

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Via Vittorio Veneto, 174 – 34170 Gorizia
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
Cod.Fic.:01162270316 - Part.I.V.A.:01162270316

SOC CHIRURGIA UNICA INTEROSPEDALIERA GORIZIA - MONFALCONE
Responsabile: Prof. Alessandro Balani

CHIRURGIA BARIATRICA

Interventi per il trattamento dell'obesità e delle malattie metaboliche

S.C. di Chirurgia Generale, Gorizia e Monfalcone

Direttore: Prof. Alessandro Balani

S.S. Obesity Unit, Gorizia

Centro di Eccellenza S.I.C.Ob - Società Italiana Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche-

Responsabile: Dr Carlo Nagliati

chirurgia.obesita.gorizia@asugi.sanita.fvg.it

<http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/>

Cos'è l'obesità?

L'**obesità** è una condizione patologica cronica, a genesi multifattoriale, caratterizzata da un eccesso di peso corporeo dovuto ad abnorme accumulo di tessuto adiposo nell'organismo, in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute, comportando l'insorgenza di numerose patologie associate.

Alimentazione eccessiva e ridotta attività fisica svolgono un ruolo decisivo. Il peso corporeo risulta dal bilancio tra introito calorico e spesa energetica.



Il criterio per valutare il sovrappeso o l'obesità si basa sull' **Indice di Massa Corporea** , o **BMI (Body Mass Index)**.

$$\text{BMI: Kg/m}^2 = \text{peso/altezza}^2$$

E' presente sovrappeso quando questo valore è compreso tra 25 e 30, oppure obesità di I grado se tra 30 e 35, di II grado tra 35 e 40 o di obesità patologica quando l'indice di massa corporea è superiore a 40.

Quando è indicata la chirurgia dell'obesità?

La chirurgia bariatrica non è indicata in tutti i soggetti obesi indistintamente ma in casi selezionati e solo dopo che le terapie dietetiche e mediche non abbiano dato i risultati sperati.

Quali sono i requisiti per essere candidabile a chirurgia bariatrica?

- età compresa fra 18 e 70 anni (o in base all'età "biologica")
- BMI maggiore o uguale a 40 kg/m²
- BMI superiore a 35 se associato a una o più malattie correlate dell'obesità (diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, iperlipidemie, artropatie da carico, apnee del sonno, etc.)
- BMI superiore a 30 se diabete mellito tipo II mal compensato
- Precedenti tentativi di perdita di peso
- Assenza di malattie che causino sovrappeso (squilibri ormonali documentati)
- Disponibilità ad affrontare un percorso post-chirurgico e ad attenersi a prescrizioni alimentari, comportamentali e farmacologiche a lungo termine
- Non controindicazioni assolute alla chirurgia o all'anestesia
- Assenza di abuso di sostanze

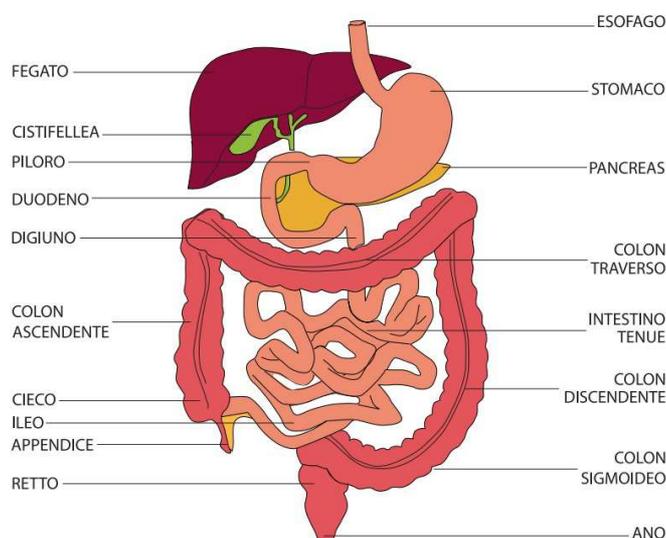
Come prepararsi all'intervento

La scelta di mettersi nelle mani del chirurgo non è mai facile, anche se chi soffre di obesità sa bene che questa condizione rappresenta **un serio pericolo per la salute**. Eppure ci sono tante buone ragioni per affrontare un intervento bariatrico, ed è metodo più efficace per ottenere **una perdita di peso significativa e duratura**, che si ripercuote positivamente sullo stato di salute, quando tutte le altre terapie sono fallite.

In ogni caso, la persona obesa non prende mai questa decisione da sola: in ogni singola fase della sua lotta all'obesità viene sempre accompagnata da diverse figure professionali, in grado di stabilire di volta in volta il percorso terapeutico migliore e personalizzato.

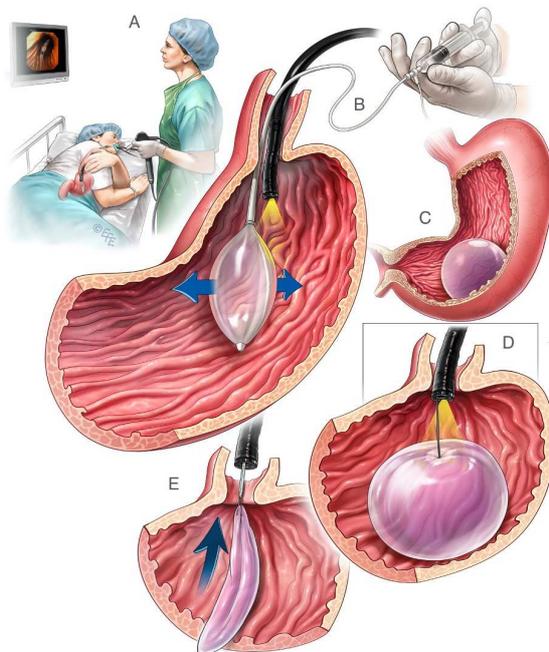
Un'équipe multidisciplinare specializzata, dove collaborano numerosi specialisti accomunati da **grande esperienza specifica in questo campo**, affianca il chirurgo bariatrico: dietista, psicologo e psichiatra, endocrinologo, internista, cardiologo, pneumologo, anestesista e fisiatra. Dopo un'accurata valutazione, è il team al completo a dare il via libera all'intervento, oppure a suggerire altri trattamenti poiché il paziente potrebbe non soddisfare i requisiti richiesti.

Il successo di un intervento di chirurgia bariatrica però non dipende esclusivamente dalla valutazione da parte del team o dall'abilità del chirurgo, ma soprattutto dalla **collaborazione** diretta del paziente, cioè dalla sua motivazione, quella che lo aiuterà a mantenere i risultati ottenuti per tutta la vita.



Palloncino intragastrico

Il palloncino intragastrico è un dispositivo temporaneo in materiale biocompatibile che viene posizionato per via endoscopica nello stomaco che determina un parziale riempimento gastrico provocando un senso di sazietà.



Indicazioni:

- Preoperatorio: in caso di BMI molto elevato, per ridurre il rischio anestesologico e chirurgico
- Trattamento non chirurgico: in caso selezionati di obesità -anche con BMI inferiore alle indicazioni chirurgiche- che necessitino un calo ponderale per motivazioni oggettive (ad esempio in attesa di intervento ortopedico, voluminose ernie addominali, etc)

Il **posizionamento** del palloncino intragastrico avviene per via endoscopica, mediante una gastroscopia, di norma in sedazione. La prima fase della procedura prevede un'attenta indagine endoscopica di esofago e stomaco. Esclusa la presenza di controindicazioni locali, il palloncino viene inserito vuoto nello stomaco e quindi riempito con soluzione salina o aria a seconda del modello impiegato.

La **rimozione** del palloncino intragastrico avviene sempre mediante una gastroscopia, in sedazione.

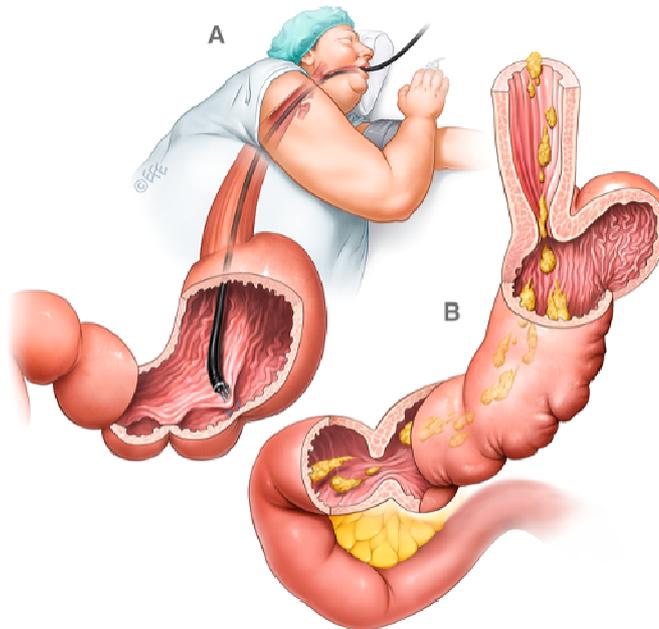
Tra le possibili **complicanze** derivanti dall'uso del pallone endogastrico vi sono: nausea, vomito, senso di pesantezza addominale, molto raramente pancreatite, lesioni gastriche fino all'ischemia o occlusione intestinale da migrazione del dispositivo.

Il periodo massimo di utilizzo per il palloncino intragastrico è di 6-12 mesi; il dispositivo va rimosso prima dello scadere di questo periodo.

Deve essere seguito da un programma di terapia dietetico/comportamentale.

EndoSleeve - POSE (plicatura gastrica endoscopica)

La **EndoSleeve Gastrectomy** (plicatura gastrica endoscopica) e la procedura **POSE** (**Primary Obesity Surgery Endoluminal**) consistono nella riduzione della capacità dello stomaco mediante il posizionamento di suture endoscopiche.



E' una tecnica endoscopica, eseguibile mediante un particolare **gastroscopia**.

Indicazioni:

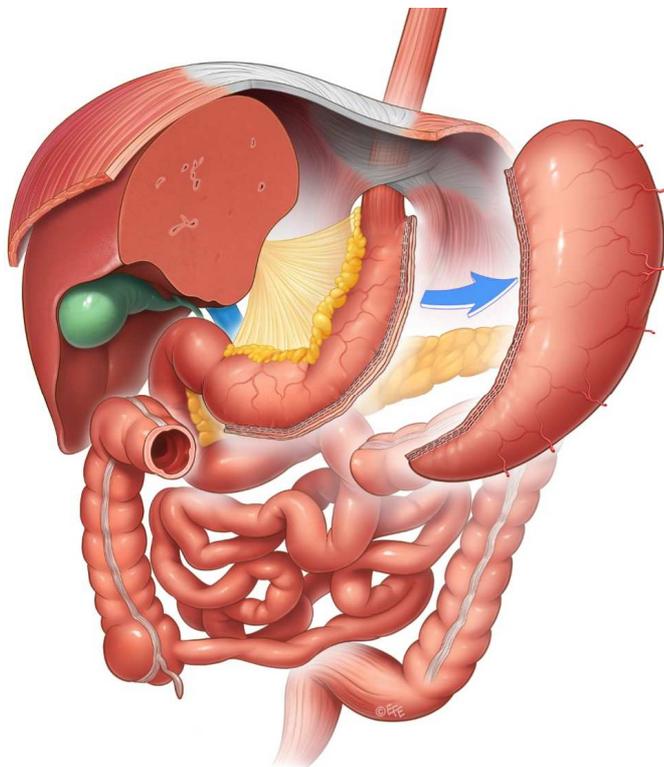
- in caso di BMI compreso fra 30 e 35, in presenza di malattie associate e forte motivazione al dimagrimento
- trattamento non chirurgico in caso di BMI superiori per non candidabilità all'intervento o rifiuto a procedere da parte del paziente

Non rimuove segmenti gastrointestinali e non altera la continuità del tratto digestivo, ma modifica la fisiologia gastrica riducendo la capacità e di conseguenza la quantità di cibo introdotta. Le possibili complicanze (<2%) riguardano sintomi da *food-intolerance* (nausea, senso di vomito) o secondarie alla procedura (ulcere, sanguinamento, perforazione gastrica).

E' **permanente** (le suture applicate sullo stomaco non si riassorbono e mantengono a lungo termine la plicatura eseguita). La funzione digestiva non viene alterata in modo significativo, ma l'anatomia gastrica sarà modificata in modo permanente.

Sleeve Gastrectomy

La **Sleeve Gastrectomy** (gastrectomia verticale parziale) è un intervento che consiste nella resezione dell'80-90% dello stomaco. L'obiettivo è far sorgere un precoce senso di sazietà e in modo da introdurre una minore quantità di cibo.



È una tecnica chirurgica, eseguibile per via **laparoscopica**. Garantisce in genere un buon calo di peso anche a distanza di tempo.

Altera in modo molto contenuto la fisiologia del sistema digerente, causando una ridotta insorgenza di **carenze nutrizionali** a lungo termine (inferiore rispetto ad altri interventi). Ha una bassa incidenza di **complicanze** operatorie (circa 1-2%). Può causare insorgenza o peggioramento del reflusso gastroesofageo.

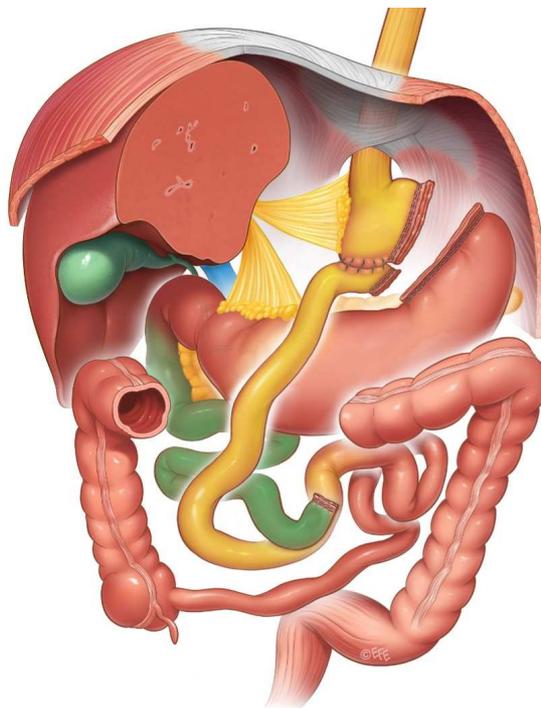
Può associarsi ad un **secondo intervento** ("second-step" malassorbitivo) quando il calo di peso ottenuto non sia soddisfacente o in caso di severa intolleranza.

È **irreversibile** (la funzione digestiva non viene alterata in modo significativo, ma l'anatomia gastrica sarà modificata in modo permanente).

Una possibile complicanza tardiva è rappresentata dalla dilatazione dello stomaco con ripresa ponderale, soprattutto se il paziente non rispetta le regole dietetiche e comportamentali.

Bypass Gastrico

Il bypass gastrico è un intervento di tipo misto che abbina una restrizione gastrica ad una minima riduzione dell'assorbimento di nutrienti. Anche in questo caso insorge un precoce senso di sazietà e si introduce una minore quantità di cibo.



E' una tecnica chirurgica, eseguibile per via **laparoscopica**. Garantisce in genere un buon calo di peso anche a distanza di tempo.

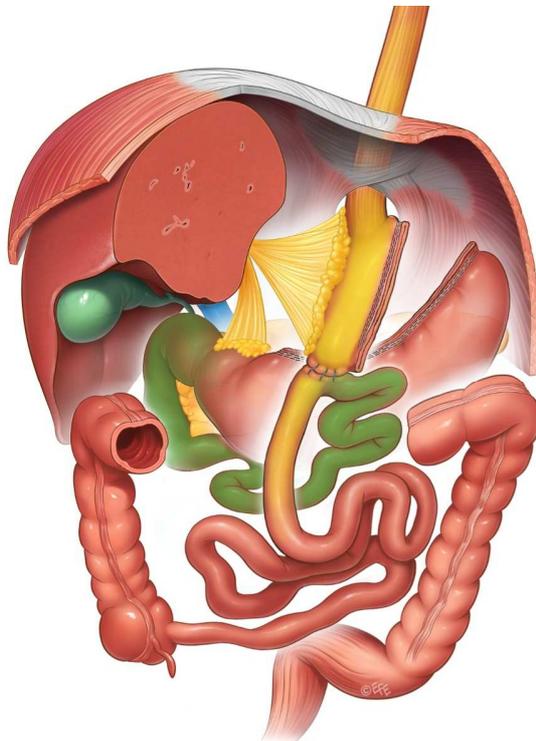
Il bypass gastrico riduce di molto la quantità di cibo introdotta, mediante la riduzione della capacità dello stomaco e il rimaneggiamento del transito intestinale, causando un riequilibrio degli **ormoni gastroenterici** ed inducendo un precoce senso di sazietà. Può essere causa di **carenze** di oligoelementi, se non integrati.

Non viene **rimossa** alcuna porzione dello stomaco né dell'intestino. Una volta eseguito, però, non consente più di esplorare con le metodiche endoscopiche lo stomaco, il duodeno e le vie biliari. La maggior parte delle **malattie associate** all'obesità (in particolare diabete, ipertensione, apnee del sonno) migliorano o guariscono dopo l'intervento chirurgico. É curativo in caso di presenza di reflusso gastroesofageo.

Ha una bassa incidenza di **complicanze** operatorie (circa 1-2%). Nel lungo periodo, soprattutto se il paziente non segue un regolare follow up, può causare anemia, osteoporosi, intolleranza all'assunzione di alcuni cibi soprattutto liquidi altamente zuccherati e quadri da ipoglicemia reattiva.

Mini Bypass-OAGB (bypass gastrico a singola anastomosi)

Il mini-bypass gastrico - OAGB (*One Anastomosis Gastric Bypass*) è un intervento di tipo misto che abbina una restrizione gastrica ad una riduzione dell'assorbimento di nutrienti.



È una tecnica chirurgica, eseguibile per via **laparoscopica**.

Garantisce buoni risultati, in particolare può essere indicata come "second-step" dopo bendaggio gastrico o sleeve gastrectomy in caso di insufficiente calo di peso o recupero ponderale a distanza di anni dall'intervento.

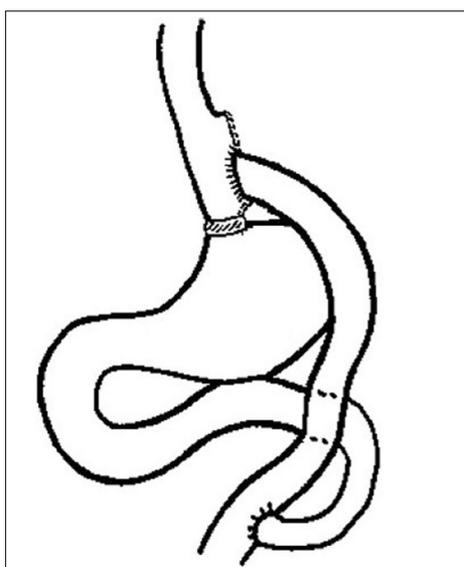
Il mini-bypass gastrico, oltre a ridurre la capacità dello stomaco, modifica l'assorbimento dei cibi e favorisce anch'esso il riequilibrio degli **ormoni gastroenterici**. La componente malassorbitiva può essere causa di sintomatologia gastrointestinale (diarrea, feci oleose, aumento della frequenza dell'alvo) e di **carenze** di oligoelementi, se non integrati.

Non viene **rimossa** alcuna porzione dello stomaco né dell'intestino. Una volta eseguito, però, non consente più di esplorare con le metodiche endoscopiche parte dello stomaco, il duodeno e le vie biliari. La maggior parte delle **malattie associate** all'obesità (in particolare diabete, ipertensione, apnee del sonno) migliorano o guariscono dopo l'intervento chirurgico.

Ha una bassa incidenza di **complicanze** operatorie (circa 1-2%). Può essere causa di **reflusso** gastroesofageo (circa il 3%) di tipo biliare, talvolta poco responsivo ai farmaci. Nel lungo periodo, soprattutto se il paziente non segue un regolare follow up, può causare anemia, osteoporosi, ulcere gastro-intestinali.

Bypass Funzionale (con esplorabilità dello stomaco)

Il bypass gastrico funzionale con fundectomia ed esplorabilità dello stomaco residuo sec. Zappa-Lesti è una modifica del tradizionale bypass gastrico. Consente di ottenere un risultato funzionalmente similare mantenendo la possibilità di esplorazione endoscopica dello stomaco escluso.



È una tecnica chirurgica, eseguibile per via **laparoscopica**.

Questa variante del bypass gastrico prevede la resezione di parte dello stomaco (fondo gastrico) ed il posizionamento di una benderella in materiale biocompatibile attorno allo stomaco residuo, che viene quindi collegato all'intestino come nella variante tradizionale.

Parimenti al bypass gastrico classico, si determina una riduzione della quantità di cibo introdotta, mediante la riduzione della capacità dello stomaco e il rimaneggiamento del transito intestinale, causando un riequilibrio degli **ormoni gastroenterici** ed inducendo un precoce senso di sazietà. Può essere causa di **carenze** di oligoelementi, se non integrati.

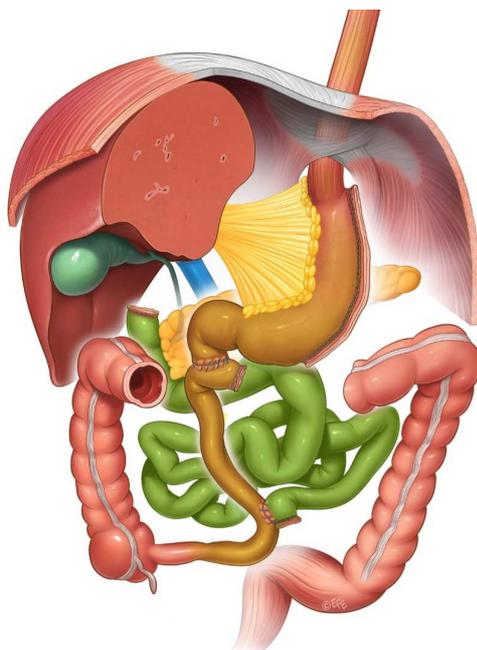
Viene **rimossa** una modesta porzione dello stomaco. La benderella consente un accesso "calibrato", permettendo l'eventuale passaggio di uno endoscopio (esplorabilità di stomaco, duodeno vie biliari) ma ostacolando un transito significativo di alimenti.

I vantaggi metabolici attesi sulle **malattie associate** all'obesità sono simili rispetto alla variante tradizionale.

Ha una bassa incidenza di **complicanze** operatorie. Nel lungo periodo può causare carenze come nel bypass classico, o complicanze legate alla benderella.

SADI's (Single Anastomosis Duodeno-Ileal surgery)

La SADI's è un intervento di tipo misto che abbina una modesta restrizione gastrica ad una marcata riduzione dell'assorbimento di nutrienti, calibrando la lunghezza dell'intestino deputato al transito degli alimenti e dei succhi digestivi.



È una tecnica chirurgica, eseguibile per via **laparoscopica**.

Garantisce buoni risultati, in particolare può essere indicata come "second-step" dopo bendaggio gastrico o sleeve gastrectomy in caso di insufficiente calo di peso o recupero ponderale a distanza di anni dall'intervento.

Alla riduzione gastrica (tipo sleeve gastrectomy) associa la derivazione intestinale del cibo "a singola anastomosi" preservando il piloro, valvola che regola il flusso del cibo dallo stomaco all'intestino.

Viene ridotta la quantità di cibo introdotta, e si determina un riequilibrio degli **ormoni gastroenterici** inducendo un precoce senso di sazietà. La componente malassorbitiva può essere causa di sintomatologia gastrointestinale (diarrea, feci oleose, aumento della frequenza dell'alvo) e di **carenze** di oligoelementi, se non integrati.

È **irreversibile** (l'anatomia gastrica sarà modificata in modo permanente). Una volta eseguito non consente più di esplorare con le metodiche endoscopiche il duodeno e le vie biliari. La maggior parte delle **malattie associate** all'obesità (in particolare diabete, ipertensione, apnee del sonno) migliorano o guariscono dopo l'intervento chirurgico.

Ha una bassa incidenza di **complicanze** operatorie. Nel lungo periodo, soprattutto se il paziente non segue un regolare follow up, può causare carenze nutrizionali e reflusso gastroesofageo.

Percorso chirurgico

Il percorso verso la chirurgia dell'obesità prevede diversi accessi presso il nostro Centro Bariatrico, al fine di effettuare una serie di visite mediche che permettano di confermare l'indicazione all'intervento chirurgico.

La prima tappa di questo percorso prevede l'esecuzione di **visita chirurgica** presso l'ambulatorio bariatrico (piastra Ambulatoriale, Osp. di Monfalcone - 2 piano Chirurgia, Osp. di Gorizia) con impegnativa del Medico di Medicina Generale, previo appuntamento (0481-487739 -592093, chirurgia.obesita.gorizia@asugi.sanita.fvg.it).

Verranno prescritti dei colloqui specialistici fondamentali per i quali le saranno fornite le impegnative e gli appuntamenti necessari:

- **Dietista:** valutazione nutrizionale che include l'inquadramento pre- operatorio, l'educazione post- operatoria e il follow -up nutrizionale. Al paziente verrà richiesta l'elaborazione per 7 giorni di un diario alimentare che la dietista valuterà. Riceve presso la stanza la stanza 1 (Day Hospital, II p. Osp. di Gorizia).
- **Psicologa** : nel corso di due colloqui saranno valutati diversi aspetti psicologici (rapporto con il cibo, supporto familiare, etc) e verranno consegnati alcuni test specialistici. Riceve presso l'ambulatorio 13 (p. interrato, Osp. di Gorizia).
- **Pneumologo:** in alcuni casi, sulla base dei dati raccolti durante la visita chirurgica, può rendersi necessario un approfondimento dal punto di vista respiratorio.

Dopo questa prima tappa il **team multidisciplinare** si riunisce per confermare l'indicazione all'intervento bariatrico.

Ottenuto il "nulla osta" il paziente verrà contattato per eseguire:

- **Esofagogastroduodenoscopia** (richiesta con impegnativa dal Chirurgo)
- **Polisonnografia** e/o prove di funzionalità respiratoria (richiesta con impegnativa del Pneumologo) se riscontrate significative anomalie del respiro

Al termine di questi accertamenti, il paziente sarà convocato dal chirurgo che riferirà l'esito delle prove, provvederà alla compilazione della cartella clinica e del consenso informato all'intervento. Verrà fissata la data dell'intervento, e presso il reparto di **Day Hospital** (2 p. Chirurgia - Osp. di Gorizia), verrà avviato il "pre-ricovero".

In questa fase verranno eseguiti gli ultimi accertamenti:

- prelievi ematici
- elettrocardiogramma
- radiografia del torace
- ecografia epatica
- visita anestesiologicala

La degenza

Paziente candidato ad intervento chirurgico

Il paziente si ricovera la mattina dell'intervento presso il bancone del **Reparto di Chirurgia** (2p. Chirurgia - Ospedale di Gorizia), digiuno ai solidi dalle 00:00. Prima di entrare in **sala operatoria** verrà preparato all'intervento indossando calze elastiche e gambali a compressione pneumatica (prevenzione della trombosi venosa).



A **fine intervento** verrà trasferito presso una saletta risveglio (*Recovery-Room*), e dopo circa 2 ore nuovamente nel reparto di Chirurgia. Talora, può rendersi necessario un periodo di osservazione presso il reparto di Terapia Intensiva (solitamente 24 ore), che il più delle volte viene concordato durante il periodo preoperatorio.

La degenza si svolgerà secondo le più moderne direttive previste dai **protocolli ERABS** (Enhanced Recovery After Surgery), per un maggior comfort del paziente e garantire l'ottimizzazione del ricovero.

Di norma, **non** verranno posizionati durante l'intervento sondino naso-gastrico, catetere vescicale o drenaggi addominali. In reparto, il paziente verrà immediatamente **mobilizzato**; dovrà cioè alzarsi e camminare autonomamente. Dopo qualche ora verrà invitato ad iniziare una **dieta liquida** (acqua, tè).

Il giorno dopo verranno sospesi tutti i farmaci endovenosi. La dietista lo educerà sulla **dieta solida postoperatoria** consegnando gli schemi da seguire a domicilio, gli darà alcuni consigli utili per affrontare i primi giorni di convalescenza e verrà fissato un appuntamento di controllo. A seconda delle condizioni generali viene concordata il rientro al domicilio, di norma **24-48 ore** dopo l'intervento.

Alla **dimissione** il paziente riceverà dal Medico e dall'Infermiere di reparto una lettera dove troverà lo schema degli integratori da assumere, i comportamenti da seguire, la terapia domiciliare e la data degli appuntamenti per i successivi controlli.

Paziente candidato al trattamento endoscopico

POSIZIONAMENTO di PALLONCINO / ENDOSLEEVE – procedura POSE

Ricovero la mattina stessa della procedura

PALLONCINO: L'endoscopista eseguirà la procedura in sedazione "cosciente", cioè uno stato intermedio tra veglia e sonno dove il paziente mantiene il contatto verbale e la collaborazione con l'operatore. Viene poi riportato in reparto e monitorato. Spesso, l'iniziale e protratto senso di nausea impone una fluidoterapia endovenosa per almeno 24 ore. Il paziente viene in seguito dimesso (il giorno seguente o quello dopo ancora a seconda dei casi) con i consigli nutrizionali e la data degli appuntamenti per i successivi controlli dietetici. L'appuntamento per la rimozione (a 6-12 mesi 9 verrà fornito dal personale della Gastroenterologia, da confermare in seguito contattando la Segreteria.

Endosleeve - POSE: La procedura è eseguita in Anestesia Generale previa ricovero il giorno stesso. Previa un breve periodo di osservazione presso una saletta risveglio (Recovery Room) il paziente viene riposrtato nel reparto di Chirurgia. La dietista lo educerà sulla dieta solida postoperatoria consegnando gli schemi da seguire a domicilio, gli darà alcuni consigli utili per affrontare i primi giorni di convalescenza e verrà fissato un appuntamento di controllo. A seconda delle condizioni generali viene concordata il rientro al domicilio, di norma 24 ore dopo la procedura. Alla dimissione il paziente riceverà dal Medico e dall'Infermiere di reparto una lettera dove troverà lo schema degli integratori da assumere, i comportamenti da seguire, la terapia domiciliare e la data degli appuntamenti per i successivi controlli.

RIMOZIONE di PALLONCINO

Ricovero la mattina stessa. Verrà accompagnato al servizio di Endoscopia e sottoposto alla rimozione del dispositivo mediante gastroscopia in sedazione cosciente.

Al termine verrà riportato in reparto e nel pomeriggio dimesso con le istruzioni necessarie.

I follow-up (controlli)

Dopo l'intervento saranno eseguiti controlli regolari presso l'ambulatorio bariatrico (2p. Chirurgia - Osp. di Gorizia) da parte del chirurgo, della psicologa e dalla dietista.

Il follow up bariatrico **chirurgico e dietistico** e viene pianificato a **1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi, 12 mesi**, e poi **ogni anno**. Di norma, sono previsti controlli *in presenza*.

Il primo controllo postoperatorio è fissato dopo **una settimana** per le eventuali medicazioni delle ferite.

Durante il regolare follow up il paziente verrà visitato, pesato per verificare i risultati dell'intervento, verranno visionati gli esami del sangue, controllate e corrette eventuali carenze nutrizionali.

La prosecuzione del percorso dopo l'intervento chirurgico è **fondamentale** per il raggiungimento dell'obiettivo.

Dal punto di vista **psicologico** il paziente potrà seguire un percorso postoperatorio parallelo, anche grazie a gruppi di terapia gestiti in collaborazione con il team bariatrico.

Il nostro Centro collabora con le **Associazioni di Pazienti operati**, con cui si invita a prendere contatti per condivisione di esperienze, confronto e supporto.

INFORMAZIONI UTILI

Gli accertamenti del prericovero, il ricovero e l'intervento bariatrico sono completamente a **carico del SSN**.

Le visite dietistica, psicologica, pneumologica, la gastroscopia, sono a tariffa ticket.

L'accesso alle visite specialistiche post operatorie, le integrazioni alimentari e gli accertamenti necessari durante il follow-up (esami ematochimici) che verranno prescritti saranno a carico del paziente oppure a tariffa ticket.

TEAM MULTIDISCIPLINARE

- **Alessandro Balani** (medico chirurgo, direttore unità operativa)
- **Carlo Nagliati** (medico chirurgo, responsabile *Obesity Unit*)
- **Damiano Pennisi** (medico chirurgo)
- **Giulio Del Zotto** (medico chirurgo)

- **Luigi Torricelli** (medico chirurgo/endoscopista)
- **Nicola Piacente** (medico anestesista)
- **Roberta Contin** (medico anestesista)
- **Francesca Gregoris** (dietista)
- **Gianluca Imperio** (dietista)
- **Eva Di Camillo** (psicologa)
- **Flavia Sain** (medico psichiatra)
- **Dario Belgrado** (medico internista/endocrinologo)
- **Roberto Trevisan** (medico pneumologo)
- **Roberta Assaloni** (medico diabetologo)
- **Marzia Maurencig** (medico fisiatra)

- **Luisa Vandelli** (infermiere ambulatorio bariatrico, Patient Manager)
- **Susi Kovic** (infermiere ambulatorio bariatrico, Patient Manager)
- **Veronika Vizintin** (infermiere di reparto, Case Manager)

CONTATTI

Ambulatorio Bariatrico	_ Gorizia	0481 -592040
	_ Monfalcone	0481 -487739
Segreteria (P.O. di Gorizia)		0481 -592040 -93
Reparto Chirurgia (P.O. di Gorizia)		0481 -592038 -594509
Day Hospital (prericovero, P.O. di Gorizia)		0481 -592369

email chirurgia.obesita.gorizia@asugi.sanita.fvg.it

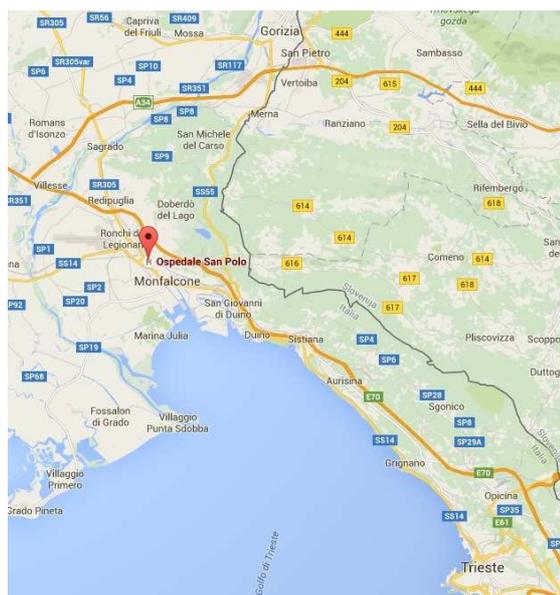
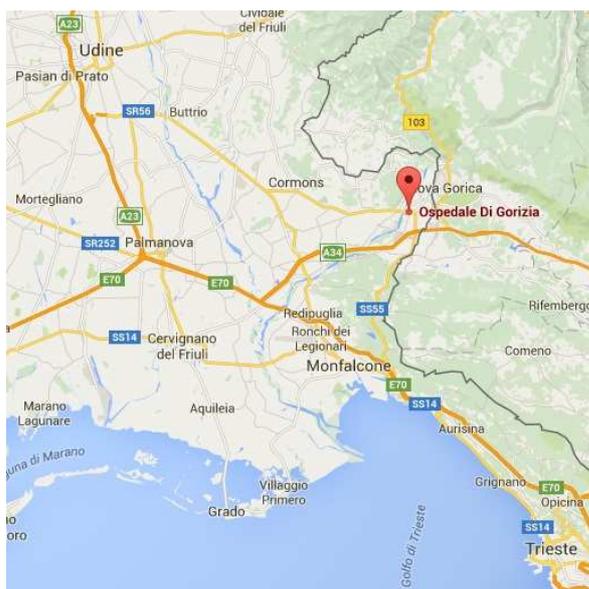
Associazione di pazienti "Leviamoci un Peso"

Sito web <https://www.leviamociunpeso.it>

Whatsapp +39 3896107814

email leviamociunpeso@gmail.com

facebook Leviamoci un peso



Come Raggiungerci

GORIZIA, PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI DI DIO",
Via Fatebenefratelli, 34, Gorizia

Auto: autostrada A4 (E70), uscita Villesse-Gorizia per autostrada A34, uscita Gorizia Centro, direzione via Antonio Tabai (Strada Provinciale 8), via Fatebenefratelli (ampio parcheggio gratuito)

Treno: la stazione di Gorizia è a poche decine di metri dall'Ospedale

Aereo: l'aeroporto del FVG (Ronchi dei Legionari) dista circa 20 Km dall'Ospedale

MONFALCONE, PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN POLO"
Via Via Luigi Galvani 1, Monfalcone (GO)

Auto: autostrada A4 (E70), uscita Redipuglia-Monfalcone Ovest per SS14, direzione via San Polo (ampio parcheggio gratuito)

Treno: le stazioni di Monfalcone e Ronchi dei Legionari Nord distano circa 2 Km dall'Ospedale

Aereo: l'aeroporto del FVG (Ronchi dei Legionari) dista circa 5 Km dall'Ospedale