- **giorno, mese, anno:** il prodotto può essere consumato senza alcun rischio **fino a tre mesi** dopo la data indicata;
- solo **mese** e **anno:** il prodotto può essere consumato **fino a 18 mesi** dopo la data indicata;
- solo **anno:** il prodotto può essere consumato, senza rischi, **oltre i 18 mesi** successivi alla data indicata.

7. UTILIZZA METODI DI COTTURA A BASSO IMPATTO AMBIENTALE

Un'altra piccola azione eco-friendly consiste nell'utilizzo del forno a microonde e della pentola a pressione, al posto del forno elettrico tradizionale. Inoltre, l'uso del coperchio riduce il consumo di energia perché abbrevia i tempi necessari per l'ebollizione e consente di mantenere la temperatura abbassando la fiamma.

8. RIDUCI GLI SPRECHI ALIMENTARI

La spesa familiare va programmata evitando scorte eccessive di alimenti che rischiano di deperire. Attenzione alle offerte e ai formati convenienza che fanno risparmiare veramente solo se il prodotto viene consumato nel breve termine. Inoltre, organizza il frigo e la dispensa in modo da riporre gli alimenti in ordine di scadenza.
Conoscere la differenza tra la data di scadenza "da consumare entro" e termine minimo di conservazione o TMC "da consumarsi preferibilmente entro" può essere utile per evitare che un prodotto venga gettato quando ancora commestibile, riducendo gli sprechi. Infatti, mentre la data di scadenza definisce il termine entro cui un alimento deve essere tassativamente consumato, il TMC indica il termine oltre il quale possono venire meno le caratteristiche organolettiche del prodotto (es. colore, sapore, odore, consistenza) ma senza rappresentare un rischio per la salute del consumatore.
Le Linee Guida per una sana alimentazione hanno come obiettivo primario la protezione della salute del consumatore, guidandolo verso scelte alimentari salutari e sostenibili. Pertanto, affidarsi ad un professionista della salute non solo aiuterà a intraprendere un modello di dieta sostenibile ma anche a salvaguardare il pianeta. ■

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

"In tempo zero la professoressa mi aveva conquistato. Come non offrirmi per un progetto simile?"

GLI OCCHI SONO LO SPECCHIO DEL CERVELLO

Margherita Hassan

Sono un signore di 78 anni. Diabetico da una ventina. Capirà che è tanti anni ormai che mi porto appresso questa patologia e controlli annuali.
Sono attento alla mia salute e un grande fautore del poter contribuire al progresso della medicina, per questo sono favorevole a fare da, mi passi il termine, cavia.

Come è venuto a sapere del progetto Recognised?
Regolarmente partecipo agli incontri dell'associazione FAND (Associazione Italiana Diabetici) e un giorno è venuta la Prof.ssa Vujosevic a presentarci il progetto. Ci ha spiegato l'importanza del controllo degli occhi rispetto alla patologia diabetica (ndr: il diabete di tipo 2 è stato riconosciuto come un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo del deterioramento cognitivo e della demenza. Valutare precocemente gli eventi che, a causa della malattia, si verificano nella retina potrebbe aiutare a identificare, altrettanto precocemente, anche il deterioramento cognitivo che si scatena a carico del cervello nello sviluppo della demenza). Ha spiegato che operava in MultiMedica, uno degli istituti all'avanguardia per l'aspetto oculistico. Se è stata attenta a quello che le ho detto prima, capirà che in tempo zero mi aveva conquistato. Come non offrirmi per un progetto simile? Avevo i requisiti richiesti, mi è proprio sembrato opportuno aderire e partecipare.

Mi spieghi meglio la sua partecipazione
Certamente, lo studio, da quanto mi hanno detto, durerà 30 mesi tra valutazioni di tipo oculistico e altre di imaging neurologico. Gli oculisti hanno già svolto diversi tipi di indagini per valutare lo stato di salute della mia retina e ho effettuato alcuni test per le valutazioni neuropsicologiche (ndr: misura le abilità cognitive - attenzione, memoria, linguaggio, percezione, funzioni esecutive). Sono esami fatti in modo approfondito e particolare: la giornata della visita dura parecchie ore perché vanno veramente a fondo della situazione. Consideri ad esempio che io sono preoccupato anche per altre patologie oculari, e il bello di "mettere in mano" i miei occhi a dei professionisti mi permette di stare tranquillo; con tutti gli esami a cui mi sottopongo se insorgerà qualche problema ne sarò informato immediatamente, ad esempio la cataratta, che sa, con l'età che ho, è probabile che si sviluppi (e già sono stato operato in un occhio). Per ora sembra che i miei occhi stiano bene e sono contento.

Quindi un progetto a lungo termine, per ora a cosa si è sottoposto?
Sì, mi hanno già detto che ci vorranno alcuni mesi per concludere tutto il percorso. Il primo passo è stata la chiamata di un ortottista che mi ha confermato la partecipazione allo studio e mi ha invitato ad andare in MultiMedica e così ho conosciuto tutta l'équipe, gli ortottisti, gli oculisti e la psicologa.
Devo essere sincero, a volte è stato anche faticoso: i test cognitivi sono lunghi e tra gli esami oculistici ce n'è uno che è stato un po' invasivo, ma sono contento di far parte dello studio. Diciamo anche che una mattinata in ospedale mi tiene compagnia. Mi pregio di ringraziare ancora la Prof.ssa Vujosevic per l'opportunità concessami e un ringraziamento a tutta l'équipe per la gentilezza e competenza dimostrata. ■

Lo studio clinico multicentrico Recognised è finanziato dalla Comunità Europea nell'ambito del progetto di ricerca Horizon 2020. Nello studio sono coinvolti i principali Centri Europei d'Eccellenza nella ricerca clinica sulle patologie retiniche. L'obiettivo comune è valutare la correlazione tra retinopatia diabetica nei pazienti con diabete mellito di tipo 2, deficit cognitivo precoce e demenza, aprendo la strada a nuove terapie di prevenzione della demenza ed all'individuazione di biomarcatori per la valutazione precoce e non invasiva della malattia. Il nostro Gruppo è guidato dalla Prof.ssa Stela Vujosevic, Responsabile del Servizio di Retina Medica del Gruppo MultiMedica.
Una delle principali complicanze del diabete è la retinopatia diabetica, prima causa di ipovisione e di cecità in età lavorativa nei Paesi industrializzati, dovuta all'evolversi nel tempo del danno a carico dei piccoli vasi sanguigni presenti nella retina. Estremamente diffusa, la retinopatia diabetica riguarda il 54,6% dei pazienti con diabete di tipo 1 e il 30% dei pazienti con diabete di tipo 2.
Le persone con deterioramento cognitivo sono più inclini ad avere un'alterata autogestione del diabete, uno scarso controllo glicemico e una maggiore incidenza di complicazioni legate al diabete, il che presenta sfide significative sia per gli individui che per i sistemi sanitari nella gestione della cura del diabete.

ospedale amico

PROSPETTIVE DI SALUTE

Carmen Sommese
Direttore Sanitario Aziendale
Gruppo MultiMedica

Tatiana Bracone
Assistente Sociale
IRCCS MultiMedica

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Sars-CoV-2 ha rappresentato per il sistema sanitario un ripensamento ad ampio raggio dell'assistenza e cura della persona, sempre ancorata alla centralità del paziente, cardine attorno cui far ruotare l'intera organizzazione sanitaria, tanto a livello di clinical governance, preposta al coordinamento dei processi sanitari, quanto nelle programmazioni, nei progetti e nelle attività di conduzione ordinaria, clinico - sanitarie, organizzative, tecnologiche e strutturali.

A tutti i professionisti del mondo della salute è difatti richiesto un ruolo ancora più attivo nel contribuire a migliorare i continui processi di prevenzione, diagnosi, cura, nell'ottica della coesistenza di expertise multidisciplinari per assicurare al paziente il migliore percorso diagnostico-terapeutico e le tecniche più innovative. In tale contesto, si inseriscono gli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR - Missione 6 Salute), in particolare nel rappresentare un nuovo modello di sistema sanitario capace di affrontare in rete la dimensione salute.
Un'importante sfida è rappresentata specificamente dal rafforzamento dei servizi e delle strutture di prossimità, attraverso i quali potrà realizzarsi concretamente la continuità ospedale-territorio ad alta integrazione e, parimenti, la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare con l'ausilio di servizi dedicati, anche tramite strutture di cure intermedie attraverso dimissioni protette ospedaliere.
Il Gruppo MultiMedica è impegnato da sempre nella promozione di un'offerta di servizi che corrisponda a questo approccio multidisciplinare e multidimensionale per e con i pazienti. Ogni giorno ci poniamo difatti l'obiettivo di fornire risposte di salute "globali" a 360 gradi, che, oltre alla gestione dell'acuzie specialistica, pongano attenzione alla dimensione bio-psico-sociale e relazionale della cura. Nell'affrontare l'emergenza pandemica un nostro punto di forza è stata proprio la condivisione tra i professionisti e la loro capacità di adattarsi continuamente al cambiamento attraverso l'adozione di modelli operativi dinamici caratterizzati da un confronto continuo tra saperi diversi, nell'ottica di un'operatività interdisciplinare che va oltre il confine della singola specialità.
Nella prospettiva di una promozione della cultura dei servizi che possano quanto più possibile avvicinarsi all'utenza, decisivo sarà anche lo sviluppo di una rinnovata Medicina territoriale attraverso network di équipe multiprofessionali. La finalità è condividere e proseguire le azioni che vengono intraprese in ambito ospedaliero, soprattutto per la presa in carico della cronicità, in funzione dell'integrazione socio sanitaria in tutti i setting assistenziali nei servizi decentrati sul territorio. Si tratta di realizzare appieno il processo di interscambio e di apprendimento reciproco tra ospedale e i servizi di prossimità, nonché una diretta interconnessione tra il sistema sanitario e sociale.
A tal riguardo, anche per i Presidi del nostro Gruppo diventa sempre più importante promuovere lo sviluppo di una sanità digitale che orienti importanti obiettivi di salute, attraverso specifici strumenti informatizzati, quali, per esempio, telemedicina, televisita, teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio, che rappresentano sempre più gli anelli di congiunzione paziente-ospedale-territorio. In tal modo la continuità assistenziale potrà abbracciare prevenzione, cura e riabilitazione, per assicurare un'offerta sanitaria collegata anche all'attività di ricerca traslazionale di alto profilo, strumento essenziale per il miglioramento della gestione del paziente complesso, fragile, pluripatologico.
Si tratta di modelli operativi che trovano compiuta ed efficace realizzazione se considerati in rapporto all'insieme che costituiscono: le nuove sfide che ci attendono non possono prescindere dalla condivisione di esperienze, oltre che scientifiche e tecnologiche, anche umane e di prossimità insite nella filiera assistenziale per il ben-essere di pazienti e professionisti della salute. MultiMedica c'è. ■

MULTIMEDICA FLASH

Pierluigi Villa

NOVITÀ SUL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Una buona notizia per chi, a breve, dovrà decidere che strada intraprendere dopo le scuole superiori e guarda con interesse i corsi di laurea in infermieristica.
In accordo con l'Università degli Studi di Milano, i posti del corso di laurea disponibili presso la sede di Milano all'Ospedale San Giuseppe sono passati da 40 a 60.
Un aumento rilevante, rispetto all'anno accademico 2021/2022, che è stato possibile grazie all'impegno e alla disponibilità che il management del Gruppo MultiMedica ha messo in campo in questi anni e, soprattutto, negli ultimi mesi.

Il corso si sviluppa in un triennio ed è suddiviso in semestri, durante i quali gli studenti affronteranno un percorso di studi particolarmente stimolante, composto non solo da materie scientifiche (biologia, chimica, anatomia ad es.), ma anche da quelle umanistiche in grado di fornire loro le necessarie basi per affrontare egregiamente la professione infermieristica, da sempre un settore dove competenze tecniche e assistenziali si fondono con relazioni umane ed empatia.
Per questo motivo, una parte fondamentale del percorso è destinata al tirocinio all'interno delle Unità Operative.
Qui all'Ospedale San Giuseppe, oltre all'attività nei reparti ordinari, gli studenti avranno modo di frequentare anche Pronto Soccorso e Terapia Intensiva.
Nei tre anni, questa esperienza gli consentirà di aumentare gradualmente le capacità tecniche, arrivando ad un livello di competenza decisamente molto complesso.
Non solo, durante tutto il corso, sono stati strutturati dei laboratori "relazionali di narrazione" dove gli studenti imparano ad acquisire strumenti e strategie comunicative e relazionali, partendo dalla conoscenza di sé stessi.
Questo consentirà loro di muoversi all'interno dell'organizzazione con la giusta consapevolezza di sé, il che "naturalmente", si rifletterà sull'umanizzazione delle cure.
Chi fosse interessato può avere maggiori informazioni a questo link: ***unimi.it/corsi/corsi-di-laurea/infermieristica***
Tra luglio e agosto sarà possibile iscriversi al test di ammissione previsto il 15 settembre, le lezioni inizieranno ad ottobre 2022. ■

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

la posta del cuore

Risponde Roberto Mattioli, Responsabile Ambulatori di Cardiologia e Laboratorio di Ecocardiografia, IRCCS MultiMedica. Inviate le vostre domande a ***info@multimedica.it***

Buongiorno dottore, sono una donna di 62 anni. Purtroppo, quest'estate, a seguito di un periodo di forte stress emotivo, ho manifestato dei sintomi molto preoccupanti, tra cui dolore al torace e respiro corto. Per fortuna non si trattava di un infarto, ma di una patologia rara, la "sindrome di Tako-Tsubo". Può aiutarmi a conoscerla meglio? Ha degli effetti permanenti sul cuore?

Gent.ma,

la Sindrome Tako-Tsubo è una forma di insufficienza cardiaca acuta reversibile. Sono proprio prevalentemente le donne a manifestarla, in circa il 90% dei casi, nell'età post-menopausa. È una patologia, non frequentissima, nota anche come "sindrome del crepacuore", indicata così proprio perché a determinarla possono essere forti emozioni, panico, lutti, stress emotivo intenso. Nonostante questi dati la sindrome non deve essere considerata una malattia di genere; infatti negli ultimi anni si è avuto un incremento dei casi in pazienti maschi nei quali, più spesso, l'esordio è associato ad un stress psico-fisico.
La sintomatologia di esordio, le alterazioni dell'elettrocardiogramma, gli esami ematici (troponina, mioglobina e CK MB), le alterazioni della contrattilità cardiaca all'ecocardiogramma sono simili a quello del tipico infarto miocardico, ma la sindrome non occlude le coronarie, infatti, alla coronarografia le arterie sono pervie.
Da un punto di vista fisio-patologico è stato ipotizzato che un incremento delle catecolamine circolanti a seguito dell'evento stressante possa indurre una disfunzione miocardica in pazienti predisposti, così come accade, ad esempio, nel feocromocitoma.
Tipico di questa sindrome è l'aspetto che assume il cuore. La punta non si contrae mentre la base lo fa in modo accentuato (ipercinetico). In questo modo il cuore presenta una conformazione inconfondibile: l'estremità arrotondata e il collo sottile al termine della contrazione; questo aspetto ricorda quello del vaso usato come trappola per polpi, chiamato "tako-tsubo" e utilizzato in Giappone, dove la sindrome è stata per la prima volta descritta.
Dal punto di vista terapeutico non ci sono differenze rispetto all'infarto acuto: farmaci beta-bloccanti, ACE-inibitori e anti-aggreganti.
La prognosi è generalmente buona e progressivamente il tessuto miocardico riacquista le capacità contrattili fino alla normalità.
I dati derivanti dagli studi clinici, tuttavia, dimostrano che la presenza di complicanze in fase acuta (scompenso cardiaco, shock cardiogeno, aritmie ventricolari maggiori, alterazioni meccaniche, insufficienza mitralica, ecc…) e la mortalità intraospedaliera non sono trascurabili. Anche la prognosi a lungo termine può essere gravata da eventi negativi.
Queste evidenze hanno modificato la convinzione secondo cui la Sindrome sia una condizione clinica del tutto benigna. Il recupero della funzione contrattile globale sembra non corrispondere al completo recupero funzionale cardiaco. Infatti, studi recenti, con l'impiego di tecniche particolari di imaging (RMN, Scintigrafia miocardica), hanno dimostrato la persistenza di alterazioni metaboliche, morfologiche e funzionali a distanza dall'evento acuto.
Gli studi scientifici hanno comunque dimostrato che la mortalità a lungo termine dei pazienti con Sindrome di Tako-Tsubo è simile a quella dei controlli con pregressa Sindrome coronarica acuta (Infarto).
In conclusione possiamo riassumere che la Sindrome di Tako-Tsubo ha un decorso generalmente favorevole con completo recupero delle condizioni di normalità. Non vanno però sottovalutate le possibili complicanze, anche precoci, e la recidiva. Per tale motivo è fondamentale seguire con controlli periodici i pazienti che hanno manifestato tale Sindrome.
Negli ultimi anni ha preso sempre più evidenza la considerazione che le connessioni neuroumorali tra cuore e cervello siano il substrato anatomico e funzionale che determinano l'esordio clinico. Per tale motivo i pazienti devono essere seguiti anche dal punto di vista neurologico e psicologico. ■

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

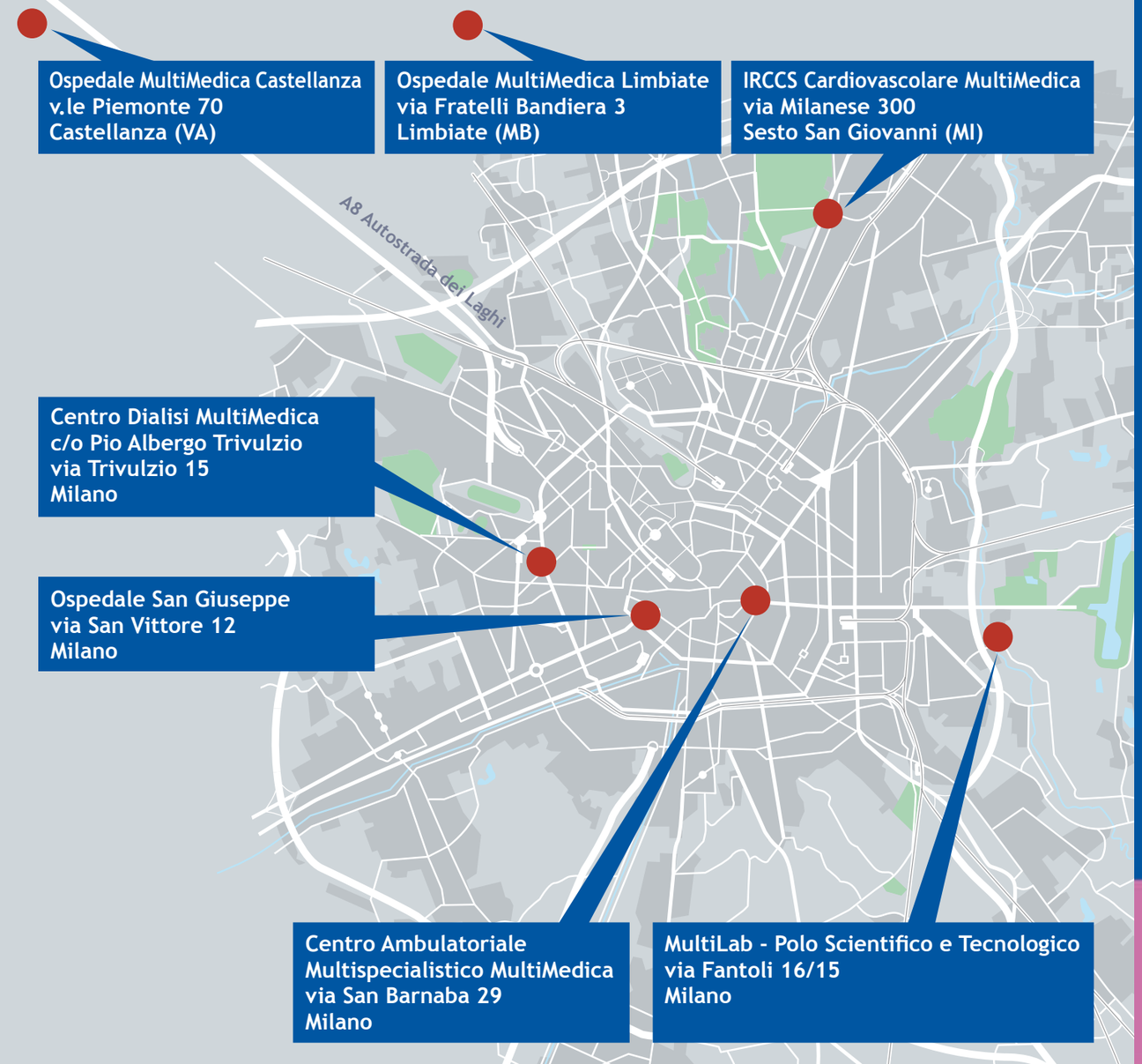
Seguici su:

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

CON IL TUO 5x1000 PIÙ RICERCA AL SERVIZIO DELLE PERSONE

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

Codice Fiscale 06781690968 Casella "Ricerca Sanitaria"

Scopri di più su
www.multimedica.it

Gruppo MultiMedica
Passione, ricerca e innovazione per la salute