

IL MAG@ZINE

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Anno IV - N.3 - Luglio-Settembre 2019



**UNO SPAZIO MEGAGALATTICO
PER L'ASST FBF SACCO**

(pag. 6)

SERVIZI E ATTIVITÀ

(pag. 13)

EVENTI

(pag. 63)

DICONO DI NOI

(pag. 83)

CENTRO CUORE AL SACCO

(pag. 2)

IL MAG@ZINE

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Anno IV - N. 3 - Luglio-Settembre 2019

Periodico di informazione della
ASST Fatebenefratelli Sacco

Registrazione al Tribunale di Milano
n. 300 del 5 dicembre 2016

Direttore Responsabile
Alessandro Visconti

REDAZIONE

Responsabile: Eleonora Rizzardini
In Redazione: Paola Brienza

Per informazioni e pubblicazioni:
comunicazione@asst-fbf-sacco.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Burning Flame - www.burningflame.it

2	—	INAUGURAZIONI
13	—	SERVIZI E ATTIVITÀ
32	—	PUBBLICAZIONI E RICERCHE
45	—	DONAZIONI
46	—	NUOVI INCARICHI
48	—	<u>Leadership e Management</u>
53	—	VISITE E COLLABORAZIONI
61	—	UN PO' DI STORIA
63	—	EVENTI
83	—	DICONO DI NOI
86	—	RASSEGNA STAMPA
93	—	PROSSIMAMENTE

CENTRO CUORE AL SACCO

Il 22 luglio scorso al Sacco è stato inaugurato il “Centro Cuore”, uno spazio di 500 metri quadri, interamente dedicato alla diagnosi e al trattamento delle cardiopatie.

Per la realizzazione di questo importante progetto è stato fondamentale il contributo della Fondazione “Un Cuore per Milano”, il cui presidente, il dottor Maurizio Viecca, è anche il direttore del Dipartimento Alte Specialità della nostra ASST e della Cardiologia del Sacco.

Al taglio del nastro erano presenti l'assessore regionale al Welfare Giulio Gallera e il nostro Direttore Generale Alessandro Visconti.

Il nuovo Centro è dotato di apparecchiature alla avanguardia, quali apparecchi ecocardiografici di ultima generazione e offre ai pazienti affetti da patologie vascolari la possibilità di sottoporsi a trattamenti infusionali utili a prevenire ischemie agli arti.

All'interno della struttura è presente una sala multimediale da 50 posti dove si svolgeranno attività di formazione e di aggiornamento, con possibilità di collegamento con le sale di emodinamica e di elettrofisiologia per lezioni e discussioni di casi clinici dal vivo.







FONDAZIONE UN CUORE PER MILANO

La Fondazione “Un Cuore per Milano” nasce nel 2003 su iniziativa del dottor Maurizio Viecca.

Nel 2004 la Fondazione viene riconosciuta con Decreto della Presidenza della Giunta Regionale Lombardia del 6 Aprile, n° 5781 e il 16 marzo 2007.

Quali sono gli obiettivi della Fondazione?

1. Affiancarsi all'attività quotidiana del cardiologo contro le malattie cardiache, promuovendo iniziative per l'acquisizione di nuovi strumenti per una diagnosi e cura sempre migliori.

2. Favorire la ricerca clinica e sperimentale finalizzata alla diagnosi e all'assistenza delle malattie cardiovascolari.

3. Migliorare la qualità dei servizi di accoglienza delle strutture ospedaliere, allineando i locali e gli arredamenti agli standard più elevati del comfort e della privacy.

4. Offrire al cittadino i necessari supporti educativi e promuovere cultura sul territorio per imparare a prevenire le malattie cardiovascolari.

A questi obiettivi tipicamente medici, la Fondazione ha affiancato anche quello di promuovere la trasparenza amministrativa e nella gestione della Sanità pubblica. Infatti, la Fondazione dal 2005 ha iniziato a promuovere iniziative per difendere e diffondere la cultura di una Sanità pubblica efficace ed efficiente che miri ad ottimizzare in modo trasparente le risorse esistenti e a soddisfare le esigenze del cittadino.



UNO SPAZIO MEGAGALATTICO PER L'ASST FBF SACCO

Il 16 settembre, è stato inaugurato il nuovo Polo Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) di via Cilea, offrendo alla città di Milano un nuovo, accogliente e “megagalattico” punto di riferimento.

La necessità di creare un nuovo spazio accogliente, capace di andare incontro alle sofferenze psichiche e neurologiche dei pazienti di tutte le età, nasce dal sensibile aumento di pazienti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

L'ASST Fatebenefratelli Sacco si è perciò impegnata a creare un ambiente dedicato ai giovani utenti e alle loro famiglie, contribuendo così alla prevenzione della malattia, intesa in senso più ampio, ovvero esposizione ad ambienti “nutritivi”, che distolgono l'attenzione da fattori tossici o patogeni.

La realizzazione di questo progetto è stata possibile grazie al supporto di ALER (Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale), che ha messo a disposizione uno stabile di 400 mq, all'interno di un contesto residenziale, immerso nel verde e facilmente raggiungibile.

La riqualificazione della struttura è stata realizzata ponendo particolare attenzione all'esigenze dei giovani pazienti, facendoli sentire a loro agio e accolti all'interno dell'UONPIA.

In particolare, su due facciate esterne, sono stati realizzati, dall'architetto Thomas Rivolta, 2 murales che riportano la scritta “LA NOSTRA UONPIA”, con l'intento di sottolineare il clima familiare che si vuole creare all'interno del Centro.

Nella scelta degli arredamenti interni, l'ASST Fatebenefratelli Sacco, con l'aiuto di OBM Onlus, ha voluto ricreare un ambiente spaziale, nel quale il blu è il colore predominante e le figure dei pianeti e delle costellazioni arricchiscono le pareti, creando un clima rilassante.

In Italia le malattie psichiche e neurologiche colpiscono circa il 20% della popolazione tra 0 e 17 anni, ed includono sia i disturbi neurologici (conseguenti a malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso: disturbi neurosensoriali, epilessia, sindromi genetiche rare, disturbi del controllo motorio, malattie neuromuscolari e neurodegenerative, encefalopatie acquisite, ecc.), con sequele spesso gravemente invalidanti, sia i



disturbi di sviluppo (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, disturbo da deficit di attenzione con iperattività, ecc.), sia i disturbi psichiatrici (psicosi, disturbi affettivi, disturbi della condotta, disturbi del comportamento alimentare e molti altri).

I disturbi specifici di linguaggio colpiscono circa il 5% della popolazione tra i 2 e i 6 anni; i disturbi specifici di apprendimento il 3-4% della popolazione sopra i 7 anni, con prevalenze variabili nelle diverse lingue e culture; i disturbi dello spettro autistico circa l'1%; la disabilità intellettiva l'1,8% (con variazioni tra l'1% e il 2% a seconda che si consideri o no il funzionamento adattivo); i disturbi psichiatrici circa l'8%, con pattern

variabili a seconda delle età e dei disturbi; il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) colpisce circa il 2% della popolazione infantile.

Per quanto riguarda gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, l'unico studio nazionale in cui sono stati analizzati tutti gli accessi nei presidi di pronto soccorso di una regione italiana (Friuli Venezia Giulia) in un biennio, ha documentato una incidenza di 90 adolescenti su 100.000 nella fascia di età 11-18 anni.



Anche il disturbo post traumatico da stress (PTSD) sta assumendo negli ultimi anni particolare rilievo.

Una diagnosi precoce e un tempestivo intervento possono cambiare, in molti casi, la storia naturale della malattia, prevenendone le numerose conseguenze.



DATI ATTIVITÀ UONPIA - ASST Fatebenefratelli-Sacco

L'UONPIA dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco è unità operativa sanitaria a cerniera con enti e strutture sociali, socio-sanitarie, educative, terzo settore, Autorità Giudiziaria minorile e ordinaria. Ha 6 sedi territoriali, 1 sede ospedaliera (centro disabilità complesse - FBF) e 1 attività terapeutico-assistenziale in convenzione all'interno della scuola P. e L. Pini (b/i con gravissime patologie neuropsichiatriche).

Ha in carico 5000 pazienti, in particolare in Via Cilea saranno attivi 400 pazienti.

Quella dell'UONPIA è una realtà all'interno della quale collaborano molte figure professionali: neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologi/psicoterapeuti, terapisti della riabilitazione (logopedisti, psicomotricisti e fisioterapisti), amministrativi.

Le principali attività svolte dalla nostra UONPIA:

- visite valutazioni e trattamenti medici NPIA;
- valutazioni e interventi psicologici; valutazioni e trattamenti riabilitativi logopedici (disturbi apprendimento e linguaggio, potenziamento cognitivo);
- valutazioni e trattamenti riabilitativi neuropsicomotori (ritardi di sviluppo, disturbi spettro autistico, disprassie, ecc.);
- valutazioni e trattamenti riabilitativi fisioterapici (disturbi neuromotori, paralisi cerebrali, encefalopatie, malattie congenite ed ereditarie, ecc.);
- collaborazione con i Servizi Sociali del Comune di Milano e dell'USSM per la gestione dei casi condivisi;
- partecipazione e coordinamento e co-gestione della rete dei Servizi e degli interventi nei casi



riferiti dall'AG minorile, civile e penale;

- consulenza, gestione e coordinamento degli interventi nei disturbi psichiatrici della preadolescenza e dell'adolescenza (presa in carico diretta, consulenza al PS e ai reparti del FBF, coordinamento e organizzazione dei ricoveri presso i reparti NPIA lombardi, predisposizione dei progetti terapeutico/riabilitativi e dei PTI e verifica e rivalutazione periodica della loro attuazione incluse le strutture residenziali NPIA, collaborazione con altri UO territoriali quali CPS, Progetto Scintille, SerD e CF);
- partecipazione ad attività cliniche intra e interdipartimentali (SMART, centro Psiche Donna, follow-up dei neonati pretermine della TIN Melloni, ambulatorio per i disturbi alimentari "Sacco pieno, sacco vuoto" al Sacco);
- collaborazione con le scuole per le certificazioni e per la predisposizione e la gestione dei PEI e dei PDP
- valutazione e certificazione per l'invalidità civile, Legge 104/92 e capacità lavorativa residua
- partecipazione ai collegi di valutazione dell'invalidità civile, dell'alunno disabile, della Legge 104/92, ecc.

Principali patologie trattate e percentuali relative dimostrano una netta prevalenza dei Disturbi del Neurosviluppo e dei Disturbi della adolescenza e preadolescenza che superano il 67% della casistica:

- Patologie neurologiche 4,53 %
- Patologie malformative 4,37 %
- Patologie connesse alla gravidanza 1,04 %
- Disturbi del Neurosviluppo 48,50 %, nel dettaglio:
 - Dist. Spettro autistico 5,90 %
 - Dist. Apprendimento 9,92 %
 - Dist. Linguaggio 8,19 %
 - Dist. Misti sviluppo 17,70 %
 - ADHD 2,32 %
 - Disabilità intellettiva 4,44 %
- Disturbi adolescenza e preadolescenza 18,91 %, nel dettaglio:
 - Psicosi 0,44 %
 - Dist. dell'umore 1,00 %
 - Dist. personalità 0,53 %
 - PTSD + dist. Adattamento 1,59 %
 - Dist. d'ansia (+ DAP) 0,92 %
 - DCA 0,23 %
 - Dist. della condotta 2,30 %
 - Dist. sfera emotiva (tutte le età) 11,90 %

IV TRIMESTRE

Il 26 settembre 2019 al Buzzi si è tenuto il convegno “IV Trimestre: la vita dopo il parto” che ha visto al tavolo dei relatori e in aula, figure professionali di rilievo nazionale e internazionale nel campo della Ostetricia e Ginecologia e della Medicina Perinatale. Questo congresso aveva lo scopo di identificare i punti cardine di questo periodo che accompagna la nascita e getta le basi per la vita futura del bambino e della famiglia sia in termini di salute che di economia e società. In questo periodo, è anche necessario porre l’attenzione sul ruolo della donna che si modifica nella società, nel mondo del lavoro e nella famiglia nel momento in cui diventa madre, e dei molti giudizi e pregiudizi che accompagnano questo percorso, il tutto con un linguaggio scientifico ed un’apertura multidisciplinare.

In questa occasione è stato inaugurato il nuovo “Spazio IV Trimestre”, un Ambulatorio dedicato alle donne che si trovano ad affrontare le problematiche tipiche del trimestre post-parto.

Il primo spazio dedicato al trimestre post-parto all’interno di un’azienda pubblica in Italia, simbolo di un grosso cambiamento culturale che vede i professionisti sanitari in ambito ostetrico e

ginecologico ritornare protagonisti nel momento di maggior fragilità femminile.

I dati ci dicono che il 70% delle puerpere richiede una valutazione medica nei 40 giorni post partum per disagi fisici, emotivi o allattamento, perciò avere uno spazio dedicato permette che la puerpera trovi subito e senza appuntamento un adeguato e facile spazio sia di cura che di ascolto. Avere un luogo dedicato vuol dire aumentare la soddisfazione della paziente per tutto il suo percorso dove si sente presa in carico fino alla fine e diminuire gli accessi in pronto soccorso che non sono appropriati e spesso non risolvono i problemi complessi di questo periodo.

Questo spazio ambulatoriale rappresenterà un punto di riferimento per tutta l’azienda e per tutta la città di Milano.

L’obiettivo è quello di diventare uno sportello di punta per accompagnare le mamme e tutta la famiglia nel percorso genitoriale.



Lo Spazio IV Trimestre si propone di:

- offrire uno spazio aperto quotidiano con un'ostetrica per un confronto sulle tematiche del puerperio (lochiazioni, sutura, modifiche del proprio corpo, sessualità, allattamento in collaborazione con neonatologia);
- essere uno sportello per situazioni sociali e familiari critiche in collaborazione con associazioni e il servizio di psicoprofilassi
- occuparsi delle patologie della mammella con un gruppo multidisciplinare, counselling su farmaci in allattamento;
- riabilitare il pavimento pelvico;
- valutare i problemi nella ripresa della sessualità legati al parto e counseling sulla contraccezione nel post partum;
- organizzare incontri con mamme peer counselor.





INTERVENTI NEUROCHIRURGICI A PAZIENTE SVEGLIO

Nel reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, diretto dal Professor Roberto Assietti, è stato eseguito in giugno il primo intervento con metodica "a paziente sveglio".

Il paziente ricoverato presso il reparto di Neurologia dell'Ospedale Sacco, diretta dal dottor Leonardo Pantoni, aveva sviluppato un improvviso deficit motorio all'emilato sinistro del corpo. Gli accertamenti eseguiti durante il ricovero avevano mostrato il sanguinamento di una metastasi cerebrale da neoplasia del colon.

La lesione era localizzata a livello della zona perirolandica destra, un'area molto delicata da affrontare chirurgicamente poiché, appunto, deputata al controllo motorio del lato sinistro del corpo. Un minimo danno alle strutture nervose in tale regione poteva infatti significare la perdita permanente delle funzioni motorie.

Dopo una valutazione collegiale, è stato deciso di sottoporre il paziente ad intervento in anestesia locale in modo da poter preservare il più possibile le funzioni motorie.

Sotto il controllo del Direttore dell'Anestesia e Rianimazione, diretta dal Dottor Marco Fabio Gemma, grazie all'uso di farmaci sedativi di ultima generazione ed anestetici locali, la procedura si è svolta in assenza di dolore e con minimo stress per il paziente.

L'equipe chirurgica, composta dal Dottor Roberto Assietti e dal Dottor Bongetta, ha potuto così stimolare con apposito strumentario la corteccia cerebrale identificando le aree più a rischio e



scegliere la strategia microchirurgica meno invasiva per il cervello.

L'asportazione è risultata radicale e si è assistito ad un miglioramento delle funzioni motorie all'arto inferiore già dai primi giorni dopo lo intervento.

“Questa nuova metodica d' intervento si inserisce perfettamente nella filosofia del reparto, ossia nella ricerca della minima invasività chirurgica.” - spiega il Dottor Roberto Assietti - “Non si tratta solo di migliorare la prospettiva di vita, ma anche la qualità della vita, specie nei pazienti oncologici”.

All'esperienza ventennale nella minima invasività in chirurgia spinale si associa quindi quella in ambito encefalico con l'introduzione di nuove metodologie tra cui l'uso della fluorescenza intraoperatoria, gli accessi “key-hole” e, appunto, la chirurgia da sveglio, in modo da coniugare la minima invasività con la massima efficacia.

CONGRESSO MONDIALE DI PSICHIATRIA

Il 20 agosto si è svolto a Lisbona il 19° Congresso Mondiale di Psichiatria, organizzato dalla World Psychiatric Association, intitolato “Psychiatry and Mental Health: global inspirations, locally relevant actions”.

Il Professor Bernardo Dell’Osso, Direttore della UOC di Psichiatria dell’Ospedale Sacco, Scientific Advisor presso il Department of Psychiatry and Behavioral Sciences della Stanford University e Direttore dell’International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, vi ha partecipato come relatore e gli abbiamo chiesto di condividere i contenuti dei suoi interventi e le novità emerse durante i lavori congressuali.

Quali temi sono stati trattati al Congresso?

“Il Congresso si è svolto a due mesi dall’approvazione da parte dell’Assemblea Mondiale della Sanità dell’ICD-11, sistema di classificazione che diventerà operativo nel 2022. La World Psychiatric Association, organizzatrice del congresso, è da sempre l’associazione che collabora più strettamente con il Dipartimento di Salute Mentale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e quindi è coinvolta in prima persona in quella che è la sezione dell’ICD-11 relativa alla classificazione dei disturbi psichiatrici.

Diversamente dal DSM che è il sistema di classificazione dei disturbi psichiatrici edito dall’American Psychiatric Association e che ha visto la uscita della quinta edizione nel 2013, la precedente edizione dell’ICD, l’ICD-10, è stata rilasciata nel 1992, divenendo ufficialmente attiva nel 1994, quindi un quarto di secolo fa. Di tempo, insomma, ne è passato e, da allora, vi sono state molte acquisizioni nelle diverse branche che costituiscono la disciplina psichiatrica: dalla psichiatria biologica alla psichiatria sociale, dall’epidemiologia alla classificazione, dalla psicofarmacologia all’area degli interventi precoci.



Non stupisce, pertanto, che il programma del Congresso sia stato particolarmente incentrato su quelle che saranno le novità in termini nosografici proposte dall’ICD-11 in campo psichiatrico”.

Su quali argomenti sono stati incentrati i suoi interventi?

Le mie presentazioni sono state incentrate su due argomenti di cui il nostro gruppo di ricerca si occupa da diversi anni: i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo e le dipendenze comportamentali.

Sul primo argomento è utile ricordare come sia il DSM-5 che l’ICD-11 abbiano spostato il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) dal capitolo dei Disturbi d’Ansia, di cui faceva parte in precedenza, collocandolo in un nuovo capitolo denominato appunto Disturbi dello Spettro Ossessivo-Compulsivo. Ciò significa che il Disturbo

Ossessivo-Compulsivo - caratterizzato dalla presenza di pensieri, immagini e impulsi ricorrenti ed intrusivi con contenuti relativi a tematiche di contaminazione, dubbio, aggressività, religiose e sessuali, vissuti in maniera egodistonica, e conseguenti comportamenti compulsivi, spesso con connotazioni ritualistiche, volti a ridurre l'ansia e il disagio correlati alle ossessioni - rappresenta il capostipite di un' ampia serie di condizioni che condividono con il DOC aspetti fenomenologici, di comorbidità e di risposta alle terapie. Tra queste rientrano il disturbo da dimorfismo corporeo, il disturbo da accumulo, la tricotollomania e altri ancora. Il DOC e i disturbi ad esso correlati mostrano una prevalenza nella popolazione generale che può arrivare al 4-5% e sono tra i disturbi associati a maggior disabilità e compromissione del funzionamento individuale. Trattandosi di disturbi "time consuming", i pazienti vivono con profonda sofferenza la loro patologia e spesso la loro abitazione - luogo comunemente di rifugio e protezione per i nostri pazienti, in particolare per quanti soffrono di disturbi psichiatrici - diventa il contesto in cui maggiormente si esprimono i sintomi, in particolare i rituali e le compulsioni caratteristiche del DOC.

Spesso vi è un coinvolgimento dei familiari, a loro volta gravati dal peso della patologia del loro caro. Quanto in diversi studi pubblicati da parte del nostro gruppo, e replicati a livello internazionale, abbiamo potuto dimostrare è che il DOC presenta una lunghissima durata di malattia non trattata, ovvero un periodo di latenza tra l'esordio della malattia e la somministrazione del primo trattamento farmacologico adeguato pari in media a 7 anni. Ciò significa che i pazienti, riluttanti a chiedere aiuto per vari motivi - imbarazzo, stigma, paura, non riconoscimento della patologia - possono arrivare a trascorrere anche più della metà dell'intera durata della loro malattia senza ricevere alcun trattamento (la durata della malattia non trattata è superiore alla metà dell'intera durata di

malattia nella maggior parte degli studi pubblicati), o ricevendo terapie non specifiche e non raccomandate dalle linee-guida (ad esempio benzodiazepine o psicanalisi). Se si considera che in più del 50% dei casi il DOC compare in età preadulta, con un esordio infantile o adolescenziale, si può facilmente intuire quali possano essere le conseguenze sul funzionamento scolastico e sullo sviluppo socio-relazionale dei giovani affetti da tale patologia, lasciata non trattata così a lungo. Il DOC è un disturbo legato ad una riduzione della trasmissione serotonergica che interessa le aree corticofrontali, in particolare la corteccia orbito-frontale, e i gangli della base, in particolare a livello dello striato. Studi di imaging funzionale hanno mostrato come il circuito che collega tali aree risulti iperattivo nei pazienti con DOC e che un efficace trattamento a base di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina oltre che di psicoterapia cognitivo-comportamentale sia in grado di ripristinare il fisiologico funzionamento di queste aree.





Ovviamente l'obiettivo principale della clinica di tali disturbi è quello d'intervenire nelle fasi precoci del disturbo, evitando che una lunga durata di malattia non trattata si associ ad una scarsa risposta ai trattamenti, con conseguente cronicizzazione del disturbo e profonda disabilità per il paziente.

L'altra grande novità di cui si è parlato riguarda il problema della dipendenza da Internet.

I primi report su questa patologia risalgono alla metà degli anni 90', in seguito alla massiccia diffusione che Internet aveva iniziato a mostrare in quel periodo. Si è poi visto come vi fosse un'apprezzabile differenza tra alcune condizioni inquadrabili come dipendenze "attraverso" Internet rispetto alle dipendenze "da" Internet. Nel primo caso, il web offre uno strumento unico e privilegiato di accesso a contesti in cui determinati comportamenti patologici si esprimono.

E' questo il caso del gioco d'azzardo, del gaming, della cybercondria, della cyberpornografia, dello shopping compulsivo, etc. Nel secondo caso la dipendenza si esprime esclusivamente nei confronti di un contesto specificamente legato alla rete, ed è questo il caso dei socialforum, dei socialmedia etc. Ovviamente viene escluso dall'utilizzo patologico di Internet l'impiego della tecnologia per motivi lavorativi, accademici e quant'altro. In queste patologie, la diagnosi tra le forme problematiche e quelle francamente patologiche può non essere semplice, in quanto in alcuni casi un marcato utilizzo del web (high



engagement) può anche avere alcuni aspetti adattativi e non necessariamente patologici e il criterio del disfunzionamento individuale a livello lavorativo, familiare e socio-relazionale resta sempre uno dei più importanti da considerare per effettuare una diagnosi corretta.

In tale contesto, tanto il DSM-5 quanto l'ICD-11 hanno per la prima volta riconosciuto due importanti cambiamenti: il primo è stato quello di collocare il disturbo da gioco d'azzardo (gambling disorder) all'interno del capitolo delle dipendenze, riconoscendo per la prima volta l'esistenza delle dipendenze comportamentali (behavioural addictions) accanto a quelle tradizionali da sostanze.

Il secondo cambiamento ha riguardato l'inclusione dell'Internet Gaming Disorder (per il DSM-5) e del Gaming Disorder (per l'ICD-11) come nuova dipendenza, pur con necessità di ulteriori studi per caratterizzarne la reale prevalenza, il decorso e la risposta ai trattamenti. Certamente gli estensori del DSM-5 e dell'ICD-11 si sono mostrati particolarmente recettivi sul tema del gaming patologico in quanto le popolazioni più vulnerabili a tale disturbo si sono dimostrate quelle dei bambini e degli adolescenti. In questi soggetti, un utilizzo patologico di videogiochi tramite console, pc, tablet e smartphone è in grado di comportare non solo problemi scolastici, familiari e socio-relazionali ma anche problemi medici legati ad uno stile di vita alterato con cattiva alimentazione, tendenza all'obesi-

tà, problemi alla colonna, alla vista.

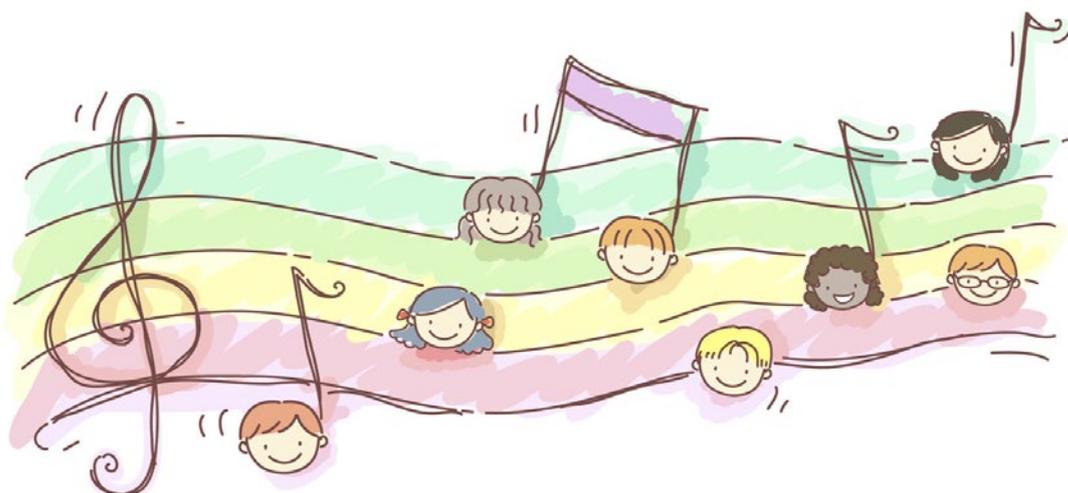
In alcuni paesi asiatici, in cui il Gaming Disorder e l'Internet Addiction rappresentano importanti problemi di salute pubblica, sono state già attivate campagne di restrizione e monitoraggio dell'utilizzo del web nei bambini e negli adolescenti. In Italia, dopo un tiepido interesse verso il problema del gambling patologico, che non è mai realmente stato in grado d'implementare risorse sufficienti al riconoscimento precoce e trattamento di questi pazienti, soprattutto in relazione alla continua fioritura di nuove strutture (sale bingo-video poker etc) dedicate al gambling, si sta attenzionando il fenomeno dell'Internet Addiction e del gaming patologico in maniera altrettanto inefficace e non al passo con quanto stanno facendo gli altri paesi europei.

La UOC di Psichiatria di questa ASST attraverso il finanziamento di due grant europei (Prof. Dell'Osso COST ACTION "European Problematic Usage of the Internet" e Prof. Truzzoli/Prof.ssa Viganò "Erasmus + Programme of the European Union) segue con particolare attenzione gli sviluppi della ricerca sul gaming disorder ed altri sottotipi di Dipendenza da Internet, contribuendo attivamente alla ricerca epidemiologica in quest'area.

Quali possono essere le ricadute sui pazienti emerse da questo congresso e quali servizi offre la Psichiatria del Sacco?

Da circa un anno presso il Centro per il Trattamento dei Disturbi Depressivi, Padiglione 3 piano meno uno, diretto dalla Dr.ssa Monica Bosi, da sempre in prima linea nel riconoscimento e trattamento precoce dei disturbi dell'umore di tipo unipolare e bipolare, oltre che dei principali disturbi d'ansia (disturbo di panico, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzata), abbiamo stabilito dei nuovi ambulatori tematici, dedicati rispettivamente ai Disturbi dello Spettro Ossessivo-Compulsivo (responsabile Dr.ssa Beatrice Benatti), del Disturbo Post-Traumatico da Stress (responsabile Dr.ssa Camilla Gesi) e della Dipendenza da Internet (responsabile Prof. Roberto Truzzoli).

In ragione della lunga esperienza clinica e di ricerca nel campo, dei grant ottenuti per lo studio della latenza ai trattamenti, delle collaborazioni internazionali in essere e della nostra partecipazione alle task force per il riconoscimento e trattamento precoce di queste forme di patologia, ci siamo adoperati per mettere a disposizione dell'ASST e di tutta la comunità di pazienti e familiari che soffrono e sopportano il gravame delle suddette patologie una serie di servizi e percorsi specialistici a loro dedicati.



GUARIRE CON LA MUSICA

Musicoterapia per le mamme e i bambini dell'Ospedale Buzzi



Fondazione Buzzi
PER L'OSPEDALE DEI BAMBINI

La musica, così come tutte le arti, porta benefici alle persone.

Si tratta di una forma di comunicazione immediata, che non necessita di parole. Proprio come il battito del cuore, **la musica è qualcosa di naturale**, presente nelle nostre vite già ben prima di nascere.

La musica è anche considerata una terapia efficace in ambito ospedaliero.



La disciplina scientifica della Musicoterapia nasce nel XVII secolo



I suoi **effetti benefici** sulla salute psico-fisica di grandi e piccini sono stati confermati dalla comunità medico-scientifica.

Oggi la Musicoterapia viene utilizzata nel trattamento delle mamme in gravidanza, dei bambini autistici e dei pazienti ricoverati in rianimazione.

La musica, infatti, influisce positivamente sul **benessere psicologico** e offre ai pazienti un ponte tra il dentro e il fuori, tra il ricovero e la vita sociale, tra il luogo di cura e la realtà culturale.



La musica è entrata a fra parte della vita dell'Ospedale dei Bambini di Milano dal 2012.

Grazie all'impegno dell'associazione Quartieri Tranquilli e di Francesco Micheli, la musica accompagna la mamma e il bambino **lungo il loro percorso ospedaliero**, dall'ingresso colorato del Buzzi fino ai letti del reparto di Terapia Intensiva Pediatrica.

E grazie al sostegno di **BNP Paribas**, quest'anno abbiamo l'opportunità di portare anche la **musica dal vivo** nei reparti del Buzzi.



PORTIAMO LA MUSICA DAL VIVO AL BUZZI: IL PROGETTO

La proposta di Fondazione Buzzi prevede la creazione di una serie di **iniziative musicali** in collaborazione con diverse realtà del territorio, che a titolo gratuito si renderanno disponibili a **donare un'ora di musica** alle mamme e ai bambini dell'Ospedale Buzzi.

Il progetto prevede una prima **fase sperimentale**, finalizzata a verificare l'effettivo gradimento dell'iniziativa da parte dei pazienti.

In questa prima fase, Fondazione Buzzi si occuperà di organizzare **4 incontri musicali in collaborazione con BNP Paribas**.

Terminata la fase di start up e valutato l'impatto dell'iniziativa, si procederà alla definizione di un **calendario di eventi musicali** itineranti tra i diversi reparti dell'Ospedale, dall'ostetricia alla rianimazione pediatrica, per offrire un'ora di sollievo non solo ai pazienti ma anche ai loro familiari.



Fondazione Ospedale dei Bambini Buzzi

www.FondazioneBambiniBuzzi.it

Per informazioni: 02 57991 - 346 3263782

IBAN IT 28C031110165100000000283

La Fondazione Buzzi ONLUS
aiuta l'Ospedale dei Bambini di Milano
a garantire a tutti i bambini malati il diritto alla salute, alla miglior cura e assistenza



STOP AL FUMO PER LE FUTURE MAMME: AL VIA IL “PROGETTO MARIAELENA”

Smettere di fumare non è facile, ma una motivazione forte come la gravidanza, che sia già in corso o si stia programmando, può fare la differenza. Aiutare i futuri genitori a spegnere definitivamente la sigaretta è l'obiettivo del “Progetto Mariaelena” - giovane mamma e volontaria scomparsa prematuramente - nato dalla collaborazione tra il Centro antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e il Melloni, finanziato e promosso dall'Associazione Salute Donna Onlus.

L'iniziativa ha il duplice obiettivo di sensibilizzare le gestanti a smettere di fumare eliminando un importante fattore di rischio per il feto e aiutare i papà a dire basta alle sigarette per creare una casa senza fumo.

Il progetto, che si svolge all'Ospedale Macedonio Melloni, ha preso avvio più di un anno fa ed è articolato in diverse attività che vanno dalla sensibilizzazione delle donne e dei loro familiari attraverso interventi informativi durante i percorsi di accompagnamento al parto, fino alla vera e propria presa in carico della persona per il percorso di disassuefazione dal fumo. Tutto ciò grazie all'attivazione, a partire dallo scorso giugno, di un ambulatorio dedicato.

L'iniziativa è gestita dall'equipe del Centro antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, di cui è responsabile il dottor Roberto Boffi, in collaborazione con il pneumologo Flavio Allegri e la psicologa Elena Munarini. La dottoressa incontra le future mamme durante gli appuntamenti mensili organizzati in Macedonio Melloni, che riguardano la gravidanza e l'allattamento: l'obiettivo è di illustrare i rischi del fumo attivo e passivo in questa delicata fase della vita e informare sulla possibilità di aiuto per smettere di fumare, per sé e/o per i propri familiari. Le fumatrici e i loro compagni che desiderano intra-

prendere questo percorso verranno seguiti gratuitamente e senza lista di attesa.

Dire basta al fumo è possibile e nel 2018, in Italia, ci sono riusciti ben 725.000 fumatori e fumatrici. Proprio la gravidanza può essere l'occasione giusta per smettere di fumare definitivamente, trasformando la necessità di tutela della salute della futura mamma e del feto in un'opportunità per tutta la famiglia di migliorare definitivamente la qualità della propria vita. Non bisogna poi dimenticare che, sia per la donna che per l'uomo, il fumo è uno dei fattori più significativi di riduzione della fertilità e che, a prescindere dal momento della gravidanza, il fumo ha per la donna una serie di effetti nocivi (rischio aumentato di tumore della cervice uterina, di menopausa anticipata, di osteoporosi) che rendono importante un'attività di informazione e disassuefazione mirata proprio a loro.

“Smettere di fumare lo sappiamo, non è facile, ma per le donne sottoposte a stress legato ai diversi ruoli familiari, sociali e lavorativi che rivestono, lo è ancora di più. E la difficoltà varia da persona a persona – spiega Elena Munarini, psicologa del centro antifumo e referente del progetto – ma molti, pur desiderandolo, non smettono di fumare perché temono di non riuscire. Diventa quindi fondamentale poter contare sull'aiuto dell'esperto per trovare la strada più indicata alle necessità di ogni singola persona, al suo contesto di vita di quel momento e mantenere i contatti per prevenire le ricadute, un evento piuttosto frequente anche in chi ha smesso da diverso tempo”.

Il fumo non è un semplice “vizio”, ma una vera e propria dipendenza causata dalla nicotina, da considerarsi a tutti gli effetti una droga, come ha sancito in modo definitivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. E chi prova a smettere di

fumare può infatti trovarsi in difficoltà a causa dei sintomi da astinenza (insonnia, irritabilità, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione) e quindi scoraggiarsi e abbandonare il proposito.

Il progetto ha già portato a risultati importanti: quasi 400 le donne e i loro familiari informati e sensibilizzati sul tema, oltre 20 le persone prese in carico per smettere di fumare e altrettante le donne che hanno smesso da sole in gravidanza che saranno seguite per evitare di riprendere in futuro.

“Per noi è un orgoglio essere il primo ospedale materno infantile in Italia ad affrontare in

maniera specialistica il problema del fumo attivando un ambulatorio dedicato – afferma il professor Mauro Busacca, responsabile della Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia della Melloni – I dati dell’Istituto Superiore di Sanità ci dicono che nella fascia di età tra 25-44 anni le donne che fumano sono il 26% e la probabilità che tra queste ci siano donne in gravidanza o che stanno programmando una gravidanza è alta. Si tratta quindi di un target importante sia numericamente sia qualitativamente, in quanto un intervento antifumo in questa fase può avere importanti ricadute sulla salute non solo delle donne, ma anche dei loro bambini e in generale delle persone attorno a loro”.

CHILDREN’S GROWTH AWARENESS DAY

Il 20 settembre di ogni anno ricorre la Giornata Mondiale di Sensibilizzazione della Crescita dei Bambini (International Children’s Growth Awareness Day) promossa da ICOSEP (Coalizione Internazionale delle Organizzazioni a Supporto dei Pazienti Endocrinologici), di cui AFaDOC (Associazione Famiglie di Soggetti con deficit dell’ormone della crescita ed altre patologie rare) è referente italiana.

AFaDOC, con l’aiuto di medici esperti, si impegna ogni anno per sensibilizzare ai problemi legati alla crescita, con l’obiettivo di far comprendere a tutti che una crescita irregolare potrebbe nascondere problematiche mediche importanti che possono essere affrontate con efficacia solo se diagnosticati tempestivamente.

La nostra Casa Pediatrica, anche quest’anno, ha scelto di collaborare con AFaDOC, con un open day che, dal 23 al 26 settembre, ha dato alle famiglie l’occasione di ricevere una valutazione gratuita della crescita dei propri bambini.



MENO ANSIA IN CHIRURGIA OCULARE: OGGI È POSSIBILE!

A cura di Annalisa De Nucci – Anestesia e Rianimazione Fatebenefratelli

Ogni intervento chirurgico è accompagnato da profonda ansia e preoccupazione per il paziente che vi si sottopone. Se poi l'intervento è indispensabile per preservare il bene della vista, allora il livello di ansia può diventare veramente intollerabile. Questa è una situazione con cui anestesisti, infermieri e chirurghi che lavorano nel Unità Operativa di Chirurgia Oftalmica, diretta dal dottor Antonio Scialdone, si confrontano quotidianamente.

Quante volte il paziente ci confida che per lui essere operato agli occhi non è come dover essere operato ad una gamba o dover togliere la colecisti per i calcoli?

All'ansia per l'esito dell'intervento si accompagna spesso quella per l'anestesia locale (una puntura vicino all'occhio) e la paura di non riuscire a stare ben fermi durante l'intervento, condizione necessaria ad una buona riuscita.

La sedazione durante la chirurgia oftalmica è particolare perché una sedazione troppo profonda può compromettere la capacità del paziente di collaborare, aumentando il rischio di movimenti improvvisi mentre il chirurgo opera, un evento che potrebbe causare gravissime lesioni agli occhi.

Nel nostro centro stiamo impiegando un nuovo tipo di farmaco sedativo, che ha la peculiarità di non determinare depressione respiratoria e soprattutto di produrre nel paziente un tipo di sedazione differente dallo stato di alterazione di coscienza indotto dai più tradizionali farmaci sedativi. Quel che riscontriamo è una buona soddisfazione sia dell'equipe operatoria che dei pazienti.

Grazie ai dosaggi infusionali appropriati che abbiamo messo a punto partendo da esperienza di colleghi stranieri, questo farmaco induce nel paziente una sensazione di benessere, una generale riduzione dello stato di tensione e una sicura riduzione dell'ansia.

Se il paziente si assopisce, alla chiamata verbale risponde tranquillo, perfettamente orientato e consapevole della realtà intorno a sé. Il risultato è che durante l'intervento i pazienti risultano sereni e se si appisolano sono facilmente risvegliabili senza presentare disorientamento o movimenti incontrollati e improvvisi. Al termine riferiscono invariabilmente un'esperienza positiva.

Gli Anestesisti hanno osservato grossi vantaggi per questa modalità di sedazione, legati alla sua efficacia, all'assenza di problemi respiratori, al buon controllo della pressione arteriosa. I Chirurghi poi, dopo l'esperienza dei primi casi, sono spesso quelli che chiedono all'Anestesista di utilizzare il nuovo metodo nei loro prossimi interventi.

I nostri infermieri, infine, sempre attenti al benessere dei pazienti, all'efficienza e alla sicurezza di tutto ciò che si fa in sala operatoria, e sono molto soddisfatti per l'introduzione di questa novità.

Sulla base di queste considerazioni, da alcuni mesi stiamo utilizzando questo farmaco di routine negli interventi oculistici condotti in anestesia locale, come i trapianti di cornea e alcuni interventi sulla retina. Il medicinale si è rivelato utile anche nella chirurgia della cataratta, effettuata in anestesia topica (cioè con colliri) ma caratterizzato da un livello di ansia molto elevato.

CORREZIONI OSSEE CON “TECNICA PERSONALIZZATA” NELLA PREVENZIONE DELLE DEGENERAZIONI ARTROSICHE DELL'ARTO INFERIORE

Presso l'Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Sacco da circa 2 anni e per la prima volta in Italia è stato esteso l'utilizzo della metodica “paziente specifico, già precedentemente utilizzata nella chirurgia protesica anche nella correzione di deformità scheletriche degli arti inferiori con lo scopo di aiutare il paziente a posticipare il più possibile una eventuale indicazione protesica e permettendo alla Ortopedia, diretta dal dottor Alfonso Manzotti di diventarne centro di riferimento nazionale.

In questi ultimi anni nell'ambito della chirurgia ortopedica in quadri artrosici si sono sempre più spesso preferite soluzioni radicali, invasive e “senza ritorno, come la sostituzione protesica, considerando anche il fallimento di altre metodiche chirurgiche preventive, come l'artroscopia ormai riconosciuta anche in letteratura poco efficace nelle patologie articolari degenerative artrosiche.

Ecco perché in questo ultimo periodo tutto il mondo ortopedico, a fronte di pazienti sempre più giovani affetti da quadri artrosici, è alla continua ricerca di innovazioni efficaci in grado di rimandare il più possibile un'eventuale protesi.

Gli interventi di correzione scheletrica (ostetomia) hanno l'obiettivo di correggere eventuali deformità ossee riallineando l'asse di carico e “preservando” l'articolazione e la sua funzionalità da sovraccarichi in grado di aumentarne l'usura fino alla necessità di una sua sostituzione.

Questo tipo di interventi sono citati in letteratura da decenni e sempre con risultati ottimi se eseguiti nelle corrette indicazioni ma indicazioni protesiche sempre più spinte hanno fatto sì che

anche l'ortopedico quasi “si dimenticasse” di questa possibilità chirurgica.

La recente possibilità di associare questa tecnica chirurgica a nuove tecnologie computerizzate ha fatto sì che l'ostetomia venga riproposta come una valida opzione nel trattamento di quadri artrosico degenerativi soprattutto in pazienti giovani.

La tecnica prevede un accurato planning radiografico pre-operatorio basato sull'esecuzione di un preciso protocollo radiografico e successivo planning digitale che prevede anche uno studio TAC dedicato.

Una volta pianificato l'intervento, la parola passa nuovamente all'ingegneria biomedica che, utilizzando il planning del chirurgo ortopedico, ricrea, con la metodica delle stampanti 3D, delle guide di taglio adattabili alle caratteristiche “specifiche” dell'osso di ogni singolo paziente. Una volta preparato questo 'strumentario' custom made si passa all'intervento chirurgico in cui il chirurgo seguendo quanto suggerito dalla pianificazione, effettua precisi “tagli” nell'osso che vengono stabilizzati con placche in titanio di nuova generazione in grado di consentire carichi e mobilizzazioni precoci.

Oltre all'elevata precisione, l'utilizzo di questa metodica permette una riduzione dei tempi operatori, dell'incisione chirurgica e della necessità di spostare tessuti molli che circondano l'osso tali da rendere possibile l'effettuazione nella stessa seduta chirurgica più correzioni ossee anche bilaterali sullo stesso paziente.

Obiettivo è un miglior decorso post operatorio, una riduzione del dolore post operatorio e del

tempo di recupero, nonché massimizzare gli effetti positivi e soprattutto preventivi della correzione verso un'eventuale protesi, grazie all'accurata correzione, quantificati dalla letteratura anche di 10-15 anni.

PROGETTO TIMMI

Il progetto TIMMI (Intervento di intercettazione e supporto delle fragilità familiari per la prevenzione del maltrattamento all'infanzia) sostenuto e promosso da Terre des Hommes Italia onlus, sarà ufficialmente presentato al pubblico il 24 ottobre 2019.

Si tratta di un progetto mirato a prevenire situazioni di disfunzionalità genitoriali che potrebbero sfociare in atteggiamenti pregiudizievoli per il minore e inficiare il suo benessere psico fisico, relazionale e familiare.

L'osservazione dell'interazione caregivers-minore e relativa valutazione, attraverso l'utilizzo di screening in Pronto Soccorso o mediante segnalazione e compilazione del questionario sui fattori di rischio, da parte del reparto di Degenza Pediatrica, permette di intervenire precocemente e si potranno attivare tutti gli utili interventi di supporto e/o azione.

Altro obiettivo parallelo è valutare l'efficacia dello strumento di screening nella rilevazione di casi a rischio, rispetto alle segnalazioni effettuate dai reparti ospedalieri coinvolti, senza il supporto dello stesso.

Per valutare tale efficacia, verrà messo a confronto ad un questionario validato in Italia, così da far emergere importanti osservazioni atte a migliorare nel tempo tutto il sistema di prevenzione, rilevazione, refertazione e terapia.

Gli obiettivi secondari dell'intervento sono:

Gli ideali candidati di questa tecnica chirurgica sono pazienti relativamente giovani con quadri degenerativi artrosici di lieve medio grado con un'alta richiesta funzionale e che necessitano di ripresa precoce dell'attività lavorativa.

approfondire la storia clinica e diagnostica, attraverso una serie di incontri gratuiti di supporto psicologico e medico condotti dal team del Timmi, volti a verificare quanto emerso dalla valutazione primaria; fare da tramite con i servizi territoriali nel caso in cui si accerti che la situazione rilevata sia a rischio e necessiti di un intervento di supporto psicoterapeutico, provvedendo ad indirizzare i minori e/o il nucleo familiare ai servizi territoriali dedicati precedentemente istruiti, con l'intento di creare percorsi psicosociali nell'ambito di una rete territoriale di aiuto e supporto.

Questo progetto fornirà, inoltre, una stima delle problematiche relazionali instaurate nel rapporto genitore – figlio, le cui conseguenze sono note, e fornirà la possibilità di agire tempestivamente per tutelare il minore e prevenire l'insorgenza di patologie psicologiche e fisiche. L'indagine proposta è particolarmente importante come strumento di miglioramento della salute pubblica, vista la possibilità di effettuare una diagnosi precoce ed avviare un trattamento in tempi adeguati.

Quindi cosa è TIMMI?

E' un'equipe di professionisti esperti nell'identificazione delle fragilità familiari che lavorano per prevenire ogni forma di maltrattamento alla infanzia operante all'interno Buzzi di Milano. L'equipe è composta dalla Dottoressa Lucia Romeo, della Pediatria del Buzzi e da tre psicologi/psicoterapeuti, supportati ovviamente da tutto il team di medici specialisti del Buzzi.

IL PAVIMENTO PELVICO: STRATEGIE DI CURA

Il Pavimento Pelvico è una regione muscolare che va dalla sinfisi pubica (che indica l'articolazione di cartilagine che unisce il pube di destra al pube di sinistra) al coccige, chiudendo in basso la cavità addomino-pelvica, e circondando e sostenendo l'uretra, la vescica e la vagina fino ad arrivare all'apparato ano-rettale.

Quest'area del corpo è molto importante nella vita di una donna: restituisce in modo dinamico le pressioni "verso il basso", garantisce la tonicità e le sensazioni della vagina durante i rapporti sessuali e guida il nascituro durante il parto, aiutandolo a scendere e a girarsi.

La vita quotidiana, con i suoi impegni, l'attività sportiva, la gravidanza, il parto, contribuisce a mettere alla prova il Pavimento Pelvico.

Basti pensare che circa il 50% delle donne che partoriscono riportano un affaticamento delle strutture di sostegno pelviche; di queste il 10-20% richiedono cure mediche per i loro sintomi.

Per far fronte a questi dati è fondamentale attuare strategie di prevenzione e recupero delle complicazioni perineali in gravidanza, durante e dopo il parto o quando necessario.

La riabilitazione di quest'area ha un'importanza rilevante per la donna, poiché è in grado di riattivare un'abilità che si credeva perduta.

Come avviene la riabilitazione del pavimento pelvico?

La riabilitazione del Pavimento Pelvico si avvale di tecniche finalizzate a migliorare la contrattilità (forza) e il tono (resistenza) della regione muscolare.



Le principali tecniche riabilitative sono rappresentate dalla chinesiologia, dal biofeedback e dall'elettrostimolazione funzionale.

L'obiettivo è il miglioramento della performance pelvi-perineale, così da consentire al pavimento pelvico di espletare correttamente le sue funzioni di sfintere e di sostegno.

In condizioni di normalità l'attivazione di questa muscolatura è indicata per sostenere le seguenti finalità:

- garantire una continenza urinaria e fecale adeguata
- mantenere una qualità di vita sessuale soddisfacente, in termini di sensibilità
- prevenire un prolasso genitale

I segnali iniziali di disfunzione possono essere:

- perdite di urina
- difficoltà a trattenere gas
- difficoltà a rimandare la minzione
- sensazione di peso a livello genitale

La nostra ASST offre alle donne che sospettano una disfunzione del Pavimento Pelvico la possibilità di valutare la condizione, compilando un questionario o rivolgendosi all'Ambulatorio di Riabilitazione del Piano Perineale, previo appuntamento al numero 02 6363 5779.

ATTIVAZIONE DEL NODO SMISTAMENTO ORDINI (NSO)

A cura di Domenico Versace - Direttore Amministrativo ASST Fatebenefratelli Sacco

Da anni è consolidato il processo di fatturazione elettronica che ha coinvolto la Pubblica Amministrazione e i soggetti privati. Tale innovazione tecnologica, di rilievo nazionale, ha consentito la dematerializzazione dei documenti fiscali (attivi e passivi) ed ha contestualmente attivato un flusso informativo elettronico verso hub regionali e sistema centrale nazionale.

Da ottobre 2019 il processo di dematerializzazione coinvolgerà, a livello nazionale, anche gli ordini di beni e servizi emessi a favore di una qualsiasi ditta fornitrice.

Questo processo, che prevede anche una imponente reingegnerizzazione del sistema informativo amministrativo-contabile, non consentirà al fornitore di poter fatturare in assenza di un ordinativo elettronico notificato al Nodo Smistamento Ordini (NSO) nazionale, pertanto tutti gli ordinatori di spesa dovranno uniformare ed armonizzare le modalità di richiesta ai propri fornitori.

Le strutture aziendali che già utilizzano regolarmente il percorso di ciclo passivo (ordine — bolla — fattura — liquidazione) sul sistema informativo aziendale (denomito Eusis) non avranno particolari implicazioni poiché gli automatismi saranno gestiti dal sistema.

Le strutture/uffici che invece, fino ad oggi, hanno utilizzato modalità d'ordine "alternative" (lettera di incarico, fax, mail, ecc.) dovranno



necessariamente standardizzare il comportamento attivando il percorso passivo (sopra specificato), che parte dall'emissione di un ordine informatizzato sul sistema amministrativo-contabile.

Per lo scopo si sottolinea l'importanza del corretto procedimento che, partendo da un atto (delibera/determina) prevede la creazione di un contratto, sul quale si potranno emettere ordini fino alla capienza economica dello stesso.

NUOVO CENTRO RICERCHE CLINICHE

A cura di Emilio Clementi – Direttore Farmacologia Clinica

La ASST Fatebenefratelli Sacco, sede di un polo universitario della Università degli Studi di Milano, ha una storia lunga e di successo nella conduzione di studi clinici, sia spontanei che promossi da enti pubblici e private esterni. La ASST si è da tempo dotata di un efficiente Ufficio Ricerca e Progetti che gestisce la parte amministrativa in stretta collaborazione con la Segreteria Centrale del Comitato Etico Milano Area 1 collocata all'interno della ASST FBF Sacco, individuata quale riferimento logistico del C.E. in questione. Negli ultimi due anni sono stati sottoposti al Comitato Etico circa n° 593 studi clinici (Profit/No Profit).

Perché aprire un centro di ricerche cliniche?

La nostra ASST ha sentito l'esigenza di dotarsi di uno strumento agile che possa sostenere dal punto di vista scientifico la propria visione strategica intorno alla ricerca clinica. L'ASST Fatebenefratelli Sacco è struttura pubblica il cui obiettivo primario è contribuire al miglioramento della pratica clinica quotidiana dei propri assistiti in un modus operandi quotidiano di altissima qualità, che preveda anche il poter offrire ai pazienti accesso immediato a trattamenti innovativi.

Il Centro Ricerche Cliniche collaborerà con gli altri attori del processo di ricerca clinica presenti all'interno della nostra ASST, ovvero Ufficio Ricerca e Progetti e la Segreteria del Comitato Etico, in un workflow coordinato che permetta di aumentare la qualità della ricerca attraverso l'analisi della fattibilità degli studi, anche in termini di allocazione di risorse umane, il monitoraggio del loro andamento in termini sia di efficienza nelle tempistiche di attivazione dei progetti che di arruolamento dei pazienti.



Si andrà anche lì a creare un repository degli studi stessi.

Cruciali saranno anche la promozione ed il sostegno allo sviluppo metodologico degli studi osservazionali interni e la formazione del personale alla ricerca.

Il Centro sarà una struttura multiprofessionale che opererà seguendo SOP e secondo le linee di condotta, integrità e trasparenza affermate nel codice etico aziendale integrate da note specifiche riguardanti le proprie peculiari attività.

PNEUMOLOGIA AL SACCO: A CHE PUNTO SIAMO?

A cura di Pierachille Santus – Direttore Pneumologia Sacco

La nostra Pneumologia negli ultimi tre anni ha subito, grazie anche ad una costruttiva collaborazione con la Direzione Generale della nostra ASST, una trasformazione che ha permesso all'Ospedale Sacco di entrare a pieno titolo nella gestione più moderna ed innovativa delle malattie respiratorie caratterizzata anche dalla collaborazione ed interazione con altre discipline specialistiche.

Diversi sono i progetti e le evoluzioni che sono stati attivati ed effettuate in ambito respiratorio ponendo il nostro ospedale al centro della scena Nazionale ed Internazionale.

Di seguito vengono riportati i settori che ci identificano tra le eccellenze nella diagnosi, cura e ricerca delle malattie respiratorie.

Oggi sono in corso ed in fase di sviluppo diverse possibilità di cura innovativa dell'asma grave che devono passare attraverso una diagnosi accurata di malattia prevedendo indagini non routinarie di II e III livello. Tutto ciò rientra nella necessità di costituire ed avere un ambulatorio dedicato per la gestione dell'asma grave. La Pneumologia attiverà dal novembre 2019 questo ambulatorio che prevederà, come indicato dalle più recenti raccomandazioni internazionali, la presenza di una gestione integrata dei pazienti asmatici. Nello specifico la Pneumologia coordinerà un network intraospedaliero di Specialisti che concorreranno a favorire la presenza di elevati standard assistenziali. Le specialità che faranno parte di questa rete saranno rappresentate dalla Pneumologia, dalla Medicina d'Urgenza, dall'Otorinolaringoiatria, dall'Allergologia e dall'Anatomia Patologica.

L'organizzazione prevista favorirà un accesso rapido, una diagnostica completa e una cura innovativa caratterizzata dalla possibilità di utilizzo anche di terapie biologiche. Accanto a ciò, continueranno ad essere eseguiti Trials Clinici con offerta di cura sperimentale caratterizzata da farmaci non ancora in commercio e di sviluppo precoce. Infine, tutto questo lavoro ci permetterà anche di continuare ad essere attivi nell'ambito della divulgazione scientifica pubblicando ulteriori lavori su riviste di impatto Internazionale.

La presenza di letti monitorati (sub intensiva) all'interno della Pneumologia ha permesso di potenziare una fattiva collaborazione con la Rianimazione favorendo il trasferimento di pazienti con criticità respiratorie dalla zona intensiva a quella sub intensiva. In particolare, negli ultimi anni è cresciuto in modo evidente il numero di pazienti portatori di tracheotomia che, una volta superata la fase acuta e in condizioni di stabilità clinica, sono stati trasferiti direttamente dalla Rianimazione nell'unità monitorata Pneumologica. Questo interessa e continua ad interessare anche i pazienti ventilati in modo non invasivo che conseguentemente possono stazionare per breve periodo in terapia intensiva oppure possono essere direttamente ricoverati in Pneumologia. I percorsi sopra citati derivano da un'attiva e fattiva collaborazione tra Rianimatori- Pneumologi accanto ad elevati standard assistenziali del personale infermieristico e ad



un supporto riabilitativo essenziale. Il tutto si traduce in un elevato turnover di letti in area intensiva generale e post cardiocirurgia favorendo quindi un circolo virtuoso.

Un ulteriore settore pneumologico che negli ultimi anni ha conosciuto sviluppi tecnologici ed applicativi di rilievo è rappresentato dalla endoscopia respiratoria. In questo ambito, la Pneumologia nel corso di questi ultimi tre anni è passata dall'esecuzione di circa 120 procedure anno semplici a circa 400/anno garantendo a tutto l'Ospedale una possibilità diagnostica in tempi rapidi. Accanto a ciò e grazie alla collaborazione con l'Anatomia Patologica, è stata sviluppata la possibilità di eseguire ed implementare anche la biopsia trans bronchiale con ago sottile su linfonodi mediastinici (TBNA) e valutazione rapida on site (ROSE) del campione citologico prelevato.

Il tutto si traduce in un drastico aumento delle procedure eseguite, che da 2 sono passate a circa 120/anno con un'adeguatezza di prelievo pari a circa il 98%. Anche in questo caso viene garantita possibilità di diagnosi con elevati standard di accuratezza ed adeguatezza a bassa invasività ed in tempi rapidi.

La cronicità è uno dei più importanti problemi socio-sanitari che la nostra società oggi si trova a dover affrontare. La pneumologia entra a pieno titolo in questa problematica in ragione del fatto che diverse patologie respiratorie sono caratterizzate da un andamento cronico; tra queste sono da ricordare la BPCO, l'Asma bronchiale, l'Insufficienza respiratoria cronica, i disturbi del sonno. A tale proposito la Pneumologia garantisce un elevato potenziale di prestazioni giornaliere ambulatoriali, sia in termini di visite che indagini funzionali ventilatorie, garantendo facile accessibilità e ridotti tempi di attesa. Infatti, dagli ultimi report regionali risulta che, presso la pneumologia dell'Ospedale Sacco, il tempo

medio di attesa per una spirometria è di 4 giorni e per una prima visita di 5 settimane. Contemporaneamente viene garantito un accesso rapido, tramite bollino verde/urgenza, di 2 slot giornalieri pari a 10 accessi settimana. Per quanto riguarda le valutazioni dei soggetti affetti da apnee del sonno vengono eseguite circa 30 polisonnografie settimana proiettando il nostro servizio tra i più efficienti in materia. In linea con quanto richiesto da Regione Lombardia e poi dalla nostra Direzione Socio Sanitaria sono stati garantiti e attivati percorsi relativi all'applicazione della riforma regionale sulla cronicità.

Vale la pena menzionare anche l'attivazione del Gruppo Multidisciplinare per le Interstiziopatie Polmonari che ormai da circa tre anni si riunisce mensilmente presso la Pneumologia dello Ospedale Sacco. Le finalità del gruppo multidisciplinare sono quelle di discutere casi clinici di pazienti con sospetta interstiziopatia polmonare in ordine al fatto di procedere nel migliore dei modi, e come raccomandato dai più recenti Statement, in ambito diagnostico, terapeutico e di follow up. Questo iter è ormai considerato essenziale nella gestione dei pazienti affetti da Fibrosi Polmonare Idiopatica, anche in ragione del fatto che esistono possibilità di cura innovative e biologiche che presuppongono decisioni condivise.

A questo gruppo partecipano oltre agli Pneumologi, i Reumatologi, i Radiologi e gli Anatomici Patologi; la partecipazione è stata altresì allargata ai Colleghi Pneumologi dell'Ospedale Fatebenefratelli.

Infine, da tempo viene eseguita anche un'importante attività preventiva attraverso il Centro Antifumo, che con un'ampia casistica e la collaborazione con i Colleghi della Psichiatria permette di gestire soggetti fumatori mediante sedute di gruppo e personalizzate. In ogni incontro viene quindi garantita una valutazione pneu-

mologia ed un percorso di disassuefazione che si articola attraverso incontri di gruppo ripetuti. L'attività del Centro Antifumo si articola anche attraverso la collaborazione con i Colleghi Gastroenterologi per i pazienti fumatori affetti da patologia infiammatoria intestinale e con i Colleghi della Medicina del Lavoro per garantire l'opportunità di un percorso di disassuefazione ai dipendenti dell'ospedale.

ORARI MESSE

Buzzi

S. Messa festiva: ore 19:00

S. Messa feriale (tranne il martedì): ore 13:00

S. Messa prefestiva (sabato): ore 19.00

Per contattare il cappellano: 328 6881410

Sacco

S. Messa festiva: ore 11:00

S. Messa feriale: ore 7:30 e ore 16:00

Ogni giovedì non festivo dalle ore 13:00 alle ore 14:00: adorazione eucaristica

Per contattare i cappellani: 02 39042233

Fatebenefratelli

S. Messa feriale (dal lunedì al sabato): ore 17:30 *Cappella San Giovanni di Dio*

Lunedì: ore 7:30 *Cappella Santa Lucia*

Venerdì: ore 13:30 *Cappella Santa Lucia*

S. Messa festiva: ore 17:00 *Reparto di Riabilitazione*

Melloni

S. Messa festiva: ore 16:00 *Cappella Santa Maria Bambina e Sant'Anna*

S. Messa feriale (mercoledì): ore 13:30 *Cappella Santa Maria Bambina e Sant'Anna*

NEONATI PREMATURI: PIÙ SANI GRAZIE ALLE CAREZZE

Un passo avanti nell'identificazione dei meccanismi neurobiologici della carezza alla base del tatto terapeutico nei bambini nati pre-termine.

Il tocco prolungato, simile a una carezza, determina una riduzione dello stress nei neonati prematuri. Lo afferma lo studio “Dynamic touch reduces physiological arousal in preterm infants: A role for c-tactile afferents?” realizzato da un team internazionale (Ospedale Buzzi, Università di Milano-Bicocca, Fondazione COME Collaboration di Pescara, Istituto Osteopatia Milano e l'Università John Moores di Liverpool) e recentemente pubblicato sulla rivista *Developmental Cognitive Neuroscience*.

I risultati indicano che la carezza produce un miglioramento in diversi parametri fisiologici, quali il livello di ossigenazione sanguigna e il battito cardiaco nei neonati pretermine tra le 28 e le 37 settimane di gestazione.

Sebbene l'interazione tattile pare abbia un ruolo centrale in molte strategie di cura perinatale, quali ad esempio la “Kangaroo Mother Care” (dove il neonato viene messo a contatto pelle a pelle con il genitore) o il massaggio, le basi neurobiologiche di questi approcci vengono raramente prese in considerazione.

Lo studio ha preso in esame gli afferenti C-tattili (CT), una classe di fibre nervose non mielinizzate attivate da un tocco continuo a bassa intensità, del tutto simile ad una carezza. Tali fibre sembrano avere un importante ruolo nel modulare diversi aspetti dell'interazione sociale nell'uomo e in molte specie animali. Il tocco, mirato all'attivazione delle fibre CT, attiva aree cerebrali quali la corteccia insulare posteriore ed è in grado di ridurre l'eccitazione del sistema

autonomico, generalmente correlata a stress e dolore.

La ricerca, nello specifico, ha confrontato l'effetto di cinque minuti di stimolazioni effettuate sulla schiena alla velocità ottimale delle fibre CT con 5 minuti di tocco statico, sulla frequenza cardiaca e sui livelli di saturazione di ossigeno, due parametri correlati con il miglioramento delle condizioni cliniche dei neonati pretermine tra 28 e 37 settimane di età gestazionale.

Il tocco in grado di attivare le fibre CT ha prodotto una riduzione significativa della frequenza cardiaca dei neonati e un aumento dei livelli di ossigenazione del sangue, fenomeno che si è protratto per un periodo di 5 minuti post-tocco.

Al contrario, non vi è stato alcun cambiamento significativo nella frequenza cardiaca o nei livelli di ossigenazione del sangue dei neonati sottoposti a contatto statico.

«Questi risultati – spiega il professor Alberto Gallace (psicobiologia e psicologia fisiologica) dell'Università di Milano-Bicocca - supportano l'ipotesi che l'attivazione delle fibre CT determinata da stimoli analoghi alla carezza, sia il substrato neurobiologico degli effetti benefici osservati nelle terapie basate sulle interazioni tattili neonatali, offrendo importanti informazioni per la loro ottimizzazione in futuro. Più in generale, la ricerca arricchisce le nostre conoscenze sull'importanza dell'interazione tattile per il nostro benessere, già a partire dai primissimi mesi di vita».

IOTA₅: L'APPROCCIO CONSERVATIVO ALLE MASSE ANNESSIALI

Il gruppo della Ginecologia dell'ospedale Sacco, guidato dal Dott. Francesco P.G. Leone, collabora dal 2000 con il gruppo di studio IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) sulla valutazione delle masse annessiali. Nel febbraio di quest'anno l'analisi ad interim della fase 5 (IOTA 5) è stata pubblicata sulla rivista *Lancet Oncology*.

Le masse annessiali

La patologia ovarica maligna rappresenta la prima causa di morte tra le neoplasie ginecologiche, sia per l'intrinseca aggressività biologica, sia perché nella maggior parte dei casi la diagnosi avviene in stadio avanzato, essendo la sintomatologia scarsa o assente.

L'80-90% dei tumori ovarici insorge in donne di età compresa fra 20 e 65 anni e meno del 5% in età pediatrica. In più dell'80% dei casi si tratta di tumori benigni: il 60% di questi è diagnosticato in donne in età inferiore ai 40 anni. Il 15-20% dei tumori ovarici è maligno, di questi il 90% è diagnosticato in donne in età superiore ai 40 anni. Infine, il 5-10% dei tumori ovarici è definito a malignità intermedia (borderline), più comuni in donne giovani, con picco di incidenza nella quarta e quinta decade. L'incidenza delle neoplasie maligne ovariche varia nelle diverse aree geografiche, con tassi più elevati in Europa e Nord America, dove si registrano 15 nuovi casi anno per 100.000 donne.



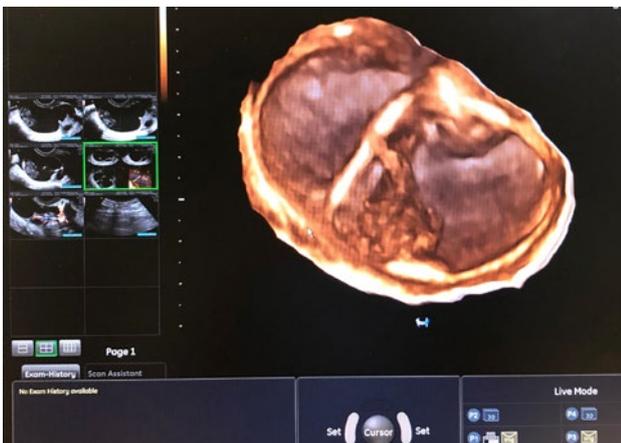
La prognosi del carcinoma dell'ovaio dipende principalmente dallo stadio della malattia al momento della diagnosi e la sopravvivenza globale a 5 anni delle pazienti con tumori epiteliali maligni è del 50%.

Si comprende quindi perché, tradizionalmente, le pazienti che presentavano una massa ovarica erano sottoposte sistematicamente a chirurgia, nel timore sia di un'errata diagnosi di benignità, sia di un rischio di trasformazione maligna. Tuttavia l'approccio chirurgico non è scevro da complicanze e non sempre risulta essere la scelta più corretta da intraprendere.

L'impegno del gruppo di studio IOTA negli ultimi due decenni si è focalizzato sulla ricerca di criteri comuni per la diagnosi semplificata delle masse ovariche, al fine di migliorare la accuratezza della diagnostica ecografica e quindi ridurre gli interventi chirurgici per formazioni annessiali benigne e favorire l'accesso alla chirurgia più appropriata per quelle maligne.

Cos'è lo IOTA?

Il gruppo di studio IOTA è stato creato nel 1999 da Dirk Timmerman (Lovanio, Belgio), Lil Valentin (Lund, Svezia) e Tom Bourne (Londra, UK). L'ecografia ginecologica transvaginale con sonde ad elevata frequenza rappresenta il primo e, nella maggior parte dei casi, l'unico esame strumentale per la valutazione delle masse ovariche ed annessiali. Lo studio ecografico, soprattutto



se eseguito da operatori esperti, permette di classificare le neoformazioni ovariche in modo estremamente accurato e di stabilire un iter diagnostico-terapeutico individualizzato. Lo scopo del gruppo IOTA nell'ultimo ventennio è stato quello di cercare di standardizzare una terminologia comune per la descrizione ecografica delle masse annessiali al fine di creare dei modelli matematici e di identificare dei segni ecografici che potessero consentire ad operatori meno esperti di avere una accuratezza simile a quella dell'operatore esperto per distinguere le lesioni ovariche/annessiali maligne da quelle benigne.

Tale obiettivo è stato perseguito mediante la raccolta sistematica e consecutiva di dati clinici ed ecografici delle pazienti con masse annessiali, con criteri descrittivi e biometrici standardizzati, al fine di realizzare modelli matematici da poter utilizzare universalmente, utili.

I criteri descrittivi ecografici IOTA per la definizione delle masse ovariche comprendono: la valutazione dell'origine della lesione (ovarica, tubarica o extra-annessiale), del numero, della lateralità, la mobilità e la dolorabilità alla mobilizzazione, la presenza di tessuto ovarico residuo, la natura del contenuto (liquido o solido), la regolarità della parete interna e dei contorni esterni, la presenza di setti ed il numero delle concamerazioni, la presenza di parti solide e di papille, la presenza di cono d'ombra, la vascularizzazione della lesione con valutazione semiquantitativa, la presenza di liquido nel Douglas oppure di ascite, la biometria sui tre piani della cisti e/o della lesione solida, delle papille e delle parti solide.

Lo studio dei suddetti parametri ecografici consente ad un operatore esperto di formulare una diagnosi di benignità o malignità ecografica di una lesione annessiale con un'accuratezza di circa il 90%. Tale accuratezza è anche oggi ottenibile da operatori meno esperti utilizzando

correttamente in circa l'80% delle pazienti i vari modelli matematici pubblicati.

IOTA 5: 2 anni di follow-up

Tra i numerosi progetti IOTA internazionali tuttora in corso, lo IOTA 5 è uno studio internazionale prospettico multicentrico che ha lo scopo di valutare l'incidenza di eventi avversi (torsione, rottura, trasformazione maligna) durante il follow-up di pazienti con lesioni annessiali giudicate come benigne attraverso un esame ecografico di II livello.

Lo studio, tuttora in corso, coinvolge 36 centri in 14 diversi Paesi e 8519 donne con masse annessiali. Ogni donna viene sottoposta ad un'indagine ecografica eseguita da un operatore esperto, che classifica la massa annessiale, in base alle caratteristiche IOTA, come benigna, maligna o borderline specificando il grado di certezza della diagnosi. Le donne con lesioni identificate come benigne vengono quindi sottoposte ad un follow-up ogni 3, 6 e poi 12 mesi.

I risultati dell'analisi ad interim dopo 2 anni di follow-up recentemente pubblicata mostrano come l'incidenza globale di complicanze maggiori durante il periodo di osservazione sia bassa, essendo risultata inferiore allo 0,5%, mentre l'incidenza di risoluzione spontanea della lesione sia di circa il 20%. Il 16% delle donne è stato sottoposto a chirurgia prima della visita di



follow-up, nella maggior parte dei casi per comparsa di sintomatologia o su richiesta della paziente. Questi risultati evidenziano come la valutazione soggettiva di una massa annessiale effettuata da un operatore esperto attraverso l'ecografia sia un ottimo metodo per discriminare tra benignità e malignità e come il trattamento conservativo di tali lesioni sia una strada non solo percorribile ma auspicabile, in modo da ridurre il ricorso alla chirurgia e le complicanze post-operatorie che ne potrebbero conseguire.

Questo studio è stato lungamente proposto dal nostro gruppo, che da anni gestisce in modo conservativo le lesioni annessiali a basso rischio di malignità (<1%), e che nello studio pubblicato vanta il periodo di follow-up più lungo. All'ospedale Sacco tale condotta clinica conservativa consente di garantire l'assistenza più adeguata non solo alla paziente che può beneficiare di un atteggiamento d'attesa, ma anche alla paziente oncologica che inevitabilmente godrà di tempi di attesa inferiori, ottenendo una programmazione clinico-chirurgica più efficiente.

Ambulatorio di ecografia ginecologica di II° livello

Le pazienti con masse annessiali vengono gestite presso l'ambulatorio di ecografia ginecologica di II° livello - attivo il venerdì mattina, dalle ore 8.00 alle 13.00, presso la sala di ecografia 3D al I° piano del Padiglione 2, presso il DH di Ginecologia.

Per prenotazioni contattare il personale del DH al numero 02-3904 2257 o 2957.



Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumours (IOTA5): a 2-year interim analysis of a multicentre, prospective, cohort study

Wouter Froyman, Chiara Landolfo, Bavo De Cock, Laure Wynants, Povilas Sladkevicius, Antonia Carla Testa, Caroline Van Holsbeke, Ekaterini Domali, Robert Fruscio, Elisabeth Epstein, Maria José dos Santos Bernardo, Dorella Franchi, Marek Jerzy Kudla, Valentina Chiappa, Juan Luis Alcazar, Francesco Paolo Giuseppe Leone, Francesca Buonomo, Lauri Hochberg, Maria Elisabetta Coccia, Stefano Guerriero, Nandita Deo, Ligita Jokubkiene, Jeroen Kaijser, An Coosemans, Ignace Vergote, Jan Yvan Verbakel, Tom Bourne, Ben Van Calster, Lil Valentin*, Dirk Timmerman*

Summary

Background

Ovarian tumours are usually surgically removed because of the presumed risk of complications. Few large prospective studies on long-term follow-up of adnexal masses exist. We aimed to estimate the cumulative incidence of cyst complications and malignancy during the first 2 years of follow-up after adnexal masses have been classified as benign by use of ultrasonography.

Methods

In the international, prospective, cohort International Ovarian Tumor Analysis Phase 5 (IOTA5) study, patients aged 18 years or older with at least one adnexal mass who had been selected for surgery or conservative management after ultrasound assessment were recruited consecutively from 36 cancer and non-cancer centres in 14 countries. Follow-up of patients managed conservatively is ongoing at present. In this 2-year interim analysis, we analysed patients who were selected for conservative management of an adnexal mass judged to be benign on ultrasound on the basis of subjective assessment of ultrasound images. Conservative management

included ultrasound and clinical follow-up at intervals of 3 months and 6 months, and then every 12 months thereafter. The main outcomes of this 2-year interim analysis were cumulative incidence of spontaneous resolution of the mass, torsion or cyst rupture, or borderline or invasive malignancy confirmed surgically in patients with a newly diagnosed adnexal mass. IOTA5 is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01698632, and the central Ethics Committee and the Belgian Federal Agency for Medicines and Health Products, number S51375/B32220095331, and is ongoing.

Findings

Between Jan 1, 2012, and March 1, 2015, 8519 patients were recruited to IOTA5. 3144 (37%) patients selected for conservative management were eligible for inclusion in our analysis, of whom 221 (7%) had no follow-up data and 336 (11%) were operated on before a planned follow-up scan was done. Of 2587 (82%) patients with follow-up data, 668 (26%) had a mass that was already in follow-up at recruitment, and 1919 (74%) presented with a new mass at recruitment (ie, not already in follow-up in the centre before recruitment). Median follow-up of patients with new masses was 27 months (IQR 14–38). The cumulative incidence of spontaneous resolution within 2 years of follow-up among those with a new mass at recruitment (n=1919) was 20·2% (95% CI 18·4–22·1), and of finding invasive malignancy at surgery was 0·4% (95% CI 0·1–0·6), 0·3% (<0·1–0·5) for a borderline tumour, 0·4% (0·1–0·7) for torsion, and 0·2% (<0·1–0·4) for cyst rupture.

Interpretation

Our results suggest that the risk of malignancy and acute complications is low if adnexal masses with benign ultrasound morphology are managed conservatively, which could be of value when counselling patients, and supports conservative management of adnexal masses classified as benign by use of ultrasound.

PUBBLICAZIONE GIOVANI INDIPENDENTI

Il bere giovanile sta diventando un fenomeno sempre più grave; gli ultimi dati ci dicono che tra gli 11 e i 18 anni quasi un milione di ragazzi giovanissimi beve per sballarsi.

M.Raffaella Rossin, responsabile del NOA Perini e Paolo Francesci, medico dello stesso servizio, hanno scritto un manualetto “Giovani Indipendenti” sintetico e con un linguaggio semplice rivolto ai giovani, ai genitori, agli insegnanti e agli educatori per fornire informazioni chiare sulle bevande alcoliche e i loro effetti dannosi.

Nella nostra società l'alcol svolge un ruolo importante non solo in ambito economico ma anche sotto l'aspetto simbolico: ritualizza le feste laiche e religiose; accompagna i riti di passaggio delle fasi di vita e, soprattutto il vino, è vissuto come un alimento e non una vera e propria sostanza tossica.

Questo libro è costituito da undici schede che raccolgono notizie e indicazioni sui danni del bere in eccesso, sulle malattie correlate all'abuso di alcol, sulle problematiche psicologiche di chi beve troppo e dei suoi familiari ma anche su che cosa fare per curarsi o non arrivare ad utilizzare l'alcol per “stare meglio” in situazioni di crisi. Oltre alla pubblicazione cartacea è stato costruito un e-book scaricabile.

RICERCA INFERMIERISTICA: L'ASST NELLO STUDIO MULTICENTRICO NAZIONALE RN4CAST-PED.

A cura di Daniela Zimmermann – Referente Aziendale Area Qualità e Ricerca SITRA e Referente Centro Servizi Cronicità PO Buzzi. Fonte: RN4CAST-PED feedback-report (AOPI e UNIGE)

Il 18 settembre 2019, sono stati presentati a Roma, presso il Senato della Repubblica, i risultati dell'indagine nazionale, alla quale la nostra Azienda ha preso parte, "Impatto dell'Assistenza Infermieristica in Area pediatrica - RN4CAST PED" guidata dalla Responsabile Scientifico del progetto prof.ssa L. Sasso (Università di Genova - UNIGE).

All'evento erano presenti autorevoli personaggi della politica, come il vicepresidente della 12^a Commissione Igiene e Sanità Senatrice M. Cristina Cantù; la dottoressa B. Mangiacavalli, presidente delle Federazioni Nazionali degli Ordini della professione infermieristica (FNOPI); il dottor D. Di Feo, delle professioni tecnico sanitarie, riabilitazione e prevenzione; il dottor A. Villani, presidente della Società Medici Pediatri Italiani (SIP) e il dottor P. Petralia, presidente dell'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI).

In rappresentanza della nostra ASST erano presenti le referenti aziendali dello studio dott.ssa Daniela Zimmermann (Ref. Aziendale Qualità e Ricerca SITRA) e Coord. Inf. Maria Fiorani (Pediatria Sacco-Buzzi).



OBIETTIVI DELLO STUDIO

L'obiettivo primario è stato valutare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla sicurezza del paziente pediatrico e la qualità delle cure negli ospedali pediatrici e nelle pediatrie degli ospedali generali facenti parte dell'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani. Quello secondario è stato pianificare con metodi innovativi il fabbisogno di infermieri per l'assistenza pediatrica nel futuro.

Strutture nazionali coinvolte

Tra le strutture nazionali coinvolte figurano 17 Aziende Ospedaliere e 189 Unità Operative pediatriche.

Strutture ASST-FBF-Sacco coinvolte

Ospedale Buzzi

Chirurgia Pediatrica/ORL
Ortopedia pediatrica/Ch vascolare pediatrica
Pediatria
Neonatologia
Patologia Neonatale/TIN
Terapia Intensiva Pediatrica
Pronto Soccorso Pediatrico

Ospedale Fatebenefratelli (FBF)

Pediatria

Ospedale Macedonio Melloni (POMM)

Neonatologia/Patologia Neonatale/TIN

Ospedale Sacco

Pediatria

Neonatologia

RISULTATI A LIVELLO NAZIONALE

SURVEY INFERMIERI

Adesione

Il tasso di adesione alla survey infermieristica a livello nazionale è stato dell'80% del campione eleggibile (2769).

Caratteristiche del campione

2205 tra infermieri ed infermieri pediatrici, 87% donne, 40 anni età media, 14 anni di servizio in area pediatrica (media), 91% full time, in possesso di formazione effettuata in Italia nel 98%, di Infermieristica generale per il 48% e di Infermieristica pediatrica per il 29%; con formazione avanzata il 24% degli infermieri (Laurea Magistrale 6% e Master 18,2%).

Staffing e appropriatezza delle cure

I pochi studi pediatrici disponibili hanno rivelato che, come nell'assistenza all'adulto, il rapporto di STAFFING possa aumentare o diminuire la sicurezza e la qualità delle cure, indicando in ambito pediatrico il miglior rapporto infermiere/paziente in $\leq 1:4$ per assicurare appropriatezza delle cure, anche se non è definibile un dato unico per tutte le specialità pediatriche.

Dallo studio RN4Cast-Ped emerge che nella realtà tale rapporto è decisamente non ottimale; a livello nazionale il valore medio di nurse staffing è di 6,66 con il seguente dettaglio per area clinico assistenziale: area chirurgica 5,93 (valore di letteratura 3-4), area medica 5,7 (valore di letteratura 3-4), area critica 3,55 (valore di letteratura 1-0,5).

Soddisfazione lavorativa e abbandono della professione (intention to leave)

Per quanto riguarda la soddisfazione lavorativa, intesa come la corrispondenza tra le aspettative personali e la realtà lavorativa, il dato rilevato resta ampiamente positivo, compreso tra il 73,5% ed il 77,1% di professionisti soddisfatti; l'intenzione di lasciare il proprio posto di lavoro per insoddisfazione lavorativa coinvolge il 24,6-26,7% della popolazione coinvolta, con picchi più alti nei gruppi con anzianità di servizio compresa tra i 21 ed i 30 anni.

Burnout

Indagando i livelli di burnout, al cui alto livello si associa una "povera" cultura della sicurezza in ambito pediatrico, si rileva dallo studio un livello medio di burnout incluso tra 18,83 e 20,23 (riferimenti: alto ≥ 27 , medio 17-26, basso ≤ 16) per la dimensione "esaurimento emotivo" del burnout.

Ambiente Lavorativo

L'ambiente lavorativo con le sue criticità può facilitare o ostacolare l'assistenza; per considerare questo aspetto e indagarne la ricaduta è stata adottata nello studio la PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index - valore min 1 - max 4, valore neutro 2,5,); in ambito pediatrico si rileva su scala nazionale un punteggio di 2,65 per le 5 dimensioni complessivamente considerate, che evidenzia un ambiente lavorativo percepito come mediamente favorevole.

Da specificare è interessante da osservare la difformità nelle 5 dimensioni considerate, tenendo conto che valori $< 2,5$ indicano una percepita inappropriata e valori $> 2,5$ indicano un percepito buon esito:

1. Appropriata staffing e risorse 2,42
2. Relazione medico/infermiere 2,69
3. Leadership e supporto del Coord. Infermieristico 2,77
4. Presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica 2,89

5. Coinvolgimento nell'organizzazione aziendale
2,50

Qualità e sicurezza

Relativamente a qualità e sicurezza il 17% degli infermieri ha dichiarato un livello basso o scadente di qualità delle cure ed per l'11% il livello scende da scadente a mediocre.

Esiti sensibili all'assistenza infermieristica

Per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica è stata utilizzata la Nurse Sensitive Outcomes (NSO) che misura la relazione causa-effetto degli esiti diretti dell'assistenza infermieristica prestata, favorendo il miglioramento delle organizzazioni sanitarie mediante la pianificazione di progetti mirati.

In Italia, in ambito pediatrico, il percepito dagli infermieri si esprime secondo i dati seguenti: il 6,7% percepisce il rischio di commettere errori di somministrazione della terapia, il 4,7% il rischio di insorgenza di lesioni da decubito, l'1,7% il rischio di ferite in seguito a caduta, il 6,7% il rischio di insorgenza di infezioni delle vie urinarie, l'8,7% il rischio di insorgenza infezioni sistemiche e il 6,4% di infezioni polmonari.

Cure mancate e attività non infermieristiche

Ci sono attività ritenute necessarie ma trascurate per mancanza di tempo (MNC) o per svolgere attività non strettamente correlate all'assistenza clinica, che hanno un impatto diretto su qualità, sicurezza e mortalità; dallo studio si rileva il valore medio nazionale 5,1. (DS 4,3) di attività necessarie non svolte dal singolo infermiere nell'ultimo turno di lavoro effettuato, con oscillazioni nelle diverse aree cliniche e con un picco significativo in area chirurgica (5.3).

Molte sono le attività burocratiche che interferiscono sul tempo dedicato all'assistenza infermieristica; oltre l'83% (valore medio tra le diverse aree cliniche) degli infermieri ha dichiarato di aver svolto nell'ultimo turno attività non correlate all'assistenza infermieristica (es. approvvigionamento, compilazione di documentazione non

infermieristica, rispondere al telefono, ecc) sottraendo fattivamente tempo dedicato alle cure infermieristiche dirette o indirette.

SURVEY CAREGIVER

Adesione

Questa survey, che vedeva coinvolti pazienti e caregiver, ha rilevato a livello nazionale un tasso di adesione del 39% (905 caregiver). Questa parte dello studio, utile ad indagare la centralità del paziente, era facoltativa e vi hanno aderito solo 9 Aziende Ospedaliere italiane.

Caratteristiche del Campione

Il campione arruolato alla compilazione della survey si è espresso per o con pazienti di genere maschile >55%, di età media < 12 mesi per il 36,4% e ÷ [13-18] anni per il 17,4%, di nazionalità italiana nel 88% dei coinvolti e ricoverati da ≥16 giorni (valore medio); i caregiver erano adulti (la madre nel 81%) con età media di 36 anni, di nazionalità italiana per l' 81.3% e in possesso di diploma superiore nel 48.7%. I Pazienti di età ≥ 18 anni (ricovero in area pediatrica per continuità di cure - n° 50 pazienti eleggibili tasso di risposta 68%) hanno compilato un questionario dedicato, i cui esiti sono inseriti nel RN4CAST-PED feedback-report.

Gli ambiti indagati riguardavano la comunicazione con i genitori e con il paziente da parte di infermieri e medici (privacy, ascolto, coinvolgimento, completezza di informazioni su trattamento ed assistenza), l'attenzione alla sicurezza e confort (privacy, responsività alla chiamata, gestione dolore), la preparazione alla dimissione (completezza di informazioni su followup, terapie e procedure assistenziali, coinvolgimento del paziente adolescente nei piani di cura), lo ambiente (igiene, tranquillità, clima).

La valutazione globale dell'ospedale era l'ultimo item ed indagava la considerazione complessiva e il grado di raccomandazione a conoscenti terzi in base al proprio vissuto. Su una scala da 0

(peggiore Ospedale possibile) a 10 (miglior Ospedale possibile) il valore nazionale medio ottenuto è stato di 8,55 per valutazione complessiva con intento di raccomandazione ad altri da parte del 73.3% (assolutamente sì), oltre al 23% (probabilmente sì) che esprimono comunque valore positivo alla Struttura Sanitaria.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nessuno studio aveva indagato in Italia le relazioni che intercorrono tra organico infermieristico, le sue caratteristiche e gli esiti di salute per il paziente, tenendo conto dell'ambito pediatrico in tutte le sue declinazioni e punti di vista (organizzazione, infermieri, paziente e caregiver); per questo motivo la valenza dei risultati ad oggi diffusi da RN4CAST-PED esprime particolare significato, meritevole di attenzione da parte delle Direzioni Strategiche e dai Manager interessati da Qualità dei processi e Risk Management coinvolti in area Sanitaria, locale e centrale.

Lo studio multicentrico internazionale RN4CAST 1 - Europa, i cui esiti dello studio per i dati nazionali sono stati diffusi da UNIGE nel 2016 (RN4CAST Europa - Lancet 2014) ha indagato l'ambito dell'assistenza dell'adulto , ma già evidenziava l'allarmante correlazione statisticamente significativa tra qualità delle cure e nurse staffing, confermando il rapporto inversamente proporzionale tra n° di infermieri e grado di mortalità del paziente. Superata infatti la soglia di 1:6 nel rapporto infermiere/assistito, per il singolo infermiere e non genericamente tra n° di degenti e n° di infermieri presenti , il tasso di mortalità di quell'unità operativa aumenta del 7%. In Italia, dai dati del 2016 in ambito adulto risultava un rapporto 1:9,5.

Dagli esiti ad oggi diffusi dal RN4CAST-PED Italia, è certamente confermata tale correlazione anche nell'ambito pediatrico. Già dal 2014 la letteratura considerava come standard consigliabile per assicurare sicurezza e qualità della cure

un rapporto infermiere/paziente $\leq 1:4$ valutando tuttavia l'esigenza di considerare differenze in base al contesto clinico-assistenziale in esame (specialità, complessità, ecc). Il dato nazionale reale riporta un rapporto medio infermiere/paziente di 1:6.6, lasciando una disponibilità di tempo lavoro/paziente e potenziale qualità nettamente inferiori al gold standard.

Malgrado ciò i dati rilevano un alto livello di gradimento dell'assistenza (punteggio >8 in una scala in cui il 10 corrisponde al miglior ospedale possibile), percepita dagli assistiti e dai loro caregiver complessivamente come positiva (93%), tanto da valutare la Struttura Ospedaliera come assolutamente raccomandabile ($>70\%$) o raccomandabile ($>23\%$).

Il personale infermieristico dell'area pediatrica percepisce lo staffing inappropriato e auspicerebbe ad un maggior coinvolgimento da parte delle organizzazioni; tuttavia considera lo ambiente di lavoro favorevole e, a differenza di quanto si potrebbe comunemente pensare, l'ambito pediatrico in sé non rappresenta per i professionisti infermieri un contesto incidente su intention to leave e burnout.

Lo studio offre elementi di riflessione molto importanti per le decisioni che contano nelle scelte strategiche delle organizzazioni ed apre interessanti scenari di approfondimento della ricerca infermieristica.

Aspettiamo di conoscere i dati relativi alla nostra ASST, che verranno presentati nel primo quadrimestre 2020 in un evento formativo SITRA dedicato. L'occasione potrà essere opportunità di studio ed analisi specifica ma anche di formale ringraziamento per tutti i colleghi il cui contributo ha consentito alla nostra Azienda di poter essere membro di questa prestigiosa ricerca infermieristica.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

The 55th EASD (European Association for the study of Diabetes) Annual Meeting was held in Barcelona from 16-20 September 2019.

Professor Fiorina's team, active on the study of diabetes at the new International Center for Type 1 Diabetes at L. Sacco Hospital in Milan, joined the international meeting and was selected to present results of different studies with posters and oral presentations.

In particular, Dott.ssa Emma Assi, postdoc researcher of the lab, displayed her project on "Placental Proteome in Gestational Diabetes".

Gestational diabetes mellitus (GDM) is defined as any degree of glucose intolerance diagnosed in pregnancy and affects 1% to 14% of all pregnancies depending on the population studied. If not well controlled, GDM is associated with development of short and long-term complications for newborns, with large-for-gestational-age (LGA) being particularly common. Unfortunately, the mechanism behind altered fetal growth in GDM is only partially understood. Because the placenta is the major organ

responsible for fetal nourishment and growth, alterations in placental phenotype and function may have an impact on the fetus. Identifying new factors altered within the placenta and determining whether they affect fetal growth and health will help to clarify the pathological role of placental changes in GDM and may pave the way for new successful strategies in preventing, managing and treating maternal and fetal complications in GDM pregnancies.

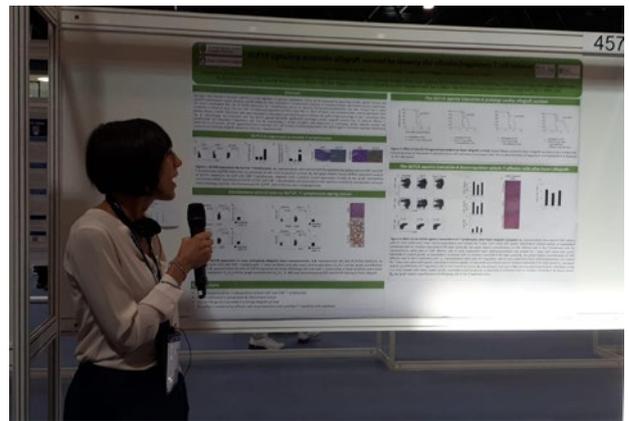
For these reasons, Professor Fiorina's Lab, targeted its efforts in exploring whether the placental proteome is altered in GDM, particularly with regard to factors that may directly or indirectly influence fetal growth.

Placental samples were collected from GDM affected women at ASST Fatebenefratelli-Sacco and were analysed using a proteomic approach. Preliminary results of this study, presented at the EASD international congress, showed that the placental proteome is altered in pregnant women affected by GDM with LGA as compared to those with GDM but without LGA. Among



these proteins, 10 are involved in regulating tissue differentiation and/or fetal growth and development by acting on hormone homeostasis, energy metabolism and placental nutrient transport.

These alterations in the placental proteome of pregnant women with GDM/LGA suggest that placental dysfunction may be directly responsible for abnormal fetal growth/development during GDM. Targeting these proteins may thus constitute a future therapeutic strategy in GDM.



CLINICAL GOVERNANCE SHOULD BE A PRIORITY WHEN CARE DELIVERY SYSTEMS ARE DISRUPTED

In their recent paper, Rogers et al highlighted the increased costs that occur when a local laboratory testing system is disrupted and outpatient tests are sent to a commercial laboratory. We previously described how operational efficiencies should always be managed by clinical governance and should represent a tool for improving clinical effectiveness. Here, we present our experience with the conversion of a laboratory at an infant-maternity hospital (IMH) according to the hub-and-spoke model, and the impact on the given service.

Three years ago, the IMH was incorporated into our health care system, which already included 3 other hospitals within the urban area of Milan. The laboratory of one of them (the “Luigi Sacco” academic hospital) acted as the hub. From April 2017, all outpatient tests from IMH were delivered to the hub, where 1 core laboratory and 5 specialized sections processed all requests.³ This decreased the average cost per test from E2.7 (IMH) to E0.7 (hub). Once complete, the laboratory reports are digitally signed and published in the patient’s electronic health record (EHR). In 2018, 137 638 outpatient reports were released by the hub, 88.9% (122 299 of 137 638) published on the EHR within 180 minutes from completion. Longer publication time was explainable by repetition of measurements, lack of samples for ordered tests, or contact with the front desk to confirm the request appropriateness according to sex, age, or diagnostic question.

To evaluate the quality of the service offered by the hub to IMH outpatients, we compared the number of reports released within 180 minutes after completion related to the outpatients directly belonging to the hub blood collection center (in 2018, 76 930) with those belonging to the IMH (49 534). A PDF of the final report was released within 180 minutes for 90.4% (69 609

of 76 930) of hub outpatients and for 86.7% (42 943 of 49 534) of IMH outpatients, respectively.

Although the difference was statistically significant ($v2$, P .001), we considered the overall performance of the offered service quite good.

The analysis of time from the registration of outpatients and the check-in of their samples in the recipient laboratory for the same tests evaluated by Rogers et al,¹ that is, aspartate aminotransferase, C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate (ESR), low-density lipoprotein cholesterol, phosphate, and white blood cell count (WBC), showed that samples coming from IMH had a median delay of 50 minutes (interquartile range, 46–63 minutes) when compared with hub internal samples, compatible with the courier transportation schedule not affecting the samples arriving from the hub collection center. By considering the previously published 90th percentile turnaround times (TATs) of our hub structure,³ we can conclude that in about 85% (42 100 of 49 534) of IMH outpatients, the time from phlebotomy to result posting in the EHR for WBC was less than 4.7 hours and for ESR was less than 5.3 hours, markedly better than the TATs reported by Rogers et al.¹ Therefore, our organization based on principles of clinical governance^{2,3} provides an effective health care system covering a large urban area in which the quality standards are overlapping and does not create a fragmented patchwork with different levels of service to end users.

*Sarah Birindelli, PhD; Mauro Panteghini, MD
Clinical Pathology Unit, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milan, Italy*

UN NUOVO ECOGRAFO PER IL BUZZI

OBM Onlus, in collaborazione con l'Associazione per l'Assistenza del Bambino Cardiopatico, ha donato alla Cardiologia Pediatrica del Buzzi, diretta dalla Dottoressa Savina Mannarino un ecografo di ultima generazione.

Un 'gioiellino' che permetterà una particolare accuratezza nella diagnosi di malformazioni cardiache anche nei neonati particolarmente piccoli e critici.

Con l'occasione, l'ambulatorio è stato intitolato all'indimenticabile Professor Sigfrido Montella, che tanto ha fatto per il Buzzi e per tutti i bambini cardiopatici che ha curato nella sua carriera.



ANDREA GREGORI: NUOVO DIRETTORE UROLOGIA

Il Dr. Andrea Gregori è il nuovo Direttore dell'UOC di Urologia della nostra ASST.

Nel 1995 si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Milano, per poi specializzarsi in Urologia all'Università degli Studi di Parma nel 2000.

Ha completato la sua formazione negli Stati Uniti ottenendo la Fellowship in Urologic Surgery con il Prof. Paulson alla Duke University di Durham, North Carolina, nel 1999, e con il Master Universitario in Andrologia Chirurgica, nel 2004, con il Prof. Austoni, presso l'Università degli Studi di Milano.

Prima di venire nella nostra ASST ha svolto la sua esperienza professionale prima all'Ospedale Sacco (dal 2001 al 2013) e poi all'Ospedale Guido Salvini di Garbagnate Milanese (ASST Rhodense) dove, dal 2013 al 2019, ha diretto l'Unità Operativa Complessa di Urologia Laparoscopica e mini-invasiva.

Nel 2001 ha iniziato con il Dr. Gaboardi un lavoro pionieristico sulla chirurgia laparoscopica e robotica urologica in Italia, apprendendo le più moderne tecniche chirurgiche laparoscopiche mini-invasive oggi utilizzate in urologia. Durante tale periodo ha partecipato alla prima prostatectomia radicale laparoscopica in Italia (2001), alla prima cistectomia radicale laparoscopica con ricostruzione di neovescica ileale al mondo (2001) e alla prima prostatectomia radicale robotica in Italia (2004).

Ha inoltre ideato e sviluppato una tecnica chirurgica originale mini-invasiva (impianto di protesi

per incontinenza urinaria maschile ProACT, eco-guidato transrettale in anestesia locale) che ha dimostrato risultati clinici eccellenti (pubblicati sulle più importanti riviste scientifiche urologiche internazionali), facendo diventare l'Uni-



tà Operativa un centro di riferimento per il trattamento dell'incontinenza urinaria maschile, sia a livello nazionale che internazionale.

Insieme al Prof. Simonato ha sviluppato una tecnica originale di uretroplastica con lembo di mucosa linguale che ha dimostrato risultati clinici eccellenti (pubblicati sulle più importanti riviste scientifiche urologiche internazionali) e che viene attualmente utilizzata in numerosi centri in tutto il mondo.

Ha inoltre introdotto le seguenti tecniche chirurgiche, diagnostiche e terapeutiche: chirurgia con laser ad holmio per il trattamento della calcolosi urinaria; chirurgia con laser al thulio per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna; endoscopia flessibile delle alte e basse vie urinarie (ureteroscopia e cistoscopia); biopsia prostatica con tecnica "Fusion".

Ha eseguito come Primo Operatore circa 5000 interventi chirurgici, prevalentemente di tipo mini-invasivo, sia di alta complessità e per pato-

logia oncologica che di media e bassa complessità (a cielo aperto e per via endoscopica).

Dall'anno accademico 2015/2016 è Professore a contratto di Semeiotica e Patologia degli apparati presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia – Polo Vialba dell'Università degli Studi di Milano.

Inoltre, l'UOC di Urologia è convenzionata con la Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università degli Studi di Milano ed è pertanto sede di insegnamento per i giovani specializzandi in Urologia.

L'arrivo del dottor Gregori nella nostra ASST offre la possibilità di sviluppare ulteriormente gli ambiti di cui si è finora occupato e di cominciare nuovi progetti grazie alla presenza di numerosi centri di eccellenza clinica e di ricerca che permetteranno approcci multidisciplinari ai pazienti con malattie dell'apparato urinario maschile e femminile e dell'apparato genitale maschile.

ALTRI INCARICHI

Anna Mandelli

Responsabile UOS Terapia Intensiva pediatrica Buzzi

Claudio Mencacci

Direttore ad interim UOC Neuropsichiatria Infantile

Pietro Olivieri

Direttore Medico di Presidio Sacco

Carlo Pagani

Responsabile UOS Coordinamento Blocco Operatorio Fbf

Alessandra Rossodivita

Responsabile UOS Rischio Clinico

SMARTPHONE STRUMENTO DI COMUNICAZIONE IN SANITÀ

A cura di Alessandro Visconti - Direttore Generale ASST Fatebenefratelli Sacco; Domenico Versace – Direttore; Amministrativo ASST Fatebenefratelli Sacco; Davide Croce - Direttore Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC Business School, Università Carlo Cattaneo di Castellanza (VA); Alessia Brioschi - Responsabile HOC Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa ASST Bergamo Ovest; Elisabetta Fabbrini - Direttore Generale ASST Nord Milano; Enrico Frisone - Direttore Socio-Sanitario ASST Lecco; Salvatore Mannino - Direttore Generale ATS Val Padana; Alberto Zoli - Direttore Generale AREU - Azienda Regionale Emergenza Urgenza; Sofia Silvola - Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC Business School

La diffusione dell'utilizzo dei cellulari, anche nei contesti lavorativi, sta facendo in modo che l'utilizzo di queste tecnologie stia diventando oggi una realtà anche nel settore sanitario. Esistono infatti più di 4-00.000 applicazioni mobili dedicate alla salute con i fini più disparati, dalla diagnostica alla prevenzione, fino ad arrivare a veri e propri strumenti di simulazione chirurgica. Il cellulare permette inoltre un'agile e immediata accessibilità ai dati, nonché una comunicazione chiara e tempestiva.

Nel settore sanitario, fino a pochi anni fa, i principali metodi di comunicazione erano il telefono fisso o il cercapersone, il primo era utilizzabile solo da una posizione fissa, mentre il secondo permetteva soltanto di sapere che si era stati cercati da una persona specifica, senza avere ulteriori informazioni.

Il cercapersone è stato un'innovazione che ha permesso di avere in un oggetto piccolo, sempre a portata di mano e che fosse utilizzabile anche in luoghi con bassa copertura, un'informazione indispensabile ma con il difetto di essere poco chiara e quindi di ritardare spesso i tempi di intervento. (Nardo, 2018)

Non dimentichiamo però che le app, paragonabili a veri e propri dispositivi medici, devono essere verificate e certificate con il marchio CE, garantire la protezione dei dati una volta instal-

late sui dispositivi personali ed essere vagliate, dal punto di vista dell'attendibilità scientifica, attraverso veri e propri trial clinici o attraverso il coinvolgimento delle società scientifiche.



Oggi esistono svariate applicazioni che permettono di raccogliere dati e condividere informazioni, anche molto dettagliate, che grazie agli smartphone godono di amplissima diffusione e fruibilità, contribuendo in modo sempre più significativo a creare opportunità di salute per gli utilizzatori. Una prima area riguarda la possibilità di acquisire informazioni (es. accessibilità ai servizi, modalità di erogazione di prestazioni) o di effettuare in modo semplificato alcuni percorsi amministrativi (es. ritiro referti, prenotazione di prestazioni).

Esistono poi applicazioni che consentono al paziente di accedere ai propri dati clinici - consentendone anche la condivisione con il proprio medico di famiglia o con gli specialisti di riferimento - o di monitorare il proprio stile di vita (es. attività motoria, con rilevazione delle distanze percorse e del consumo di calorie).

Sono, infine, sempre più evolute e diffuse le applicazioni che misurano i parametri clinici del paziente (es. pressione arteriosa, livello glicemico) e consentono quindi un migliore adeguamento delle terapie o che facilitano il monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica da parte del paziente.

La percezione dei professionisti

Oggi, con la diffusione delle reti internet diventa semplice utilizzare telefoni cellulari e applicazioni mobili. I dati italiani mostrano, infatti, che il 58% dei medici specialisti e il 63% dei medici di medicina generale apprezzano Whatsapp come strumento di condivisione dei dati. Anche per comunicare con i propri pazienti i medici prediligono i nuovi mezzi di comunicazione; più in dettaglio, la maggioranza dei medici utilizza le e-mail come principale strumento di condivisione di informazioni, una buona parte utilizza Whatsapp e altri gli SMS per fissare visite o comunicare informazioni riguardanti lo stato di salute. Insieme alle nuove tecnologie emerge però anche il problema della privacy, una condivisione di dati sensibili tramite questi mezzi non è sicura e il paziente non viene tutelato appieno. (Sanitainformazione, 2019]

L'importanza di un'efficace comunicazione è dimostrata da dati Statunitensi che evidenziano il fatto che ogni anno muoiono a causa di errori medici circa 98.000 pazienti e che la maggioranza di queste morti è causata proprio da problemi di comunicazione. Una comunicazione inefficiente fa altresì aumentare i costi di gestione dei pazienti. (Salehi, 2018] L'Istituto Superiore di Sanità nel marzo scorso ha annunciato la nascita del gruppo di studio per la valutazione anche economica della telemedicina e la sua programmazione su tutto il territorio nazionale. Un obiettivo ambizioso, visto che la maggior parte dei Paesi in cui queste tecnologie si sono già affermate presentano sistemi sanitari del tutto privatistici, o quasi. Un tema non trascurabile, infatti, è quello di regolare l'attività svolta dai

medici nei confronti dei pazienti attraverso strumenti mobili di telemedicina. I possibili rischi sono l'iperconnessione di operatori e pazienti, l'inadeguatezza delle politiche di risk management e delle coperture assicurative, la vulnerabilità dei dati personali (già lo sottolineava Gianfranco Gensini, presidente della Società Italiana di Telemedicina nel 2012].

Lo smartphone e L'ecosistema dell'emergenza

Emergenza e comunicazione sono due parole che non possono che essere strettamente correlate. Dalla necessità di comunicare l'accadere di un evento da parte di un cittadino, all'altrettanto stringente necessità di mantenere un collegamento tra le centrali di gestione e le equipe sulla scena dell'evento, tutto in emergenza ha bisogno di un canale di comunicazione il più ricco possibile.

Passare dalla comunicazione telefonica tradizionale [wired] alla comunicazione radio privata è stato un passo fondamentale per i sistemi di gestione dell'emergenza. Il successivo salto quantico è sicuramente stato l'avvento della comunicazione telefonica pubblica wireless a costi accettabili. Così il cittadino può chiamare direttamente dalla scena dell'evento e l'equipe è in grado di comunicare liberamente e comodamente con la centrale.

Un passo successivo per l'emergenza, del tutto naturale, è stato sicuramente l'impossessarsi delle possibilità messe a disposizione dagli smartphone: i nuovi strumenti nati per la interazione con la rete wireless. Di fatto ciò ha significato un cambio di paradigma: passare a intendere lo smartphone come "strumento" invece che come "commodity". Questo ha sicuramente due facce: una per il cittadino e un'altra per i professionisti dell'emergenza.

Per il cittadino la possibilità di comunicare in modalità più ricca la necessità di un'emergenza ha sicuramente il significato di migliorare la

qualità della richiesta del servizio.

Per esempio, la capacità di localizzare con precisione il chiamante è possibile grazie a funzioni svolte dagli smartphone. Funzioni intrinseche come l'AML (Advanced Mobile Location), oppure ottenute attraverso l'uso di "mobile app" di emergenza (e.g. 112 Where Are U, app nazionale per l'emergenza).

Ciò sicuramente aumenta l'efficacia dell'intervento. In più le stesse app permettono una comunicazione non solo vocale, allargando la possibilità di comunicare anche alle situazioni ove la voce non è possibile (e.g. persone sorde o inabili al momento). L'uso del canale dati, tipico dello smartphone, permette infatti una comunicazione testuale (chatting) o video (immagini fisse o streaming) che arricchisce enormemente l'interazione tra cittadino e centrale di emergenza.

Al momento questo tipo di comunicazione con le centrali di emergenza è possibile solo "over the top". Per la loro integrazione direttamente all'interno della "chiamata telefonica" si dovrà aspettare che le reti telefoniche pubbliche vengano adeguate all'uso dei protocolli necessari quali il SIP (Session Initiation Protocol) specifico per garantire la gestione della Unified Communication sulle reti IP.

Per i professionisti dell'emergenza lo smartphone diventa ormai lo strumento principe di comunicazione sia verso la centrale, sia tra operatori sul campo. Il cambio di paradigma è stato passare dalla pura comunicazione vocale alla possibilità di interagire con gli operatori sanitari inviando i parametri vitali del paziente mentre si è in azione, ciò è ormai normale grazie a all'app INPRIMIS (AREU) che permette un invio multiplo degli stessi nelle diverse fasi del soccorso.

Durante eventi particolari è già possibile interagire con la centrale in modalità video. Nei grandi

eventi per esempio si fa uso dello smartphone in dotazione ai singoli per istaurare comunicazioni video multi-a-molti, creando una sala di regia virtuale "dispersa" sul territorio ove operano le figure di coordinamento centrale e locale.

Sempre per i professionisti, la disponibilità di applicazioni di calcolo sull'unico strumento "in hand" arricchisce le possibilità di azione. Per esempio, la disponibilità di prontuari e calcolatori farmacologici accelera le azioni degli operatori (e.g. APP99 per i farmaci di AREU). Un'ulteriore funzione, impossibile senza la diffusione dello smartphone, è quella del "Buon Samaritano": ovvero raggiungere volontari disponibili a intervenire personalmente e direttamente in casi particolari in attesa che giunga sul posto il mezzo di soccorso.

Questi volontari, dotati di un'opportuna app, sono localizzati e ingaggiati dalla centrale operativa per intervenire nelle loro vicinanze, per esempio, nel caso di eventi di ACC (Arresto Cardio Circolatorio). Si aggiunge a questo la disponibilità della localizzazione dei PAD (Public Access Defibrillatori attraverso l'accesso da smartphone alle risorse disponibili centralmente che possono essere focalizzate rispetto alla posizione dell'utente (e.g. <https://www.areu.lombardia.it/web/home/mappa-dae-lombardia>). Tutto questo e altro "hic et nunc".

E il futuro? Sicuramente, come detto precedentemente, per i cittadini la "banalizzazione" della Unified Communication, che arriverà a sfruttare completamente le capacità degli smartphone anche per la chiamata di emergenza, cambierà il modo di operare. Di conseguenza per gli operatori di centrale in contatto diretto con i cittadini l'operatività sarà più rotonda e completa. Grazie anche all'evoluzione delle reti mobili (Public Safety LTE e 5G), ci sarà la possibilità per i professionisti di accedere all'ibridizzazione delle comunicazioni pubbliche e private (PMR) attraverso l'uso di smartphone a loro volta ibridi,

garantendo una resilienza di connessione sempre più alta in aggiunta alla capacità trasmissiva sempre più elevata. Di fatto lo smartphone potrà essere visto come "micro-hub comunicativo" per l'interazione che coinvolga anche dati e informazioni sempre più ricchi e raccolti da specifici rilevatori. Esempi concreti sono quelli legati ai segnali elettrofisiologici e alle immagini ecografiche, ma non solo.

Conclusioni

Gli smartphone, se utilizzati correttamente, fornirebbero uno strumento utilizzabile per ovviare al problema della scarsa o intempestiva comunicazione offrendo mezzi che vanno dallo scambio di immagini e documenti, alla videochiamata, passando per strumenti più tradizionali come messaggi e telefonate. Questa estrema flessibilità lo rende uno strumento attraente per l'utilizzatore, anche grazie alla facilità d'uso e al fatto che, oggi, quasi chiunque è in grado di utilizzarlo.

I nuovi dispositivi offrono inoltre capacità di calcolo e la possibilità di conservare elevati quantitativi di dati. (Nardo, 2018) I fattori negativi sono però la facilità nell'incorrere in momenti di distrazione o l'incomprensione da parte del paziente che potrebbe confondere il suo utilizzo con uno scarso interesse e con lo svolgimento di attività personali, non legate all'attività lavorativa. Lo strumento, inoltre, a causa delle onde radio emesse, potrebbe creare interferenze con altri strumenti e quindi potenziali problematiche. (SaLGhi, 2018) Gli smartphone possono essere inoltre veicolo per la trasmissione di patogeni tra lo stesso personale sanitario e i pazienti. Uno studio di Ustun et al., condotto nel 2012 su 184 smartphone ha dimostrato che 179 avevano

un terreno di cultura positivo. Uno studio condotto presso un ospedale universitario nel Midwest degli Stati Uniti, che utilizza gli smartphone dal 2013 come strumento di comunicazione tra il personale, mostra alcuni dati riguardanti le percezioni degli stessi. L'85% afferma che lo smartphone è uno strumento facile da utilizzare per le comunicazioni cliniche, per quanto concerne la formazione all'uso dello strumento, la maggioranza dei medici la ritengono superflua mentre gli infermieri la pensano diversamente. Inoltre, buona parte dei rispondenti crede che sia facile fare errori con questo strumento, ma si concorda sul fatto che la sicurezza del paziente e la qualità delle cure sia rafforzata, nonché sul fatto che il personale risulta soddisfatto dai dispositivi. Infine, più del 70% dei rispondenti concorda sul fatto che le applicazioni fornite siano utili alla professione. (Salehi, 2018)

Lo smartphone risulta quindi uno strumento versatile e apprezzato dal personale delle strutture sanitarie. Studiando e risolvendo le possibili problematiche di tutela dei dati, potrebbe dimostrarsi nel futuro il mezzo ideale per lo scambio di informazioni cliniche. Le differenti funzionalità li rendono ideali non solo per la comunicazione interna tra professionisti ma anche per la comunicazione e il supporto del paziente. L'ingresso nella pratica quotidiana permetterebbe di far crescere le loro potenzialità e la loro accettazione nel contesto, lasciando così l'opportunità di sfruttare appieno le capacità degli smartphone di supportare una comunicazione completa e inequivocabile, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e lo stato di salute delle persone.

GLI SMARTPHONE: SE UTILIZZATI CORRETTAMENTE POSSONO ESSERE UNO STRUMENTO PER OVVIARE AL PROBLEMA DELLA SCARSA O INTEMPESTIVA COMUNICAZIONE

Bibliografia

- 1) Nardo Bruno, Bellusci Federica, Cannistrà Marco, Zullo Alessandra, Diaco Vincenzo (2019) *Dall'osservazione diretta all'osservazione virtuale: Ottimizzazione della gestione chirurgica del paziente attraverso l'uso dell'applicazione WhatsApp ne sistema sanitario italiano* Società Editrice Esculapio, [https://books.google.it/books?id=g60MDwAAQBAJ&printsec=front cover&hl=it#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?id=g60MDwAAQBAJ&printsec=front%20cover&hl=it#v=onepage&q&f=false)
- 2) Salehi Hamed P (2018) *Smartphone for Healthcare Communication* *J Healthc Commun* 3.34. doi: 10.4172/2472-1654.100144, [http://healthcare-communications. imedpub.com/smartphone-for-healthcare-communication.php?aid= 23228](http://healthcare-communications.imedpub.com/smartphone-for-healthcare-communication.php?aid=23228)
- 3) *Sanitainformazione* (2018) *Quando la cura passa dallo smartphone: «Le analisi del sangue? Può inviarmele su whatsapp»*. <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/whatsapp/>
- 4) *CAREregioni*, supplemento a *CARE*, 1/2012, pp.2-4 5) Ustun C, Cihangiroglu M. *Health care workers' mobile phones: a potential cause of microbial cross-contamination between hospitals and community*. *3. Occup Environ Hyg* 2012;9(9)538-542

TUTTI PER UNO... UNO PER TUTTI!

Al Sacco è nata una bambina, pesa 3.200 kg, la sua mamma sta bene, la famiglia è felice e nel corridoio fa la fila per poterle dare il benvenuto, ma questo inizio è solo la fine di una grande avventura. Ora che la piccola è nata ed è in salute si può davvero dire che tutto è andato per il meglio, ma ad aprile la situazione era apparsa molto delicata.

Una giovane donna alla sua prima gravidanza aveva presentato, alla ventisettesima settimana, una progressiva difficoltà a camminare. I sintomi che presentava la signora possono essere comuni nelle donne gravide, ma in questo particolare caso gli specialisti della Ginecologia del Buzzi avevano intuito che poteva trattarsi di qualcosa di più grave. Il dottor Mastrangelo, Neurologo del Buzzi, chiamato subito in consulenza, scelse di andare a fondo della situazione, ipotizzando si trattasse di un problema di origine midollare.

Da qui il trasferimento urgente presso la Risonanza Magnetica del Sacco, con il riscontro di una compressione del midollo spinale da parte di una massa a livello dorsale.

La situazione clinica era molto a rischio per mamma e bambino. I medici della nostra ASST si sono trovati davanti ad un bivio: far nascere il bambino alla ventisettesima settimana, scelta che avrebbe potuto comportare dei rischi per il bambino con probabili complicazioni a breve e a lungo termine, o fare un intervento di asportazione della massa, portando avanti la gravidanza ma esponendo mamma e figlia a potenziali rischi. Questi ultimi non erano trascurabili non solo in ambito neurochirurgico, ma anche anestesiologicalo, ginecologico e neonatale.

Da qui la necessità di essere pronti anche all'evenienza di un parto in urgenza e di una gestione neonatologica immediata, in caso di complicanze.

A tale scopo è stata quindi allestita una équipe multidisciplinare interospedaliera composta dai Ginecologi del Buzzi e del Sacco, sotto la guida della professoressa Cetin, e dai Neonatologi del Melloni, sotto la guida del dottor Bernardo. Tutta l'équipe si è trasferita, quindi, presso il Fatebenefratelli e Oftalmico dove la paziente è stata presa in carico dal direttore dell'Anestesia e Rianimazione dottor Gemma e dal direttore della Neurochirurgia dottor Assietti.

L'équipe Neurochirurgica, capitanata proprio dal dottor Assietti coadiuvato dal dottor Bongetta e dal dottor Versace, ha quindi portato a termine l'intervento microchirurgico in mezzo ad una "platea" di specialisti pronti ad intervenire. L'intervento si è svolto senza complicanze per la mamma ed il feto ed è stato seguito da un trasferimento dapprima presso il Buzzi ed in seguito presso il Sacco per la riabilitazione.

La massa è stata asportata completamente ed è risultata essere fortunatamente una lesione benigna.

Questa è una storia come tante, ma insegna l'importanza di un confronto e di una condivisione costante: ognuno ha delle competenze e delle qualità che deve mettere a disposizione degli altri, per poter raggiungere grandi risultati. Lavorare di squadra significa creare insieme qualcosa di grande, di bello e di importante.

NON SOLO “SCELTA E REVOCA”... LA PORTA DI ACCESSO ALL’ASSISTENZA SANITARIA

A cura di Pamela Moser - Direttore Area Territoriale (AT), Claudio Sichenze - UOS ContinuitàAssistenziale AT 2, Roberta Ciacci e Roberta Guidato - Ufficio Relazioni con il Pubblico AT 1, Caterina Falcetta - P.O. AT 1, Antonio Strangio - P.O. AT 2

In questi mesi gli Uffici Scelta e Revoca territoriali sono stati particolarmente impegnati nel far fronte al grande afflusso di cittadini che necessitano il rinnovo delle esenzioni da reddito in scadenza.

Mediamente ai nostri Uffici, in questo periodo, accedono giornalmente circa 1300 – 1400 cittadini.

Con la Legge Regionale n. 23 dell’ 11.8.2015 gli Uffici Scelta e Revoca sono afferiti da Agenzia Tutela della Salute (ATS) alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) pur essendo rimasta alla ATS Milano Città Metropolitana la funzione di fornire indicazioni applicative sulle norme che regolano l’accesso al Servizio Sanitario Regionale.

La ASST Fatebenefratelli Sacco gestisce 7 Uffici Scelta e Revoca in cui operano 30 operatori.

La denominazione di Ufficio Scelta e Revoca richiama inequivocabilmente una delle funzioni cardine dell’attività che vi si svolge, cioè dare seguito all’opzione che i cittadini possono esercitare di scegliere o revocare un medico di Medicina Generale/Pediatra.

Tale diritto è stato sancito dalla legge 833 del 1978 che, ispirandosi all’articolo 32 della Costituzione Italiana “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.” istituisce il Sistema Sanitario Nazionale, sistema universalistico di assistenza, finanziato dalla fiscalità generale, che garantisce la possibilità a tutti i cittadini di accedere ad analoghi trattamenti di cura, indi-

pendentemente dal reddito o dalla tipologia di lavoro svolto (a differenza del precedente sistema mutualistico).

Dal 1978 ad oggi sono passati più di 40 anni e numerosi provvedimenti legislativi sono intervenuti nel tempo a modificare la 833/78; l’aumento dell’aspettativa di vita, il parallelo incremento delle patologie croniche non trasmissibili, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate trovano certamente dei vincoli in un finanziamento pubblico definito, che nel 2017 ha evidenziato una riduzione della spesa pubblica rispetto al PIL dal 7 al 6,8%; efficienza, efficacia ed appropriatezza, accanto a sicurezza ed umanizzazione, sono gli obiettivi cardine che il sistema deve pertanto perseguire, interrogandosi anche sul ruolo che la sanità integrativa dovrebbe svolgere per coadiuvare il perseguimento di un sistema pubblico funzionante.

Gli Uffici Scelta e Revoca sono quindi le sedi in cui si verifica e si attiva il diritto all’assistenza sanitaria, si effettua la scelta del medico di medicina generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PdF), si verifica e si attiva il diritto ad eventuali esenzioni dal pagamento del ticket sia per i cittadini italiani che stranieri.

Quali sono in dettaglio le attività svolte dagli Uffici Scelta e Revoca?

- iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- scelta/revoca del Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Famiglia (PDF)
- registrazione di esenzioni per reddito, patologia, invalidità

- emissione del duplicato della Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi, in caso di furto o smarrimento
- rilascio della password e/o il codice PIN e PUK della Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi per accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- emissione e registrazione di attestati assistenza all'Estero / dall'Estero, per temporaneo soggiorno

ISCRIZIONE CITTADINI ITALIANI

Cittadini residenti

La prima iscrizione avviene non solo per nascita ma anche per immigrazione: il cittadino che trasferisce la propria residenza in Lombardia non viene automaticamente iscritto al SSR (Servizio Sanitario Regionale) ma deve recarsi presso un Ufficio di Scelta e Revoca dove, verificato il suo diritto all'assistenza sanitaria, sarà effettuata una prima iscrizione con scelta del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Famiglia.

Invece ai cittadini lombardi che si trasferiscono in altra Regione, a breve distanza dal trasferimento, sarà sospesa l'assistenza del Medico in Lombardia secondo una comunicazione che i comuni inviano periodicamente agli Uffici di Scelta e Revoca.

Cittadini aventi diritto alla domiciliazione sanitaria ovvero iscrizione temporanea di cittadino residente in altra Regione.

I cittadini che mantengono la residenza in altre Regioni ma spostano il proprio domicilio in Lombardia per un periodo non inferiore ai tre mesi hanno diritto e possono richiedere di essere iscritti al SSR con assegnazione di Medico o Pediatra per studio, lavoro o motivi di salute. Inoltre possono avere iscrizione temporanea i cittadini che hanno compiuto i 75 anni, gli ospiti di comunità protette i minori in affidamento o in attesa

La normativa di riferimento è specifica e complessa. Gli operatori degli Uffici di Scelta e Revoca devono pertanto essere particolarmente competenti nella materia che è in continuo aggiornamento, oltre che avere una buona capacità di gestire la relazione con l'utenza.

di adozione, i familiari a carico di lavoratore domiciliato. La domiciliazione sanitaria ha la durata di un anno e può essere rinnovata.

Per la richiesta di domiciliazione è necessario documentare di aver rinunciato ad avere MMG/PdF presso la Regione di residenza.

ISCRIZIONE CITTADINI STRANIERI

Cittadini UE e SEE

I cittadini stranieri comunitari in Italia per turismo hanno diritto all'assistenza sanitaria presentando la TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) ma non beneficiano delle esenzioni per patologia o reddito che richiedono un'iscrizione al SSR. Per soggiorni diversi dal turismo i cittadini comunitari possono aver diritto all'iscrizione al SSR se in possesso di moduli comunitari rilasciati dai paesi di provenienza oppure se lavoratori con contratto di lavoro italiano o lavoratori autonomi assoggettati al regime fiscale italiano.

Cittadini Extracomunitari

Hanno diritto all'iscrizione al SSR se in possesso di permesso di soggiorno idoneo, il diritto alla iscrizione al SSR è subordinato alla validità del Permesso di Soggiorno e dà diritto anche alla eventuale esenzione al pagamento del ticket per prestazioni sanitarie o farmaci.

Il diritto perdura finché è valido il permesso di soggiorno. Il perdurare del diritto non coincide con la data riportata sulla CNS (Carta Nazionale

dei Servizi ovvero tessera sanitaria) data che indica esclusivamente la validità della CNS.

ESENZIONI

Il ticket sanitario è la quota di compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria fornita dallo Stato e dalla Regione. Sono soggetti al pagamento del ticket tutti i cittadini ad eccezione di quelli in possesso di un'esenzione per ragioni di reddito, per patologia, o per appartenenza a particolari fasce o condizioni sociali:

Esenzioni per reddito

E01, E02, E03, E04, E05, E11, E12, E13, E14 e E15

Ne hanno diritto:

- 1) Soggetti minori di anni 14, indipendentemente dal reddito familiare (Categoria introdotta con la D.G.R. VIII/4750 del 18.5. 2007)
- 2) Soggetti con determinate condizioni di età e reddito

Esenzioni per invalidità

Ne hanno diritto i cittadini riconosciuti:

- invalidi civili con percentuale uguale o superiore al 67%
- ciechi e sordomuti
- invalidi di guerra
- invalidi per lavoro e servizio

Esenzioni per patologia cronica

I cittadini affetti da patologie croniche hanno diritto all'esenzione del ticket se la patologia rientra tra quelle previste dal D.P.C.M. del 12.1.2017 e dalla d.g.r. n. 6800 del 30.06.2017. Inoltre i cittadini affetti da patologie croniche appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare possono richiedere l'esenzione E30 che dà diritto all'esenzione del pagamento del ticket sui farmaci correlati alla patologia cronica.

Esenzioni per malattia rara

I cittadini affetti da malattie rare hanno diritto all'esenzione del ticket se la patologia rientra tra quelle previste dal D.P.C.M. del 12.1.2017.

Inoltre i cittadini affetti da malattie rare appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare possono richiedere l'esenzione E40 che dà diritto alla esenzione del pagamento del ticket sui farmaci correlati alla malattia rara.

LA CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI: TS - CNS

La Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS) è una tessera elettronica dalle molteplici funzioni che consente di accedere sia in modo tradizionale sia online ai servizi erogati dalla Pubblica Amministrazione.

La TS-CNS è un documento personale dalle molteplici funzioni; è valida come:

- Tessera sanitaria nazionale (è necessaria quando ci si reca dal medico, in ospedale per visite ed esami)
- Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)
- Tesserino del Codice Fiscale
- Carta Nazionale dei Servizi, consente l'accesso online ai servizi in internet della Pubblica Amministrazione che richiedono l'identificazione dell'utente.

LA TESSERA EUROPEA ASSICURAZIONE MALATTIA: TEAM

La Tessera Europea di Assicurazione Malattia - TEAM è entrata in vigore, anche in Italia, dal 1° novembre 2004. Tale tessera, che è il retro della Tessera Sanitaria nazionale o della Carta Regionale dei Servizi, permette di usufruire delle cure medicalmente necessarie (e quindi non solo urgenti) all'estero, in particolare, può essere utilizzata nell'Unione Europea, in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera.

La TEAM, viene rilasciata, in linea di principio a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio

sanitario nazionale (SSN) in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. All'estero, per ottenere le prestazioni, l'assistito può recarsi direttamente presso un medico o una struttura sanitaria pubblica o convenzionata ed esibire la TEAM, che da diritto a ricevere le cure alle stesse condizioni degli assistiti del Paese in cui ci si trova. L'assistenza è in forma diretta e pertanto nulla è dovuto, eccetto il pagamento di un eventuale ticket che è a diretto carico dell'assistito e quindi non rimborsabile.

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - FSE

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) costituisce l'insieme dei dati e dei documenti digitali sanitari e socio-sanitari, relativi a eventi clinici (compresi quelli trascorsi) che riguardano il cittadino, erogati dai medici e dalle strutture socio-sanitarie pubbliche e private accreditate.

L'istituzione e alimentazione del FSE, avviene a seguito di specifico consenso libero e informato. Nel FSE è possibile:

- ritirare i documenti sanitari (es. referti, lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso, ecc.);
- visualizzare il percorso di presa in carico;
- consultare le ricette e ritirare il promemoria delle ricette elettroniche online;
- conoscere lo stato vaccinale dei figli minorenni, e dell'interessato se nato dopo il 1990;
- gestire prenotazioni per esami e visite specialistiche;
- ritirare le cartelle cliniche elettroniche richieste presso le ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali);
- conservare, tramite il taccuino personale, documenti riguardanti il percorso di cura, prodotti per esempio al di fuori del SSN e condividerli con gli operatori abilitati;
- conoscere le esenzioni (per patologia e invalidità).

Per consentire agli operatori abilitati indicati nell'Informativa sul trattamento dei dati personali per il Fascicolo Sanitario Elettronico di acce-

dere al Fascicolo Sanitario Elettronico, è necessario esprimere i consensi all'alimentazione e consultazione del FSE.

Al fine di garantire l'accesso al FSE a livello nazionale è in via di implementazione il sito: www.fascicolosanitario.gov.it che utilizzando un nuovo portale permetterà la consultazione del proprio FSE su tutto il territorio nazionale.

IL MEDICO DI FAMIGLIA

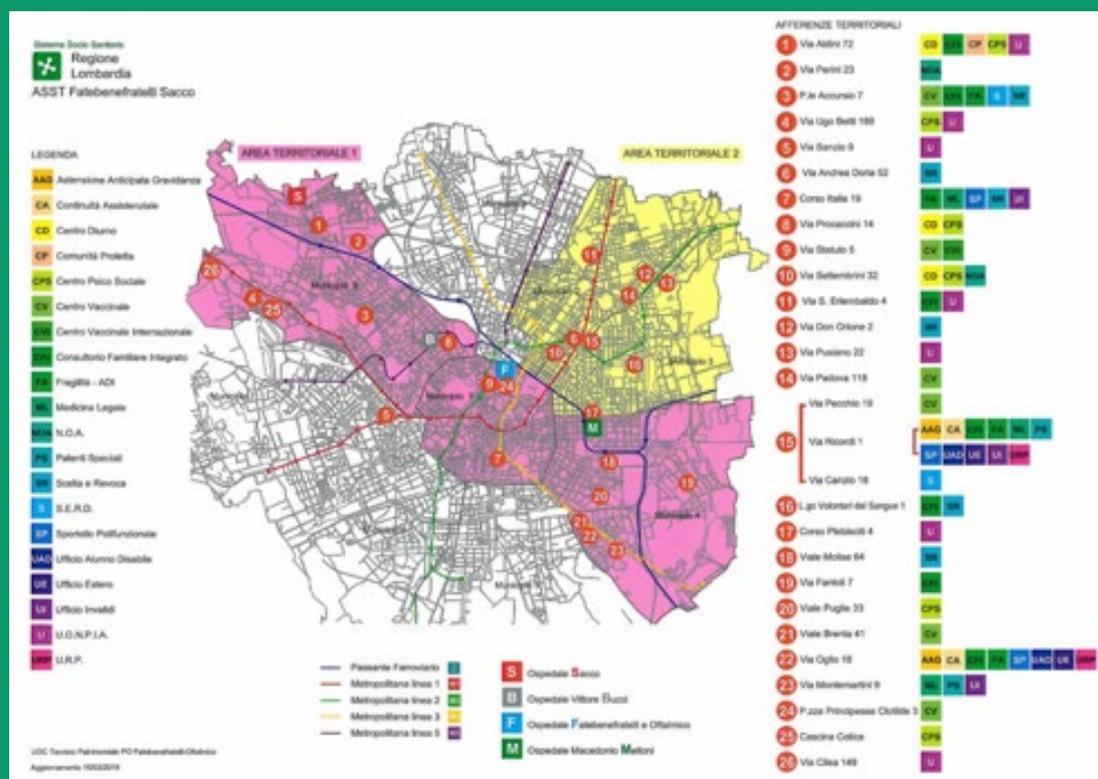
Il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia sono le figure mediche centrali a cui è affidata l'assistenza dei cittadini sul territorio. I professionisti operano in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale e la loro attività è regolata dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali che ne identificano i compiti. Il cittadino può liberamente scegliere il proprio medico, tra i convenzionati con la propria Agenzia di Tutela della Salute (ex ASL) compatibilmente con le disponibilità presenti all'interno del massimale di scelta.

La società scientifica mondiale di medicina generale/di famiglia WONCA ha così definito il medico di famiglia: «I medici di medicina generale/medici di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della medicina generale. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che necessita di cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura»

La scelta del medico di famiglia quindi non è un atto burocratico e pertanto sarebbe opportuno poterla effettuare dopo una diretta conoscenza del medico stesso.

Attualmente nei Municipi di competenza della nostra ASST operano 464 medici di medicina generale e 72 pediatri.

UFFICI SCELTA E REVOCA MILANO



ASST FBF SACCO Municipio 1 - C.so Italia 19

LUN - MER - GIO - VEN: 8.30 -12.00 e 13.00-14.30

MAR: 8.30 - 14.30

SPORTELLO ONLINE: sceltarevoca.oglio@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
- rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
- richiedere duplicato tessera sanitaria

ASST FBF SACCO Municipio 2 - V.le Don L. Orione 2

LUN - MER - VEN: 8.30 - 11.00

SPORTELLO ONLINE: sceltarevoca.ricordi@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
- rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
- richiedere duplicato tessera sanitaria

ASST FBF SACCO

Municipio 3 - Largo Volontari del Sangue 1

MAR – GIO: 8.30 - 11.00

SPORTELLO ONLINE: sceltarevoca.ricordi@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
 - rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
 - richiedere duplicato tessera sanitaria
-

ASST FBF SACCO

Municipio 3 - Via Andrea Doria 52

LUN – MAR- GIO – VEN: 8.30 -12.00 e 13.30 – 14.30

MER: 8.30 – 14.30

SABATO: 8.30 -12.00

SPORTELLO ONLINE: sceltarevoca.ricordi@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
 - rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
 - richiedere duplicato tessera sanitaria
-

ASST FBF SACCO

Municipio 4 - V.le Molise 64

LUN – MAR - MER – VEN: 8.30 -12.00 e 13.00 -14.30

GIO: 8.30 – 14.30

SPORTELLO ONLINE: sceltarevoca.oglio@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
 - rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
 - richiedere duplicato tessera sanitaria
-

ASST SANTI PAOLO E CARLO

Municipio 5 - Via Baroni 48

MAR – VEN: 8.30 - 12.00 e 13.15 – 14.30

TELEFONO: 02.85788409

ASST SANTI PAOLO E CARLO
Municipio 6 (e 7) - P.zza Bande Nere 3

LUN – MAR – MER – GIO: 8.15 -12.00 e 13.15 – 14.30

VEN: 8.15 – 14.30

SABATO: 8.15 – 12.00

EMAIL: at.sanitario@asst-santipaolocarlo.it

TELEFONO: 02 8578.8017

ASST SANTI PAOLO E CARLO
Municipio 6 - Via Gola 22

MAR – MER – GIO: 8.15 -12.00 e 13.15 – 14.30

EMAIL: at.sanitario@asst-santipaolocarlo.it

TELEFONO: 02 8578.8017

ASST FBF SACCO
Municipio 8 - Piazzale Accursio 7

Da LUN a VEN: 8.30-12.00 e 13.00 -14.30

EMAIL: sceltarevoca.oglio@asst-fbf-sacco.it

Per:

- cambiare il medico / pediatra e revocare il medico /pediatra
 - rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario per i cittadini non residenti e con iscrizione a termine
 - richiedere duplicato tessera sanitaria
-

ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
Municipio 9 - Via Livigno 3

LUN – MER – VEN: 8.30-12.00 e 13.00-15.00

MAR - GIO 8.30 – 13.00 e 14.00 – 15.00

EMAIL: sceltaevoca.livigno@ospedaleniguarda.it

TELEFONO: 02 6444.5743

SPORTELLO ONLINE:

E' possibile inviare online le richieste per esenzioni per patologia cronica e malattie rare via mail a back-officeSR.livigno@ospedaleniguarda.it. Le richieste per le esenzioni per reddito e disoccupazione possono essere inviate via PEC a postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it.

QUEL DOLORE TROPPO GRANDE. I MALI DEL XX SECOLO.

A cura di Maurizio De Filippis - Ufficio Relazioni con il pubblico

Accanto alla tubercolosi e all'AIDS, anche il cancro (dal latino cancer, cancrum, in greco karkinos, granchio) raggiunse nel corso del Novecento una elevata diffusione, tanto da essere definito il "male del secolo". Per fronteggiare il "male oscuro", che consuma e corrode in modo implacabile e che -proprio come il granchio- non abbandona la presa, furono creati Istituti in tutta Europa, quali, per citare i più noti, la "Fondazione per le ricerche sul cancro" a Londra nel 1902, l' "Istituto del cancro" a Parigi nel 1926, l' "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori" a Milano nel 1925 e l' "Istituto Regina Elena" di Roma nel 1926. A partire dal secondo dopoguerra, il progressivo espandersi delle forme tumorali (il termine "tumore" deriva dal greco tymbos, tumulo sepolcrale e dal latino tumor, tumefazione), considerate alla stregua di vere e proprie "malattie sociali", determinò la crescita costante delle discipline oncologiche.

A lungo ritenuta una patologia incurabile, oggi il cancro è considerata una malattia da cui spesso si può guarire grazie ai farmaci chemioterapici e ad una più attenta campagna di informazione e prevenzione.

Tubercolosi, AIDS e cancro, mali del secolo e, nello stesso tempo, malattie "sociali", hanno condizionato profondamente la storia passata e quella recente del "Luigi Sacco". L'evoluzione di Vialba da sanatorio ad azienda socio sanitaria territoriale è stata caratterizzata proprio dalle tre "svolte epidemiologiche" di cui si è cercato di mettere in evidenza le dinamiche storiche e i riflessi in campo scientifico, istituzionale e

assistenziale. Il processo di crescita ed integrazione con il territorio, iniziato con l'ingresso nel 1974 della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e con la apertura nel 1979 del poliambulatorio "Tiberio Pansini", è proseguito con il conferimento nel 1995 dello status di Azienda ospedaliera, in attuazione del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, ed è culminato nel corso del 2016, nell'istituzione dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco.

La creazione del dipartimento Oncologico gestionale, nato con l'obiettivo di offrire al paziente una continuità assistenziale capace di soddisfare i bisogni (dalla diagnosi precoce alla terapia, sino all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e in Hospice), rappresenta un ulteriore contributo al recupero e al mantenimento di una identità e di una tradizione assistenziale condivisa con quella di un territorio in fase di crescita ed espansione demografica.

Oggi l'approccio sempre più specialistico della pratica medica rischia, talvolta, di far prevalere la tecnica sugli aspetti antropologici della cura provocando, nel contempo, un progressivo aumento degli obblighi burocratici legati ai processi di ospedalizzazione e medicalizzazione della cosiddetta "società del benessere".

E' indispensabile, pertanto, riportare al centro dell'attenzione generale il paziente rivalutando nel contempo il rapporto con l'istituto di cura che lo ospita.

La realtà ospedaliera, oltre a rappresentare un momento di cura e di speranza per tutti coloro che vivono l'esperienza della malattia, costituisce anche un luogo dove le vicende individuali e collettive sedimentano lentamente formando un insieme multiplo di "storie" che, se opportunamente indagate, rivelano la stretta connessione esistente tra medico e paziente, tra malattia e società.



Particolare di mosaico con il simbolo della “Cassa nazionale per le assicurazioni sociali” e l’anno di fondazione del Sanatorio di Vialba (1931)

18 giugno 2019

DONNE CHE CURANO LA FAMIGLIA

Convegno organizzato dalla dottoressa Nicla La Verde, dell'Oncologia del Sacco, insieme a Women For Oncology – Italy a Montecitorio il 18 giugno 2019

Una diagnosi di tumore può piegare un'intera famiglia, che si trova improvvisamente risucchiata in un vortice che comporta ricadute sociali, economiche e psicologiche.

Per questo, quest'anno, La dottoressa Nicla La Verde, direttore dell'Oncologia Sacco, ha organizzato con l'associazione "Women for Oncology Italy", il convegno "Donne che curano la famiglia", nel quale si è voluto riflettere sulle ripercussioni che la patologia cancro ha sui figli, i genitori, i coniugi, il lavoro.

Si è parlato di impatto economico sulla famiglia del malato di cancro, sulla fatica diagnostica dei tumori rari, sulle famiglie in cui è presente una mutazione genetica per cui molti membri si ammalano di cancro. Inoltre, si è parlato di migrazione sanitaria; spesso intere famiglie sono costrette a spostarsi per assistere il malato

durante le cure e durante la ricerca delle migliori strutture sanitarie in cui essere curato.

Basti pensare che, secondo un'indagine del Censis, sono stati 750 mila i ricoveri in mobilità ospedaliera interregionale nel 2016, ai quali si deve aggiungere lo spostamento correlato di altre 650 mila persone, tra accompagnatori e familiari, per un totale di 1 milione e mezzo di persone costrette a viaggio per affrontare ricoveri lontano da casa.

La dottoressa Nicla La Verde, del comitato scientifico di Women for Oncology Italy, ha sottolineato l'importanza di una diffusione del concetto di tumore eredo-familiare, poiché "conoscendo la famiglia del soggetto mutato è possibile mettere in atto politiche di prevenzione volte ad azzerare le possibilità di comparsa del tumore stesso".



Quindi, quello che l'Associazione chiede alle istituzioni è quindi un impegno preciso e circostanziato, in cui si lavori insieme per creare una rete capace di sostenere sia il paziente che la famiglia nel difficile cammino della malattia e negli spostamenti, prendendosi cura dei pazienti a 360 gradi.

Per questo Women for Oncology Italy ha formulato il motto: PER CURARE UN MALATO CI VUOLE UN PAESE.



SISTEMA SCREENING REGIONALE: ATTUALITÀ E CRITICITÀ

Martedì 18 giugno, presso l'Aula Magna dell'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi", si è tenuto un incontro tecnico per valutare l'attualità e le criticità dei programmi di screening neonatale nella nostra Regione, organizzato dal Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale e la Sezione Lombarda della Società Italiana di Neonatologia.

Recenti normative nazionali (Legge 167/2016, Decreto Ministero della Salute 13.10.2016) e regionali (DGR XI/110/2018 e Decreto DG Welfare n°18318) hanno introdotto i programmi di screening neonatale obbligatorio per 49 malattie metaboliche ereditarie, patologie rare in cui una precoce diagnosi postnatale è fondamentale per prevenire il rischio d'insorgenza di quadri clinici di severa morbilità, con possibili sequele croniche altamente invalidanti per il neonato affetto.

Lo screening neonatale è in grado di valutare il neonato a rischio pochi giorni dopo la nascita, in condizioni asintomatiche, assicurando quindi ottime prospettive per un efficace intervento terapeutico. Un intervento di medicina preventiva che ottiene la massima efficacia attraverso l'azione di un sistema sanitario a rete che coinvolge tutte le strutture a qualsiasi titolo coinvolte nel processo di screening: punti nascita, laboratorio specialistico di biochimica genetica, centri clinici di riferimento.

L'incontro tecnico ha messo a confronto gli esperti del nostro Laboratorio centralizzato di Screening Neonatale, dei Centri Clinici, del Centro Regionale Malattie Rare con il binomio professionale "medico + referente infermieristico" dei Punti nascita della regione, con lo scopo di discutere i risultati e gli obiettivi raggiunti negli ultimi tre anni di attività, e di far emergere

le criticità di un sistema tecnico e sanitario complesso, che coinvolge ogni anno nella nostra regione oltre 75.000 neonati e le loro famiglie.

Hanno partecipato all'incontro 114 fra medici e personale infermieristico di 49 Ospedali Lombardi ed i temi affrontati dai relatori e discussi nelle due sessioni con i moderatori ed i partecipanti sono serviti a focalizzare l'attenzione sulle prospettive di miglioramento dell'attuale sistema, in ambito di formazione professionale, informazione e comunicazione con i genitori, connessione ed intercomunicazione fra tutte le strutture sanitarie coinvolte.

Un incontro di successo, che ha fatto capire a tutti i partecipanti di essere parte, ognuno con le proprie competenze e responsabilità, di un sistema sanitario complesso ma essenziale per la tutela dello stato di salute neonatale ed infantile e che dovrà trasformarsi in futuro in un appuntamento almeno annuale di incontro e discussione.

ORALIMPICS 2019

Per il 2° anno consecutivo, HSOS ha presenziato, ad Oralimpics 2019, l'olimpiade degli oratori che ha visto coinvolti più di 3500 giovani provenienti da tutta l'Arcidiocesi di Milano. Oralimpics è un'occasione per avvicinare i ragazzi allo sport e i valori che questo trasmette: socialità, inclusione, collettività.

Per propagandare la donazione di sangue nel Villaggio Olimpico, allestito presso il Parco MIND – MILANO INNOVATION DISTRICT, ai ragazzi, attratti, incuriositi e divertiti dalle magie del Mago Eta Beta, è stato regalato lo zainetto brandizzato HSOS contenente tutte le informazioni del "PERCHE' NO!" slogan che vuole sottolineare che non c'è motivo per NON donare sangue.



SEMINARI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Il 9 settembre scorso, presso l'Aula Magna del Buzzi, si è tenuto il primo dei quattro incontri dedicati alla Neuropsichiatria Infantile, organizzati dalla Neurologia Pediatrica, diretta dal Prof. Pierangelo Veggiotti.

Il campo della Neuropsichiatria infantile, con particolare riferimento alle condizioni genetiche rare, negli ultimi anni ha visto aumentare in maniera esponenziale le conseguenze relative agli aspetti diagnostici e terapeutici, rendendo fondamentale un costante aggiornamento sul tema.

I seminari organizzati presso il Buzzi hanno l'obiettivo di riprendere alcuni argomenti di neuropsichiatria infantile il cui approccio clinico, diagnostico e terapeutico è stato significativamente modificato dalle recenti acquisizioni in ambito scientifico.

lo scopo finale degli incontri è quello di fornire gli elementi necessari per saper riconoscere alcuni gruppi di malattie rare, consentendo una diagnosi e una terapia precoce, uniformando i percorsi diagnostici e di presa in carico dei pazienti.

PROSSIMI INCONTRI

14 ottobre

Dalle 14:30 alle 16:30

12 novembre

Dalle 14:30 alle 16:30

3 dicembre

Dalle 14:30 alle 16:30

FIACCOLINA 2019

Sabato 14 settembre, in occasione dell'ottantesimo della consacrazione della chiesa S.S. Pietro e Paolo di Rovello Porro di Milano, la parrocchia ha scelto di accendere una fiaccola al Fatebenefratelli, in segno di riconoscenza per la donazione fatta nel 1935.

In quell'anno, l'ospedale regalò 12 colonne recuperate dalla demolizione dell'atrio del Fatebenefratelli, per la costruzione della chiesa. La prima colonna fu consegnata nel 1935, accolta dalla popolazione in festa.

Dopo la preghiera e l'accensione i ragazzi dell'oratorio hanno portato la fiaccola presso la loro parrocchia.





17 settembre 2019

PRIMA GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA

La sicurezza nell'assistenza sanitaria è una preoccupazione globale a causa del crescente numero di persone che soffrono di danni evitabili o che sono a rischio di lesioni durante l'assistenza sanitaria.

Il danno ai pazienti a causa di eventi avversi è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Ogni anno, si stima che circa 134 milioni di eventi avversi si verifichino a causa di cure non sicure negli ospedali nei paesi a basso e medio reddito, contribuendo a 2,6 milioni di decessi, mentre circa 1 su 10 pazienti viene danneggiato mentre riceve cure ospedaliere nei paesi ad alto reddito.

Con lo scopo di mobilitare operatori sanitari, responsabili delle politiche, accademici, ricercatori, reti professionali e il settore sanitario a trattare il tema della sicurezza dei pazienti, il 20 febbraio scorso, il Ministero della Salute, su indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha chiesto l'introduzione di una

Giornata Nazionale dedicata alla sicurezza delle cure e della persona assistita, individuando come data il 17 settembre.



PATIENT SAFETY, A GLOBAL HEALTH PRIORITY

La Costituzione italiana riconosce il diritto alla salute definendolo fondamentale per l'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Secondo il principio chiave della Dichiarazione di assistenza sanitaria centrata sul paziente, dell'Alleanza Internazionale di Organizzazioni di pazienti (IAPO) tutti i cittadini devono avere accesso a trattamenti sicuri, di qualità e adegua-

ti, come garantito dalle loro condizioni.

Se il principio di sicurezza del paziente non è adeguatamente garantito nella politica e nella pratica della salute, nessun sistema sanitario può essere considerato realmente incentrato sul malato.

La sicurezza è pertanto un elemento fondamentale dell'assistenza sanitaria.

Oggi, il nostro sistema sanitario è una realtà complessa, in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, dovuti alla pluralità delle prestazioni sanitarie erogate, alle diversificate competenze specialistiche dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e all'eterogeneità dei processi stessi e dei risultati da conseguire.

Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli le migliori cure possibili in termini di efficacia, efficienza ed affidabilità.

Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori.

Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente "meccanicistica", in quello sanitario prevale il "fattore umano".

Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze. Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di "insufficienze latenti", ovvero insufficienze o

errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Infatti, è per lo più individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una "insufficienza attiva", un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione o un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento stesso.

Tuttavia l'individuazione dell'errore "attivo" non esonera dalla ricerca degli errori "latenti", perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole raggiungere un efficace controllo del rischio, ovvero ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione).

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi costituiscono il cuore della presa in carico del malato, non solo per curare ma anche per formulare piani d'azione per la sua sicurezza.

Tutto questo non può che rappresentare un punto di partenza per stabilire sistemi e reti a supporto dell'impegno, della partecipazione e dell'empowerment di cittadini, famiglie e comunità nella fornitura di assistenza sanitaria più sicura. Solo la collaborazione multi-stakeholder consentirà di delineare i passi necessari per affrontare la sicurezza dei pazienti in maniera trasversale e a tutti i livelli.

AIUTACI A CURARTI

Abbiamo bisogno di te per una sanità più sicura



La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Il Ministero della Salute ed il Servizio Sanitario Regionale si impegnano costantemente a garantire elevati livelli di sicurezza delle cure all'interno delle singole realtà ospedaliere per evitare gli errori.

Aiutaci a migliorare e aiutaci a curarti,
per una **sanità più sicura** per tutti.

Collaborazione, Comunicazione e Fiducia nel personale sanitario sono elementi fondamentali per una **cura più sicura**.

Campagna aziendale per la promozione della sicurezza delle cure

Informati su www.asst-fbf-sacco.it

FARMACO RESISTENZA IN EPILESSIA

L'epilessia colpisce circa 50 milioni di persone al mondo con valori di prevalenza che vanno dal 4 al 10 per mille. È infatti attualmente riconosciuto da tutti gli autori che l'outcome sia favorevole per la maggior parte dei pazienti epilettici; tuttavia circa il 30% dei pazienti non raggiunge la remissione delle crisi, nonostante il ricorso ad associazioni politerapiche.

La farmacoresistenza (FR) costituisce pertanto un importante problema clinico associato ad un'umentata morbilità.

L'epilessia farmacoresistente comporta infatti deficit di memoria, riduzione dei livelli di performance scolastiche e lavorative, depressione, influisce negativamente sul contesto psicosociale ed è associata ad un aumento del tasso di mortalità. Non sorprende quindi che crisi persistenti ed incontrollate siano disabilitanti per il paziente e la sua famiglia e comportino notevoli costi per la società.

Il 20 settembre scorso la Neurologia Pediatrica del Buzzi, diretta dal prof. Pierangelo Veggiotti, ha organizzato, presso l'Aula Magna, un convegno sul tema "Farmacoresistenza in Epilessia". L'incontro aveva come scopo quello di porre in evidenza le tematiche più attuali in questo ambito.



Al congresso erano presenti, tra i relatori, I past president della Lega internazionale contro l'epilessia prof. E. Perucca e della lega italiana contro l'epilessia dott G. Capovilla e il presidente della International Bureau of Epilepsy, che rappresenta a livello mondiale tutte le associazioni laiche, Prof. Martin Brodie.

In questa occasione i presenti in aula hanno avuto l'opportunità di approfondire tematiche relative alla terapia farmacologica con un aggiornamento sulle terapia fruibili in questo momento dai pazienti affetti da epilessia ma anche ad interventi sulle prospettive di cura con la precision medicine in questo campo. A completare il quadro ci sono stati due interventi: uno sulle prospettive chirurgiche e uno sulle terapie alternative.

Nel pomeriggio, dopo un intervento sulle conseguenze neuropsicologiche della farmaco resistenza, che quando colpisce in età evolutiva comporta gravi conseguenze sulla maturazione cerebrale e di conseguenza sullo sviluppo psicomotorio dei bambini affetti, si è tenuta una tavola rotonda in cui hanno partecipato esponenti della società civile e delle associazioni delle persone affette da epilessia ed esponenti della politica Lombarda, per cercare di evidenziare quali siano i bisogni e le necessità di interventi di politica sanitaria e sociale in questo ambito.

SINDROME DI PITT-HOPKINS

Il 21 settembre scorso, l'Associazione Italiana Sindrome di Pitt-Hopkins – Insieme di più – ONLUS ha organizzato, in collaborazione con l'ospedale dei Bambini di Milano “Vittore Buzzi”, in occasione del Premio per le migliori tesi di Laurea o di Specializzazione sulla “Sindrome di Pitt-Hopkins”, una giornata di sensibilizzazione, di confronto e di formazione per fare il punto sulla ricerca e sull'assistenza relativamente alla Sindrome di PH.

Il premio nazionale destinato alle migliori tesi di Laurea o di Specializzazione, giunto alla 5^a edizione, ha lo scopo di favorire la conoscenza della sindrome di Pitt Hopkins da parte degli operatori medico sanitari, di cominciare a creare una cultura comune tra chi si prenderà cura degli affetti dalla sindrome, di ottimizzare l'assistenza medica e neuropsicologia e di incoraggiare la ricerca.

Tra i presenti all'evento figuravano anche alcune famiglie francesi, con bambini affetti dalla Sindrome di PH, senza associazione di riferimento, interessate a fare rete e a condividere esperienze.

Cos'è la Sindrome di Pitt-Hopkins?

La sindrome di Pitt-Hopkins (PTHS) è una condizione geneticamente determinata che rientra nel gruppo delle malattie rare, in particolare nell'ambito delle sindromi con disabilità intellettiva e anomalie fisiche minori.

E' caratterizzata da ritardo cognitivo grave con importante compromissione del linguaggio, ritardo delle tappe motorie, deficit neurologici aggiuntivi, quali crisi di iperventilazione o crisi di apnea, difficoltà a coordinare i movimenti, difetti oculari che includono strabismo, miopia e

astigmatismo, convulsioni e stipsi. Alcune specifiche caratteristiche del volto consentono spesso di formulare l'ipotesi diagnostica su base clinica, che serve a predisporre il corretto test diagnostico di laboratorio.

Geneticamente, è causata dalla mancata funzione del gene TCF4 localizzato sul cromosoma 18, come scoperto solo recentemente, nel 2007. Il gene TCF4 risulta essere completamente deletato su uno dei due cromosomi 18 in una piccola parte dei pazienti, mentre nella maggior parte dei casi il gene è interessato da una mutazione puntiforme, che lascia il gene comunque conservato, anche se mutato. Se nel primo caso (perdita completa del gene) è possibile raggiungere la diagnosi anche senza aver posto prima il sospetto clinico, grazie all'applicazione diffusa dell'esame di array-CGH (tecnica in grado di evidenziare delezioni o duplicazioni anche molto piccole dell'intero genoma) nella diagnosi del ritardo mentale, nel secondo caso (mutazione puntiforme) per poter raggiungere la diagnosi genetica è necessario porre prima il sospetto clinico, e sequenziare specificamente il gene, selezionato tra circa i 20.000 geni che compongono il genoma umano.



Per questo motivo la PTHS più che molto rara, è al momento sottodiagnosticata. Infatti è opinione diffusa che una buona parte dei soggetti affetti è senza diagnosi, perché non ha ancora effettuato il sequenziamento del gene. A conferma di questa osservazione, la PTHS è al momento una condizione emergente nell'ambito di problematiche cliniche caratterizzate da ritardo psicomotorio importante, compromissione del linguaggio ed epilessia, tra le quali rientrano anche due condizioni diverse, ma simili per alcuni aspetti clinici, che sono la sindrome di Rett e la sindrome di Angelman.



UN OSPEDALE PER AMICO

Sabato 21 settembre, presso il Buzzi, si è tenuta la 16° edizione di “Un Ospedale per Amico, evento organizzato dall’Associazione OBM Ospedale dei Bambini Milano – Buzzi Onlus per divertire educando.

L’iniziativa ha visto la partecipazione di centinaia di persone e volontari tra dipendenti del Buzzi e privati cittadini che hanno scelto anche quest’anno di passare una giornata in Ospedale, con la gioia di essere vicino ai bimbi, rendendo il Buzzi un luogo non solo di comorbilità e cura, ma anche di gioco e di empatia.

Tra laboratori, gonfiabili e giochi educativi, le mascotte di “44 GATTI”, hanno intrattenuto i bambini, facendoli cantare e ballare sulle musiche del cartoon.

Per la prima volta, quest’anno, un trenino ha portato i bimbi alla Centrale dell’Acqua di Milano, alla scoperta del reticolo idrico milanese, insegnando il buon utilizzo dell’acqua pubblica.

Infine, durante la giornata è stato realizzato un servizio fotografico a tutti i bambini che sono stati neonati prematuri del Buzzi, i quali si sono presentati con una foto della loro nascita.

Le foto migliori verranno esposte il 17 novembre 2019, in occasione di una mostra organizzata per la Giornata Nazionale dei Neonati Prematuri.













LA MALATTIA DI FABRY

Il 23 settembre scorso, presso il Polo Didattico del Sacco, ha avuto luogo il corso “La malattia di Fabry: approccio multidisciplinare alla diagnosi e alla terapia”, organizzato dal professor Maurizio Alberto Gallieni, professore associato di Nefrologia, presso l'Università degli Studi di Milano, e direttore della Nefrologia e Dialisi, della nostra ASST.

Questo convegno aveva come obiettivo quello di presentare agli specialisti il modello organizzativo di cura esistente presso il Sacco.

Cos'è la “Malattia di Fabry”?

La Malattia di Fabry (FD) è una malattia da deposito lisosomiale multisistemica, progressiva, ereditaria, caratterizzata da specifici segni neurologici, cutanei, renali, cardiovascolari, cocleo-vestibolari e cerebrovascolari.

L'incidenza annuale è di 1/80.000 nati vivi, ma la prevalenza potrebbe essere sottostimata. Se si considerano le varianti a esordio tardivo, la prevalenza proposta è circa 1/3.000. La malattia di Fabry è un difetto del metabolismo dei glicosfingolipidi, dovuto alla riduzione o assenza di attività dell'enzima lisosomiale alfa-galattosidasi A, da mutazione del gene GLA (Xq21.3-q22), che codifica per l'enzima. La diminuzione dell'attività provoca l'accumulo di globotriaosilceramide (Gb3) all'interno dei lisosomi, che a sua volta scatena una cascata di eventi cellulari.

La diagnosi di laboratorio è confermata dalla dimostrazione di un deficit marcato dell'enzima nei maschi emizigoti.

Le analisi enzimatiche possono a volte facilitare l'identificazione degli eterozigoti, anche se spesso sono inconcludenti a causa dell'inattiva-

zione casuale del cromosoma X, che rende obbligatori i test molecolari (genotipizzazione) nelle femmine. Con l'età, si verifica un deterioramento progressivo degli organi vitali, che può provocare insufficienza d'organo.

L'insufficienza renale terminale e le complicazioni cerebrovascolari o cardiovascolari potenzialmente fatali limitano l'attesa di vita dei maschi e delle femmine, con una riduzione di 20 e 10 anni, rispettivamente, rispetto alla popolazione generale.

Da diversi anni è disponibile un trattamento enzimatico sostitutivo che prevede la somministrazione endovenosa ogni 15 giorni in ospedale o al domicilio. Più recentemente è stato approvato un farmaco somministrato per via orale che può essere prescritto ad un sottogruppo di pazienti con precise caratteristiche del deficit genetico causa della malattia.

Questa terapia viene denominata chaperonica in quanto il farmaco favorisce il passaggio all'interno dei lisosomi dell'enzima già presente nel paziente, consentendo quindi la sua azione dove necessaria.

In questo contesto, è estremamente utile l'esistenza di centri di riferimento in cui siano presenti tutte le componenti specialistiche interessate dalla malattia di Fabry.

27 settembre 2019

FOCUS ON LA GRAVIDANZA GEMELLARE

Il 27 settembre, presso l'Aula Magna del Buzzi, si è tenuto il convegno “Focus on la gravidanza gemellare”, organizzato dai dottori Stefano Faiola e Mariano Matteo Lanna, dell'Ostetricia e Ginecologia.

L'obiettivo della giornata è stato quello di fornire ai discenti del corso gli strumenti per conoscere le problematiche di una gravidanza gemellare e apprendere le corrette modalità di gestione clinica.

L'incidenza della gravidanza gemellare è progressivamente aumentata, molto spesso per l'impiego più frequente di tecniche di fecondazione assistita, associate ad un alto tasso di gemellarità, condizione che favorisce la comparsa di complicanze sia feto-neonatali, per rischio di perdita in utero o di parto prematuro, che materne, a seguito delle modificazioni emodinamiche che presenta una donna con più di un feto in utero.

Pertanto, gli operatori sanitari sono più spesso esposti al confronto con eventi complessi per i quali la corretta gestione clinica e l'adeguata comunicazione con la gestante possono fare la differenza.



Dicono di noi

“I miei più sinceri e sentiti complimenti all'intera equipe della sala parto, la quale mi ha permesso di poter vivere questa esperienza nel modo più sereno possibile; dimostrando infinita professionalità ed umanità.”

“Un travaglio lungo e sofferto, addolcito da mani esperte di ostetriche di infinita dolcezza e sensibilità. Grazie per lo splendido ricordo che porterò di quel giorno.”

“L'aspetto umano e quello professionale trovano in questa struttura una sintesi perfetta. Mi sono sempre sentita accolta, compresa e curata, esattamente come avrei voluto.”

“Desidero esprimere il mio ringraziamento per l'ottimo lavoro fatto durante il mio intervento, un grazie speciale va all'equipe per l'attenzione e la simpatia avuta nei miei riguardi, e alla persona che durante la epidurale mi ha tenuto le mani per darmi coraggio.”

“È evidente che la vostra umanità e professionalità sono frutto di una abitudine che vi contraddistingue e che fa, a mio modesto avviso, dell’Ospedale Sacco una vera perla.”

“Un ringraziamento speciale e particolare a tutto il personale, ai dottori, infermieri e volontari. Siete stati per me una famiglia e mi avete curato e accudito come un figlio, un fratello. Grazie di cuore a tutti voi.”

“Vorremmo ringraziare tutta l’equipe del reparto di Rianimazione dell’ospedale Sacco per la grande professionalità ed umanità che hanno dimostrato nei nostri confronti, aggiornandoci in modo chiaro e continuo sulle condizioni cliniche di nostra zia.”

“Seguire il corso preparato mi ha dato grande sicurezza, mi ricaricava, mi dava lo slancio necessario per affrontare la settimana. Ho conosciuto altre mamme con le quali condivido momenti preziosi tutt’ora. Grazie agli operatori che con passione fanno il loro lavoro.”

“Thank you to excellent medical treatment i recived from your doctors, and other staff, who looked after me.”

“Mi hanno ridato la vita e così lo fanno ogni giorno dell’anno. È una bella storia di medici, assistenti, infermieri. Ho incontrato persone fantastiche: hanno visto il mio sguardo terrorizzato e mi hanno tirato fuori dal tunnel.”

“Sono andati oltre la loro professionalità di operatori sanitari, usando una profonda umanità e tenerezza per attenuare, per quanto possibile, la paura di mia mamma e lo smarrimento mio e di papà. Esprimo con queste righe un profondo senso di gratitudine verso di loro per dare ancora più valore al loro operato.”

“Grazie per la professionalità, la competenza, l’attenzione e la cura, non solo per il paziente ma soprattutto per la persona.”

Facebook
Women for Oncology Italy
26 giugno 2019

La dottoressa Nicla La Verde, direttore dell'Oncologia Sacco e membro del comitato scientifico di Women for oncology Italy, sottolinea l'importanza di una diffusione del concetto di tumore eredo-familiare, poiché "conoscendo la famiglia del soggetto mutato è possibile mettere in atto politiche di prevenzione volte ad azzerare le possibilità di comparsa del tumore stesso".



Rai 3 - TGR Lombardia
25 luglio 2019

L'ondata di caldo che quest'anno ha colpito l'Italia ha provocato problemi ad anziani e ammalati cronici: ne parla Pietro Marino, direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza della nostra ASST, al TGR Lombardia.



I NOSTRI PROFESSIONISTI IN ONDA A IL MEDICO RISPONDE SU MILANOW



Martedì 02/07/2019 ore 16.30
Virginio Alessandro Salvi
Salute Mentale e Dipendenze Territorio



Martedì 16/07/2019 ore 16.30
Tommaso Savoia
Chirurgia Plastica Fatebenefratelli



Martedì 23/07/2019 ore 16.30
Massimo Soresina
Chirurgia Plastica Fatebenefratelli

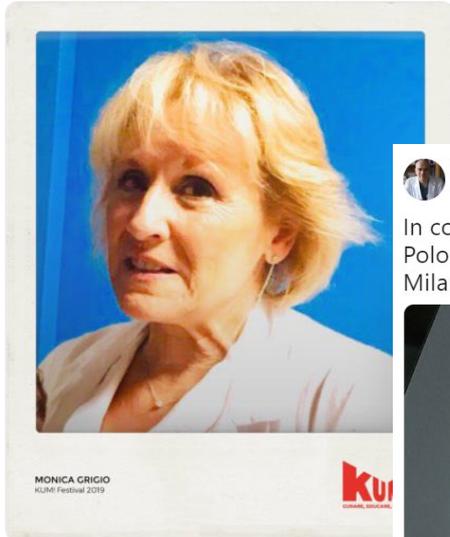
Vuoi partecipare a Milanow?
Scrivi a: direzione.generale@asst-fbf-sacco.it

SI PARLA DI NOI: SUI SOCIAL

KUM! Festival
@KumFestival Segui

Monica Grigio, psicologa e psicoterapeuta da fine anni '70 si occupa di clinica della genitorialità in ambito ospedaliero presso l'Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano.

Monica Grigio
#19ottobre
Desiderio e generatività
kumfestival.it/kum2019/monica...
#KUM19



07:30 - 23 set 2019 da Lazzaretto o Mole Vanvitelliana

Maurizio Gallieni
@MGallieni Segui

In corso convegno sulla Malattia di Fabry al Polo didattico Universitario Ospedale Sacco di Milano. #malattierare #Fabry #UNIMI



03:22 - 21 set 2019

Famiglia Cristiana
24 settembre alle ore 18:04

Smettere di #fumare non è facile, ma una motivazione forte come la #gravidanza, che sia già in corso o si stia programmando, può fare la differenza. Quindi...



FAMIGLIACRISTIANA.IT
Stop al fumo per le mamme in gravidanza (e per i papà)
Al via il "Progetto Mariaelena": l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano,...

Madampopper
@lasorelladikarl Segui

Sulla sanita': ieri sono andata per un problema al pronto soccorso #oftalmico del #fatebenefratelli a #milano. Codice verde, meno di un'ora, senza pagare nulla e il mio problema che poteva diventare grave e' stato risolto. Staff gentile e preparato. lo pago le tasse per questo.

04:39 - 6 lug 2019

34 Retweet 195 Mi piace



LetteraDonna
@LetteraDonna Segui

Intervista a Paola Persico del Centro di Aiuto alla Vita dell'ospedale Vittore Buzzi, che a Milano sostiene le donne maltrattate durante la gravidanza.



Quando la vittima di abusi aspetta un bambino

letteradonna.it

09:48 - 22 lug 2019

Omeopatia SIMOH
@OMEOPATIASIMOH Segui

«#CANCRO: #OMEOPATIA A SUPPORTO DI CHEMIO E RADIOTERAPIA». Ce ne parla la dr.ssa Alessandra Sartani, Dirigente Medico presso l'Unità di Senologia ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano.
@ilovehomeopathy @Lanuovaecologia @guardian @EFHPAeu @ebreisraele



Cancro: omeopatia a supporto di chemioterapia e radioterapia...
La dottoressa Alessandra Sartani, Dirigente Medico presso l'Unità di Senologia ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, spiega come gli oncologi lavorino fianco a fianco degli omeopati per aiutare le...
video.panorama.it

09:29 - 11 lug 2019

Diciannove maestri della cucina internazionale stellati - tra cui Claudio Sadler e Davide Oldani, rispettivamente primo in basso e secondo in alto da sinistra nella foto - e non, 70 ricette etiche, oltre 200 pagine in italiano e in inglese: è il libro «Il Cibo degli Chef» scritto su iniziativa del Lions Club Lainate (Mi) con l'obiettivo di raccogliere fondi per progetti sulla salute. Metà del ricavato infatti sarà destinata ai progetti Lions internazionali sul diabete. L'altra metà sarà devoluta a sostegno di due realtà italiane che operano nel campo delle cure diabetiche pediatriche e della ricerca sui tumori infantili: ospedale **Buzzi** di Milano e Fondazione Umberto Veronesi. L'elenco completo dei punti vendita dove sarà possibile acquistarlo si può trovare sul sito www.lionsclublainate.it.

«La secchezza oculare spiega il prof. Stefano Barabino, Centro di superficie oculare e dipartimento di Oftalmologia, **ospedale Sacco**, Università di Milano - non solo è in aumento, ma è divenuta un problema di salute nei bambini esposti per ore alle luci blu degli schermi dei digital device». Recenti studi hanno dimostrato che la persona media trascorre circa 5,5 anni della sua vita ad utilizzare i social media su apparecchi digitali e hanno rilevato un'alta prevalenza di sintomi di secchezza oculare tra gli utenti di display visivi, anche tra giovani adulti e bambini. Gli utenti dei digital devices hanno una frequenza di battito di ciglia ridotta e incompleta, contribuendo così all'evaporazione accelerata della lacrima, all'instabilità del film lacrimale, e a un lieve danno epiteliale e ai sintomi di secchezza oculare.

Claudio Mencacci, primario di Psichiatria al Fatebenefratelli: «Questa è un'emergenza annunciata da oltre 15 anni, e bisogna assolutamente creare una cultura nuova sul tema adolescenza, e su tutte le sue fasi». Un buon punto di partenza «è il riconoscimento del rischio, esattamente come per chi soffre di una malattia cardiovascolare o di diabete». Significa che «i minori che hanno una familiarità con la depressione o il disturbo bipolare sono più vulnerabili», che la presenza di un padre o una madre malata è già da solo un elemento importante nella valutazione del caso. Poi, bisogna valutare per tempo altre cose, come le prime avvisaglie: «L'impulsività, le variazioni dell'umore, il ritmo sonno-veglia che ormai si rompe, negli adolescenti. I ragazzi dormono sempre meno...», Mencacci sottolinea che il non dormire abbastanza è «la madre comune» di tanti problemi che si intrecciano nelle vite di questi ragazzi fragili o fragilissimi, tra alcol, sostanze, tecnologia, l'iperconnessione costante. Buoni risultati sono

Barbara Calderola

DROGA a portata di mano, anche per i più piccoli. Il caso estremo della piccola brianzola di dieci anni entrata in contatto con la cocaina apre la riflessione su un fenomeno che minaccia da vicino sempre più giovanissimi. Luca Bernardo, direttore della Casa Pediatrica Fatebenefratelli di Milano, è in prima linea nel fronteggiare un fenomeno fino a pochi anni fa pressoché sconosciuto.

Qual è l'effetto di sostanze stupefacenti su un bambino?

«Lo stesso che su un adolescente, o su un adulto. Con una differenza: il cervello dei piccoli è in formazione e quindi ha dei deficit, i danni sono maggiori. Le sostanze agiscono su un neurotrasmettitore, la dopamina, che regola ad esempio l'aggressività. La sua comparsa, o il suo aumento sono campanelli d'allarme. Le droghe hanno un effetto importante sulla corteccia cerebrale, riducono il controllo cognitivo, quindi la capacità di valutazione».

ti nel periodo estivo. Fondamentale quando si parla di DSA è riuscire a fare una diagnosi precoce per riconoscere il problema e intervenire il prima possibile fornendo al bambino gli strumenti necessari per il suo apprendimento e per il suo benessere psicologico.

*Prof a. c. Luca Bernardo Direttore del Dipartimento Medicina dell'infanzia e dell'età evolutiva **ASST Fatebenefratelli Sacco**

del 27 Luglio 2019 **Libero** QUOTIDIANO MILANO estratto da pag. 14

PILLOLE DI SALUTE

Come aiutare i figli con Dsa

LUCA BERNARDO*

del 31 Agosto 2019 **eHealth** estratto da pag. 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

Health Technology Assessment dei backbone nel trattamento dell'HIV

Elisabetta Garagiola, *LIUC-Università Cattaneo, Castellanza*
 Emanuela Foglia, *LIUC-Università Cattaneo, Castellanza*
 Lucrezia Ferrario, *LIUC-Università Cattaneo, Castellanza*
 Giovanni Cenderello, *Ospedale Galliera, Genova*
 Antonio Di Biagio, *IHCOS San Martino, Genova*

Barbara Menzaghi, *ASST Valle Olona, Busto Arsizio*
 Giuliano Rizzardini, *ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*
 Davide Croce, *LIUC-Università Cattaneo, Castellanza, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa*

LO STUDIO FIRMATO DA BUZZI E BICOCCA

Ecco perché le carezze fanno stare meglio i neonati prematuri

questo mezzo di trasporto.

Diciamo Gerusalemme e pensiamo alle mamme che partoriscono e ai piccoli pazienti che hanno bisogno di cure. La prima cosa che vediamo quando, dal sottosuolo, usciamo alla luce del sole sono le mura esterne, coloratissime, dell'ospedale dei bambini Vittore Buzzi che esiste a Milano dalla fine dell'Ottocento. Una bambina che sorride, una colomba (di pace), tanto arancione e altre tonalità calde. Nell'atrio del Buzzi delle bambine in carne e ossa, non disegnate, giocano, saltano. La loro madre ha l'aria stanca ma, ogni volta che le figlie si girano verso di lei, cambia espressione, nasconde le preoccupazioni. «Qui è tutto umano», ci dice la donna. Ogni sera ci so-

no volontari che leggono le storie della buonanotte ai bambini ricoverati. Il reparto di Radiologia è decorato come un acquario, con le pareti blu e i pesci. In Ortopedia ci sono maghi e fate. Neurologia è un bosco. E i parenti dei giovanissimi degenti possono essere ospitati gratuitamente in quattro appartamenti, non distanti dall'ospedale.

Così, oggi, capiamo come la Lilla possa essere davvero una metafora di Milano. I grandi eventi, allo stadio e all'ippodromo. Lo shopping, con due centri commerciali. I monumenti e le attrazioni turistiche. E due valori fondamentali per una città che non è e non vuole essere solo "da bere": la cura della persona e l'accoglienza.

Perché si può sviluppare la depressione?

«La depressione non è una condizione unica e omogenea. Esistono diverse forme nelle quali fattori biologici, psicologici e sociali intervengono in modo differente — spiega il professor Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di salute mentale e neuroscienze dell'Asst Fatebenefratelli Sacco di Milano —. Sono quindi più d'uno gli ambiti da tenere in considerazione. Esiste una predisposizione genetica ma è importante anche ciò che ci accade nella vita, già a partire dall'epoca fetale, e quindi, in senso lato, l'ambiente».

del 30 Agosto 2019

settegiorni

estratto da pag. 35

OSPEDALE Andrea Gregori andrà a dirigere le unità del Sacco e del Fatebenefratelli Garbagnate perde il primario di Urologia

CI SARA un murale coloratissimo a dare il benvenuto ai piccoli pazienti che varcheranno la soglia degli ambulatori di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Uonpia) nuovi di zecca. Nuovi, perché è in vista il trasferimento da via Betti 189 a via Cilea 146, sempre al quartiere Gallarate, alla periferia nord ovest, in una sede che durante l'estate verrà trasformata realizzando ambienti più confortevoli. L'annuncio è

arrivato mercoledì sera, nell'audizione del direttore generale dell'Asst Fatebenefratelli-Sacco Alessandro Visconti. «Il nuovo presidio — dice il presidente del Municipio 8 Simone Zambelli — aprirà accanto al Centro diurno disabili comunale. Un altro pezzo della periferia viene restituito alla città sotto forma di servizi».

TUTTO SARA pronto per settembre, quando avverrà il trasferimento in via Cilea

Il parere dell'esperto

«Il consumo di frutta e verdura — sottolinea la Lisa Mariotti, nutrizionista pediatrica dipartimento medicina dell'infanzia e dell'età evolutiva Asst Fatebenefratelli-Sacco di Milano, consulente nutrizionista Sipps — andrebbe incentivato soprattutto nei bambini e negli adolescenti, anche per arginare l'epidemia di obesità che minaccia di trasformare i prossimi decenni in un'emergenza di salute pubblica. La presenza della frutta nell'alimentazione del bambino è importante fin dal momento dello svezzamento, dal punto di vista sia nutrizionale sia educativo, per abituare il bebè ad un'ampia gamma di sapori».

del 19 Settembre 2019

CORRIERE DELLA SERA

Quotidiano Milano

estratto da pag. 35

SALUTE

«Mi hanno salvato la vita: grazie»

Il 4 settembre ho avuto un infarto, adesso ho due stent, coronarie libere e in fondo mi è andata bene. All'ospedale Luigi Sacco di Milano mi hanno ridato la vita e così lo fanno ogni giorno dell'anno. È una bella storia di medici, assistenti, infermieri, tutti. Ho incontrato persone fantastiche: hanno visto il mio sguardo terrorizzato e mi hanno tirato fuori dal tunnel. Vi scrivo per non dimenticare e per ringraziare la fortuna e i suoi angeli.

Francesco Buccellato

del 22 Settembre 2019

Milano
IL GIORNO
QUOTIDIANO ED LOCALE MILANO

estratto da pag. 26

LA FOTO DEL GIORNO



MILANO, Giochi, trucchi, palloncini e molto altro ancora. È stata come sempre un successo la festa "Un ospedale per Amico", organizzata ieri dall'ospedale per bambini Vittore Buzzi

L'ESPERTO LO PSICHIATRA MENCACCI: CRESCENDO PERICOLOSO

«Da zero a cento in un istante Così si scatena la furia cieca»

nostre pressioni», suggerisce **Francesca Maisano, psicoterapeuta dell'età evolutiva** presso l'Ospedale **ASST Fatebenefratelli Sacco** di Milano. «Accorgersi che il proprio figlio è bravo ed essere orgogliosi di lui è normale, è molto gratificante. A volte, però, magari senza accorgersi, il genitore finisce col proiettare sul bambino un carico di aspettative troppo pesante. Ricordo il caso di un ragazzino che giocava a basket a livello agonistico e che a un certo punto ha cominciato a non avere più prestazioni eccellenti. Era angosciatissimo, ha iniziato a manifestare malessere e a soffrire di attacchi di panico, continuava a dire "Non sono più capace". L'allenatore e il papà erano molto esigenti e questo, anziché favorirlo, lo aveva portato a un blocco. Abbiamo lavorato insieme per fargli capire che 'bravo' non significa

'perfetto'. Tutti possono sbagliare, anche per un periodo. E piano piano, facendogli esprimere quello che sentiva, anche la rabbia accumulata dentro, questo blocco emotivo, ha cominciato a sciogliersi».

Quando è il caso di chiedere aiuto

➤ **A volte la mancanza di autostima è così marcata da richiedere il supporto di un esperto.** Quali sono i campanelli d'allarme per il genitore? «Se il bambino o il ragazzo tende a isolarsi, se piange senza motivo, se ha difficoltà ad addormentarsi o, al contrario, tende a dormire troppo, se dalle sue parole cogliamo un senso di perdita di speranza ("Non sarò mai capace", "Non ce la farò mai a fare questa cosa") tutti questi sono segnali che la situazione richiede un'attenzione in più», conclude Maisano.

Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di neuroscienze **dell'ospedale Fatebenefratelli** di Milano, parlando della violenza che ci sta corrodendo ha spiegato: «La nostra società ha praticamente censurato i concetti di finitezza e morte da un lato, e di crudeltà e male dall'altro». E non è finita qui: «La violenza è una spirale che si autoalimenta».

(a.g.) - «Fabio Franzetti è senza dubbio il migliore - garantisce il direttore sanitario dell'Asst, Paola Giuliani (foto Blitz), che faceva parte della commissione che lo ha scelto - Siamo lieti di accoglierlo per sviluppare uno dei reparti cardine della nostra azienda. Il controllo delle malattie infettive è una sfida e qui abbiamo una équipe esperta».



Giuliani punta anche a sinergie più solide con il reparto Malattie Infettive **dell'ospedale Sacco** dove i letti sono ben 85: «Giuliano Rizzardini, un tempo attivo a Busto Arsizio, è primario nel centro specializzato di Milano, vogliamo avviare una collaborazione che garantisca una costante crescita. Gli ospedali si devono sostenere tra loro». Per Franzetti, «quello bustese ha pochi pari in Lombardia. In termini quantitativi il livello è alto e, vista la professionalità dei colleghi, credo sia così anche in senso qualitativo. Sarà difficile pensare margini di miglioramento, lavoreremo sia sulla cura sia sulla prevenzione, necessaria per diverse fasce di età».

sul web. Sono tantissimi gli account, con contenuti che istigano a condotte autolesive. I ragazzi raccontano i modi e condividono tagli e cicatrici. È importante che gli adulti vigilino e osservino il dolore, senza aggredire o accusare. Bisogna essere accoglienti e rivolgersi ai centri specializzati. I ragazzi devono sentire che gli adulti ci sono, pronti ad aiutarli.

*** Direttore del Dipart. Medicina dell'infanzia e dell'età evolutiva ASST Fatebenefratelli Sacco**

Depressione

Non è normale tristezza, bensì una vera malattia

Secondo alcune stime la depressione colpisce, almeno una volta nella vita, da una persona su cinque a una su tre, con una predilezione per le donne. I casi sono in crescita in tutto il mondo e diverse proiezioni dicono che nel 2030 potrebbe diventare la malattia cronica più diffusa, togliendo il primato ai disturbi cardiovascolari.

Esiste una predisposizione individuale a svilupparla, sulla quale agiscono eventi della vita che ne favoriscono l'insorgenza. Oggi però ci sono terapie efficaci per combatterla e vincerla

tia vera e propria in cui si modifica il modo di funzionare e di percepire se stessi e il mondo circostante. La persona depressa perde il piacere dell'esistenza, perde interesse e spinta vitale, ha l'umore a terra tutto il giorno, tutti i giorni, non sa come andare avanti. Al malessere generale, si accompagnano tanti altri disturbi: si va dalla perdita di peso, senza essersi messi a dieta, oppure, al contrario, anche al suo significativo aumento; dall'insonnia al



Claudio Mencacci



VIA CILEA
 Ambulatori
 nuovi e colorati
 per i piccoli

-MILANO-

Pillole di salute

“Vulva e vagina sono sinonimi”

E un errore diffuso. «Chiamare vagina la vulva, ossia indicare i genitali esterni col nome dell'organo interno, contribuisce a creare confusione», spiega Filippo Murina, responsabile del servizio di Patologia del tratto genitale inferiore dell'ospedale **Buzzi** - Università degli Studi di Milano. «La vulva è l'insieme degli organi genitali esterni: è costituita dalle grandi e piccole labbra che si uniscono nel cappuccio del clitoride, dal vestibolo vulvare, dall'orifizio uretrale e da quello vaginale. L'igiene della vulva, comunque, è un fattore di salute anche per la vagina».

Autolesionismo,
è allarme
tra i ragazzi

anni. È emerso che l'80% di loro ha vissuto un disagio psichico e trova apparentemente sollievo dal mentale al fisico e che ritor-

“Oltre che della encefalite da Tbev (tickborne encephalitis virus) le zecche possono fungere da vettore di numerose altre malattie infettive causate da agenti molto diversi tra loro. In Italia le più importanti sono la Borreliosi di Lyme, causata da Borrelia burgdorferi, una spirocheta, la febbre bottonosa mediterranea, causata da Rickettsia conorii, la febbre Q, causata da Coxiella burnetii (che viene più spesso contratta per via inalatoria)” aggiunge **Galli** che è anche direttore della divisione universitaria di malattie infettive dell'**Ospedale Sacco** di Milano.

GLI SPECIALISTI RISPONDONO



Professor Alberto Villani, responsabile Pediatria generale all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, presidente Società italiana di pediatria; risponde a domande sulle vaccinazioni.

Dottor Claudio Ivan Brambilla, professore alla Scuola di ostetricia dell'Università statale di Milano; risponde a dubbi su ginecologia, contraccezione, fertilità, gravidanza, post parto.

Professor Francesco Peverini, direttore scientifico della Fondazione per la ricerca e la cura dei disturbi del sonno, Onlus; risponde a dubbi e domande sul sonno e i suoi disturbi.

Dottor Leo Venturelli, pediatra di base, responsabile educazione alla salute Sipi (Società italiana pediatria preventiva e sociale); risponde a domande su malattie e cure del bambino.

Dottor Luca Rossetti, direttore Clinica oculistica Università di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo; risponde alle domande su occhi e vista di bimbi e adulti.

Dottor Filippo Murina, ginecologo, esperto in patologie della vulva, Ospedale V. Buzzi di Milano; direttore scientifico Associazione italiana vulvodinia onlus.

Dottorssa Paola Rolando, pedagogista specializzata in difficoltà di apprendimento e alfabetizzazione razionale-emotiva.

Iscriviti subito alla newsletter!
Riceverai ogni settimana una mail personalizzata, ricca di notizie e di consigli dei nostri esperti. Più 6 MESI OMAGGIO di abbonamento digitale alla nostra rivista.

Pillole di salute

Quanta acqua ci vuole per far crescere bene i nostri bambini

effetti negativi. D'altro ca bambino, nella fase delicat

È molto difficile stabilire un valore univoco per quantificare il corretto consumo di acqua. Tuttavia si possono dare delle raccomandazioni, conclude la dottorssa Mariotti, per garantire una buona idratazione. Secondo le tabelle LARN una assunzione adeguata è per i lattanti (0-6 mesi) 0,7 litri/giorno, lattanti (6-12 mesi) 800 ml/die, bambini e adolescenti (1-3 anni) 1200 ml/die, (4-6 anni) 1600 ml/die, (7-10 anni) 1800 ml/die, (11-14 anni) 1900-2100 ml/die, (15-17 anni) 2000-2500 ml/die.

Importante è considerare che tutti questi dati vengono influenzati dall'esercizio fisico, attività fondamentale per un buono sviluppo. In caso di attività fisica l'introduzione di acqua può addirittura raddoppiare.

* Dir. Dip. Medicina dell'infanzia e dell'età evolutiva **ASST Fatebenefratelli Sacco**

Pillole di salute

La malattia di chiudersi in camera col pc

LUCA BERNARDO*

ni, senza avere alcun tipo di contatto e relazione con il mon- quantano più la scuola e si ritirano, posso presentare alle

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

CONVEGNO

PREVENIRE IL SUICIDIO

Giornata Mondiale per la Salute Mentale

La Giornata Mondiale per la Salute Mentale del 10 ottobre nel 2019 sarà dedicata alla prevenzione del suicidio. Durante il convegno saranno affrontate le tematiche e le azioni possibili per prevenire gli atti anti conservativi, con particolare attenzione alle fasce giovanili.

Programma

Saluti istituzionali [L. Castellani]

Apertura dei lavori [C. Mencacci]

Prima sessione [G. Cerveri, M. Percudani]

Prevalenza e correlati clinici dei comportamenti

suicidari nei disturbi affettivi. B. Dell'Osso

Atti anticonservativi negli adolescenti e giovani

adulti e nuove tecnologie. G. Migliarese

Seconda sessione [G. Biffi, F. Durbano]

La prevenzione del suicidio. M. Pompili

Abuso di sostanze e suicidio. M. Clerici

Discussione [C. Mencacci]

QUANDO

Mercoledì 9 Ottobre 2019

dalle ore 9.00 alle 13.00

DOVE

Auditorium Lattuada

Corso P.ta Vigentina 15 Milano

RELATORI

Massimo Clerici, Professore Ordinario di Psichiatria, Direttore DSMD, ASST Monza

Bernardo Dell'Osso, Professore Associato di Psichiatria, UOC psichiatria 2, ASST FbF-Sacco

Giovanni Migliarese, Responsabile UOS Psichiatria 1 ASSTFBF-Sacco

Maurizio Pompili, Professore Ordinario di Psichiatria, Università la Sapienza, Roma

DISCUSSANT

Lucia Castellani, Direttore Socio-Sanitario ASST FbF-Sacco

Giuseppe Biffi, Direttore DSMD, ASST Santi Paolo-Carlo

Giancarlo Cerveri, Direttore DSMD, ASST Lodi

Federico Durbano, Direttore UOC Psichiatria 34, ASST Melegnano-Martesana

Claudio Mencacci, Direttore DSMD, ASST FbF-Sacco

Mauro Percudani, Direttore DSMD, ASST Niguarda Ca' Granda



DSM E NEUROSCIENZE
 Dipartimento Salute Mentale
 Regione Lombardia
 ASST FATEBENEFRATELLI SAGCO



2019



MILANO - 10 OTTOBRE 2019

Giornata Mondiale Della Salute Mentale

ATTACCATI AL TRAM DELLA SALUTE MENTALE!

Diretta Radiofonica Itinerante
 "Dammi La mano, Ci Peserà di Meno..."



Sali sul tram della salute mentale...



...riceverai la maglietta 2019!

in diretta su **Shareradio.it**

ci potrai trovare nelle seguenti soste di "caricamento":
14.45 P.za Fontana - **15.30** P.za della Repubblica - **16.45** P.za Castello
 e si potrà salire (prenotandosi) anche lungo il percorso!
 la salita è gratuita

il Tram chiuderà il proprio percorso
 presso i Giardini Balzen di Porta Vigentina 15/a
 all'interno dell'iniziativa "Ohi Vita! Ohi Vita Mia !!!"

contattaci a: rarieventi@tiscali.it - tel. 02 63632796

in convenzione con il Comune di Milano - Direzione Politiche Sociali



Comune di Milano

17 OTTOBRE 2019 dalle ore 8:30 | Regione Lombardia, Palazzo Pirelli - Sala Gaber

LA GESTIONE DEL DOLORE E DEL FINE VITA: percorsi di umanizzazione delle cure nella presa in carico della persona

PROGRAMMA

- 8.30 - 9.00 Registrazione partecipanti
- 9.00 - 9.15 **Saluti istituzionali e introduzione**
Giulio Gallera, *Assessore Welfare Regione Lombardia*
Walter Bergamaschi, *Direttore Generale ATS Milano Città Metropolitana*
Rossana Angela Giove, *Direttore Socio Sanitario ATS Milano Città Metropolitana*
- Prima sessione**
Moderatore: Nadia Rossella Da Re
-
- 9.15 - 9.30 **Le Cure Palliative in Regione Lombardia: attualità e prospettive future**
Regione Lombardia
- 9.30 - 9.40 **L'offerta territoriale di Cure Palliative in ATS**
Angelamaria Sibilano
- 9.40 - 10.10 **Un modello di governance clinica dei percorsi di cura per la gestione della cronicità complessa, avanzata e con bisogni di Cure Palliative**
Gianlorenzo Scaccabarozzi
- 10.10 - 10.30 **Strumenti di valutazione del bisogno e della complessità in Cure Palliative**
Gianpaolo Fortini
- 10.30 - 10.50 **Le Cure Palliative precoci**
Augusto Caraceni
- 10.50 - 11.05 **Pausa**
- 11.05 - 11.25 **Il modello organizzativo della rete locale di cure palliative in Regione Lombardia**
Luca Moroni
- 11.25 - 11.45 **Gli aspetti relazionali nella presa in carico**
Ambrogio Colombo
- 11.45 - 13.00 **Sviluppo Rete Locale di Cure Palliative: stato dell'arte in ATS**
Le nuove tecnologie, Cure Palliative e telemedicina: l'esperienza della Rete Locale di Cure Palliative Milano Ovest
Katia Albo, Gabriella Farina, Michele Sofia, Diego Taveggia
- 13.00 - 14.00 **Pausa pranzo**
- Seconda sessione**
Moderatore: Antonio Colaianni
-
- 14.00 - 14.20 **Percorso formativo regionale**
Furio Zucco
- 14.20 - 15.40 **Tavola Rotonda: Umanizzazione delle cure**
Fabrizio Giunco, Giada Lonati, Paolo Notaro, Christian Lunetta
- 15.40 - 16.00 **Sintesi dei contenuti e riflessioni finali**
Nadia Rossella Da Re

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

www.asst-fbf-sacco.it



OSPEDALE MACEDONIO MELLONI

Via Macedonio Melloni, 52
20129 Milano

OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO

Piazzale Principessa Clotilde, 3
20121 Milano

OSPEDALE DEI BAMBINI "VITTORE BUZZI"

Via Castelvetro, 32
20154 Milano

OSPEDALE LUIGI SACCO POLO UNIVERSITARIO

Via G.B Grassi, 74
20157 Milano

Per partecipare ai prossimi numeri invia le tue proposte a
comunicazione@asst-fbf-sacco.it

Visita il sito
www.asst-fbf-sacco.it

IL MAG@ZINE

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

www.asst-fbf-sacco.it

Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario

Via G.B Grassi, 74

20157 Milano

Tel. 02 3904.1

Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi

Via Castelvetro, 32

20154 Milano

Tel. 02 5799.1

Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico

Piazzale Principessa Clotilde, 3

20121 Milano

Tel. 02 6363.1

Ospedale Macedonio Melloni

Via Macedonio Melloni, 52

20129 Milano

Tel. 02 6363.1