Numero 60 - Autunno 2023

SANITÀ AL FUTURO

Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Gruppo MultiMedica
Sistema Sanitario Regione Lombardia

ENDOSCOPIA
L'intelligenza artificiale
CHIRURGIA VASCOLARE
Il Vein Center MultiMedica
EMODINAMICA
Evitare l'ictus
UROLOGIA
Lo sviluppo della chirurgia

SCOPRIRE IL VOLTO DEL BAMBINO
Con l'ecografia 3D e 4D

indice

LA NUOVA DIREZIONE SCIENTIFICA
AL SERVIZIO DEI RICERCATORI E DEI CLINICI — 1

endoscopia
L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE AL SERVIZIO DELLO SCREENING COLORETTALE — 4

chirurgia vascolare
IL VEIN CENTER DEL GRUPPO MULTIMEDICA — 2

emodinamica
EVITARE L'ICTUS CON LA CHIUSURA PERCUTANEA DELL'AURICOLA SINISTRA — 6

urologia
LO SVILUPPO DELLA CHIRURGIA UROLOGICA MULTIMEDICA ALL'AVANGUARDIA — 8

le nostre persone
COME RAGGIUNGERE UN TRAGUARDO? SENZA FRETTA, MA SENZA SOSTA — 10

mamma e bambino
SCOPRIRE IL VOLTO DEL BAMBINO CON L'ECOGRAFIA 3D e 4D — 12

in-dolore
QUALE DOLORE TI PORTA AL PRONTO SOCCORSO? — 14

buono & sano
SEI QUELLO CHE MANGI
DIETA E MICROBIOTA — 16

parlami di te
DISTACCO DI RETINA.
VI RACCONTO LA MIA (S)FORTUNA! — 18

ospedale amico
STERILIZZAZIONE DEI RIFIUTI UN SISTEMA SOSTENIBILE E VIRTUOSO — 20

MultiMedica FLASH — 22

la posta del cuore — 23

Sanità al Futuro
Periodico di informazione del Gruppo MultiMedica

Reg. Tribunale di Milano n. 336 del 19 maggio 2003
Direttore responsabile: *Francesca Scollo, Direttore Comunicazione e Marketing, Gruppo MultiMedica*
Redazione: *D. Proietto, P. Villa*
Editore: *Fondazione MultiMedica ONLUS*
e-mail della redazione: *info@multimedica.it*

Seguici su:
Gruppo MultiMedica **Gruppo MultiMedica**
Ospedale San Giuseppe **esteticamultimedica**

Progetto grafico e impaginazione: ID ULCAMARA GRAFICA E COMUNICAZIONE
Stampa: Roto3

editoriale

LA NUOVA DIREZIONE SCIENTIFICA
AL SERVIZIO DEI RICERCATORI E DEI CLINICI

Paola Muti

Direttore Scientifico
Gruppo MultiMedica

A luglio è stato affidato alla Prof.ssa Muti l'incarico di guidare l'attività scientifica dell'IRCCS MultiMedica e potenziarne il ruolo quale Centro di eccellenza e rilevanza nazionale ed internazionale nelle discipline di riconoscimento (Malattie Cardiovascolari e Pneumologia) incrementando la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale, secondo le nuove indicazioni della Legge di Riordino IRCCS.

Prof.ssa Muti, qual è la direzione che la nuova Direzione Scientifica vuole intraprendere?
Quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), MultiMedica (MM) ha il mandato di integrare l'attività di ricerca clinica e traslazionale, ad elevato impatto nella pratica assistenziale, con l'attività di cura. In quest'ottica, la Ricerca Scientifica sarà indirizzata verso l'innovazione e l'implementazione delle scoperte scientifiche nella pratica clinica degli ambiti di riconoscimento. Temi che verranno profondamente integrati, quando possibile, alle altre specialità e attività cliniche operanti all'interno di MM (es. settore metabolico, oncologia, riabilitazione, ecc.). Sosterremo, inoltre, un'intensa attività di collaborazione che si concentri sui temi dell'accreditamento, ma con uno sguardo ed un approccio multisettoriale, transdisciplinare e traslazionale.

Perché è importante perseguire un approccio di questo tipo?
L'identificazione dei meccanismi molecolari coinvolti nell'eziologia e nello sviluppo delle malattie cardiovascolari e, più in generale, delle malattie cronico degenerative fornisce una forte innovazione allo sviluppo di strategie per la loro prevenzione, diagnosi e terapia. La componente "molecolare" della ricerca clinica è già parzialmente attiva presso MM. Tuttavia, l'espansione di quest'area di ricerca sarà di grande impatto per l'Istituto in quanto la Medicina di Precisione si basa su un processo complesso ed interconnesso che richiede una forte integrazione di diverse competenze e strutture professionali, tutte disponibili presso MM. Il nostro impegno sarà rivolto a creare rapporti tra l'ambito preclinico e quello clinico tramite la progettazione di studi traslazionali, studi clinici, analisi di sequenziamento del genoma; valutazione delle informazioni genomiche; validazione dei risultati e dei dati attraverso studi osservazionali in un approccio Real World Evidence. Questo coordinamento potrà funzionalmente connettere le attività di laboratorio con il lavoro di un team integrato di scienziati interdisciplinari, composto da biologi molecolari, clinici e biostatistici, allo scopo di sviluppare modelli patogenetici, di progressione della malattia e la modellizzazione del rischio.

In che modo gli studi traslazionali possono supportare l'innovazione?
Gli studi traslazionali si basano su biomarcatori identificati dalla ricerca sperimentale oppure emersi e validati in studi clinici. Per questo, l'ulteriore sviluppo della banca biologica istituzionale sarà strategicamente rilevante. Sono certa che la competenza di MM sulle banche biologiche, insieme alla mia esperienza nella progettazione e implementazione delle stesse, sosterranno l'innovazione di una banca generale basata sulla conservazione avanzata di micro-campioni.

Verrà dato rilievo anche all'attività di formazione?
Certamente. In una prima fase, vorremmo dare particolare spazio alla formazione dei medici/specializzandi più giovani al fine di avviare nuovi ricercatori clinici, esperti anche in studi di tipo traslazionale, secondo le indicazioni del Ministero della Salute. Ciò che mi preme sottolineare è che sia l'attività formativa sia l'attività di ricerca saranno fortemente integrate fornendo così supporto alla relazione tra MultiMedica e le Università. ■

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

AL SERVIZIO DELLO SCREENING COLORETTALE

Mario Bianchetti

Direttore U.O. Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
Gruppo MultiMedica

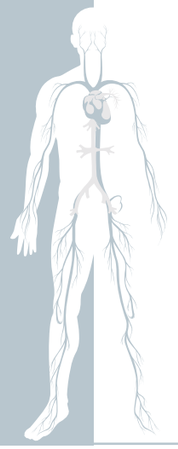
L'intelligenza artificiale (A.I.) ha ormai definitivamente preso piede in vari campi della medicina consentendo di potenziare ed affinare le metodiche diagnostiche già normalmente in uso nei nostri ospedali.

È questo il caso della **colonscopia**, una metodica sicuramente ben conosciuta da tutti come la principale arma di cui disponiamo per la diagnosi e la prevenzione del tumore colorettale e che da alcuni anni si avvale dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale per **incrementare sensibilmente la capacità diagnostica** delle lesioni precancerose. Il **tumore colorettale** ancora oggi costituisce la seconda causa di morte per cancro in Italia, dati questi che ovviamente sono gravati da tutte le lesioni non diagnosticate per tempo e che non sempre, al momento della diagnosi, trovano nell'intervento chirurgico e/o nella chemioterapia una soluzione curativa. Questo è il motivo per cui la presa di coscienza da parte della popolazione generale nei confronti della prevenzione deve essere sempre maggiore, d'altra parte lo sforzo della tecnologia è quello di **ottimizzare lo screening** per ridurre l'incidenza del tumore avanzato. In epoca pre intelligenza artificiale la tecnologia aveva già fatto passi da gigante mettendo nelle nostre mani strumenti sempre più performanti, con visione ultra HD, dotati di zoom e colorazioni digitali che permettono di stratificare il rischio evolutivo delle lesioni precancerose così da impostare il trattamento endoscopico più adeguato ed evitare tutti i rischi connessi con un intervento chirurgico maggiore. A questo ricchissimo armamentario si è aggiunta da alcuni anni l'**intelligenza artificiale** che permette, con l'applicazione di algoritmi, di incrementare sensibilmente la capacità diagnostica di lesioni che, per caratteristiche morfologiche o per piccole dimensioni, potrebbero sfuggire, e di mantenere costantemente alta l'attenzione anche dopo parecchie ore di lavoro, quando potrebbe essere fisiologico un calo d'attenzione dell'operatore. L'intervento dell'intelligenza artificiale durante un **esame endoscopico** si manifesta al clinico tramite un riquadro colorato (associato, a discrezione del medico, ad un richiamo acustico) che circoscrive a video le lesioni sospette in senso neoplastico, richiamando l'attenzione del medico stesso che poi dovrà effettuare le proprie valutazioni per confermare la segnalazione dell'A.I. Gli algoritmi tendono a sovrastimare le immagini compatibili con polipi, talvolta può quindi succedere che un temporaneo atteggiamento di una plica mucosa possa mimare una formazione polipoide, in altri casi i residui corpuscolati fecali o alimentari possono essere segnalati, così come le bolle d'aria; in altri casi viene segnalato un polipo che poi, all'attenta valutazione da parte del medico della trama superficiale, il cosiddetto pit pattern, risulta essere di natura iperplastica e quindi senza rischio evolutivo. Nel corso degli anni la tecnologia si è comunque affinata eliminando molti "falsi positivi", il software è stato sempre più "istruito" a riconoscere le lesioni vere da quelle presunte cosicché l'intervento dell'A.I. in corso d'esame è davvero ridotto all'essenziale senza comportare inutili interferenze.

Ma cosa comporta l'applicazione dell'A.I. ad una colonscopia? Aumenta il fastidio per il paziente? Si velocizza l'acquisizione di esperienza da parte del medico?
L'intelligenza artificiale non modifica nulla nella normale conduzione dell'esame endoscopico, restano quindi fondamentali sia la preparazione intestinale (il cosiddetto beverone che il paziente è chiamato ad assumere nelle ore precedenti), sia la sedoanalgesia per ridurre al minimo i fastidi connessi con le manovre dell'esame. Chiaramente l'esperienza del medico resta fondamentale ed indipendente dall'intelligenza artificiale, per cui resta appannaggio dell'uomo la **valutazione definitiva** delle caratteristiche della lesione precancerosa e la pianificazione della strategia terapeutica più opportuna per l'asportazione, demandando i pazienti a centri di riferimento per l'asportazione delle lesioni complesse. In poche parole l'intelligenza artificiale riduce il rischio umano di non vedere lesioni sospette ma non fornisce, al momento, nessuna valutazione diagnostica né suggerisce strategie terapeutiche.

Cosa comporta e, soprattutto, cosa comporterà in futuro nella storia della malattia l'utilizzo sempre più ampio di questa tecnologia nei nostri ospedali?
L'intelligenza artificiale consente di incrementare del 13% la cosiddetta adenoma detection rate (ADR) del medico, ovvero il parametro che descrive la capacità di ciascun medico di individuare gli adenomi (i cosiddetti polipi) in corso d'esame. Questa condizione è fondamentale per rendere sempre più efficace la prevenzione e ridurre il numero di tumori avanzati che necessitano di un approccio demolitivo chirurgico. In prospettiva futura questo si tradurrà, come emerge da recenti studi internazionali, in una riduzione dell'incidenza dei tumori del colon di oltre l'otto percento con un **risparmio per il sistema sanitario nazionale** di circa 57 dollari pro capite come conseguenza dell'ottimizzazione dei programmi di screening.
Il Gruppo MultiMedica si inserisce pienamente in questo scenario fornendo al paziente strumenti all'avanguardia dotati di intelligenza artificiale, che consentono di essere seguiti in tutto il percorso dalla diagnosi precoce all'eventuale terapia endoscopica delle lesioni precancerose anche complesse. Questo ha permesso alla sede di Milano, l'Ospedale San Giuseppe, di essere recentemente accreditata da Regione Lombardia come **centro di screening del carcinoma colorettale**, come già successo in passato per le sedi di Castellanza e Sesto San Giovanni, sottolineando ulteriormente l'impegno del Gruppo MultiMedica nella prevenzione oncologica. ■

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



IL VEIN CENTER
DEL GRUPPO MULTIMEDICA

Massimiliano Martelli
Direttore U.O. Chirurgia Vascolare
Gruppo MultiMedica

Roger Vitiello
Responsabile Vein Center
Ospedale San Giuseppe

Luigi Miglierina
Consulente
Ospedale San Giuseppe

Alessandra Baudo
Referente Ambulatoriale
Ospedale San Giuseppe

All'interno dell'Ospedale San Giuseppe, nasce il Vein Center, una sezione altamente specializzata e all'avanguardia della Chirurgia Vascolare del Gruppo MultiMedica, dedicato esclusivamente alla diagnosi e alla cura delle patologie venose per fornire un'assistenza completa e personalizzata ai pazienti con disturbi del sistema venoso profondo e superficiale. Le patologie trattate includono una vasta gamma di condizioni venose quali l'insufficienza venosa cronica con varici degli arti inferiori (MVC); le trombosi venose profonde; le tromboflebiti superficiali; i varicocele; la sindrome emorroidaria; l'occlusione della vena cava e dei vasi iliaco-femorali e molte altre.

Presso il **Vein Center**, ci impegniamo a fornire un'assistenza completa e altamente specializzata, e per farlo, collaboriamo strettamente con il **centro emostasi e trombosi**, diretto dal Prof. Moia, e l'**ambulatorio di Vulnologia** della Chirurgia Vascolare, avvalendoci della preziosa collaborazione di tutti gli specialisti del nostro Gruppo (chirurghi generali e plastici, ortopedici, cardiologi, ginecologi, neurologi, gastroenterologi, urologi e altre specialità mediche). Questa sinergia multidisciplinare ci permette di affrontare le patologie venose con un approccio integrato e completo, **offrendo ai pazienti le migliori opzioni di trattamento disponibili**. Il Vein Center si distingue per il suo alto volume di attività, con oltre 800 interventi chirurgici all'anno; oltre 2000 EcocolorDoppler venosi eseguiti e più di 3.000 visite ambulatoriali.

La malattia maggiormente trattata nel nostro Vein Center è l'**insufficienza venosa cronica** o malattia venosa cronica (MVC) degli arti inferiori; considerata tra le malattie più diffuse nel mondo, interessa circa il 10-33% delle donne e il 10-20% degli uomini adulti e la sua incidenza aumenta con l'età. Si tratta di una condizione caratterizzata da un alterato ritorno venoso del sangue dalla periferia verso il cuore, in particolar modo quando il paziente è in posizione eretta.
La malattia venosa si evidenzia quando le vene perdono progressivamente il loro tono, si dilatano e si sfiancano. Questo porta nel tempo alla formazione delle varici - vene dilatate, tortuose e/o allungate. La MVC si può manifestare con teleangectasie (capillari dilatati), varici, edemi declivi (gonfiore alle caviglie), iperpigmentazione cutanea, eczemi varicosi fino ad arrivare a varricorragie (sanguinamenti dalle varici) ed ulcere venose; le varici si possono poi complicare con delle vere e proprio tromboflebiti (classificazione CEAP). Il paziente affetto da MVC può lamentare pesantezza e stanchezza degli arti inferiori, crampi notturni, prurito e sensazione di bruciore; questa sintomatologia tenderà ad accentuarsi nei mesi caldi o dopo lunghe ore passate in piedi. Per alleviare i sintomi possono essere d'ausilio integratori a base di bio-flavonoidi, sostanze vasoprotettrici e venotoniche, che si trovano soprattutto nei frutti di bosco.
La **diagnosi** si basa essenzialmente sull'anamnesi e sull'esame clinico, integrati con l'esame ecocolordoppler venoso degli arti inferiori. Tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di questa patologia possiamo citare la sedentarietà, il sovrappeso, un alterato equilibrio ormonale, gravidanze multiple, pregresse trombosi venose profonde e la familiarità.
Il tipo di terapia dipende dallo stadio della malattia e dalle condizioni del Paziente. La **terapia elasto-compressiva** (calza elastica contenitiva) rappresenta uno dei capisaldi del trattamento della MVC; risulta il metodo più semplice ed efficace per potenziare la funzione delle pompe muscolari e proteggere il microcircolo dalle conseguenze dell'ipertensione venosa, giocando un ruolo sia nella prevenzione, che nella terapia dei sintomi e delle complicanze della malattia venosa cronica.
Per quanto riguarda le **strategie chirurgiche**, negli ultimi decenni abbiamo assistito ad una rapida evoluzione delle metodiche mini-invasive che permettono al paziente un rapido recupero del proprio stile di vita. Oltre agli interventi tradizionali di stripping della vena grade safena o della vena piccola safena oggi possiamo trattare i nostri Pazienti con nuove metodiche endovascolari che sono da preferire rispetto al trattamento chirurgico tradizionale ogni qualvolta sia possibile. Le **tecniche endovascolari** (termoablazione mediante radiofrequenza o laser) permettono di poter eseguire l'intervento in anestesia locale in regime di day-surgery, con blando dolore post-operatorio, in assenza di ematomi o cicatrici, con ripresa particolarmente rapida delle proprie attività e risultati a lungo termine equiparabili a quelli dell'intervento chirurgico tradizionale. La **termoablazione della vena safena** mediante radiofrequenza o laser consiste nell'introdurre un catetere nella vena; il vaso viene quindi occluso sfruttando il calore, in modo da eliminare il reflusso safenico. Le flebectomie (asportazione chirurgica delle varici extrasafeniche mediante delle piccole incisioni) possono completare l'intervento. Altri trattamenti possibili sono l'ablazione meccano-chimica (MOCA), la somministrazione di sostanze sclerosanti (schiuma) e l'ablazione con colla (cianacrilato). L'indicazione al tipo di intervento viene valutata dagli specialisti del nostro Vein Center su ogni caso, dopo uno studio clinico approfondito. I vari trattamenti (laser, radiofrequenza, MOCA, colla e la scleroterapia) possono essere combinati per eseguire l'intero intervento con un approccio totalmente endovascolare senza incisioni. Altresì, la scleroterapia può essere indicata anche solo come completamento a fini estetici per eliminare le teleangectasie residue.

La tecnica CHIVA, acronimo francese di Cura Emodinamica della Insufficienza Venosa Ambulatoriale, è una tecnica chirurgica, personalizzata sul singolo Paziente, che si basa sullo studio emodinamico del circolo venoso e sulla mappatura meticolosa dello stesso mediante ecocolordoppler; si pone come obiettivo di preservare la vena safena e di ridistribuire il sangue dalle vene malate verso quelle sane, identificando le zone di reflusso, o punti di fuga, che necessitano di correzione chirurgica. Al termine di tutte queste procedure il Paziente sarà invitato ad indossare una calza o un bendaggio elasto-compressivo.
La patologia venosa non è perciò da sottovalutare in quanto può alterare la qualità di vita e potenzialmente progredire nei suoi diversi stadi. ■

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

EVITARE L'ICTUS

CON LA CHIUSURA PERCUTANEA DELL'AURICOLA SINISTRA

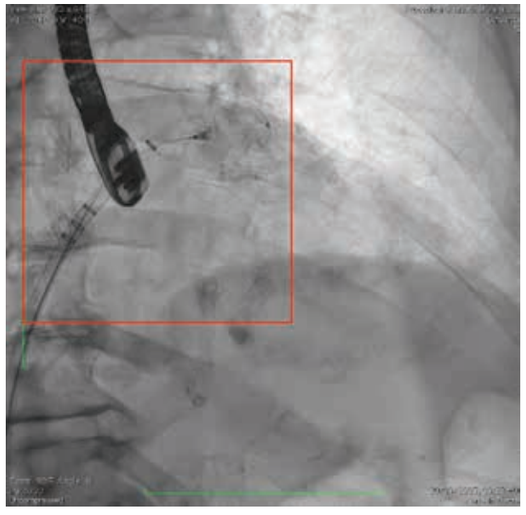
Paolo Pagnotta
Responsabile Emodinamica
I-Radial Unit
IRCCS MultiMedica

Lucio Goffredo
Aiuto Emodinamica
I-Radial Unit
IRCCS MultiMedica

Francesco Condello
Assistente Emodinamica
I-Radial Unit
IRCCS MultiMedica

Evitare l'ictus dovuto a trombi che si formano all'interno del cuore in pazienti affetti da fibrillazione atriale non valvolare. È questo l'obiettivo dell'intervento di chiusura percutanea dell'auricola sinistra, procedura che oggi rappresenta una valida e promettente opzione terapeutica nei soggetti che, per svariati motivi, non possono assumere la terapia anticoagulante o sono ad alto rischio di sanguinamento.

È ormai validato che nella più comune aritmia cardiaca, la fibrillazione atriale appunto, **in più del 90% dei casi i trombi originano nell'auricola sinistra**, una specie di escrescenza che 'penzola' dall'atrio sinistro del cuore. Per ridurre questo rischio, il trattamento che risulta essere il più efficace è l'impiego a lungo termine di **farmaci anticoagulanti**. In alcuni pazienti, però, tale terapia può associarsi a effetti collaterali anche importanti, quali emorragie cerebrali o gastro-enteriche, rivelandosi talvolta di **difficile gestione o non efficace**. In questi pazienti è indicato l'intervento.



Come si svolge la procedura?

In genere, l'intervento viene eseguito per via percutanea in anestesia generale con monitoraggio ecocardiografico transesofageo. Dopo aver reperito un accesso venoso femorale e aver attuato una puntura transettale al fine di guadagnare l'ingresso in atrio sinistro, viene avanzata e depositata in vena polmonare una guida metallica stiff, sulla quale poi verrà portato, attraversando il setto, il sistema di rilascio. Quest'ultimo viene portato fino all'ostio dell'appendice atriale sinistra, facendolo scorrere su un catetere atraumatico a pigtail, a sua volta preventivamente inserito nella cavità auricolare. Attraverso il catetere di rilascio è possibile eseguire delle iniezioni di mezzo di contrasto per avanzare correttamente il dispositivo occlusore in sicurezza e valutare la morfologia e le dimensioni dell'auricola.

Nei pazienti affetti da **insufficienza renale cronica** avanzata, è inoltre possibile eseguire un impianto cosiddetto "zero-contrast" vale a dire senza l'utilizzo di mezzo di contrasto, mitigando il rischio di peggioramento peri-procedurale della nefropatia.

In casi selezionati (soggetti cioè con rischio embolico molto alto specie se presente una trombosi auricolare) è contemplato l'utilizzo di dispositivi di protezione del circolo cerebrale allo scopo di minimizzare la probabilità di stroke peri-procedurale, intrinsecamente correlato alle manovre di impianto del device.

È possibile inoltre eseguire la procedura anche senza **anestesia generale** grazie all'utilizzo della ecocardiografia intracardiaca o impiegando sonde miniaturizzate per ecocardiografia transesofagea.

Quali sono i rischi?

I rischi possono essere distinti in **periprocedurali** e **post-procedurali**. Tra i primi vanno differenziati quelli correlati all'accesso vascolare e alla puntura transettale (versamento pericardico, tamponamento cardiaco, puntura della radice aortica, puntura della parete atriale, dolore toracico pleuritico, sopraslivellamento transitorio del tratto ST-T nelle derivazioni inferiori, persistenza di difetto interatriale) che hanno una incidenza inferiore allo 0.5%, da quelli attribuibili alla procedura di chiusura dell'auricola (stroke <0.5%, versamento pericardico 2-3%, embolizzazione del dispositivo <0.5%).

Le due complicanze post-procedurali più frequenti sono il **leak peri-device** e la trombosi del dispositivo. Il leak peri-device risulta da una incompleta occlusione dell'auricola e comporta, se presente, un rischio non trascurabile di trombosi ed embolismo sistemico. Di solito viene considerato significativo se superiore a 5 mm (incidenza <1%).

La **trombosi del device** è un evento molto raro (incidenza <2%), oggi nettamente ridotta grazie al design migliorato dei dispositivi di nuova generazione. Solitamente insorge entro 1 anno dall'impianto del dispositivo e si associa ad un aumentato rischio di stroke o embolismo sistemico. Una serie di fattori clinici, anatomici e procedurali (ipercoagulabilità, versamento pericardico, insufficienza renale, profondità di impianto > 10 mm dal coumadin ridge e fibrillazione atriale non parossistica) possono predisporre a tale complicanza.

Quale terapia antitrombotica seguire dopo la procedura?

Ad oggi esistono controversie riguardo al maggior rischio di trombosi del device con la terapia antiaggregante rispetto al trattamento anticoagulante. Non c'è infatti evidenza definitiva circa la migliore strategia farmacologica dopo la procedura di impianto. Complessivamente, il rischio emorragico del paziente dovrebbe guidare la strategia antitrombotica post-intervento. Il trattamento oramai maggiormente riconosciuto valido prevede una duplice terapia antiaggregante per 1-3 mesi, seguita poi da singolo farmaco antipiastrinico (es. cardioaspirina). Tuttavia nei pazienti a rischio emorragico proibitivo o con sanguinamento attivo può essere presa in considerazione la singola terapia antiaggregante sin da subito o addirittura nessun trattamento antitrombotico.

Prospettive future. Il continuo miglioramento tecnologico dei dispositivi, sempre meno trombogenici e capaci di adattarsi all'anatomia individuale ottenendo una occlusione completa consentiranno di ridurre ulteriormente il rischio già basso di trombosi del device e di leak peri-device. Se, in futuro, verrà dimostrata l'efficacia e la sicurezza a lungo termine rispetto ai nuovi anticoagulanti orali, la chiusura percutanea dell'auricola potrà diventare la strategia di scelta per la profilassi cardioembolica nella maggior parte dei pazienti con fibrillazione atriale. A tal scopo una serie di studi clinici randomizzati sono in corso per valutare la chiusura dell'auricola sinistra come first-line therapy in alternativa agli anticoagulanti orali. ■

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

LO SVILUPPO DELLA CHIRURGIA UROLOGICA

MULTIMEDICA ALL'AVANGUARDIA

Angelo Naselli
Direttore U.O. Urologia
Gruppo MultiMedica

Storicamente, l'urologia è la specializzazione medica antesignana di tutti i progressi tecnologici nell'ambito chirurgico. Questa disciplina interessa aree patologiche e funzionali piuttosto differenti, che comprendono i disturbi della minzione, nell'uomo e nella donna, le neoplasie benigne e maligne dell'apparto urinario (reni, ureteri, vescica, prostata, surreni) e la calcolosi della via urinaria.

Qual è stata l'evoluzione della chirurgia urologica negli ultimi anni?
L'endoscopia diagnostica e la chirurgia endoscopica sono nate con l'urologia. Negli ultimi 20 anni la rivoluzione è stata travolgente. Sono stati introdotti gli strumenti flessibili, che hanno cambiato radicalmente l'impatto sul paziente, e contestualmente, anche le fibre laser di diametro sempre minore e sempre più efficienti. In passato, la **cistoscopia**, l'esame endoscopico della vescica, era un esame effettuato con strumenti rigidi. Oggi, viene eseguito ambulatorialmente solo con strumenti flessibili. Il comfort per il paziente è incomparabilmente superiore e l'esplorazione della vescica più accurata.
La tecnica della nefrolitotrissia percutanea, utilizzata per il trattamento di un **calcolo renale** che, fino all'inizio del nuovo millennio, poteva richiedere l'inserzione percutanea di un tubo nel rene, è stata sostituita, nella maggior parte dei casi, dalla **RIRS** (Litotrissia endoscopica con ureterorenoscopia flessibile), ovvero dall'introduzione di una sonda flessibile nel rene, attraverso le vie naturali (uretra e uretere), seguita dalla polverizzazione con fibra laser del calcolo. Per il paziente le sofferenze sono nettamente inferiori, i rischi operatori ridotti e il ritorno alla vita quotidiana più rapido. Anche per quanto riguarda il trattamento chirurgico dell'**ipertrofia prostatica**, endoscopico per definizione dagli anni '60 del secolo scorso, ci sono stati degli importanti passi avanti. Il trattamento prevede una chirurgia transuretrale praticabile con diverse tecnologie, sempre mininvasive, che garantiscono risultati ottimali. Se in passato, la presenza di ghiandole prostatiche molto voluminose richiedeva necessariamente il ricorso alla chirurgia tradizionale, estremamente invasiva e con alto rischio di complicazioni e di perdite ematiche, oggi l'introduzione della tecnica laparoscopica in ambito chirurgico ha cambiato enormemente l'impatto sui pazienti, che possono così contare su degenze ridotte e recuperi più rapidi a fronte di risultati funzionali sempre ottimali. Nel corso degli ultimi anni, l'evoluzione tecnologica ha reso possibile l'utilizzo della laparoscopia oltre che per la cura dell'ipertrofia prostatica voluminosa, anche per la cura delle neoplasie renali, delle vie urinarie, della prostata, di malformazioni delle vie urinarie (sindrome del giunto) e, addirittura, di alcuni casi di calcolosi complessa del rene.

In cosa consiste la laparoscopia urologica?
La laparoscopia consiste nell'introduzione nel corpo di cannule del diametro massimo di 12 mm, dette porte. Una porta accoglie il lapa-

ne dei motori elettrici che governano il manipolo robotico, il quale rimane saldamente a contatto con la mano del chirurgo che quindi non opera a distanza tramite una consolle ma direttamente sul paziente. Al fine di poter offrire i migliori risultati possibili ai pazienti, il Gruppo MultiMedica ha investito in ciascuna di queste innovazioni tecnologiche. Tutta la strumentazione endoscopica ambulatoriale è flessibile e sono disponibili **laser di ultima generazione** per il trattamento dei calcoli delle alte vie urinarie. L'ipertrofia della prostata può essere trattata con la resezione endoscopica bipolare, di ultima generazione, con tecniche laser, la Thulep, e per via laparoscopica. Infine, parlando di laparoscopia, siamo dotati di un laparoscopio 3D e manipoli robotizzati associati a un sistema che stabilizza la pressione intra addominale dei più recenti e migliori strumenti per il taglio e l'emostasi. ■

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

visione tridi-
mensionale (che permette di apprezzare la profondità) e il feedback tattile (che consente di discriminare la consistenza dei tessuti attraverso la sensibilità delle dita). L'introduzione di laparoscopi 3D ha sicuramente ovviato al primo problema. Per quanto concerne il **feedback tattile**, attraverso gli strumenti si può avere indirettamente una percezione della resistenza dei tessuti alla manipolazione. L'ultima innovazione in laparoscopia urologica è stata l'introduzione della chirurgia robotica, la quale consente di mediare i movimenti all'interno dell'addome, normalmente eseguiti direttamente dal chirurgo, attraverso una macchina. Il tutto è unito alla visione tridimensionale. Il risultato oggettivo è la possibilità di effettuare **gesti più precisi**, in spazi minimi. Esistono diversi tipi di "robot" chirurgici ma la finalità ultima è sempre quella di **assistere il chirurgo** durante la laparoscopia. Più recentemente, sono stati introdotti nella pratica clinica piattaforme robotiche che consentono al chirurgo di avere gesti più fini e di mantenere un feed back tattile. Ciò è stato reso possibile grazie alla miniaturizzazio-

COME RAGGIUNGERE UN TRAGUARDO? SENZA FRETTA, MA SENZA SOSTA

Dalila Proietto

La passione è il motore che muove ogni cosa, non importa quanta energia o quanti sacrifici servano. Con la passione e la forza di volontà ogni conquista, ogni soddisfazione, è dietro l'angolo. Ce lo mostra con questo racconto, Gloria Tiffany Culuvaris, chirurgo ortopedico dell'Ospedale MultiMedica di Castellanza, che da sola ha saputo costruirsi una carriera professionale e una carriera sportiva da medaglia d'oro.

"Nella mia vita ho avuto due grandi passioni: la medicina e lo sport. La prima mi ha accompagnata fin da bambina, quando la mia aspirazione era diventare una veterinaria. Successivamente, durante il liceo ho avuto modo di approfondire le diverse discipline e, spinta dalla mia (seconda) grande passione, lo sport, la scelta è virata o sulla Medicina dello Sport o sull'Ortopedia. Ero una sciatrice, iscritta ad uno sci club in Valle d'Aosta, ma abitando in Lombardia ed essendo figlia di operai chiaramente non avevo la possibilità di allenarmi con la stessa continuità di chi abitava lì. Me la cavavo, ma ogni volta che cadevo era un infortunio: ho rotto un crociato, una tibia, il setto nasale, la mano e il polso. Diciamo che questo mio bagaglio di traumi alla fine mi ha fatto propendere per l'ortopedia", ci dice Gloria sorridendo.
Queste continue fratture la portano, ormai diciottenne, a maturare anche un'altra scelta molto importante, cambiare sport per sceglierne uno che fosse un po' meno "traumatico". È così che si avvicina al nuoto. "Quando ho iniziato sapevo stare a galla, ma avevo quasi difficoltà a mettere la testa sott'acqua". - ci racconta Gloria – "Poi, pian piano, ho fatto dei corsi di nuoto e ho scoperto di possedere, sebbene avessi iniziato in tarda età, una predisposizione naturale nel galleggiamento e delle discrete capacità acquatiche. È stato amore a prima vista, ho fatto il brevetto di bagnino, poi quello di istruttrice di nuoto e col tempo anche quello di acquafitness, idrobike e di tecnico nazionale di nuoto. In questo modo, sono riuscita a costruirmi una mia prima indipendenza economica durante gli studi universitari".
La passione per il nuoto è travolgente e gli impegni tra studio, lavoro e allenamenti si moltiplicano, così Gloria deve incastrare tutto alla perfezione per riuscire a non perdere il passo. "Già allora avevo la giornata calcolata con il contagocce: finite le lezioni all'Università mangiavo qualcosa al volo e andavo in piscina a lavorare, se avevo tempo mi allenavo e poi rientravo a casa. I miei vecchi colleghi della piscina ancora si ricordano di me che studiavo sugli spalti. Era faticoso, ma a 20-25 anni hai l'energia per fare qualsiasi cosa.
Oggi che ho 41 anni e una bimba di 6 anni sicuramente è ancora più difficile riuscire a coniugare gli allenamenti con la vita familiare e il lavoro, ma ho la fortuna di avere una famiglia che mi sostiene. Anche mio marito è un nuotatore e insieme siamo riusciti a trasmettere alla nostra piccolina la passione per gli sport, tant'è che spesso ci chiede di saltare il corso per andare a nuotare insieme.
Gloria è una ragazza caparbia, energica e determinata, che affronta ogni percorso dando il massimo di sé. Per questo, nonostante 24 ore sembrino sempre troppo poche, inizia a partecipare alle gare nella squadra Under 25 e poi nella categoria Master, finché nel 2016 scopre le "acque libere". "Durante la specialità mi sono spostata sull'alto lago di Como, ai confini con la bassa Valtellina. Nella mia squadra c'erano molti ragazzi che facevano triathlon e mi parlavano delle acque libere, della possibilità di nuotare nel lago piuttosto che nel mare. Là, le piscine non sono così diffuse come nelle nostre zone, capita che la prima vasca disponibile sia a 30-40 minuti di strada. Così, per comodità, ho deciso di fare una prova. Il primo approccio è stato traumatico. Quando nuoti in piscina vedi il fondo e segui la linea per andare sempre dritto. Nel lago, per quanto limpido sia, è tutto buio per cui non riesci a vedere dove vai e non hai punti di riferimento che ti guidino. Superate queste difficoltà, ho capito che era il mio ambiente, specialmente perché fisicamente ero più portata per le gare lunghe rispetto a quelle esplosive. Mi sono appassionata e ho iniziato a fare gare molto tranquille di 1 km fino ad arrivare ai 14 km".
Bracciata dopo bracciata, vasca dopo vasca, Gloria inizia a vincere le prime competizioni anche nelle acque libere. Nel 2019 e fino al 2020 guadagna il titolo di campionessa regionale nei 1500 e negli 800 metri categoria master 35-40 anni e nel 2019 il Coni a Milano la premia per l'Iron master. Il 2019 è un anno ricco di vittorie, dopo aver conquistato il primo posto ai mondiali di Dubai per l'Ocean man, una 5 km in acque libere nella categoria master 30-39 anni, attraversa a nuoto lo Stretto di Messina, prova raggiunta a seguito di un primo posto nel circuito dell'Open water tour. Successi che non si fermano con gli anni, l'ultimo qualche mese fa, la vede vincitrice nella categoria femminile della prima edizione del Trittico dei 7 Laghi di nuoto in acque libere.
Nuotare in acque libere presenta condizioni e difficoltà diverse dal nuoto in piscina, le emozioni che si provano e lo sforzo fisico richiesto non sono paragonabili. Molti sono i fattori che possono rendere veramente dura non soltanto la gara ma anche un allenamento in mare: le condizioni atmosferiche, le onde, la temperatura dell'acqua o la presenza di meduse. Nuotare in acque libere significa avere la forza e la capacità mentale di saper gestire un imprevisto, di non farsi sopraffare dall'ansia, di mantenere alta la concentrazione quando manca ancora tanto al traguardo; significa avere la forza di non arrendersi, ma anche quella di saper riconoscere ed accettare i propri limiti. Doti e qualità che determinano anche un bravo chirurgo.
"Rispetto alla piscina, le acque libere danno una sensazione di libertà e impresa. Ci sono molte variabili che definiscono la gara ed è uno sport molto bello proprio perché ogni volta è un'avventura. È una sfida con te stesso, soprattutto quando le gare sono lunghe. Ogni atleta, anche il migliore, può avere momenti di crisi e in questi casi l'obiettivo può diventare proprio riuscire a gestire il momento critico. Magari non riesci a fare il tempo migliore oppure hai delle difficoltà durante il percorso, però quando arrivi al traguardo sai che sei riuscito a portare a termine la gara. È un'esperienza, utile anche nella vita di tutti i giorni, che a me ha donato tanto sia livello personale che professionale". ■

Gloria Tiffany Culuvaris chirurgo ortopedico, Ospedale MultiMedica di Castellanza

SCOPRIRE IL VOLTO DEL BAMBINO
CON L'ECOGRAFIA 3D e 4D

Silvia Vigo
Dirigente medico U.O. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Giuseppe

Durante l'intero periodo della gravidanza, la futura mamma si sottopone ad una serie di esami e visite per valutare e controllare la salute e la corretta crescita del nascituro.

Tra gli esami più importanti nel calendario della gravidanza ci sono le ecografie. L'**ecografia ostetrica** è un esame strumentale, eseguito dal ginecologo, che consente attraverso l'utilizzo di una sonda, appoggiata sull'addome della mamma, e di uno schermo, di stabilire la data del parto, verificare la corretta crescita del nascituro, scoprirne il sesso, visualizzarne i movimenti ed individuare alcune tipologie di malformazioni. Per la sua capacità diagnostica è considerato uno degli esami più importanti a cui sottoporsi durante la gravidanza e per questo motivo, lungo tutti i 9 mesi della gestazione, vengono programmati almeno tre appuntamenti così suddivisi: l'ecografia del primo trimestre (in genere tra la 11ª e la 13ª settimana); l'ecografia del secondo trimestre, conosciuta anche come ecografia morfologica (tra la 19ª e la 21ª settimana); l'ecografia del terzo trimestre, anche detta "di accrescimento" (intorno alla 30ª settimana). La sequenza di questi tre esami è prevista per ogni gravidanza con decorso fisiologico, ovvero quando lo sviluppo del feto avviene in modo regolare. In caso contrario o nelle situazioni in cui la donna abbia avuto precedenti gravidanze a rischio, il ginecologo può ritenere necessario effettuare ulteriori ecografie al fine di monitorare eventuali alterazioni dello sviluppo fetale e intervenire tempestivamente dove possibile.

Gli esami ecografici utilizzano una tecnologia che sfrutta gli ultrasuoni per esplorare l'interno del corpo umano. Questa peculiarità rende l'esame completamente **sicuro, preciso e non invasivo**. Nello specifico, la sonda ecografica trasmette gli ultrasuoni attraverso la pelle per arrivare ai tessuti sottostanti (parete dell'utero e tessuti fetali), che riflettono il segnale di ritorno, chiamato eco. Il computer a cui è collegata la sonda elabora i segnali ricevuti e li utilizza per generare delle immagini bidimensionali di tessuti e organi. Le immagini che lo schermo restituisce sono di altissimo livello e permettono di distinguere in maniera netta tutte le strutture anatomiche del feto e quindi di individuare la maggior parte delle malformazioni di natura anatomico-strutturale. Grazie allo sviluppo della tecnologia digitale e di ecografi sempre più efficaci, oggi possiamo visualizzare le immagini ecografiche anche nelle modalità 3D e 4D, utilizzando la stessa procedura d'esame.

Le **ecografie 3D e 4D** possono essere svolte in qualsiasi momento, ma per ottenere un migliore risultato si raccomanda di eseguirle tra la 23ª-24ª e la 28ª-29ª settimana di gestazione, quando il feto è completamente formato e in piena attività ed è possibile vedere distintamente i dettagli del suo volto, i lineamenti, ma anche il sorriso e il pianto. Le immagini sorprendentemente realistiche riescono a mostrare **dettagli emozionanti** quali la forma del naso, della bocca e le **prime espressioni** del nascituro.

Analogamente, si sconsiglia di effettuare l'ecografia 3D/4D oltre questo periodo onde evitare che il bambino sia troppo grande e che, di conseguenza, non vi sia abbastanza spazio tra il suo volto e l'addome della mamma per far sì che la sonda generi un buon segnale di ritorno e restituisca delle immagini chiare e dettagliate. Inoltre, perché l'esame risulti ben visibile è necessario che il feto sia in posizione supina, con il viso rivolto verso la sonda, e che ci sia una **buona ecogenicità** della mamma. Maggiore è lo spessore e la densità dei tessuti materni, minore è la qualità dell'immagine. Il momento migliore per svolgere l'ecografia 3D e 4D è in concomitanza con l'ecografia morfologica.

Dal punto di vista clinico, la possibilità di vedere il feto tridimensionalmente facilita l'individuazione di alcune patologie, quali la spina bifida, il labbro leporino, alcune patologie del sistema nervoso centrale, del cuore e dell'apparato muscolo scheletrico.

Ma l'aspetto più rivoluzionario di questa tecnologia è la possibilità per i futuri genitori di fare la conoscenza del proprio bambino prima ancora che nasca, contribuendo a creare un fortissimo **legame emozionale.** La qualità dettagliata dell'immagine tridimensionale consente di distinguere chiaramente i lineamenti del viso, la morfologia del volto e di riconoscere le **prime somiglianze**. Come in nessun altro momento della gravidanza, durante l'ecografia 3d/4d, il futuro nascituro si mostra nella sua concretezza, permettendo ai genitori di dare un vero e proprio sguardo a ciò che fino ad ora avevano solo potuto immaginare e sognare. Così, ancora prima del parto, sarà possibile scattare le prime foto ricordo da stampare e condividere con gli affetti più cari.

Oltretutto, secondo alcuni studi, vedere il bambino muoversi, fare le smorfie, succhiarsi un dito o giocare con il cordone ombelicale influenzerebbe positivamente lo stile di vita della mamma che, rendendosi conto della vita che sta crescendo dentro di lei, è portata a cambiare il proprio stile di vita, interrompendo attività dannose per il figlio, quali possono essere il fumo o una dieta sregolata.

L'Ospedale San Giuseppe che dal 1864 accompagna le mamme e i papà a divenire futuri genitori, si è dotato di ecografi all'avanguardia che basano i propri calcoli sull'intelligenza artificiale e permettono misurazioni accurate e semiautomatiche per una rapida acquisizione dei volumi delle strutture anatomiche del feto. Le macchine, che dispongono di parecchie elaborazioni software dell'immagine 3D restituiscono ai genitori fotografie nitide ed emozionanti. Grazie alle loro avanzate caratteristiche tecniche, in futuro si potrà prevedere di esportare i volumi direttamente ad una stampante 3D per ottenere dei veri e propri **modelli tridimensionali** in grado di mostrare anche alle mamme e ai papà non vedenti il volto del proprio piccolino. ■

Per appuntamenti
A pagamento: 02-999.61.999

QUALE DOLORE TI PORTA AL PRONTO SOCCORSO?

Erika Giustizieri
Responsabile Pronto Soccorso DEA
IRCCS MultiMedica

Già nel 1979, la IASP (International Association for the Study of Pain) definiva il dolore come: un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno.

Nel 2018 tale definizione è stata revisionata allo scopo di introdurre delle specifiche utili a descrivere in modo più accurato l'esperienza del dolore, che trova il suo inquadramento attuale come "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale". La definizione viene ampliata con l'aggiunta di sei note integrative e dall'etimologia della parola dolore, utili per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione (n.d.r il processo sensoriale che rileva e convoglia i segnali e le sensazioni di dolore) sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

Etimologia di "pain": Middle English, dal latino poena (pena, punizione), a sua volta dal ποινή greco (pagamento, penalità, ricompensa).
Citando Jeffrey Mogil, Alan Edwards Center for Research on Pain, McGill University, Montréal «Un cambiamento importante, rispetto alla definizione di dolore concepita nel 1979, consiste nel sostituire la terminologia che si basava sulla capacità di una persona di descrivere l'esperienza per qualificarla come dolore. Ci si è resi conto di come questa formulazione escludesse neonati, anziani e altri – persino gli animali – che non sono in grado di esprimere verbalmente il loro dolore».
«I sei punti che compongono le Note sottolineano le tre dimensioni interconnesse dell'esperienza del dolore: biologica, psicologica, e sociale e la natura personale appresa di quell'esperienza» – sottolinea Milton Cohen, medico della St. Vincent's Clinical School e docente dell'UNSW Medicine, Sydney. «Evidenziano come il dolore può avere effetti negativi sulla funzionalità e sul benessere sociale e psicologico. Un risultato delle Note inserite può essere che il modo standard in cui una persona descrive il dolore – usando una scala da 0 a 10 – può essere aggiornato, includendo anche la domanda se il dolore interferisce con il lavoro, con il mantenimento di relazioni sociali sane, con la vita quotidiana e includendo quindi altre misurazioni psicologiche e sociali» – aggiunge Bonnie Stevens, Lawrence S Bloomberg Faculty of Nursing, Professore all'Università di Toronto.
Partendo da queste considerazioni, evidenziate le svariate componenti del sintomo dolore, è intuitivo pensare che l'aspetto personale della percezione del dolore, l'impatto che questo può avere sulla qualità di vita e l'attribuzione del singolo al parallelismo sintomo-gravità, porti un cospicuo numero di persone a rivolgersi al Pronto Soccorso, con un'appropriatezza a volte discutibile.
Il dolore è un sintomo ingannevole e la sua intensità spesso non correla con la gravità.
A tal proposito è indispensabile fare una distinzione tra **dolore cronico e dolore acuto**; quest'ultimo è caratterizzato da una durata limitata nel tempo, è correlato a una causa specifica, cessa in concomitanza della guarigione della causa che lo ha provocato, ed è spesso spia di una condizione clinica che necessita di una valutazione urgente.
Esempio principe è il **dolore toracico a-traumatico** che costituisce la causa più frequente degli accessi in Pronto Soccorso: quando suggestivo di una sindrome coronarica acuta, la diagnosi precoce è di fondamentale importanza e il suo trattamento tempestivo è indispensabile per salvare la vita del paziente.
Ciò che mette più in difficoltà il MEU (Medico Emergenza Urgenza) è la diagnosi differenziale che prima ancora degli esami strumentali si deve basare sulle **caratteristiche del sintomo** che ha portato il paziente in Pronto Soccorso.
Ritorniamo alla definizione IASP e alle sue specifiche: "il dolore è un'esperienza personale […] proprio per questo non è standardizzabile e spesse volte è complicato riuscire a distinguere quando un dolore sottende una patologia acuta grave e quando non la sottende, ma è percepito e perciò manifestato dal paziente, come espressione di una malattia acuta in atto; e ancora, "Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico." È proprio questo lo spunto di riflessione: "gli effetti negativi sul benessere sociale e psicologico". Citando l'OMS che definisce la salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità, è evidente come i due concetti si intersechino, e al di là del diretto parallelismo tra l'intensità del sintomo e la gravità della malattia è il percepito soggettivo che porta il paziente alla valutazione in Pronto Soccorso".
Alla domanda "**qual è il tipo di dolore che porta il paziente in Pronto Soccorso?**" la risposta è: tutti. Il paziente giunge in Pronto Soccorso perché ha dolore, per nessun altro motivo. Spesso giunge per un dolore cronico, per il quale andrebbe valutato in sedi più opportune (come gli ambulatori specialistici, previo accesso agli ambulatori della medicina di base). Tuttavia, le evidenti difficoltà ricettive del territorio generano confusione nell'utenza che troppe volte è obbligata a rivolgersi al Pronto Soccorso ritenendo di ottimizzare tempi di valutazione che sarebbero troppo dilatati percorrendo vie alternative e più opportune. Il compito di noi medici d'urgenza è tener sempre presente che "il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato", portandoci a mettere in campo tutte le competenze necessarie per discriminare l'acuto dal differibile, indirizzando il paziente non affetto da patologia con rischio evolutivo urgente nelle sedi più opportune, sempre nel rispetto del paziente e del suo vissuto. ■

buono & sano

SEI QUELLO CHE MANGI

DIETA E MICROBIOTA

Stefano Massarini
Biologo Nutrizionista
Ospedale San Giuseppe

Il nostro organismo è colonizzato da un enorme numero di microrganismi, sia sulla sua superficie che all'interno del corpo. Si stima che in totale i microbi intestinali siano circa 100 trilioni e che rappresentino 5000 specie differenti per un totale di più di 1 kg di peso, superando le cellule eucariotiche umane di almeno dieci volte. La maggior parte di loro vive nel nostro intestino, costituendo il cosiddetto microbiota intestinale. Siccome il microbiota dell'intestino e gli esseri umani sono in un rapporto simbiotico, è stato coniato il termine di "super-organismo".

Il **microbiota intestinale** svolge numerose e importantissime funzioni per il nostro organismo, aiuta a sviluppare il sistema immunitario, favorisce il corretto processo digestivo, regola il metabolismo e protegge l'apparato cardiocircolatorio. Sedentarietà, stress, ma soprattutto una dieta sbagliata, possono generare una condizione di squilibrio della flora intestinale e fare in modo che composti dannosi vengano metabolizzati da parte dei microrganismi patogeni.
Le **alterazioni quantitative e/o qualitative del microbiota** intestinale (disbiosi) sono spesso causa di patologie microbiota-correlate dell'intestino, come ad esempio disturbi funzionali gastrointestinali, malattie infettive intestinali, malattie infiammatorie dell'intestino, malattie del fegato, malignità gastrointestinali, diabete e obesità.
Uno dei meccanismi attraverso i quali il microbiota intestinale può favorire l'obesità è il trattenimento di energia da parte di microbi specifici: la fermentazione dei carboidrati non-digeribili da parte del microbiota intestinale porta ad un aumento dell'assorbimento intestinale di monosaccaridi e acidi grassi a catena corta (SCFA), piccoli metaboliti organici prodotti dall'organismo tramite fermentazione delle fibre alimentari. Gli SCFA esercitano numerosi effetti fisiologici nell'omeostasi energetica, nella regolazione del glucosio e nella risposta immunitaria.
Il **microbioma** (patrimonio genetico posseduto dal microbiota), a differenza del genoma dell'ospite, ha una grande plasticità e può facilmente adattarsi a un'ampia varietà di stimoli ambientali provenienti dall'ospite. Di questi fattori ambientali, la dieta costituisce un fattore fondamentale per la composizione dei geni dei batteri intestinali, rendendolo così un bersaglio potenzialmente modificabile.

Come nutrire correttamente il microbioma?

Una **dieta bilanciata** può garantire la formazione di un buon microbiota, nel quale tutte le specie di microrganismi vivono in un sistema in equilibrio. Al contrario, una dieta ricca in grassi saturi e carboidrati raffinati e povera di alimenti di origine vegetale, può modificare la struttura e le funzioni del microbiota intestinale, causando lo stato di disbiosi. I soggetti che seguono la Dieta Mediterranea (DM) hanno una maggiore produzione di acidi grassi a corta catena ed un maggior grado di diversità tra le popolazioni microbiche, rispetto a coloro che adottano una dieta di tipo occidentale, nella quale prevale un consumo ricorrente di carne, cibi pronti e zuccheri raffinati.

Dieta mediterranea: i cibi che piacciono al microbiota

- **Frutta e verdura,** in particolare banane, porri, cipolle e cicorie sono alimenti ricchi di prebiotici che aiutano la formazione di specie batteriche benefiche nel colon. Utili a questo scopo anche i probiotici (microrganismi vivi) che hanno un'azione pro-ossidante e aiutano il ripristino e/o il mantenimento di un microbiota fisiologico;
- **Olio extravergine di oliva.** I fitochimici bioattivi sono noti per avere effetti benefici sulla salute umana, i composti fitochimici più rappresentati nella DM sono i polifenoli, metaboliti secondari delle piante. L'alimento cardine della DM è l'olio extravergine di oliva che è particolarmente ricco di composti fenolici secondari e ha proprietà benefiche grazie all'acido oleico e ai polifenoli, sostanze che hanno un'elevata azione antiossidante in grado di contrastare il danno ossidativo;
- **Pesce azzurro.** Un alimento ricco di acidi grassi polinsaturi (noti come "PUFA") che hanno effetti benefici nel ridurre il rischio cardiovascolare. I PUFA più studiati in grado di ridurre lo stato infiammatorio, sono gli omega-3.
- **Le fibre alimentari** svolgono un ruolo importante nella regolazione del sistema immunitario, del controllo della pressione sanguigna, del metabolismo del glucosio e dei lipidi, rappresentando un legame tra microbiota e l'omeostasi umana. La DM fornisce un quantitativo minimo di 14 g di fibre ogni 1000 kcal, quindi fornisce almeno il doppio della quantità giornaliera di fibre rispetto alla dieta occidentale. Questo consumo di fibre riduce i livelli di colesterolo e insulina e migliora la composizione del microbiota intestinale. Un apporto di fibre (20 g di inulina) in soggetti in sovrappeso e obesi sembrerebbe migliorare l'α-diversità del microbiota intestinale e aumentare l'"effetto bifidogenico".

In conclusione, la Dieta Mediterranea modula il microbiota intestinale aumentandone la diversità e modificando la proporzione di alcuni batteri. Il microbiota dei soggetti con una dieta di tipo mediterraneo è significativamente diverso da quello dei soggetti con un modello alimentare occidentale in quanto in grado di produrre più SCFA che sono in grado di ridurre il rischio sia di patologie cardiovascolari che di alcune patologie tumorali. Si consiglia quindi di variare la **dieta** il più possibile in modo da aumentare di conseguenza la biodiversità del microbiota intestinale consumando pesce azzurro e legumi, verdura, cereali integrali, frutta fresca e frutta secca che apportano il corretto quantitativo di fibra. ■

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

"Quest'esperienza mi ha insegnato a non saltare nessun controllo".

DISTACCO DI RETINA.

VI RACCONTO LA MIA (S)FORTUNA!

Dalila Proietto

Il distacco di retina è un evento abbastanza raro, la cui frequenza tende ad aumentare in presenza dei fattori di rischio, anche nelle persone di giovane età. Pur non essendo una patologia diffusa, la comparsa dei primi sintomi deve mettere in allarme il paziente e spingerlo a sottoporsi quanto prima ad una visita di controllo. Questo perché dal momento del distacco, la retina impiega 48 ore a perdere la propria funzionalità visiva, quando ciò avviene il paziente riferisce di avere davanti agli occhi come un telo nero che copre la visione. L'offuscamento percepito deriva dalla morte delle cellule interessate dal distacco che, non potendosi rigenerare, vengono perse in maniera irreversibile.

Può capitare che il distacco di retina non dia sintomi nelle fasi iniziali, per questo è molto importante prestare attenzione ai fattori di rischio che possono incidere sulla patologia. Sapere se in famiglia ci sono stati casi pregressi è un buon punto di partenza in quanto spesso vi è familiarità. La miopia elevata, traumi oculari, interventi chirurgici agli occhi e precedenti distacchi di retina sono ulteriori condizioni che possono essere associati alla comparsa della patologia.

In questa casistica, rientra Valentina che a 23 anni scopre quasi per caso di avere un distacco di retina all'occhio destro. È così che la visita di controllo oculistica, alla quale non voleva andare, le salva la vista: fortuna! Durante la visita la Dottoressa, controllandomi il fondo oculare, mi comunica che ho un distacco della retina e che avrei dovuto operarmi urgentemente. Così, con estrema velocità, inizia un giro di telefonate per programmare l'operazione il giorno successivo, la Vigilia di Natale. Molti dei chirurghi erano in ferie e così anche il Dott. Mattioli [Direttore U.O. di Oculistica dell'Ospedale San Giuseppe, N.d.R], che rientra appositamente per operarmi.

Valentina, la tua è una storia un po' particolare. Avere un distacco di retina a 23 anni è un evento molto raro, ma nella sfortuna sei stata molto fortunata. Vuoi raccontarci cosa ti è successo?
Ormai sono passati quasi 15 anni, ma quel pomeriggio lo ricordo ancora bene. Era dicembre, a Milano aveva nevicato ed io e i miei amici eravamo usciti per fare la classica lotta con le palle di neve. Ad un tratto, mi arriva nell'occhio una palla bella compatta, sembrava quasi una pallina da tennis. Per un attimo ho visto tutto nero, ma poco dopo il dolore è svanito e così, senza preoccuparmi troppo, ho continuato a giocare.
Per puro caso e per grande fortuna, due-tre giorni dopo avevo la visita di controllo annuale per la miopia con la Dott.ssa Romano [Oculista dell'Ospedale San Giuseppe, N.d.R.]. Non ero molto convinta di fare la visita, era la sera del 23 dicembre e in casa eravamo nel pieno delle preparazioni culinarie per il cenone di Natale, in Ospedale c'era tanta gente e io non avevo sintomi. Pensavo, perciò, che avrei potuto rimandare tranquillamente la visita, tanto si trattava di un semplice controllo di routine. Alla fine, però, decido di restare… e per fortuna sono stata fortunata. Il Dott. Mattioli, che all'epoca conoscevo poco e che dopo questo episodio è diventato l'oculista di famiglia, era stato chiaro e preciso nel preventivarmi tutti i rischi dell'intervento e le possibili recidive. Questo suo approccio cauto, volto a prepararmi anche al peggio, mi ha fatto prendere coscienza della situazione e mi ha in qualche modo rassicurata. Sapevo che mi stavano seguendo dei validi professionisti.

Come hai preso questa notizia, eri spaventata?
Non ero davvero consapevole della situazione. La Dott.ssa Romano era rimasta tranquilla e mi aveva detto di non preoccuparmi. Dovevo solo restare a riposo fino all'intervento, evitando di fare sforzi o movimenti bruschi. Io non avevo mai avuto sintomi. Il distacco di retina solitamente comporta un offuscamento della vista dal quale non si torna indietro, l'unica cosa che si può fare è non farlo progredire e anche in questo sono stata fortunata. Il Dott.

Com'è stato possibile un distacco di retina in una ragazza di 23 anni?
Io soffrivo di miopia e mio papà aveva subito un distacco di retina più o meno alla mia stessa età. Sicuramente quindi c'era familiarità, ma probabilmente il trauma causato dalla palla di neve è stato l'evento scatenante. Poiché come confermato dagli specialisti il mio rimane un caso raro.

Com'è andato l'intervento?
Benissimo! Post intervento ero un po' tumefatta ma non avevo particolari dolori, è stato più che altro faticoso sottoporsi ai vari controlli per verificare che la retina fosse perfettamente adesa. Rientrata a casa dovevo cercare di stare sdraiata sul lato dell'occhio che aveva subito l'intervento ed evitare di fare sforzi o sollevare pesi.
In quel periodo studiavo, ero al terzo anno di Università ed in piena sessione di esami, ma ricordo di non aver avuto disagi o rallentamenti nello studio. Ho iniziato a vedere fin da subito e dopo quasi due settimane ho ripreso a leggere e quindi a studiare. L'unica conseguenza fu l'aumento della miopia, un effetto molto frequente in questo tipo di intervento. Con gli occhiali non riuscivo a compensare la differenza tra un occhio e l'altro, così se chiudevo l'occhio sinistro vedevo malissimo. La soluzione era utilizzare le lenti a contatto. Un limite che ho risolto anni dopo sottoponendomi alla chirurgia laser per correggere la miopia.

Questo episodio ha cambiato in qualche modo la tua vita?
Sicuramente sono diventata più sensibile al tema delle recidive, vivo la mia vita normalmente ma evito di espormi ad eventi che possono essere pericolosi o traumatici per la mia vista. Ad esempio, tre anni fa ho scelto di partorire con un taglio cesareo programmato. Il Dott. Mattioli mi aveva rassicurata che nella mia situazione non avrei corso rischi, ma non volevo vivere questo momento delicato con la paura che potesse verificarsi un altro distacco. Volevo affrontare il parto serenamente, rimanere concentrata sul mio bambino. Per il resto, devo ammettere che ho sempre avuto una vita piuttosto tranquilla, non sono mai stata un'amante degli sport estremi, per cui questo intervento non mi ha precluso niente.

Come va oggi la tua vista?
Nonostante siano passati ormai molti anni, in tutto questo tempo non ho avuto alcun tipo di problema. Quest'esperienza mi ha insegnato a non saltare nessun controllo. Oggi, mi rendo conto di aver rischiato, se non mi fossi presentata a quella visita, avrei potuto perdere la vista. Per questo, conscia anche dell'importanza di fare attenzione ai fattori di rischio, porterò presto anche il mio bimbo di tre anni a fare un controllo oculistico. ■

ospedale amico

STERILIZZAZIONE DEI RIFIUTI

UN SISTEMA SOSTENIBILE E VIRTUOSO

Carmen Sommese
Direttore Sanitario Aziendale
Gruppo MultiMedica

Adelina Pane
Direttore Sanitario Presidio
Casa di Cura MultiMedica S. Maria - Castellanza (VA)

La corretta gestione dei rifiuti sanitari rappresenta un articolato e complesso processo che è indissolubilmente associato alla sicurezza di persone e cose e alla sostenibilità ambientale.

Il Gruppo MultiMedica è da sempre impegnato in prima linea nel garantire la puntuale applicazione delle disposizioni normative e delle procedure aziendali a tutela della salute sia del personale, che dei pazienti in ogni settore connesso all'iter diagnostico e terapeutico e all'erogazione di prestazioni e servizi di assistenza e cura.

Nel 2020, a seguito della pandemia di COVID19, si è assistito a un vero e proprio boom dei rifiuti sanitari che ha portato in Italia un aumento di produzione del 16% rispetto al 2019.
Secondo gli ultimi dati dell'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (fonte Ispra), nel 2020, in Italia, sono state prodotte 232 mila tonnellate di rifiuti sanitari, di cui circa 208 mila tonnellate di rifiuti pericolosi, la maggior parte dei quali prodotti nelle regioni del Nord (49%).
Nel 2020 la maggior parte dei rifiuti sanitari pericolosi (quasi 176 mila tonnellate) è stata classificata a rischio infettivo, con un incremento del 23,4% rispetto al 2019.
In tale contesto, il Gruppo MultiMedica ha moltiplicato i propri sforzi per garantire il mantenimento di elevati livelli di sicurezza a seguito dell'incremento della propria produzione di rifiuti sanitari pericolosi, sia per il personale sanitario che per i pazienti, funzionali ai rischi potenziali che la manipolazione di ogni rifiuto, pericoloso o non pericoloso, può comportare, a partire dal rischio di esposizione diretta per il personale nello svolgimento delle attività di ogni giorno, fino all'esposizione indiretta, connessa soprattutto al deposito temporaneo dei rifiuti prima dello smaltimento definitivo.

Nell'ambito delle attività di lotta e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, si è trattato anzitutto di dedicare ancor più attenzione alle attività di raccolta differenziata con la previsione di percorsi differenti a seconda della tipologia di rifiuto prodotto durante tutte le fasi di gestione delle differenti tipologie dello stesso, dalla produzione all'identificazione e raccolta, dal deposito al trasporto e smaltimento, con il supporto di un'adeguata e puntuale formazione e informazione del personale e con l'adozione delle misure protettive e preventive connesse al rischio biologico per la tutela della salute e dell'ambiente.
Conseguentemente si è deciso di prevedere azioni di miglioramento continuo correlate all'evoluzione tecnologica e finalizzate prioritariamente alla riduzione della quantità di rifiuti prodotti e del loro impatto sanitario, sociale e ambientale.
Nell'ottobre 2021 è stata quindi dal nostro Gruppo avviata una partnership con Newster Group, azienda leader in Europa nelle tecnologie per la sterilizzazione dei rifiuti sanitari. Tale collaborazione ha portato alla realizzazione di due impianti di trattamento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, i primi in Regione Lombardia (il progetto era già attivo in Emilia Romagna), uno presso il Presidio di Castellanza (Casa di Cura MultiMedica S. Maria), operativo dal 22 luglio 2022, e l'altro presso il Presidio di Sesto San Giovanni (IRCCS MultiMedica), operativo dal 6 marzo 2023.

La tecnologia brevettata applicata da Newster Group consente attraverso l'installazione di macchine a capacità differente, di sterilizzare i rifiuti solidi a rischio infettivo in modo conveniente, sostenibile, certificato e tracciabile. La sterilizzazione comporta la distruzione quasi totale di qualsiasi forma microbica, sia nella forma vegetativa, che sotto forma di spore.
L'impianto installato presso l'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni permette di trattare 100 kg di rifiuti all'ora, quella in uso nel Presidio MultiMedica di Castellanza, 15 kg di rifiuti all'ora.
Quale è il procedimento? E' il potente movimento rotante di lame taglienti che disintegra triturandoli finemente, agita e di conseguenza scalda i rifiuti tramite continui urti ed attriti, fino al raggiungimento di una temperatura pari a 150°C.; nella fase di evaporazione del liquido, la "condensa" può essere scaricata nella rete fognaria senza alcun rischio biologico e l'aria residua viene immessa nell'ambiente solamente dopo essere stata filtrata attraverso due filtri a carbone attivo e un ulteriore filtro HEPA "High Efficiency Particulate Air", che cattura particelle fino alla grandezza di 0,3 micron, eliminando microbi e altre particelle pericolose.
Raggiunta la sterilizzazione, il residuo viene quindi raffreddato fino a 95°C e scaricato automaticamente.
I risultati ottenuti sono pertanto di notevole importanza anche sotto il profilo strettamente igienico sanitario. Il rifiuto è difatti:
- ridotto di volume (-70/75%);
- ridotto di peso (-20/25%) grazie all'evaporazione dei liquidi contenuti nel rifiuto;
- scevro di odori sgradevoli: l'umidità residua prodotta durante il raffreddamento non comporta l'emissione di vapori maleodoranti durante lo stoccaggio;
- sterilizzato: il grado di sterilizzazione minimo garantito è al 99,9999% grazie alla temperatura raggiunta a pieno spessore in tutto il materiale pari a 150°C e rimane tale fino a 28 giorni dopo la conclusione del processo;
- secco: l'elevato grado di secchezza è attestato dalla presenza di un grado di umidità inferiore al 15-20% e un grado di essiccatura superiore al 75-80%; grazie a queste caratteristiche il rifiuto può essere eliminato con lo stesso percorso dei rifiuti urbani;
- sicuro: è resa più agevole la manipolazione dei rifiuti ospedalieri che, ove non correttamente gestita, costituisce una possibile fonte di infezione;
- economico e sostenibile: l'impiego di contenitori lavabili e riutilizzabili per i rifiuti destinati al processo di sterilizzazione assicura, oltre a una razionalizzazione dei costi, anche un minor impatto ambientale, considerato che i contenitori ordinariamente utilizzati per il deposito dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sono di cartone.
Il Gruppo MultiMedica ha in sintesi deciso di intervenire sulla produzione di rifiuti per ridurne quantità e pericolosità, nella consapevolezza di voler essere parte della soluzione e non del problema "inquinamento".
Il nostro progetto è divenuto difatti quotidiana prassi operativa e, attraverso strumenti di analisi, valutazione e monitoraggio dei processi, è costantemente controllato per il continuo miglioramento nella gestione e organizzazione complessiva di tutto ciò che riguarda un settore tanto importante e complesso.

Abbiamo scelto di fare un piccolo grande passo sul cammino della sostenibilità ambientale per contribuire, anche in un ambito così specifico, a prenderci cura di noi stessi e del nostro futuro! MultiMedica c'è! ■

MULTIMEDICA FLASH

Dalila Proietto

NUOVI INGRESSI IN MULTIMEDICA

Diamo il benvenuto ai nuovi specialisti che, negli ultimi mesi, si sono uniti al Gruppo MultiMedica. Incominciamo con il Dr. Brocco Direttore del Centro del Piede Diabetico del Gruppo MultiMedica, che raccoglie il testimone del Dr. Caravaggi, il quale resterà con noi in qualità di Senior Consultant. Il Dr. Brocco vanta oltre 20 anni di attività clinica in diverse realtà ospedaliere della regione Veneto.
Proseguiamo con il Dr. Ferrucci in qualità di Direttore Interpresidio del Dipartimento Oncologico del Gruppo MultiMedica con incarico, a completamento, di Primario dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia dell'Ospedale San Giuseppe. La sua attività professionale si è sviluppata allo IEO dove ha contribuito a realizzare una vera e propria rivoluzione nella cura del melanoma: un approccio personalizzato che tiene conto di specifiche mutazioni genetiche come bersagli terapeutici e della possibilità di stimolare e modulare la risposta immunitaria con gli anticorpi inibitori dei check points. Inoltre, ha impostato diversi progetti trasversali tra ricerca di base e ricerca clinica applicata, creando un network scientifico internazionale e partecipando così allo sviluppo di quelle terapie innovative, che oggi rappresentano lo standard di riferimento in diverse neoplasie.
Anche il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Giuseppe ha un nuovo Responsabile, il Dr. Andrea Schiraldi, con incarico, a completamento, di Responsabile Interpresidio del Servizio Geuca (Gestione Emergenza Urgenza e Accettazione) del Gruppo MultiMedica, con oltre 15 anni di esperienza nell'attività clinica, riceve il testimone dal Dr. Eusebio. In ultimo, ma non per importanza, diamo il benvenuto anche al Dr. Bandera, nuovo Responsabile della Riabilitazione Cardiologica presso l'IRCCS MultiMedica. ■

RIPARTE LA RASSEGNA "I MERCOLEDÍ DELLA SALUTE"

Ripartono i "Mercoledì della Salute" dell'Ospedale San Giuseppe, la rassegna di incontri nata per permettere ai cittadini di avere un dialogo diretto con gli esperti che, grazie ad un linguaggio semplice e divulgativo, parlano di importanti patologie di interesse generale.
Gli incontri, completamente liberi e gratuiti, hanno l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari, fornire utili strumenti di prevenzione e contrastare cattive forme di informazioni che spesso possono nascondersi nel web e tra i social media. Gli incontri si svolgeranno a Milano dalle ore 18 alle 19, presso l'Aula Pampuri 1 dell'Ospedale San Giuseppe, in via San Vittore 12. ■

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***

"Sono un uomo di 35 anni, fumatore, pratico regolarmente sport e non ho mai avuto problemi di cuore o sintomi particolari. A seguito di un ECG e di successivi approfondimenti, mi è stata diagnosticata la sindrome di Brugada a basso rischio. Come posso affrontare al meglio questo problema? Esistono terapie per prevenire il rischio di aritmie? Posso continuare a praticare attività sportiva?"

Per poter rispondere alle sue domande è necessario descrivere alcuni aspetti della patologia che si presenta subdola e di difficile diagnosi e comprensione. La Sindrome di Brugada è una malattia genetica caratterizzata da anomalie dell'attività elettrica del cuore, in assenza di evidenti alterazioni strutturali, che predispone al rischio di aritmie ventricolari maligne. È generalmente legata alla disfunzione dei canali ionici del sodio delle cellule cardiache (ma anche del calcio ed altri canali), che non comportandosi adeguatamente generano un'alterazione della regolazione dell'attività elettrica del cuore e del ritmo cardiaco. Ciò significa che il cuore non riesce a svolgere in modo regolare il proprio ruolo di pompa e i tessuti non ricevono la giusta quantità di sangue: ecco perché fra le manifestazioni più comuni della Sindrome di Brugada c'è lo svenimento, fino ad arrivare al decesso improvviso per arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare.
La classificazione tipica viene evidenziata con il tracciato elettrocardiografico (ECG) che permette di differenziare in:
Tipo 1: si tratta dell'unico aspetto di Brugada che ufficializza la diagnosi.
Tipo 2 e tipo 3: si definiscono tali quando i segni presenti nell' ECG sono meno evidenti e dunque non vengono ritenuti diagnostici. Possono però anche essere considerati dubbi e meritevoli di ulteriori approfondimenti.
Esiste anche la presenza di un "pattern diagnostico spontaneo", un aspetto elettrocardiografico (ECG) che può essere provocato da diverse situazioni e che in moltissimi casi non ha alcun significato clinico. Il paziente con "pattern di Brugada", che non presenta altri fattori di rischio, può tranquillamente continuare a condurre una vita normale e praticare sport non-agonistico.
La terapia dipende dal livello di rischio del paziente. Può variare dal semplice follow-up clinico, a terapia con farmaci antiaritmici, all'impianto di defibrillatore cardiaco (ICD, intracavitario o sottocutaneo) o di monitor cardiaci impiantabili (ICM sottocutanei o loop recorder), studio elettrofisiologico ed ablazione epicardica trans-catetere del substrato aritmico. La scelta del percorso terapeutico dipende dal rischio aritmico più elevato o dalle manifestazioni aritmiche documentate.
La sindrome di Brugada può avere fattori scatenanti come difetti nella struttura del cuore, alterazioni elettrolitiche, temperatura corporea troppo elevata (febbre elevata), assunzione di alcol e determinate sostanze stupefacenti (come la cocaina) o farmaci (in particolare antiaritmici ed antidepressivi). La prevenzione attiva ha un ruolo essenziale, proprio perché, come si è visto, la sindrome di Brugada non è di immediato riconoscimento. Una volta diagnosticata, il paziente deve sottoporsi periodicamente a controlli cardiologici con l'obiettivo di valutarne eventuali cambiamenti.
Immagino che quando il medico specialista cardiologo ha posto il sospetto di sindrome di Brugada, le abbia consigliato di eseguire accertamenti quali: ecocardiogramma color-doppler; test da sforzo; Holter ECG delle 24 ore a 12 derivazioni; Risonanza cardiaca (RMN). Nel suo caso, comunque, è importante modificare lo stile di vita con l'abolizione del fumo. Trattandosi, da quanto rivela, di un "profilo di basso rischio" e supponendo che gli esami eseguiti siano normali, può mantenere regolari abitudini di vita e controlli cardiologici periodici. ■

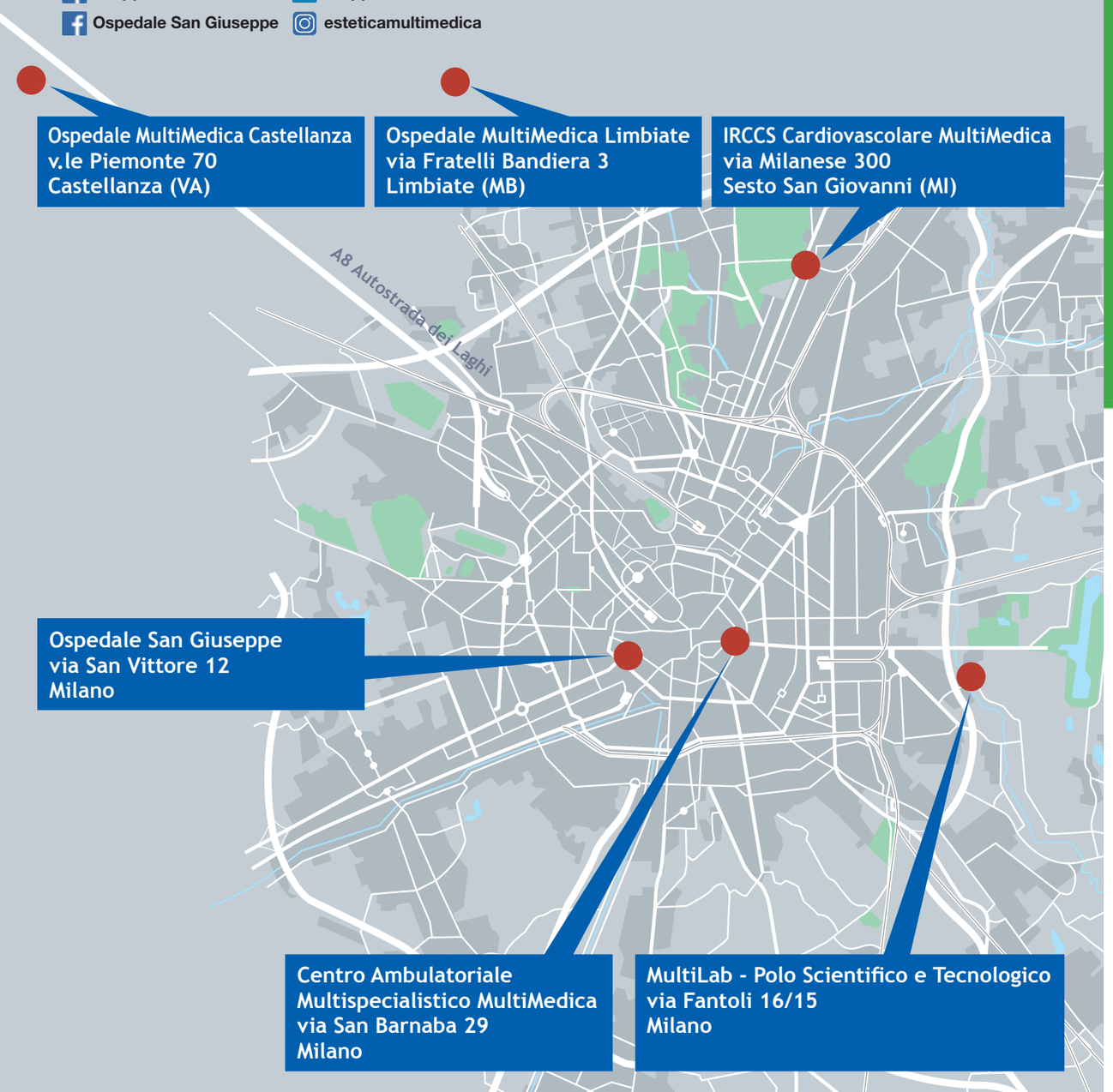
IL MONDO MULTIMEDICA

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
esteticamultimedica



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)

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

NON HO TEMPO.

DA PERDERE

Per questo ho scelto il
Check-up Center di MultiMedica:

esami e visite in mezza giornata,
tutto nello stesso posto.

Conoscere il tuo stato di salute oggi,
può permetterti di stare meglio domani.
Prenota subito il tuo check-up:
02 24209266/67

multimedica.it

Gruppo MultiMedica
Check-upCenter

Ospedale San Giuseppe
MultiMedica S.p.A.

Farmacia dei Padri Fatebenefratelli

I Mercoledì della Salute

dell'Ospedale San Giuseppe 2023/2024
Aula Pampuri 1 | via San Vittore 12 Milano

7 INCONTRI per la tua salute

18 Ottobre ore 18.00

La Clinica delle Vene. Diagnosi, terapia e ricerca.

Dr. Massimiliano Martelli
Direttore Unità di Chirurgia Vascolare
IRCCS MultiMedica - Ospedale San Giuseppe

15 Novembre ore 18.00

L'ABC della Prostata.

Dr. Angelo Naselli
Direttore Unità di Urologia
Gruppo MultiMedica

17 Gennaio ore 18.00

Distacco della retina: come prevenirlo.

Dr. Stefano Mattioli
Direttore Unità di Oculistica
Ospedale San Giuseppe

21 Febbraio ore 18.00

Dieta Mediterranea, alleata della salute.

Dr. Stefano Massarini
Biologo Nutrizionista
Ospedale San Giuseppe

20 Marzo ore 18.00

Reflusso gastroesofageo. Questione di "stile"!

Dr. Mario Bianchetti
Direttore Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Gruppo MultiMedica

17 Aprile ore 18.00

Apnee notturne, che incubo!

Dr. Francesco Mozzanica
Direttore Unità di Otorinolaringoiatria
Ospedale San Giuseppe

15 Maggio ore 18.00

Reni e cuore: scopriamo cosa li lega.

Dr. Carlo Maria Guastoni
Direttore Unità di Nefrologia e Dialisi
Gruppo MultiMedica

INGRESSO LIBERO E GRATUITO FINO AD ESAURIMENTO POSTI

COMUNICA LA TUA PARTECIPAZIONE A:
Farmacia dei Padri Fatebenefratelli,
via San Vittore 12 Milano
dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.15 alle ore 19.15
Tel. 02 86454006