

la ca' granda

notizie dal Policlinico



FONDAZIONE IRCCS
CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE
POLICLINICO

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia



Veduta di una delle crociere della Ca' Granda agli inizi del 1900

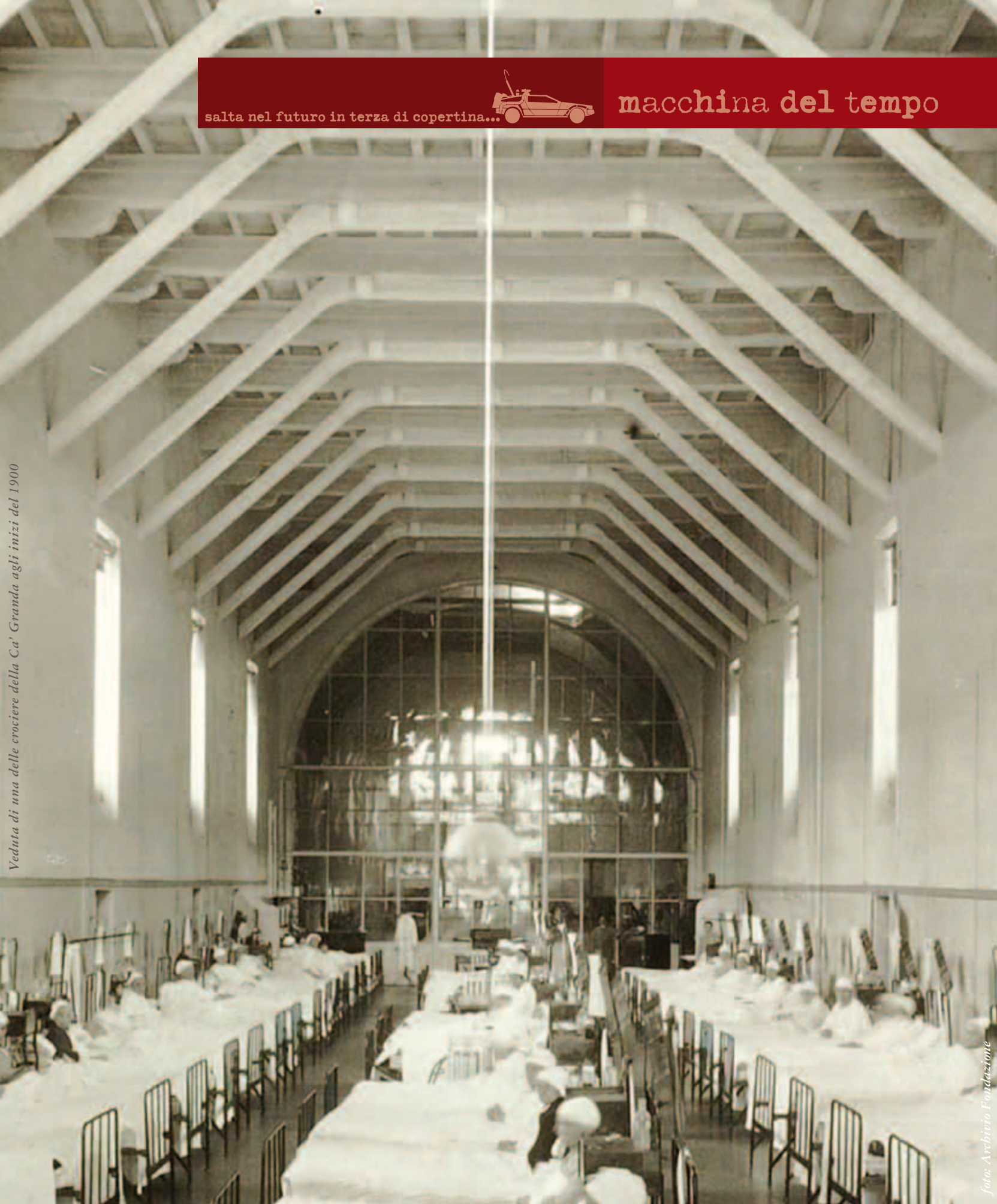


foto: Archivio Fondazione

Direttore responsabile: Valentina Regonesi

Redazione: Maria Teresa Bottanelli, Giancarlo Cesana, Santo De Stefano, Paolo Galimberti, Pier Mannuccio Mannucci, Paola Navotti, Marco Segala, Stefano Stabene, Paola Ventura.

Hanno collaborato: C.A. Altamura, S. Esposito, A. Cesarani, U. Cioffi, M. De Simone, L. Fedele, M.M. Ferrari, A. Finzi, E. Leva, A. Mangia, fam. Marossi, G. Moreo, G. Nebbia, P. Perna, N. Sambataro, M. Vanoli.

Scrivi a: redazione.cagrande@policlinico.mi.it

Edito da: Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico

Presidente: Giancarlo Cesana - **Direttore Generale:** Luigi Macchi - **Direttore Scientifico:** Pier Mannuccio Mannucci
Consiglio di Amministrazione: Adriano Bandera, Francesco Campagna, Enrico Decleva, Gabriele Perossi, Paola Pessina, Giuseppe Ricciardi, Stefano Cecchin.

Registrazione Tribunale di Milano n. 787 del 19/12/2007. Tutti i diritti sono riservati.

Fotografie: Archivio Fondazione

Ideazione grafica e impaginazione:



Stampa:



Il bilancio del Direttore Scientifico sull'attività svolta nell'anno appena trascorso e uno sguardo al futuro

Ricerca in Fondazione: attualità e prospettive

di Pier Mannuccio Mannucci, Direttore Scientifico

La Fondazione, in quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ha fra le sue finalità principali l'attività di ricerca, in particolare quella traslazionale, cioè la ricerca clinica orientata a trovare applicazioni concrete nella cura del malato. L'anno appena trascorso ha confermato l'elevato livello dei progetti di ricerca in corso che hanno prodotto importanti risultati in termini di pubblicazioni scientifiche e ricadute sulla pratica clinica: siamo primi fra gli IRCCS pubblici e secondi solo al San Raffaele in assoluto in Italia!

Particolare attenzione è stata posta nel campo delle malattie rare, per le quali la Fondazione riveste un ruolo guida sia in ambito regionale, sia nazionale ed internazionale. Sono infatti 262 le malattie rare per le quali siamo accreditati, attraverso l'attività di 62 specialisti che seguono anche specifiche linee di ricerca riguardanti la patogenesi (meccanismo di insorgenza), la variabilità clinica (personalizzazione del quadro clinico) e i possibili trattamenti innovativi. Molte di queste linee di ricerca hanno come primo obiettivo quello di avvicinare sempre di più i risultati di laboratorio al letto del malato.

La ricaduta nella pratica clinica dei risultati della ricerca trova conferma anche nell'elevato numero di concessioni di brevetto per le invenzioni dei nostri ricercatori: solo nel 2010, 6 brevetti concessi in Italia, uno in Europa e uno negli Stati Uniti. In totale, negli ultimi 5 anni, sono state depositate a nome della Fondazione 59 domande di brevetti (raccolte in 20 fa-

miglie di invenzioni).

Due di queste famiglie di brevetti sono già state concesse in licenza esclusiva e sono attualmente in corso iniziative esplorative per la valorizzazione commerciale delle altre.

Un impulso importante alla nostra ricerca sarà costituito dall'avvio a pieno regime (dopo il completamento del nuovo edificio) delle attività dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (INGM). La ricerca traslazionale, compito essenziale di un IRCCS qual è il nostro, si alimenta infatti dalla ricerca di base, che è tipica di un ente come l'INGM. Credo quindi che la vicinanza con questo Istituto (di natura privata) permetterà un grande salto di qualità alla ricerca traslazionale della Fondazione, in particolare a quella sulle malattie rare.

La collocazione nello stesso edificio di due importantissime attività già sviluppate in Fondazione, come la Cell Factory e la Biobanca, sarà un punto di forza che permetterà sinergie altamente costruttive.

Per il futuro stiamo lavorando anche al fine di stabilire interazioni di gemellaggio con altre Istituzioni europee o americane simili alla nostra. Lo scopo è quello di fornire reciprocamente, ai nostri ricercatori e a quelli di queste Istituzioni, la possibilità di collaborare nell'ambito di progetti di ricerca comuni: soprattutto nel campo delle malattie rare (dove la numerosità della casistica di centri pur grandi come il nostro è sempre limitata in termini assoluti), ma anche nel campo di problemi clinici e di ricerca, come l'effetto sulla salute dell'inquinamento dell'aria e le malattie cardiovascolari, ematologiche, epatiche e neurologiche.

Indice

<i>storie di medici e pazienti</i>	
La storia di Simone	2
<i>centri di eccellenza</i>	
Sordità infantile: l'importanza della diagnosi precoce	3
<i>istantanea</i>	4
<i>focus</i>	
Legge Basaglia: luci e ombre	6
<i>lavori in corso</i>	
Aperto per lavori	8
<i>la nostra ricerca</i>	10
<i>archivio storico</i>	
Il dipinto ai raggi X	12
<i>il mondo delle associazioni</i>	
Lettera da Esmeraldas	14
<i>in due righe</i>	16

in copertina:
il piccolo Pietro, appena nato in Mangiagalli, in braccio alla sua mamma



Lettera di ringraziamento di due genitori nei confronti del nostro personale: un aiuto concreto nella lotta contro l'epatite autoimmune

La storia di Simone

Questa è la storia di Simone, della sua malattia e dell'incontro con l'équipe della dott.ssa Gabriella Nebbia della clinica De Marchi.

“Nostro figlio è affetto da epatite autoimmune di tipo I e, nella sventura di trovarci di fronte questa malattia, abbiamo avuto la grandissima fortuna d'incontrare la dott.ssa Nebbia e l'équipe di medici che lavora con lei: sono persone veramente stupende.

Prima di arrivare alla De Marchi, Simone era stato seguito in un altro ospedale fuori Milano, ma purtroppo l'esperienza di cura non era stata positiva. La diagnosi che ci era stata fatta non

era del tutto esatta e la cura prescritta, a base di cortisone, provocava effetti collaterali al bambino che era anche affetto da una necrosi del femore.

Abbiamo deciso allora di chiedere un altro consulto e fortunatamente abbiamo incontrato la dott.ssa Nebbia, che non finiremo mai di ringraziare per aver preso in cura nostro figlio.

Lo ha sottoposto a diversi esami, che hanno diagnosticato un'epatite autoimmune di tipo I, e ci ha consigliato una cura alternativa al cortisone: in meno di un mese Simone ha iniziato la terapia che ora sta portando avanti con ottimi risultati.

Al di là delle cure, estremamente preziose e vitali, non finiremo mai di ringraziare la dott.ssa Nebbia e la sua équipe medica per l'umanità, la cortesia e la sensibilità con cui hanno sempre trattato nostro figlio e noi.

Ci accolgono sempre con un sorriso, la dottoressa ha sempre parole di incoraggiamento e sostegno per mio figlio e lui si sente molto fortificato e gratificato da queste attenzioni.

Grazie a loro Simone ha riconquistato fiducia nei medici, viene tranquillamente alle visite di controllo e ha iniziato la cura pieno di fiducia, e noi con lui, perché ci sentiamo veramente in ottime mani.

Anche le infermiere che eseguono i prelievi di sangue ai bambini meritano un premio: sono veramente gentili e pazienti con loro, li mettono a loro agio aiutandoli a superare la paura del prelievo.

La dottoressa e tutti gli altri medici hanno sempre risposto con cortesia e pazienza a tutte le nostre numerose domande; sono veramente meravigliosi e non finiremo mai di ringraziarli.

Un grazie anche all'Ospedale, che ha organizzato una struttura così efficiente, con personale così qualificato, così disponibile e sensibile”.

Paola e Alessandro,
mamma e papà di Simone

L'epatite autoimmune di Gabriella Nebbia, UO Pediatria II

L'epatite autoimmune è una malattia infiammatoria del fegato che non ha tendenza alla guarigione spontanea; può manifestarsi sia nel bambino che nell'adulto. È una malattia spesso insidiosa, in grado, se non riconosciuta o non adeguatamente trattata, di portare a grave danno epatico.

Come tutte le malattie autoimmuni è presente un'abnorme reattività del sistema immunitario.

In particolare, l'epatite autoimmune è caratterizzata dalla presenza di autoanticorpi circolanti che attaccano il fegato. Se ne distinguono due tipi: l'epatite autoimmune di tipo I, con presenza di autoanticorpi anti-nucleo e/o anti-muscolo liscio; l'epatite autoimmune di tipo 2, con presenza di autoanticorpi anti-LKM o anti-LC1.

La diagnosi viene effettuata tramite criteri clinici, ematochimici e mediante biopsia epatica.

Esiste una terapia, a base di farmaci immunosoppressori, in grado di controllare, bloccandola, la reazione immunitaria contro le cellule del fegato.

A seguito dell'iniziativa di alcuni pazienti, presso la Clinica Pediatrica De Marchi della Fondazione è stata fondata AMEA onlus (Associazione Malattie Epatiche Autoimmuni) che promuove, a livello nazionale ed internazionale, iniziative di ricerca scientifica e di assistenza per i pazienti affetti da tali patologie.

Per informazioni:

• **Unità Operativa di Pediatria II**
(Direttore prof. Carlo Agostoni)
tel. 02 5503.2452

• **Epatologia pediatrica**
tel. 02 5503.2476
(lunedì e giovedì ore 9.00-13.00)

• **Associazione AMEA**
www.amea-onlus.it
info@amea-onlus.it

Grazie allo screening neonatale è possibile intervenire in tempo per gestire al meglio il percorso di cura e riabilitazione

Sordità infantile: l'importanza della diagnosi precoce

di Valentina Regonesi, Responsabile Ufficio Comunicazione
con la collaborazione del prof. Antonio Cesarani, UO Audiologia

La nascita di un bambino sordo può gettare i neonogenitori in una condizione di timore e sconforto: nell'immaginario collettivo, le prospettive di vita di un adulto sordo, almeno in passato, erano rappresentate dall'isolamento e da un forte disagio sociale. Oggi, per fortuna, grazie soprattutto alla diagnosi precoce, che si effettua nel periodo prenatale, e alle nuove tecnologie, che permettono di avere attrezzature sempre più sofisticate, un bambino sordo può condurre una vita del tutto normale. È importante però che la malattia venga gestita sin dalla nascita, sottoponendo il piccolo alle corrette stimolazioni sensoriali. In Fondazione, grazie alla presenza di un reparto specialistico di Audiologia, comprensivo di un servizio di Logopedia e Riabilitazione, è possibile fin dalla nascita eseguire i test audiometrici e iniziare la terapia più adeguata.

La sordità profonda infantile è una malattia che si manifesta in circa un bambino su mille. Le cause possono essere di natura ereditaria (si stima oltre il 60%) o acquisita (infettiva, traumatica, etc.). Si tratta di una problematica molto importante in ambito neonatale: la sordità infantile, infatti, non è una patologia a sé stante; se non riconosciuta in tempo e trattata, può diventare causa di future invalidità nel bambino. Questo perché l'apprendimento del linguaggio avviene soprattutto nei primi 3 anni di vita: un difetto sensoriale, come quello uditivo, compromette seriamente il processo di sviluppo cognitivo, provocando anche danni a carico del sistema psicomotorio e disturbi del comportamento. È importante, quindi, che già nei primi giorni dopo la nascita il bambino venga sottoposto a un test di screening per verificare la sua capacità uditiva. In Lombardia lo

screening neonatale per la sordità è obbligatorio dal 2005.

In Fondazione il neonato viene sottoposto all'esame dell'udito a 2-3 giorni di vita, quando è ancora ricoverato con la madre in Neonatologia. Il test mira a cogliere la risposta dell'orecchio ad un particolare stimolo: un apposito apparecchio, che non provoca alcun fastidio al bambino, registra i suoni emessi dalle cellule cigliate a seguito di una stimolazione e segnala la presenza di eventuali anomalie. In caso di sospetta sordità, confermata da un test successivo, il neonato viene indirizzato alla struttura specialistica di Audiologia per eseguire ulteriori accertamenti.

L'iter terapeutico prevede l'applicazione della protesi acustica e successivamente, in alcuni casi, l'impianto cocleare. Ma il punto fondamentale è inserire il bambino in un percorso integrato di abilitazione o riabilitazione logopedica e, in alcuni casi, motoria. Non basta, infatti, dare al bambino uno strumento che lo "metta in contatto" con l'esterno, bisogna anche insegnargli ad interagire con nuovi stimoli di cui non è a conoscenza. Per far sì che la terapia inizi subito a dare buoni risultati è importante avere sia un servizio diagnostico-protesico che possa definire un livello di perdita uditiva, sia un servizio di logopedia che prenda in cari-



co subito il bambino ed i suoi genitori.

Se la sordità è stata diagnosticata subito dopo la nascita, già a 2-3 mesi di vita il bambino può iniziare con le prime stimolazioni: attraverso piccole casce di risonanza poste sul petto, il piccolo percepisce delle vibrazioni alla presenza di una voce. In questo modo si crea così uno stimolo tattile: il bambino, pur non sentendo con l'udito, sente attraverso la pelle e il corpo.

Verso i 6 mesi, poi, si può procedere con l'applicazione della protesi. Inizia così l'abilitazione acustica del piccolo, che nei mesi successivi deve essere periodicamente valutato per verificare le sue capacità e il suo grado di sviluppo. Nel corso di questa prima fase, la protesi potrà essere regolata a seconda della risposta del bambino agli stimoli esterni. Se il percorso abilitativo prosegue senza problemi, la protesi può restare l'unico dispositivo acustico che accompagnerà il bambino nella sua crescita.

L'applicazione dell'impianto cocleare, invece, è prevista nei casi di perdita uditiva profonda che non consentono di avere quei risultati ottimali ipotizzabili con la protesizzazione. L'applicazione dell'impianto avviene di norma solo dopo l'anno di età del bambino ed entro i 24 mesi, e deve essere sicuramente preceduta da un periodo di utilizzo della protesi. Un momento importante, ma nel contempo assai delicato, nella terapia dell'impianto è la sua mappatura, ovvero la regolazione degli elettrodi affinché la coclea venga adeguatamente attivata per ricevere gli stimoli e trasferirli ai centri superiori. A differenza della terapia riabilitativa protesica, qui la terapia è di tipo cognitivo: il cervello del bambino deve imparare a riconoscere gli stimoli provenienti dall'impianto attribuendo a questi un valore semantico.

Per informazioni:

• **Unità Operativa di Audiologia**
tel. 02 5503.3936
• **Servizio di Logopedia**
tel. 02 5503.5216



Occhi puntati sul monitor

Il Prof. Klaas Bax, professore emerito del Sophia Children's Hospital di Rotterdam, leader e pioniere delle tecniche laparoscopiche in età neonatale e pediatrica, ha assistito i chirurghi della U.O.C. di Chirurgia Pediatrica della Fondazione nell'esecuzione di un difficile caso di duplicazione intestinale. La collaborazione con Referenti Internazionali, leader nelle patologie complesse affrontate, è caratteristica della U.O.C., che vanta numerosi progetti di Cooperazione Internazionale nel mondo. ■



Un editoriale pubblicato su *The British Journal of Psychiatry* analizza i limiti e gli effetti a lungo termine di questa norma a trent'anni dalla sua entrata in vigore

Legge Basaglia: luci ed ombre

di Marco Segala, Responsabile Ufficio Formazione
con la collaborazione del prof. Carlo A. Altamura, UO Psichiatria

Altre trent'anni dall'entrata in vigore della Legge Basaglia, un editoriale a firma del professor Alfredo Carlo Altamura, responsabile del Dipartimento di Salute Mentale della Fondazione, in collaborazione con il professor Guy M. Goodwin, responsabile del Dipartimento Universitario di Psichiatria del Warneford Hospital di Oxford, pubblicato sull'autorevole rivista *The British Journal of Psychiatry*¹, pone l'accento sugli effetti di questa legge del 13 maggio 1978.

La legge ha preso il nome da Franco Basaglia, lo psichiatra che lottò per la chiusura degli ospedali psichiatrici e che, a sua volta, prese spunto dalla psichiatria sociale del mondo anglosassone degli anni '60. Tuttavia la denominazione è errata, dal momento che egli non ebbe alcun ruolo nella stesura della legge, come fu poi approvata, ritenne andasse rivista e disapprovò in ogni caso l'utilizzo del suo nome.

L'editoriale - "Come la legge 180 in Italia ha rimodellato la psichiatria dopo 30 anni: gli atteggiamenti passati, le attuali tendenze ed i bisogni insoddisfatti" - pone l'accento, in particolare, sui limiti di questa norma e sui bisogni non soddisfatti dalla legge, sino ai suoi effetti, in questo trentennio, sulla preparazione dei giovani psichiatri.

Gli autori ne mettono in rilievo l'indubbia valenza "storica": la chiusura dei manicomi, fatiscanti e lugubri, lesivi della dignità delle persone che vi erano "detenute a tempo indeterminato" solo perché affette da psicosi croniche, è stata esemplare.

Ma grandi visioni e buone intenzio-

¹Altamura AC, Goodwin GM. "How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs." *Br J Psychiatry*. 2010 Oct;197(4):261-2

ni non sono garanzia di un buon esito pratico.

A 30 anni di distanza, si impone di fatto una riflessione sull'impatto terapeutico/assistenziale di una legge fatta su misura per venire incontro alle necessità che, ai tempi, riguardavano essenzialmente la gestione dei gravi disturbi psicotici cronici. La legge è stata applicata lentamente, parzialmente ed in assenza di continuità delle cure a lungo termine sul territorio, anche a causa del persistente scarso supporto finanziario.

La legge 180, sottolineano gli autori, ha il grosso limite di essere stata centrata essenzialmente sui disturbi psicotici cronici, disattendendo la necessità di cure e diagnosi, di assistenza e trattamento di altri problemi non meno importanti legati alla sfera affettiva, alla depressione, all'ansia.

L'eliminazione degli ospedali pubblici psichiatrici, a seguito della legge, ha comportato una riduzione del campo di applicazione della medicina psichiatrica nelle comunità in Italia. Le persone con disturbi dell'umore o ansia non si identificano nel tipo di pazienti che più frequentemente afferiscono ai servizi psichiatrici territoriali od ospedalieri, cioè prevalentemente psicotici cronici. Di conseguenza questi pazienti sono portati a consultare cliniche private o a rivolgersi a psicologi.

Il risultato è che la generazione recente di psichiatri, in Italia, ha acquisito di fronte ai problemi psichiatrici un approccio gestionale e burocratico, più che clinico; l'enfasi della cura sociale del disturbo psicotico ha ridotto l'attenzione alla fenomenologia sintomatologica e alla discriminazione diagnostica ed ha ristretto la scelta dei trattamenti farmacologici o psicoterapeutici.

Le cause delle psicosi, comples-

se combinazioni di fattori genetici e variabili ambientali, sono poco conosciute e viene trascurata l'analisi biologica, basata sul cervello, di aspetti psicologici ed anche sociali del comportamento.

Professionalmente gli psichiatri hanno perso la loro identità medica per diventare burocrati, assistenti sociali o manager nel campo della salute mentale.

La gestione di malati mentali gravi al di fuori degli ospedali psichiatrici imposta dalla norma, ha seguito una posizione politica confondendo gli effetti di gravi malattie mentali con gli effetti dell'ospedalizzazione per sé, sottovalutando i cambiamenti necessari per le cure cliniche sul territorio.

Il professor Altamura, all'inizio dell'articolo, pone una domanda che ben si presta ad una conclusione: cioè se riforme di questo tipo debbano essere guidate da una posizione politica attraverso l'esercizio del potere o se possano, invece, essere sfruttate per migliorare codici di pratica, controllati da esperti scelti all'interno della comunità dei professionisti sanitari.

In definitiva la Psichiatria in Italia, come in Gran Bretagna, deve saper ritrovare un percorso clinico-diagnostico (e diagnostico differenziale) che la renda insostituibile rispetto alle altre discipline affini, tenendo presente l'evoluzione delle conoscenze biomediche, per mantenersi come scienza medica ed evitare di essere confusa con la filosofia, la psicologia o la sociologia, essere cioè assimilata ad altre discipline senza fini clinici. Bisogna, infine, superare delle letture semplicistiche, incomplete e obsolete della complessità etiopatogenetica dei disturbi mentali, che attualmente appaiono molto personali e preconcepite o, peggio, ideologiche e soprattutto prive di più moderni fondamenti scientifici.





Trasferimenti e trasformazioni al vecchio padiglione Guardia in attesa del nuovo edificio per il Dipartimento di Emergenza

Aperto per lavori

di Santo De Stefano - UO Funzioni Tecniche

Il nuovo Dipartimento di Emergenza sarà realizzato nell'area del padiglione Guardia Accettazione e in quella precedentemente occupata dal già demolito padiglione Pasini.

Le due strutture furono realizzate contemporaneamente nel 1916 per ospitare un reparto di medicina. Nel 1949 al Guardia venne aggiunto un piccolo corpo ad ovest per realizzare una seconda entrata e nel 1960 fu compiuto un intervento di sopraelevazione di un piano sull'inte-

ro edificio, ad esclusione del prospetto di via Sforza che già si elevava per due piani fuori terra. Negli anni successivi vennero compiute numerose ristrutturazioni interne per adeguare l'edificio alle varie richieste sanitarie; in particolare nel 1997 fu redatto un progetto di ristrutturazione del Padiglione e fu dato inizio ai lavori. Ma dopo un pesante intervento di demolizione e consolidamento del piano seminterrato, i lavori vennero sospesi e il piano è rimasto nelle stesse condizioni sino a oggi per sopravve-

nuti contenziosi tra Policlinico, impresa, progettisti e direzione lavori.

Un nuovo e più mirato progetto, che ha tenuto conto - risolvendoli - degli errori commessi nel passato ha consentito la ripresa a pieno ritmo di nuovi lavori (nonostante il ritrovamento di reperti archeologici e lo spostamento di una roggia ne abbiano rallentato il percorso) che presumibilmente ci condurranno entro due anni ad avere il nuovo Dipartimento di Emergenza (che avrà una superficie di molto superiore a quella attuale, passando da

7.000 a 11.000 mq).

Parte dell'attuale padiglione Guardia andrà ad integrarsi con la nuova costruzione, sia nei piani interrati che all'esterno. Quest'ultima sarà composta da due nuovi corpi di fabbrica, il primo dei quali può essere descritto come una piastra che si propone come ideale basamento per il secondo, formato da un edificio che si eleva per due piani. Il basamento, localizzato alla quota dell'attuale piano seminterrato, ospiterà le funzioni sanitarie ad alta tecnologia quali Pronto Soccorso (con ingresso da via San Barnaba) con area radiologica e gruppo operatorio con 4 sale (con possibilità di una angiografica). I piani superiori del nuovo corpo saranno destinati alle aree di degenza ad alta intensità di cura. I posti letto saranno una novantina per i ricoveri ordinari e 16 (di cui 2 isolati) per la Terapia Intensiva. Presenti anche numerosi studi medici, aule e ambulatori specialistici.

La localizzazione nei nuovi edifici delle attività sanitarie attualmente disimpegnate dal Padiglione Guardia permetterà il totale svuotamento di quest'ultimo, con

la riconversione dell'edificio storico a luogo di accoglienza rivolto alla città.

Per la perfetta integrazione tra il vecchio e il nuovo, però, sarà necessario procedere alla demolizione di alcune appendici del padiglione Guardia occupate oggi da attività vitali per il Pronto Soccorso: questo determinerà la diminuzione temporanea della superficie complessiva dell'edificio. Per scongiurare che un tale intervento possa avere ripercussioni negative sulle attività sanitarie - impossibili da interrompere - sono previsti una serie di trasferimenti e di trasformazioni dell'attuale configurazione, che permetteranno di superare il periodo transitorio non solo con i minori disagi possibili per gli operatori, per i pazienti e per i visitatori, bensì anche migliorando la qualità del servizio offerto.

Un esempio è la nuova astanteria, da poco completata presso l'area precedentemente occupata dal laboratorio di emergenza, che ha modificato in meglio il volto del Pronto Soccorso e che ha determinato una razionalizzazione degli spazi garantendo una migliore qualità del tempo di

attesa, permettendo nel contempo di diminuire il rischio di trasmissione dei virus tra ricoverati.

Inoltre la riapertura a breve dell'uscita da via Francesco Sforza libererà spazi di fronte all'ingresso del Pronto Soccorso e consentirà una sosta più ordinata delle ambulanze in attesa.

In quest'ottica altri interventi previsti sono lo spostamento della Radiologia in locali lasciati liberi dalla Terapia Intensiva e una migliore distribuzione delle degenze al primo piano, che consentano di affrontare serenamente il periodo di transizione.

È importante segnalare che gli sforzi della Direzione Strategica e dei progettisti sono orientati in questa fase a concentrare le demolizioni delle appendici del Guardia nel periodo estivo, durante il quale si prevede di spostare altrove l'intera attività del Pronto Soccorso. Ciò scongiurerebbe ogni possibile interferenza negativa con le attività sanitarie consentendo l'accelerazione degli interventi, sì indispensabili, ma certamente delicati.



La somministrazione dei vaccini antinfluenzali nei bambini HIV positivi

Lo studio ha avuto lo scopo di valutare l'immunogenicità, la sicurezza e la tollerabilità del vaccino contro l'influenza pandemica A/H1N1, adiuvato con MF59, somministrato in sequenza o contemporaneamente con il vaccino contro l'influenza stagionale, adiuvato con virosomi, in bambini e adolescenti affetti da HIV.

Trentasei piccoli pazienti con HIV

e 36 soggetti di controllo, corrispondenti per sesso ed età, sono stati randomizzati 1:1 a ricevere o il vaccino pandemico al momento dell'arruolamento e il vaccino stagionale un mese dopo, oppure a riceverli entrambi contemporaneamente al momento dell'arruolamento.

Le percentuali di sieroconversione e sieroprotezione contro il virus dell'influenza pandemica A/H1N1

sono state del 100% dopo due mesi dalla somministrazione del vaccino in entrambi i gruppi, a prescindere dalla sequenza di somministrazione.

Le medie geometriche dei titoli anticorpali contro gli antigeni del virus pandemico e dei virus stagionali sono risultate significativamente più elevate quando entrambi i vaccini sono stati somministrati contemporaneamente piuttosto che quando il vac-

cino stagionale è stato somministrato da solo.

Reazioni locali e sistemiche sono state modeste e non sono aumentate con la somministrazione contemporanea dei due vaccini.

In conclusione, il vaccino contro l'influenza pandemica A/H1N1 adiuvato con MF59 è risultato essere immunogeno, sicuro e ben tollerato nei bambini ed adolescenti con infezio-

ne da HIV così come nei soggetti di controllo sani. La sua somministrazione in contemporanea con il vaccino contro l'influenza stagionale adiuvato con virosomi sembra accrescere la risposta immunitaria verso il virus pandemico e i virus stagionali, mantenendo lo stesso profilo di sicurezza della somministrazione del solo vaccino pandemico.

Tuttavia, dal momento che questi ri-

sultati non possono essere spiegati in modo chiaro da un punto di vista immunologico, saranno necessari ulteriori studi per chiarire le ragioni di questo effetto sinergico.

*Per maggiori informazioni:
UO Pediatria I,
prof.ssa Susanna Esposito*

la nostra ricerca



foto: Valerio Gavana | Archivio Fondazione

Contraccettivi orali ed endometriosi

Secondo alcuni autori, i meccanismi patogenetici legati allo sviluppo di endometriosi sarebbero correlati al passaggio per via retrograda di cellule endometriali. I contraccettivi orali, inibendo l'ovulazione e riducendo il volume di flusso mestruale, potrebbero ipoteticamente prevenire l'impianto e la crescita delle cellule refluite. Ricercatori della Clinica Ostetrica e Ginecologica I della Fondazione hanno di recente pubblicato su *Human Reproduction Update* una meta-analisi su diciotto studi clinici, svolti nell'arco di quattro decenni, con lo scopo di valutare se l'uso dei contraccettivi orali influenzi il rischio di sviluppare endometriosi. Secondo gli Au-

tori, tale rischio sembrerebbe ridotto nelle pazienti in terapia con tali farmaci, i cui effetti, apparentemente protettivi, potrebbero però essere riconducibili al differimento del trattamento chirurgico, conseguente alla temporanea risoluzione della sintomatologia dolorosa. Pertanto, l'ipotesi di raccomandare i contraccettivi orali nella prevenzione primaria dell'endometriosi non sembrerebbe, dai dati scientifici attualmente disponibili, sufficientemente supportata.

*Per informazioni:
UO Ostetrica e Ginecologia I,
dott. Paolo Vercellini*

Qualità della crescita nei

Nei neonati allattati esclusivamente al seno la percentuale di massa grassa corporea aumenta significativamente nei primi 4 mesi di vita. Lo documenta uno studio condotto presso l'Unità di Neonatologia della Fondazione diretta dal professor Fabio Mosca che, utilizzando una tecnica pletismografica non invasiva ed assai accurata, ha misurato per la prima volta le variazioni della composizione corporea nei primi 6 mesi di vita. "Dalle grossolane misure antropometriche e dalle stime indirette sino ad oggi usate – commenta Mosca – si è finalmente passati a dati precisi sul contributo relativo della massa grassa e massa magra,

neonati allattati al seno

indicatori affidabili dei depositi energetici e proteici dell'organismo, su cui ottimizzare l'apporto nutrizionale". Quanto la nutrizione e l'accrescimento nei primi mesi di vita siano in grado di influenzare il futuro stato di salute è documentato dall'associazione tra basso peso alla nascita, crescita neonatale accelerata ed aumento del rischio di sviluppare la sindrome metabolica in età adulta.

*Per informazioni:
UO Neonatologia
e Terapia Intensiva Neonatale,
prof. Fabio Mosca*

Utilità dell'angioplastica primaria nei novantenni

Uno studio condotto su 100 pazienti quasi centenari, con età compresa fra 90 e 98 anni (media 92.1+2.1, 56% donne) con infarto miocardico acuto (provenienti da un database di 5023 procedure in 7 Centri italiani), ha valutato i risultati dell'angioplastica primaria applicata a questi soggetti.

Tra i pazienti, 35 presentavano uno scompenso cardiaco (Classe Killip III-IV) e 78 una coronaropatia diffusa; la funzione contrattile del ventricolo sinistro era mediamente ridotta, mentre i tempi fra sintomi, ricovero e angioplastica erano superiori rispetto alla media osservata in popolazioni più giovani. La mortalità intraospedaliera fu di 19

pazienti inclusi 11 soggetti con scompenso cardiaco non trattabile.

La sopravvivenza a 6 mesi dopo l'intervento di angioplastica risultò essere del 68%, direttamente proporzionale al grado di flusso coronarico nel vaso riaperto e all'impiego dell'antiaggregante abciximab, e inversamente correlata allo scompenso grave iniziale.

In conclusione, quindi, l'angioplastica primaria si è dimostrata efficace anche nei pazienti novantenni con infarto miocardico acuto, ma la prognosi rimane infausta in presenza di scompenso molto avanzato all'esordio.

*Per informazioni: UO Cardiologia
e UCC, dott. Gian Battista Danzi*



Singolare iniziativa storico-scientifica per analizzare a fondo il quadro del Morazzone

Il dipinto ai raggi X

di Paolo M. Galimberti, Responsabile Servizio Beni Culturali

Il reparto di Radiologia al paglione Sacco ha accolto di recente un paziente davvero particolare. Se il nostro ospedale vanta un lungo utilizzo dei raggi X, qui applicati subito dopo la loro scoperta da parte di Roentgen (avvenuta 115 anni fa: l'8 novembre 1895) quando un rocchetto di Ruhmkorff venne impiegato sui feriti milanesi già nel 1898, il loro uso normalmente è riservato a individuare corpi estranei o aspetti patologici nei corpi umani.

In questa occasione l'oggetto di indagine è stato un dipinto, raffigurante l'Annunciazione, del pittore Pier Francesco Mazzucchelli detto "il Morazzone", opera databile agli anni 1607-1617. Lo scopo è di acquisire elementi utili a guidare le operazioni per la miglior conservazione dell'opera. Il restauro del capolavoro di Morazzone era stato auspicato da Mina Gregori in occasione della mostra "Scoperte e riscoperte del patrimonio artistico della Lombardia" (Grattacielo Pirelli, 20 novembre 2009 - 29 maggio 2010); in quell'occasione però la tela non aveva potuto essere esposta per le cattive condizioni in cui si trovava. Adesso, grazie a una generosa donazione da parte di Franca Chiappa, si è potuto programmare un intervento, che sarà effettuato dalla restauratrice Barbara Ferriani.

Il quadro risulta aver subito un intervento di restauro nel 1949, con energiche integrazioni, e probabilmente già nell'Ottocento era stato sottoposto a ritocchi e ridipinture. Come fare a capire quanto delle stesure originarie sia ancora presente? E come guidare la mano del restauratore conoscendo in anticipo quanto è nascosto dagli strati contemporanei? Certamente con i raggi X, che consentono di vede-

re l'invisibile. In questo caso, migliorando il risalto con il "filtro" normalmente impiegato per le mammografie. L'operazione si è svolta il giorno 10 novembre, grazie alla cortese collaborazione del prof. Pietro Biondetti, sotto la guida del prof. Giovanni Tafuni e con l'entusiastica partecipazione dell'équipe di Radiologia; la Soprintendenza al Patrimonio Storico Artistico ed Etnoantropologico di Brera ha messo a disposizione le proprie competenze, nella persona della dott.ssa Patrizia Mancinelli.

Non è la prima volta che il nostro ospedale applica tecniche mediche per scopi di ricerca culturale: quando nel 1993 venne scoperto il Besanosauo, un piccolo dinosauro, il fossile fu completamente mappato con più di 140 radiografie. Nel caso presente,

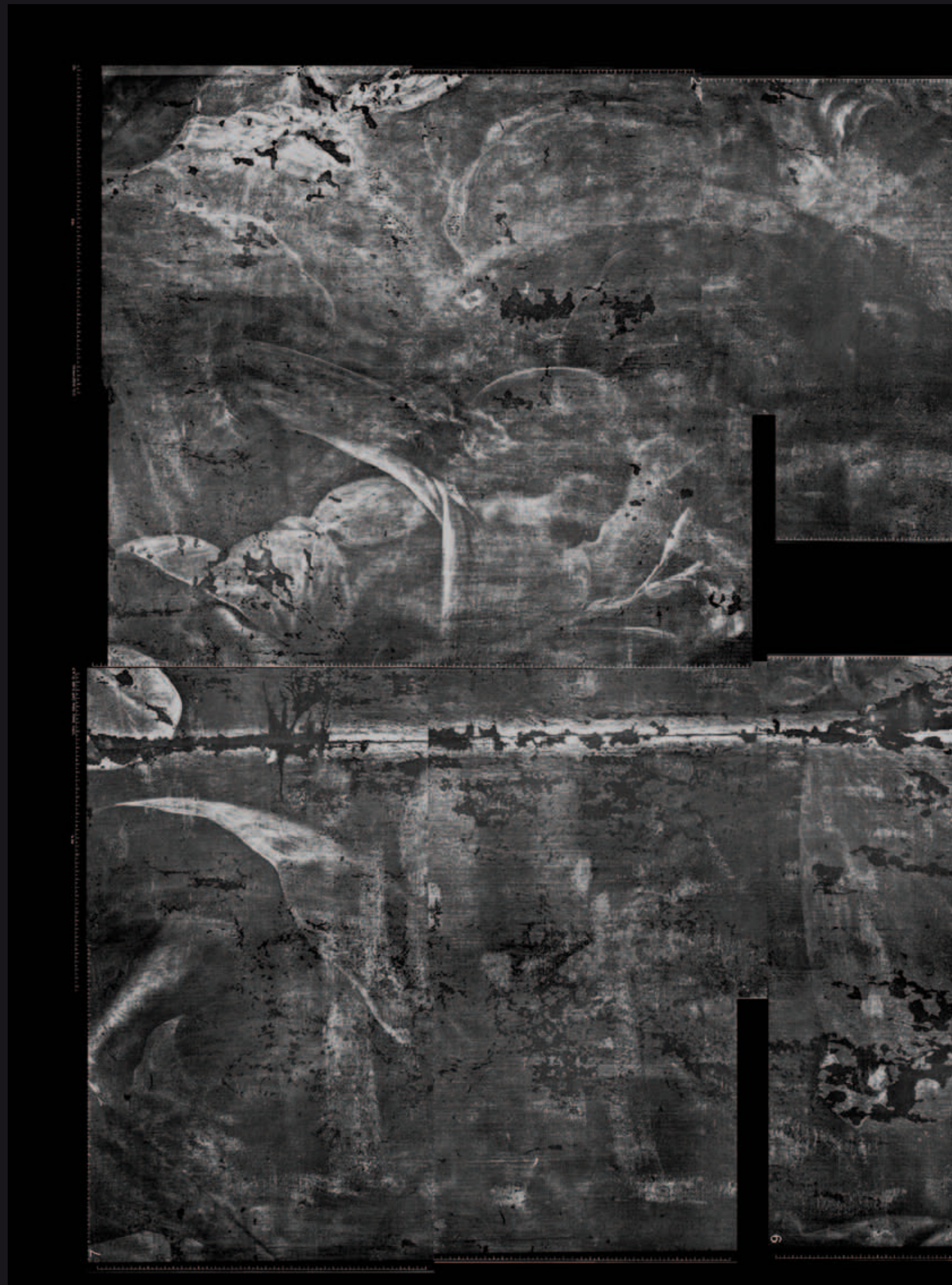
alla preziosità del dipinto si è sommata la difficoltà provocata dalle dimensioni e dalla richiesta di agire con precisione nei pochi decimi di millimetro della pellicola pittorica.

Oltre alla radiografia, le tecniche diagnostiche non invasive e non dannose impiegate a fini di documentazione, studio, conservazione, e restauro sono numerose. Grazie a un accordo di ricerca tra il nostro Servizio Beni Culturali e il Centro di Riflettografia infrarossa e diagnostica dei beni culturali, diretto dal prof. Duilio Bertani, negli anni scorsi numerosi beni sono stati sottoposti a indagini fisiche, impiegando strumenti e prototipi all'avanguardia. La riflettografia infrarossa è stata utilizzata per la lettura del famoso papiro egizio conservato nel nostro archivio; la medesima tecnica è stata applicata a undici dipinti su tavola dei secoli XV-XVI: rendendo visibile il disegno preparatorio, evidenziando il lavoro dell'artista coi suoi pentimenti e varianti, rilevando eventuali restauri passati.

Alcune metodologie sono di uso più corrente, come gli ultravioletti (che pure hanno un utilizzo anche in ambito medico dermatologico) impiegati sia per far emergere scritture svanite dagli antichi documenti, sia per evidenziare interventi recenti su dipinti. Altre tecniche sono più sofisticate, come la spettroscopia Raman, impiegata per l'analisi dei pigmenti dei diplomi miniati. La collaborazione con il Centro di riflettografia dell'Università ha permesso di acquisire immagini digitali ad altissima definizione dei diplomi miniati e di sperimentare una metodica innovativa per oggetti non planari sulla croce astile dell'ospedale, un pezzo di alta oreficeria del secolo XV (questa ricerca è stata oggetto di una relazione al 4° congresso internazionale del Cairo "Cultural Heritage 2009").



Pier Francesco Mazzucchelli detto il Morazzone (1573 - 1626)
ANNUNCIAZIONE
1607 / 1616-1617
Olio su tela, cm 191x151





Il dottor Mangia, ginecologo della Fondazione, racconta la sua esperienza in Ecuador per il progetto a sostegno della maternità

Lettera da Esmeraldas

di Paola Perna, Associazione Mangiagalli Life con la collaborazione del dottor Agostino Mangia

“**C**ara Maria, è più di un mese che sono qui in Ecuador... e il tempo scorre così in fretta. Sono partito convinto che questo viaggio sarebbe stato molto positivo, ora posso dire che è un'esperienza che come importanza e bellezza, sta andando oltre le mie aspettative, anche se talvolta un po' difficile. Ho vissuto momenti e incontri che non potrò dimenticare”.

Inizia così la lettera che il dottor Agostino Mangia, ginecologo presso la Mangiagalli, scrive a Maria Ferrari, ginecologa presso la stessa Mangiagalli e Presidente dell'Associazione "Mangiagalli Life Onlus". L'esperienza si riferisce al Progetto Esmeraldas, un gemellaggio materno-infantile tra la nostra Fondazione e l'Ospedale Divina Providencia di San Lorenzo, nella regione di Esmeraldas (Ecuador), promosso dall'Associazione Mangiagalli Life Onlus e finanziato da Regione Lombardia. Il progetto prevede di portare un sostegno concreto alla maternità in quelle zone del mondo -

come appunto la regione di Esmeraldas - in cui non sempre sono garantiti i livelli minimi di assistenza sanitaria. Gli obiettivi sono molteplici: da una parte assistere le donne durante la gravidanza, il parto e il puerperio, ridurre i casi di morte materna e infantile; dall'altra formare il personale medico ed infermieristico affinché sia in grado di prestare le cure in modo adeguato; infine, costruire un nuovo reparto di maternità nell'Ospedale di San Lorenzo per migliorare la capacità di assistenza e la sicurezza del parto. Il tutto, in due anni di tempo. I lavori di ristrutturazione e di ampliamento dell'area di degenza ostetrica sono finiti, e il reparto è stato inaugurato proprio lo scorso 30 dicembre. Il prossimo passo è l'edificazione delle nuove sale parto, delle sale operatorie e della neonatologia.

L'area in cui sorge l'Ospedale è una delle più povere e ad alto rischio del Paese, con un tasso di mortalità materna e infantile enormemente più elevato rispetto ai Paesi occidentali. Nella regione di Esmeraldas la mortalità

materna è di 600 casi ogni 100mila, rispetto ai circa 160 casi di media nel resto dell'Ecuador. La mortalità infantile è anch'essa elevata rispetto alla media nazionale, 80 casi su 1000 rispetto ai 39. I numeri dei Paesi Occidentali parlano, nel primo caso, di 17 su 100mila e di 4,4 su mille nel secondo caso.

Scrivi il dottor Mangia: *“L'ospedale Divina Providencia, pur con i suoi notevoli problemi, è una realtà molto importante, perché, come tu sai, serve un territorio vasto e molto carente dal punto di vista sanitario. (...) Ho avuto modo di visitare alcuni di questi villaggi, trovandomi di fronte ad una precarietà dell'assistenza sanitaria che supera la nostra fantasia, nonostante la presenza di persone volontarie. Ho conosciuto questi volontari, vivono nei loro villaggi e, pur non esercitando una professione sanitaria, hanno un profondo legame con l'ospedale Divina Providencia. (...) Non ho il coraggio di pensare a questa zona senza l'ospedale di San Lorenzo. In questo periodo abbiamo avuto diversi casi in cui l'assenza di un'assistenza ostetrica immediata sarebbe risultata fatale per le pazienti e per i loro figli”.*

La creazione di infrastrutture necessarie e la ristrutturazione di quelle esistenti, accompagnate da una migliore organizzazione dell'attività assistenziale e di formazione del personale, dovrebbero portare, nel tempo, a ridurre questo elevato tasso di mortalità. Il personale fisso (l'ostetrica della Mangiagalli Irene Spreafico) e il personale in missione periodica hanno attivato corsi di formazione in diagnosi prenatale, assistenza alla gravidanza patologica e training chirurgico. Questi corsi vengono tenuti settimanalmente per il personale dell'ospedale e dei centri di salute, e questo consente un forte collegamento col territorio e con la popolazione.

Grazie agli sforzi profusi e all'impegno di tutti, i risultati si cominciano a

vedere. Dal luglio 2009 si è registrato un lieve aumento del numero dei parti (è previsto un raddoppio, da 1000 a 2000-2500 parti all'anno quando saranno finiti i lavori). Con le attrezzature fornite (soprattutto ecografi) è stato possibile attivare ambulatori per l'assistenza alla gravida (nel 2010 sono state effettuate 12.000 prestazioni ambulatoriali di cui circa 5000 ecografie). In ospedale non si sono verificate né morti materne né, da quando è presente il pediatra, morti neonatali; quando il reparto sarà completato sarà possibile assistere anche i neonati prematuri.

Sono numeri importanti per un piccolo progetto, ma mostrano come sia possibile cambiare le condizioni di vita e di salute grazie a un impegno finanziario sostenibile e alla capacità di trasferire competenze e saperi che provengono da una grande struttura come la Mangiagalli in Paesi che non hanno la possibilità - per condizioni socio-economiche e livello di sviluppo - di maturare al proprio interno analoghe professionalità. Naturalmente i progetti sono stati concordati col Ministero di salute pubblica dell'Ecuador. Continua il dottor Mangia: *“Girando per i villaggi e parlando con alcune persone ho osservato come l'ospedale Divina Providencia rappresenti per loro una scialuppa di salvataggio, soprattutto per quelle situazioni mediche altrimenti irrisolvibili, neppure con un trasferimento della paziente nella lontana e carente Esmeraldas”.* E conclude: *“È necessario avere molta, molta pazienza e perseverare. Tutti pensiamo che la costruzione dei muri abbia i suoi tempi, ma l'arricchimento culturale ne richiede molti di più, e qui c'è molto da fare da questo punto di vista. Comunque, come ti ho già detto, abbiamo trovato, anche nelle lezioni di aggiornamento che abbiamo tenuto, molto desiderio di apprendere; quindi la mia impressione è che, nonostante le difficoltà, ci sia il terreno favorevole per un buon percorso formativo”.*

Scheda

Associazione Mangiagalli Life onlus

🏠 Sede operativa
via Commenda, 12
20122 MILANO
c/o Clinica Mangiagalli

☎️ Recapiti

Tel. 02 5503.2282
Fax 02 5503.5939

@ Web

www.mangiagallilife.com
e-mail
mariam_ferrari@yahoo.it



Eventi

- **14 febbraio 2011**
Concerto Gospel per l'Associazione Laura Coviello
ore 21.00 | Chiesa di San Marco | piazza S. Marco, 2 - Milano | info 02 4802.2878
- **26 febbraio 2011**
Incontro medico-paziente "Osteoporosi nelle patologie autoimmuni"
ore 10.00-12.00 | Aula Dermatologia | via Pace, 9 - Milano | info 800 080266 | 02 2641.1395
- **marzo 2011**
Corso di Primo Soccorso rivolto alla cittadinanza
via Francesco Sforza, 35 | info Associazione Italiana Soccorritori tel. 02 5464413
- **19 marzo 2011**
Giornata GILS contro la sclerodermia
ore 9.00-18.00 | Aula Magna Università degli Studi | via Festa del Perdono, 7 - Milano | info 02 5519.9506

Corsi

- **22 marzo 2011**
Effetti extrascheletrici della Vitamina D
ore 14.00 - 18.00 | Aula Borghi | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- **10 e 11 febbraio 2011**
Laboratorio libri su misura
ore 9.00 - 18.00 | Aula Polo Scientifico | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- **Dal 17 al 19 febbraio 2011**
Corso teorico-pratico avanzato di ecodoppler carotideo e vertebrale (con sessioni applicative pratiche)
Aula di Rappresentanza Università degli Studi di Milano | via Festa del Perdono, 7 - Milano | corso a pagamento: 301,81 euro
- **21 marzo 2011**
Analgesia epidurale in travaglio di parto
Aula da definirsi | via Francesco Sforza, 35 - Milano | corso a pagamento: 601,81 euro

Visita in Mangiagalli di S.E. Card. Dionigi Tettamanzi



Il 25 dicembre scorso, S.E. Card. Dionigi Tettamanzi ha fatto visita ai neonati della Mangiagalli. Il Cardinale, in occasione di questo Santo Natale, ha voluto porre un'attenzione particolare ai più piccoli, dedicando loro anche l'omelia in Duomo. Parlando con il personale medico ed infermieristico e i genitori dei piccoli, il Cardinale ha invitato a fare di più, anche solo con piccoli gesti, per tutti i bambini, risorsa e futuro della società, a partire proprio dai più indifesi.

Il Premio dell'American Fertility Society al prof. Luigi Fedele



Nel corso del Congresso Internazionale della *American Fertility Society*, tenutosi lo scorso novembre a Denver, USA, è stato conferito al prof. Luigi Fedele il prestigioso premio "Distinguished Surgeon Award" in riconoscimento della sua attività clinica e scientifica nell'ambito della chirurgia conservativa e ricostruttiva dell'apparato genitale femminile.

La cerimonia è avvenuta durante la sessione plenaria della *Society of Reproductive Surgeons* con l'approvazione unanime di tutti i membri del Board. È la prima volta, da quando la Società è stata fondata, che questo premio viene dato ad un ginecologo italiano.

Concerti in corsia



Chitarra, clarinetto, pianoforte, ma anche arpa, violino e flauto: sono i protagonisti di una serie di incontri musicali dedicati ai degenti e ai loro familiari in visita dei reparti di Medicina Interna di via Pace (il coordinamento è a cura del dottor Guido Moreo). Gli artisti, coinvolti su iniziativa della flautista Leonora Gangi, provengono da contesti di fama nazionale ed internazionale (insegnanti di Conservatorio, musicisti che collaborano o hanno collaborato con l'orchestra del Teatro alla Scala, ecc.).

L'iniziativa è partita domenica 14 novembre, con il concerto di chitarra classica tenuto da Emanuele Segre, seguito, a fine dicembre, dal duo di pianoforte e clarinetto composto da Luca Colombo e Raffaele Bertolini. Gli incontri, a cadenza mensile, proseguiranno fino a marzo.

L'iniziativa, molto apprezzata sia dai pazienti che dalle loro famiglie, vuole offrire un momento di sollievo a queste persone costrette a letto dalla malattia: pazienti fragili, anziani, malati oncematologici. Un'ora di leggerezza per uscire, anche solo con la mente, dalle mura ospedaliere.

Commemorazione del dottor Vincenzo Branca

Il 12 dicembre scorso è venuto a mancare il dottor Vincenzo Branca, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso. Persona di provato valore scientifico, etico ed umano, il dottor Branca è stato Direttore dell'Unità Operativa di Neuroradiologia diagnostica ed interventistica del Policlinico dal 2002, e dal 1° gennaio 2010 ha assunto anche la qualifica di Direttore del Dipartimento di Neuroscienze. È stato relatore e docente in congressi e corsi di formazione/aggiornamento nazionali ed internazionali su argomenti di Neuroradiologia Interventistica.

Alla sua famiglia le più sentite condoglianze, la stima e l'affetto da parte del Presidente, del Consiglio di Amministrazione, dei Direttori Generale, Scientifico, Sanitario e Amministrativo, e di tutto il personale della Fondazione.

macchina del tempo



...torna nel passato in seconda di copertina

La crociera oggi, sede della biblioteca dell'Università degli Studi di Milano



foto: Archivio Fondazione

INCROCIAMO il nostro servizio con le necessità più importanti.

SERVIZIO A2A DTS
(Dispositivi Text-Telephone)



Strumenti progettati per le persone sordomute che grazie ad una tastiera, uno schermo e una linea telefonica possono colloquiare scrivendo messaggi visualizzati in tempo reale sul display del ricevente.

A2A METTE A DISPOSIZIONE TRE NUMERI DTS

• **Richiesta di informazioni - 02 7720.3222**

attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.00

• **Pronto Intervento Gas - 02 7720.6888**

attivo tutti i giorni 24 ore su 24

• **Pronto Intervento Elettricità - 02 7720.5888**

attivo tutti i giorni 24 ore su 24

Servizio A2A BOLLETTA IN BRAILLE