

# la ca' granda

*notizie dal Policlinico*



FONDAZIONE IRCCS  
CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE  
POLICLINICO

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia



Aula anfiteatro per l'attività didattica della Clinica Dermatologica di via Pace, 1908



foto: Archivio Fondazione

Direttore responsabile: Valentina Regonesi

Redazione: Maria Teresa Bottanelli, Giancarlo Cesana, Ugo Gioffi, Fabio Colombo, Matilde De Simone, Santo De Stefano, Andrea Finzi, Paolo Galimberti, Pier Mannuccio Mannucci, Paola Navotti, Marco Segala, Stefano Stabene, Massimo Vanoli, Paola Ventura.

Hanno collaborato: Daniela Galimberti, Alberto Giannini, Michela Santarella e Paolo Vercellini.

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 Decliva, 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:

**ID** U L C A M A R A  
GRAFICA E COMUNICAZIONE

Stampa:



Una riflessione sul patrimonio della Fondazione al termine del mandato

## La sfida del presente per costruire il futuro

di Giancarlo Cesana, Presidente Fondazione Ca' Granda

**I**l Consiglio di Amministrazione - quindi anch'io - e la Direzione - Generale, Scientifica, Amministrativa e Sanitaria - scadranno alla fine di questo anno. Comincia a diventare tempo di consuntivi di un mandato breve - due anni e mezzo per me; un anno e mezzo o poco più per i Direttori, che hanno sostituito in corsa quelli precedenti - e relativamente tumultuoso, per i cambiamenti accennati e per il dibattito acceso dai mass media sui patrimoni pubblici. Di questo, qui desidero parlare, perché questo ha certamente caratterizzato la percezione pubblica della mia presidenza.

La questione in generale non è peregrina: i patrimoni pubblici sono una enorme ricchezza per il Paese, spesso non adeguatamente valorizzata, a causa della farraginosità, se non dell'incuria, della gestione. Basti pensare alla discussione in corso sulle modalità attraverso cui l'utilizzo e la dismissione dei patrimoni pubblici possono concorrere alla riduzione dell'enorme debito italiano.

In particolare per noi, la questione non è peregrina in quanto ciò che caratterizza una fondazione - e il nostro Ospedale è una fondazione, "Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico" - è l'utilizzo del patrimonio in funzione di uno scopo, la cura e l'assistenza agli ammalati. Noi abbiamo un immenso patrimonio artistico e immobiliare, accumulato in oltre cinque secoli di generosità dei Milanesi. Il valore del patrimonio immobiliare è stato stimato qualche anno fa dalla Agenzia del Territorio in circa un miliardo e mezzo di euro, con le variazioni in più o in meno relative alla situazione economica e di mercato. Ciò fa dell'Ospedale Maggiore un centro sanitario unico, voluto e sostenuto dal popolo per assistere chi fosse in condizioni difficili a causa di malattia. Va tenuto presente che le donazioni, per lo più dei ricchi milanesi, erano in passato per un nosocomio dove potevano essere ricoverati solo i poveri. Oggi, l'ospedale moderno ricovera tutti e pertanto le sue ricchezze, in termini di competenza e di beni, concorrono a sostenere

un ruolo e un servizio sempre più grandi, diffusi ed impegnativi, in termini umani, sociali ed economici.

Poter disporre in modo adeguato ed efficiente di un patrimonio come quello del Policlinico di Milano è una opportunità senza pari, perché rende più liberi dai condizionamenti inevitabili della politica e dell'economia. Si potrebbe cioè "fare", investire e costruire, seguendo i bisogni, in momenti anche difficili. Purtroppo non è così. Il patrimonio del Policlinico è ingente ma, come tutti gli altri patrimoni pubblici, è "vincolato" da leggi e regole che ne riducono fortemente la disponibilità. È la nostra pubblica amministrazione che, per la paura, certamente giustificata, che qualcuno rubi, spreca, cioè impedisce l'uso. Così la rendita è bassa, nemmeno sufficiente a rispondere alle quotidiane esigenze di investimento.

Il dibattito sui patrimoni degli ospedali, lanciato in termini vivaci e in alcuni casi ingiustamente duri sulle pagine milanesi dei grandi quotidiani, è stato involontariamente scatenato da noi quando abbiamo reso pubbliche le nostre preoccupazioni e quando abbiamo deciso di pubblicare sul sito la composizione dettagliata del patrimonio, inclusi indirizzi, affitti e affittuari. Adesso sembrano tutti persuasi che il nuovo ospedale Policlinico, con un costo stimato di 235 milioni di euro, venga costruito con il contributo più consistente possibile del patrimonio. La Fiera di Milano, partner nel Consiglio di Amministrazione della Ca' Granda, con le sue competenze nel campo dell'edilizia e del mercato immobiliare, sta dando attivamente una mano ai nostri uffici per preparare un piano di dismissioni. Non sarà facile, perché si dice che oggi non è il momento di vendere. Ma non è nemmeno il momento di fare debiti, che costerebbero molto più della rendita del patrimonio e che verrebbero pagati dai cittadini in tasse e tagli di servizi. È il momento di mettere a frutto al meglio possibile quello che si è e quello che si ha. È quello che abbiamo cercato innanzitutto di tematizzare e che, se ce lo consentiranno, faremo.

## Indice

### storie di medici e pazienti

Due ospedali,  
un trapianto e tanta  
umanità \_\_\_\_\_ **2**

### centri di eccellenza

Endometriosi:  
un Centro dedicato per  
diagnosi, cura e ricerca \_\_\_\_\_ **3**istantanea \_\_\_\_\_ **4**

### focus

Porte aperte  
in Terapia Intensiva \_\_\_\_\_ **6**

### lavori in corso

Più comfort  
per mamme e neonati \_\_\_\_\_ **8**la nostra ricerca \_\_\_\_\_ **10**

### archivio storico

Il Segantini in Giappone \_\_\_\_\_ **12**

### il mondo delle associazioni

Vicini ai più piccoli \_\_\_\_\_ **14**in due righe \_\_\_\_\_ **16**

### in copertina:

*il dottor Antonio Di Cesare,  
della U.O.S. di Chirurgia Neonatale,  
controlla una radiografia  
in sala operatoria.*



10 anni di attesa. Poi il trapianto e una vita nuova

## Due ospedali, un trapianto e tanta umanità

“Sono un milanese che nell'ultimo decennio è stato costretto, suo malgrado, a ricorrere a diverse strutture sanitarie della regione e non.

Dal 2006 sono in dialisi peritoneale e dal lontano 2001 in cura presso la UO Renale/Dialisi del padiglione Croff del Policlinico di Milano. Purtroppo nel 2006, come detto, nonostante le cure praticatemi al Croff e nel Centro per lo studio delle Amiloidosi sistemiche dell'Ospedale San Matteo di Pavia, cui ero stato affidato dal Croff stesso, la dialisi fu inevitabile.

Nel 2006 il Centro per lo studio delle Amiloidosi sistemiche di Pavia, visto che ero ormai in dialisi, è potuto intervenire energeticamente con chemioterapia idonea a debellare la rara malattia che mi aveva colpito, consentendomi di essere inserito nella lista dei pazienti in attesa di trapianto da cadavere.

Finalmente il 17 maggio scorso si è presentato il donatore compatibile e, dopo ulteriori approfonditi esami, alle ore 17.00 dello stesso giorno venivo sottoposto a trapianto presso il padiglione Zonda del Policlinico, diretto dalla professoressa Berardinelli.

Questo preambolo, un po' lungo - abbraccia peraltro dieci anni di vita - è necessario per meglio comprendere il prosieguo della mia lettera.

Ho avuto fortuna, ma di fortuna è improprio parlare, per come sono stato seguito e trattato in tutti questi anni.

In tutti i reparti in cui sono stato - Centro di Chirurgia Generale e dei Trapianti di Rene del padiglione Zonda, UO renale/dialisi del padiglione Croff, e Centro per la cura delle Amiloidosi sistemiche - ho trovato grandissima professionalità, profonda umanità, consapevolezza del dolore, cortesia a tutti i livelli, e questo grazie ad un lavoro di gruppo che rasenta la perfezione e riesce a sopperire alle carenze spesso di mezzi e strutture, al punto che raramente il paziente ne avverte l'esistenza. Il personale medico e infermieristico si è rivelato di primordine per capacità, professionalità, umanità: sempre pronto a consigliarti, confortarti, curarti e ricoverarti senza lungaggini quando necessario.

Mi son quindi chiesto cosa accomuni queste tre eccellenze: la mia risposta immediata è "la guida"! Infatti la professoressa

Berardinelli, il professor Messa e il professor Merlini sono professionisti che, oltre ad avere enorme competenza e professionalità, sprizzano anche doti di umanità non comuni e capacità organizzative spiccatissime per cui non c'è da stupirsi che le risorse umane a loro affidate presentino le stesse caratteristiche.

A questo punto però nasce in me una considerazione, forse deformazione di un mio passato di gestore di risorse umane: ma sono riconosciute e giustamente premiate queste eccellenze? Purtroppo temo di no... Un mancato riconoscimento può portare spesso a perdere le eccellenze, se non stimolate moralmente e materialmente con opportuni interventi volti a premiare il merito misurando gli sforzi di ognuno, ai vari livelli di responsabilità. La magica parola è "premiare il merito", azione diffusa nel privato, molto pubblicizzata nel pubblico, ma poco attuata nella realtà...

Spesso anche in regime di tagli come l'attuale, purtroppo lineari perché più facili da attuare, un investimento relativamente modesto può facilitare il conseguimento dei risparmi attesi, in quanto tutta l'organizzazione è tesa e fa gruppo e si muove all'unisono emarginando quelle improduttività che fatalmente ci sono e che poi determinano parte degli sprechi.

Spero che questa mia accorata testimonianza possa essere, con un po' di presunzione, la classica "goccia" che fa traboccare il vaso e che porti, da parte vostra, a qualche positiva iniziativa per queste tre eccellenze...voi che potete!"

Raffaello Laurelli

UO Nefrologia e Dialisi  
dott. Piernicola Messa  
tel. 02 5503 4552

UO Chirurgia Generale  
e dei Trapianti di Rene  
prof.ssa Luisa Berardinelli  
02 5503 5603

Malattia spesso difficile da diagnosticare. In Mangiagalli un punto di riferimento per tutte le donne

## Endometriosi: un Centro dedicato per diagnosi, cura e ricerca

di Marco Segala, Responsabile Ufficio Formazione

Da un'idea del prof. Giovanni Battista Candiani, uno dei grandi maestri della medicina milanese e per 23 anni direttore della prima clinica ostetrico-ginecologica alla Mangiagalli, e del prof. Luigi Fedele, suo allievo ed attuale successore, nasceva nel 1981 l'Ambulatorio Endometriosi.

L'endometriosi è causa della maggior parte dei dolori pelvici cronici femminili: colpisce il 10% delle donne in età fertile e circa il 40-50% delle donne infertili. E' dovuta alla presenza di mucosa endouterina (endometrio) al di fuori del suo organo naturale. L'apparato genitale interno è particolarmente colpito, ma anche altri organi, quali la vescica, gli ureteri e l'intestino, possono essere affetti, seppur più raramente. Secondo le ipotesi più accreditate, piccoli frammenti di mucosa endometriale possono raggiungere la cavità addominale durante le mestruazioni, passando dall'utero alla pelvi transitando a ritroso attraverso le tube (da qui il nome di mestruazione retrograda). Raggiunta la cavità pelvica, la mucosa endouterina tende ad aderire al peritoneo, la sottile membrana che riveste gli organi addominali. Eccezionalmente qualche frammento di mucosa può risalire tutta la cavità addominale annidandosi dietro il fegato o sotto il diaframma. In questi casi è possibile il passaggio delle cellule endometriali alla cavità toracica, con sviluppo di endometriosi pleurica e, più raramente, polmonare. Il forte stimolo infiammatorio, legato al ciclo mestruale, produce un'intensa

reazione immunitaria nella sede "anomala" dove il frammento di mucosa ha aderito. Questo processo è responsabile degli intensi dolori avvertiti nel corso della mestruazione.

Fino a non molti anni fa, i sintomi dell'endometriosi rimanevano frequentemente inesplicati poiché non veniva posta la corretta diagnosi. Con il miglioramento delle tecniche d'indagine e degli strumenti diagnostici, tra cui l'ecografia, la risonanza magnetica e la laparoscopia, è stato possibile rilevare con sempre maggior affidabilità la presenza dei frammenti intrauterini al di fuori della loro sede fisiologica e chiarire la causa dei dolori mestruali o dell'infertilità. Solo da pochi anni si parla quindi in modo chiaro di endometriosi. La diffusione della conoscenza di questa patologia è importante non solo per molte donne, ma anche per i loro curanti che, nel caso di mancato riconoscimento dell'origine dei disturbi, rischiano di prescrivere terapie scarsamente efficaci.

L'Ambulatorio Endometriosi della Mangiagalli è nato proprio come punto di riferimento per le donne colpite da questa malattia. Nel corso degli anni l'attività è gradualmente incrementata ed oggi si effettuano più di cinquanta visite settimanali. L'equipe del prof. Paolo Vercellini, responsabile dell'Ambulatorio, è composta da cinque medici strutturati, tre dottoresse specializzande in Ostetricia e Ginecologia, studentesse e personale infermieristico. Un gruppo di esperti endoscopisti effettua settimanalmente una decina di interventi per endometriosi. Dato il frequente coinvolgimento di molteplici organi, la collaborazione pluridisciplinare è essenziale per affrontare con efficacia le diverse lesioni endometriosiche.

Nell'Ambulatorio Endometriosi vengono condotti studi sul trattamento medico e chirurgico della malattia e numerosi articoli sono stati pubblicati sulle più prestigiose riviste mediche di settore. Il responsabile è at-

tualmente Presidente della World Endometriosis Society. La consapevolezza che l'endometriosi è una malattia infiammatoria cronica che necessita di trattamenti a lungo termine, talvolta per l'intero periodo fertile, è forse l'aspetto più innovativo dell'attività dell'Ambulatorio Endometriosi. L'impostazione di "strategie terapeutiche", piuttosto che di singoli interventi medico-chirurgici, è diventato un modello assistenziale internazionalmente condiviso.



## Un anno dopo

*Ecco come si presentava un anno fa e com'è oggi l'ex padiglione Invernizzi, prossima sede dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare. I lavori di costruzione sono proseguiti senza sosta e oggi l'edificio si presenta ultimato nel suo scheletro, in fase di copertura esterna con speciali pannelli di pietra giallo di provenza e di sistemazione impiantistica interna.*

*L'INGM è una Fondazione senza scopo di lucro costituita nel 2005 da Ministero della Salute, Ministero degli Esteri, Regione Lombardia e Fondazione Ca' Granda. Lo scopo è creare un Centro di alta specializzazione multidisciplinare per lo sviluppo di progetti di ricerca traslazionale nell'ambito della genetica molecolare. L'intero progetto è stato reso possibile grazie ad una generosa donazione di 20 milioni di Euro.*



foto: Valerio Gatana | Archivio Fondazione



La possibilità di accedere al reparto senza limitazioni fisiche o di orario porta benefici concreti al malato e ai suoi familiari.

## Porte aperte in Terapia Intensiva

di Valentina Regonesi, Responsabile Ufficio Comunicazione

**A**ll'ingresso del reparto la porta è aperta. Dentro, le mamme e i papà dei piccoli ricoverati sono a fianco a loro, tengono strette le manine, li accarezzano, sussurrano parole di conforto. Non indossano guanti, camici, mascherine, sovrascarpe o quant'altro. Eppure siamo in una Terapia Intensiva pediatrica, un reparto ad alta intensità di cura che ospita bambini affetti da insufficienza respiratoria e renale, shock settici, bambini operati o trapiantati. Si chiama "Terapia Intensiva aperta": si può accedervi senza restrizioni di orario o limitazioni fisiche.

Il dott. Alberto Giannini, medico rianimatore della Terapia Intensiva pediatrica presso la Clinica De Marchi della Fondazione, ci aiuta a capire di che cosa si tratta.

Abbiamo deciso di creare una Terapia Intensiva aperta sin dalla nascita del reparto, nel 1998. Eravamo infatti convinti che non fosse necessario né giusto porre limitazioni di accesso ai genitori dei piccoli ricoverati. Questa nostra volontà di cambiare le regole non era supportata da molti studi, ma non abbiamo desistito e oggi le evidenze scientifiche ci danno ragione.

**In che cosa consiste l'apertura nei confronti dell'esterno?**

A differenza dei normali reparti di Terapia Intensiva, in cui si ha accesso solo in determinati orari, spesso

con mascherine o camici di protezione, qui i genitori e i parenti dei piccoli ricoverati possono accedere 24 ore su 24 al reparto, stando così vicino al proprio figlio in qualsiasi momento della giornata. Il concetto di apertura, però, non si limita soltanto all'orario di accesso. L'apertura è anche sul piano fisico, perché genitori e parenti possono avvicinarsi al malato senza indumenti di protezione, possono accarezzarlo, baciare o, se le sue condizioni lo permettono, prenderlo in braccio. Un altro aspetto importante è poi quello di cercare di rendere la comunicazione con i familiari più attenta ed efficace.

**Qual è oggi la situazione in Italia? Quante sono le realtà simili alla nostra?**

Le Terapie Intensive aperte sono una

realtà ancora poco diffusa, ma in aumento rispetto al passato.

Un recente studio ha dimostrato che, se nel 2006 il tempo medio di visita nelle Terapie Intensive italiane era di 60 minuti al giorno, nel 2010 è aumentato a 115 minuti. La percentuale di Terapie Intensive aperte 24 ore su 24 era, nel 2006, dello 0,4%, mentre nel 2010 è salita al 2%. È diminuito invece il numero dei reparti che non permette in alcun modo l'accesso dei familiari (dal 2% all'1,4%). Sono numeri ancora molto piccoli ma incoraggianti per il futuro.

Per quanto riguarda le Terapie Intensive pediatriche, su 34 presenti in Italia, circa il 12% adotta il concetto di "reparto aperto".

**E la realtà al di fuori dell'Italia?**

La situazione è eterogenea. In Svezia, ad esempio, le Terapie Intensive aperte sono il 70%, nel Regno Unito circa il 20%, negli Stati Uniti il 32%.

**Perché sono ancora così poche le Terapie Intensive aperte?**

Sin dalla loro origine, circa 50 anni fa, le Terapie Intensive (sia per adulti

che pediatriche) sono state considerate reparti "chiusi", che limitano cioè fortemente la presenza di familiari o visitatori accanto al malato. Questa scelta è stata a lungo motivata con il timore di un aumento delle infezioni per i pazienti e di un'interferenza con le cure apportate al paziente stesso.

**Cos'è cambiato, o cosa sta cambiando?**

Gli studi condotti nel corso degli ultimi anni hanno dimostrato che i timori sono infondati: innanzitutto per i pazienti non aumenta in alcun modo l'incidenza dei problemi infettivi o di complicanze settiche. Al contrario, si è accertata una riduzione delle complicanze cardiovascolari e degli indici di ansia. Questo è molto importante se si considera che la limitazione alle visite dei parenti rappresenta la terza causa di sofferenza nei pazienti ricoverati. La vicinanza dei propri cari è un'esigenza forte per il paziente, che si trasforma in benefici concreti sia per lui sia per i suoi familiari (nei quali, ad esempio, si può avere una riduzione di ansia e stress).

**Qual è la reazione del personale medico ed infermieristico a questo concetto di reparto?**

Per medici e infermieri, lavorare sotto lo sguardo dei genitori o dei fami-

liari può rappresentare una fatica in più. È però altrettanto vero che il lavoro svolto sotto l'occhio dei familiari consente di acquistarne la stima, la fiducia, la considerazione e il rispetto. I genitori affidano con fiducia il proprio bimbo nelle mani di un'equipe che hanno visto lavorare con impegno, con costanza, con tenacia.

**La vicinanza al proprio caro è utile anche nei momenti più difficili?**

Soprattutto in questi momenti. La Terapia Intensiva è un reparto in cui si lotta per la vita, ma non sempre, purtroppo, si vince. Così, anche l'aspetto del limite umano alla cura può essere vissuto dai familiari del paziente in modo differente. Si permette infatti loro di accompagnare il proprio caro nel tempo della morte standogli vicino e facendogli sentire il proprio affetto, congedandosi da lui con dei gesti di una ricchezza e di un valore assolutamente inestimabile e che consentono anche una migliore elaborazione delle prime fasi del lutto, soprattutto da parte dei genitori.

**Come si può diffondere l'esperienza della Terapia Intensiva "aperta"?**

Credo che per realizzare questo cambiamento sia necessario dedicare impegno e grande attenzione agli aspetti formativi. Esperienze di questo genere sono già in corso nel nostro Paese. Dobbiamo far sì che su questi temi cresca davvero la cultura e la sensibilità di quanti lavorano in Terapia Intensiva.



*Negli ultimi due anni una piccola rivoluzione alla Clinica Mangiagalli*

## Più comfort per mamme e neonati

*di Michela Santarella R.I.P. - UO Funzioni Tecniche*

In risposta all'aumento considerevole di parti, gravidanze e neonati patologici, verificatosi in Mangiagalli dal 2002, gli interventi di ristrutturazione eseguiti negli ultimi due anni hanno riguardato principalmente la riorganizzazione funzionale delle aree degenze del parto (reparto degenza polispecialistico per 19 posti letto, re-

parto degenza per patologie della gravidanza per 30 posti letto e 5 nuove stanze nel reparto di degenza solventi) e l'ampliamento della terapia intensiva neonatale (con predisposizione di 8 letti in aggiunta e un'area nuova di pre-dimissione).

Considerate le caratteristiche di pregio architettonico e significato storico dell'edificio che ospita la Clinica Man-

giagalli, la nuova configurazione dei reparti di degenza ha ricalcato a somme linee quella del precedente stato, con una collocazione delle camere su tutti i fronti e dei nuovi locali di servizio in tutte le ali.

Al primo piano, il nuovo reparto di Patologia neonatale, adiacente alla Terapia Intensiva neonatale, ha visto la realizzazione di locali di supporto nell'area

confinante con il reparto di patologia della gravidanza (area educativa, uffici per medici e una degenza per i genitori con neonato in dimissione).

Sempre al primo piano, a breve sarà programmato un intervento nell'attuale area travaglio/parto che consentirà un sostanziale miglioramento della qualità assistenziale alla donna e al neonato, associata a una maggiore attenzione all'umanizzazione del parto. Il progetto, elaborato sulla base delle esigenze manifestate dagli operatori sanitari, tiene conto dell'annessione alla sala parto dell'ex settore della Patologia della gravidanza (reso libero dopo la recente ristrutturazione del reparto) e dell'aumento di disponibilità dei posti letto in Puerperio SSN

e Santa Caterina.

Nel progetto preliminare (soggetto ancora alle autorizzazioni di vari Enti) è stato previsto l'aumento dei box parto, da 6 a 9, oltre all'individuazione di due punti separati di accettazione che conducono a due aree distinte (pre partum e post partum), con esigenze di livello assistenziale diverse, e alla ristrutturazione del blocco operatorio con una zona filtro adeguata per il personale e due locali separati per preparazione e risveglio.

Sempre in Mangiagalli, a seguito di alcune recenti riqualificazioni, si sono ricavate nuove aree a servizio e assistenza di attività sanitarie, nella fattispecie al piano rialzato (ex archivio cartelle cliniche) e al piano secondo

(ex spogliatoio femminile). Si è provveduto infatti alla ridefinizione di alcuni spazi e alla creazione ex novo di aule didattiche (max 60 persone), adatte a incontri di formazione, di sale riunioni, uffici direzionali e di segreteria.

Nei prossimi mesi i lavori di ristrutturazione investiranno parte del terzo piano, in cui sarà realizzato il nuovo reparto di Day Surgery per 57 posti letto complessivi, di cui 4 camere singole, 13 doppie e 9 triple. La configurazione del futuro assetto manterrà invariata quella esistente, ad eccezione della realizzazione di nuovi servizi igienici e di locali di supporto finalizzati ad alcuni miglioramenti impiantistici e all'ottenimento dei requisiti strutturali autorizzativi.



## Novità nella coagulazione in cirrosi

Il paziente cirrotico spesso sanguina. Sino ad oggi, la responsabilità delle complicanze emorragiche era attribuita a un difetto della coagulazione correlato all'alterazione dei comuni test di laboratorio, tempo di protrombina e INR. La realtà invece è diversa: non solo non esiste un reale deficit coagulativo, ma talvolta può persino prevalere la tendenza opposta; e ciò spiega il paradosso dei non rari fenomeni trombotici osservati nei pazienti cirrotici. A minare dalle fondamenta le antiche convinzioni sono stati Armando Tripodi e Pier Mannuccio Mannucci, del Centro Emofilia e Trombosi "Angelo Bianchi Bonomi", che sulle pagine del prestigioso *New England Journal of Medicine* hanno analizzato l'alterazione in questi malati dei fini meccanici della coagulazione. "Un primo punto - chiarisce Tripodi - è che il fegato cirrotico produce una minore quantità non solo di proteine pro-coagulanti, indagate con i comuni test, ma anche di proteine ad azione opposta (anti-coagulanti), non valutate invece dai test di routine. In altre parole, nel cirrotico il calo dei fattori pro-coagulanti è controbilanciato dalla contemporanea riduzione di quelli anti-coagulanti, con un risultato netto di equilibrio simile a quello del soggetto sano, seppur più fragile. Anche la riduzione del numero di piastrine non sembra giocare un ruolo critico: almeno sino a certi livelli, il loro calo numerico si associa infatti ad un aumento della quantità di una particolare proteina circolante, il fattore von Willebrand, ben nota per la sua capacità di favorire l'adesione delle piastrine stesse alle sedi di danno vascolare, a dare il tappo piastrinico. Anche i meccanismi che sciolgono il coagulo si riposizionano su un nuovo equilibrio tra fattori favorenti e fattori oppONENTI. La tendenza emorragica del cirrotico va piuttosto imputata ad altri meccanismi, dalla disfunzione endoteliale alle alterazioni emodinamiche correlate all'ipertensione portale, dalle infezioni batteriche all'insufficienza renale. "Va dunque abbandonata la pratica di somministrare farmaci pro-coagulanti per correggere le sole alterazioni di laboratorio - conclude Tripodi - mentre la terapia anticoagulante è indicata anche nel paziente epatopatico che presenti manifestazioni trombotiche".

Per informazioni: Centro Emofilia e Trombosi "Angelo Bianchi Bonomi" - prof. Pier Mannuccio Mannucci, dott. Armando Tripodi

## Possibili trattamenti nella prevenzione dell'Alzheimer

Il trattamento della malattia di Alzheimer è ad oggi limitato al controllo dei sintomi. I farmaci in corso di sviluppo mirano invece ad interferire con i processi patogenetici alla base della malattia, in particolare la deposizione della proteina amiloide, che sembra essere il primo degli eventi che innescano la morte dei neuroni. Si stanno attualmente studiando composti in grado di interferire con la aggregazione della amiloide (inibitori della gamma-secretasi) oppure di rimuoverla una volta depositata (vaccinazione attiva o passiva), descritti in *Ther Adv Neurol Disord* 2011;4(4):203-16 da Daniela Galimberti ed Elio Scarpini.

La cascata di eventi che porta alla malattia inizia molto prima della comparsa dei sintomi (anche 10-15 anni prima), ed è proprio in queste fasi che sarebbe opportuno un trattamento con questi nuovi farmaci, in quanto il danno è ancora parziale e recuperabile. Per permettere una diagnosi precoce sono state proposte nuove linee guida, che prevedono l'utilizzo di marcatori biologici, cioè di indicatori oggettivi di danno neuronale, che sono misurabili in fluidi biologici o attraverso tecniche radiologiche, anche in assenza di sintomi clinici conclamati.

Per informazioni: UO Neurologia, Unità Valutativa Alzheimer - prof. Elio Scarpini

Foto: Valerio Garavata | Archivio Fondazione



## Il ruolo dei fattori dietetici e le abitudini alimentari nello sviluppo dell'obesità infantile

L'obesità è il disturbo nutrizionale più frequente tra i bambini e gli adolescenti di tutto il mondo. Nonostante recenti rapporti suggeriscano una stabilizzazione della prevalenza dell'obesità in alcuni paesi, l'onere per la società conseguente alla obesità pediatrica è ancora molto elevato. Oltre alle complicanze a breve termine come disturbi psicosociali o problemi ortopedici, si identificano conseguenze metaboliche a lungo termine in molti bambini obesi. È ben noto che l'obesità è una malattia multifattoriale in cui sono implicati sia fattori causali genetici che ambientali e psicologici oltre alla dieta e all'inattività fisica. Per questa ragione, un autorevole Comitato Europeo (Committee on Nutrition of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) di cui è membro il Prof. Carlo Agostoni, Medico della Fondazione, ha analizzato il ruolo che svolgono i fattori legati alla nutrizione per la prevenzione della obesità nella popolazione di età compresa fra due e diciotto anni. Dalla indagine emerge come gli interventi dietetici dovrebbero essere inseriti in una strategia multidisciplinare e si raccomandano modelli di sana alimentazione; inoltre considerando i molteplici fattori coinvolti nel bilancio energetico, si suggerisce che l'apporto energetico sia valutato individualmente, tenendo conto del dispendio energetico. È stato messo a punto una sorta di decalogo che contiene, in punti qualificanti, le principali raccomandazioni per prevenire l'obesità infantile destinato ai medici pediatri ed agli operatori sanitari in genere. Va infine ricordato che, anche se affrontato in altro "position paper" dello stesso gruppo, la prima prevenzione dell'obesità sta nell'allattamento al seno.

Per informazioni: UO Pediatria II - prof. Carlo Virginio Agostoni

## Associazione tra stabilità clinica e prognosi nei pazienti con polmonite

Lo studio, condotto in collaborazione tra la UO Broncopneumologia della Fondazione Ca' Granda e la Università di Louisville (Kentucky, Stati Uniti), ha analizzato la associazione tra il tempo alla stabilità clinica e la prognosi dei pazienti con polmonite.

La stabilità clinica è il momento in cui il paziente con polmonite presenta un miglioramento dei segni clinici (riduzione della tosse e della mancanza di fiato), sfebbramento da almeno 8 ore, riduzione della conta dei globuli bianchi e la possibilità di assumere il trattamento per via orale.

In questo studio sono stati confrontati due gruppi di pazienti che hanno raggiunto la stabilità clinica entro il terzo giorno (risposta precoce) o che l'hanno raggiunta dopo il terzo giorno (risposta tardiva).

Il primo gruppo era composto da 348 soggetti e il secondo da 116.

Nei due gruppi sono stati valutati il numero di riammissioni in ospedale e la mortalità a 30 giorni.

I risultati dello studio dimostrano che i soggetti che raggiungono la stabilità clinica tardivamente sono più esposti a eventi avversi (26% contro 15% dei soggetti con stabilità precoce) ed in particolare quelli correlati alla polmonite (16% contro 4.6%). Lo studio ha anche evidenziato come vi sia una stretta correlazione tra il tempo al raggiungimento della stabilità, in giorni, e l'aumento degli eventi avversi in termini di riammissione in ospedale e morte.

Le conclusioni dello studio indicano la necessità di un attento monitoraggio post dimissione dei pazienti con polmonite che raggiungano tardivamente la stabilità clinica.

Per informazioni: UO Broncopneumologia - prof. Francesco Blasi



Un importante ritratto della nostra quadreria ospite di una mostra nel paese del sol levante

## Il Segantini in Giappone

di Paolo M. Galimberti, Responsabile Servizio Beni Culturali

Nel suo testamento del 1888 il benefattore Giuseppe Rotta chiese che, oltre al proprio ritratto tradizionalmente commissionato da parte dell'Ospedale Maggiore, venissero eseguiti anche quelli della moglie e del padre. Per quest'ultimo il Consiglio si rivolse nell'ottobre del 1896 al pittore Giovanni Segantini. L'archivio conserva i carteggi intercorsi tra l'amministrazione e l'artista, sia per quanto concerne i termini di consegna (si ricordi che i ritratti dei benefattori venivano esposti durante la Festa del Perdono, il 25 marzo degli anni dispari), sia per il pagamento. A questo proposito, l'Ospedale retribuiva di prassi i pittori indistintamente 1.000 lire per la loro prestazione; tale quotazione era di gran lunga inferiore alle quotazioni di mercato di Segantini, che discretamente lo fa notare, adattandosi poi come forma di personale sostegno nei confronti del nosocomio.

L'opera, completata nel 1897, rappresenta il pezzo di maggior valore nelle raccolte ospedaliere e un capolavoro assoluto dell'arte divisionista. Anche all'interno della produzione dell'artista, in cui predominano paesaggi o scene di forte valore simbolico, un ritratto costituisce una vera rarità. Peraltro il dipinto si colloca negli anni in cui il pittore si avvicina sempre più a una poetica simbolista, sottolineata anche dall'uso di polvere d'oro nel colore, riservata alle opere di più intimo coinvolgimento. La semplice figura del benefattore vibra di una serie di risonanze, nel volto meditativo che emerge da un ambiente oscuro, rischiarato dalla lampada sullo scrittoio. La luce interna, attraverso il viso, trova un richiamo nella finestra di

sfondo, attraverso la quale si intuisce un lampione stradale che svela il trasporto di un ammalato su una barella chiusa.

La qualità dell'opera fece sì che da subito venisse richiesto per le rassegne più prestigiose. Già nel 1897, rinunciando alla mostra del Perdono, il ritratto fu presentato alla Seconda Esposizione Internazionale d'Arte della città di Venezia, l'anno seguente alla Erste Internationale Ausstellung, di Vienna. Successivamente furono estremamente pochi gli eventi a cui si fu accordato il prestito della tela, considerata la preziosità, la rarità e la rilevanza del bene. Le mostre vennero sempre selezionate con rigore, per importanza dell'occasione e della sede espositiva, come avvenne ad esempio nel 1949 per il Metropolitan Museum di New York. Nel 2007, dopo un accurato intervento di restauro e di consolidamento, la tela

è stata esposta prima alla mostra "Divisionism / Neo-Impressionism: Arcadia and Anarchy" del Museo Guggenheim di New-York e nella sua sede di Berlino, poi alla Mostra "Luce, controcultura, iridescenze", organizzata nell'ambito delle celebrazioni per il Centenario della morte di Giuseppe Pellizza, a Volpedo.

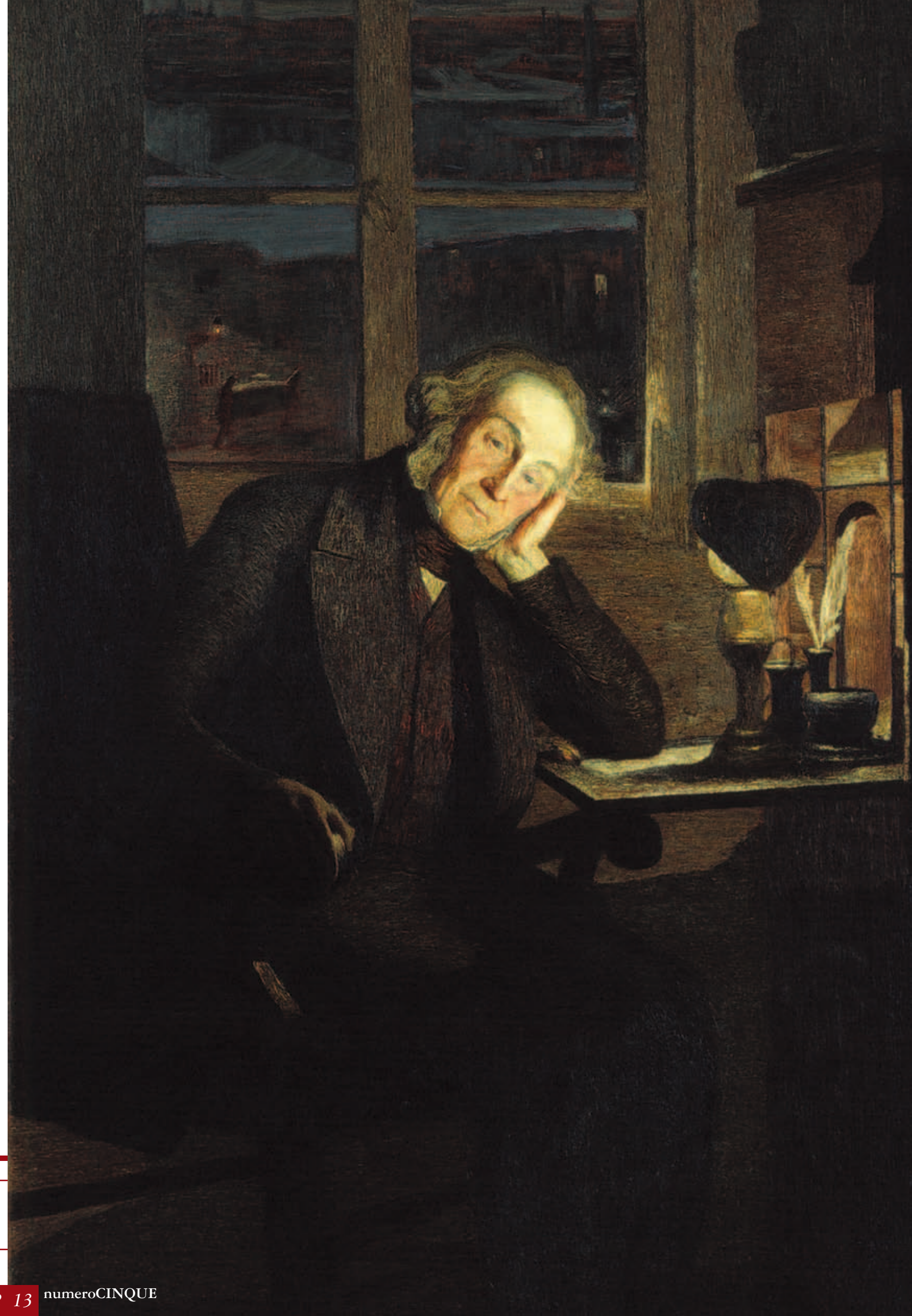
Quest'anno ha visto partecipare ancora l'opera a una rassegna di grande interesse, con una prima tappa al Beyeler Museum di Basilea e poi con una trasferta in Giappone; in questa nazione l'ultima mostra su Segantini risale a oltre trent'anni fa. Una esposizione solo su questo artista era molto attesa: i giapponesi infatti amano molto Segantini (tra i pochi artisti italiani ampiamente conosciuti, oltre a Leonardo da Vinci), sentito molto vicino alla loro sensibilità.

La mostra è stata promossa dalla NHK, il più importante network televisivo nipponico, in collaborazione con istituzioni museali ed accademiche italiane ed elvetiche. Il percorso espositivo illustra l'intera attività artistica del pittore, attraverso sessanta opere estremamente significative corredate da un accurato apparato didascalico.

L'evento è inserito nel più ampio campo di iniziative promosse quest'anno: "Italia in Giappone 2011". L'occasione ha anche assunto un significato speciale, che va oltre la sola promozione culturale, per diventare un segnale di amicizia e solidarietà dell'Italia al Giappone dopo la catastrofe di marzo; segnale che è stato particolarmente apprezzato da un paese determinato a ritrovare la propria normalità.



Giovanni SEGANTINI,  
Ritratto di Carlo Rotta, 1897,  
olio su tela, cm 201x121







Due Associazioni con lo scopo comune di combattere le malattie renali che

colpiscono i bambini

## Vicini ai

## più piccoli

di Maria Teresa Bottanelli,

Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico

### Scheda

**Progetto ALICE Onlus**  
Associazione per la lotta alla SEU

🏠 **Sede operativa**  
vicolo Beretta, 2  
20866 Carnate (MB)

☎ **Recapiti**  
tel. 039 6889372  
fax 039 6889372

@ **Web**  
www.progettoalice-seu.org  
info@progettoalice-seu.org

**D**a un'esperienza familiare si è costituita nel maggio 2004 l'Associazione Progetto ALICE Onlus Associazione per la lotta alla SEU, un'organizzazione vivace e intraprendente che prende il nome dalla piccola Alice, bambina colpita all'età di 5 mesi dalla Sindrome Emolitico Uremica, una malattia molto rara caratterizzata da anemia, ridotto numero di piastrine ed insufficienza renale acuta, che colpisce prevalentemente i bambini. L'Associazione si occupa di promuovere la conoscenza delle cause, dei sintomi e del trattamento della Sindrome Emolitico Uremica (SEU) in tutte le sue forme (sia di origine infettiva che genetica). Sostiene l'assistenza sociale e sanitaria dei pazienti affetti da SEU e la ricerca scientifica preventiva, clinica e sperimentale sulla patologia. Cerca di mantenere un contatto costante con i pazienti per individuare le aree critiche in cui è necessario intervenire.

In considerazione dell'elevata incidenza di SEU nella Regione Lombardia,

l'Associazione ha proposto una collaborazione con la nostra Fondazione (in considerazione dell'esperienza sulla patologia e della disponibilità di competenze polispecialistiche) che ha portato, nel 2009, alla nascita del Centro per la Cura e lo Studio della SEU, coordinato dal dott. Gianluigi Ardissino dell'U.O. Nefrologia e Dialisi pediatrica.

La decisione di costituire un Centro totalmente dedicato alla SEU è stata un'esperienza innovativa, che non aveva altri esempi nel mondo, e che ha dimostrato essere una scelta vincente per progredire con successo nella gestione clinica ed assistenziale del paziente e nella ricerca sulla patologia.

Grazie alla fattiva collaborazione tra il personale sanitario e l'Associazione, si sono ottenuti importantissimi progressi che hanno contribuito a migliorare la qualità di vita di molte persone. Tra le iniziative più importanti, la creazione di una rete regionale per la prevenzione e la diagnosi precoce della malattia; il miglioramento delle indagini genetiche; l'introduzione di nuovi farmaci per contrastare la SEU.

**L'**Associazione per il Bambino Nefropatico (ABN) nasce nel 1978 grazie ad un ristretto gruppo di personalità del mondo economico e sanitario milanese che desideravano ovviare alla mancanza di un servizio di Nefrologia e Dialisi pediatrica a Milano e sostenere la realizzazione di un reparto di Nefrologia che veniva in quel momento ideato e promosso dall'allora Direttore della Clinica De Marchi, prof. Fabio Sereni. Ad oggi, l'ABN conta oltre 6.000 sostenitori che con le loro offerte contribuiscono in maniera determinante al raggiungimento degli scopi prefissati.

L'Associazione sostiene le attività di assistenza e ricerca a beneficio dei bambini ricoverati presso la Nefrologia pediatrica della Clinica De Marchi della Fondazione, diretta dal dott. Alberto Edefonti, affetti da patologia renale provocata da malattie ereditarie oppure acquisite, spesso di natura immunologica, o malformazioni congenite renali o delle vie urinarie.

Negli anni ha contribuito all'acqui-

sizione di strumentazioni tecnologicamente avanzate, alla realizzazione di diversi reparti (Terapia Intensiva, Radiologia, Pronto Soccorso, per citarne alcuni) e di iniziative volte a migliorare la qualità di vita dei piccoli pazienti. Come ad esempio la possibilità di andare in vacanza nel periodo giugno-luglio in località marittime, dove il Sistema Sanitario Nazionale ha disponibilità di posti dialisi, accompagnati da personale della Clinica. L'ABN si fa carico di tutte le spese di viaggio, soggiorno e divertimenti, grazie al supporto finanziario dell'International School of Europe.

A fianco dell'assistenza all'interno dell'ospedale, l'ABN si occupa anche di attività esterne, come l'accoglienza a Milano delle famiglie dei bambini ricoverati che provengono da fuori regione (in due appartamenti autonomi).

Oltre ai progetti di ricerca e assistenza, l'ABN opera anche nell'ambito della Cooperazione Internazionale. A Managua, in Nicaragua, ha dato vita ad un Centro nefrologico che si colloca ai livelli più alti nella realtà del Centro America per attività clinica e qualità.

### Scheda

**Associazione per il Bambino Nefropatico ABN**

🏠 **Sede operativa**  
via Commenda, 9  
20122 Milano  
c/o Clinica De Marchi

☎ **Recapiti**  
tel. 02 5450337  
fax 02 54108983

@ **Web**  
www.abn.it  
abn@lexicon.it



## Corsi

- 3 novembre 2011  
**Formazione obbligatoria in materia di radioprotezione del paziente (Art. 7 del D.Lgs. 187/2000). Alte dosi**  
ore 13-18 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 7 novembre 2011  
**Neurofisiologia...e poi?**  
ore 8.30-13.30 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 10 e 11 novembre 2011  
**Laboratorio libri su misura**  
ore 9-18 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 11 novembre 2011  
**Giornata della "Care"**  
ore 9-17 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 14 novembre 2011  
**Mondostetrica**  
ore 14-18 | Aula Magna Mangiagalli | via Commenda, 12 - Milano
- 14 novembre 2011  
**Marcatore di danno cardiaco: tropoina ad alta sensibilità**  
ore 10-14.30 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 15 novembre 2011  
**InfoLogAud**  
ore 9-13.30 | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 16 novembre 2011  
**Quando chiamare l'Assistente Sociale?**  
ore 14-18 | Aula POLO SCIENTIFICO | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 17 e 18 novembre 2011  
**XXXVII Corso di aggiornamento "Alterazioni Congenite ed acquisite della Coagulazione" Focus su: "Prove di Emostasi "point-of-care": a che punto siamo?"**  
ore 9-18.30 | Centro Congressi Fondazione Stelline - Milano
- 21 novembre e 12 dicembre 2011  
**Letteratura logopedica**  
ore 11 - 13.30 | via Francesco Sforza, 35 - Milano
- 30 novembre 2011  
**La malattia di Parkinson: la gestione del paziente nella pratica clinica**  
ore 9-17.30 | Aula di Rappresentanza Università degli Studi di Milano | via Festa del Perdono - Milano

## Con la crs i referti medici sono a portata di click



Grazie alla Carta Regionale dei Servizi (CRS), i referti medici di visite ed esami si possono consultare anche on line, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Oggi in Lombardia i cittadini assistiti dal Sistema Sanitario Regionale possono consultare e stampare i referti medici di visite o di esami direttamente dal proprio PC, collegandosi anche da casa al sito [www.crs.regione.lombardia.it](http://www.crs.regione.lombardia.it).

Nel caso dei referti di laboratorio analisi, inoltre, la consultazione via web permette già di adempiere agli obblighi del ritiro: è quindi possibile non tornare presso la struttura sanitaria per richiedere il referto cartaceo.

Per consultare i referti, e in generale per accedere a tutti i servizi socio-sanitari on line, è necessario avere a disposizione il PIN della propria Carta Regionale dei Servizi, dotarsi di un lettore di smart card da collegare al PC e aver espresso il Consenso al trattamento dei dati personali. Basta poi collegarsi al sito ufficiale della CRS, [www.crs.regione.lombardia.it](http://www.crs.regione.lombardia.it), e accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è la cartella clinica virtuale che contiene i referti di visite specialistiche ed esami, ma anche le prescrizioni di visite specialistiche, di esami diagnostici e di farmaci, i verbali di Pronto Soccorso, le lettere di dimissioni ospedaliere, i dati relativi alle cure in corso e altri dati utili in situazioni di emergenza.

Il FSE viene creato in rete solo in seguito al rilascio da parte del cittadino del Consenso al trattamento dei dati personali, ed è consultabile on line dal cittadino stesso – nel pieno rispetto della sicurezza e della privacy – e dai medici e dagli specialisti durante i processi di diagnosi e cura.

Dalla postazione-cittadino sono consultabili i referti medici on line di visite ed esami. Il Policlinico, in particolare, mette a disposizione la con-

sultazione on line dei seguenti referti:

- Esami del laboratorio analisi (eseguiti in Policlinico)
- Radiografie (eseguite in Policlinico)

Il cittadino può chiedere il rilascio del codice PIN ed esprimere il consenso informato recandosi presso:

- gli Uffici di Scelta e Revoca del Medico di Famiglia dei Distretti dell'ASL di Milano le cui sedi ed indirizzi sono disponibili sul sito [www.asl.milano.it](http://www.asl.milano.it)
- i Comuni di Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Sesto San Giovanni.

È possibile esprimere solo il consenso informato presso le farmacie del territorio dell'ASL di Milano le cui sedi ed indirizzi sono disponibili sul sito [www.asl.milano.it](http://www.asl.milano.it)

Con la Carta Regionale dei Servizi, sempre attraverso il sito [www.crs.regione.lombardia.it](http://www.crs.regione.lombardia.it), è possibile accedere anche ad altri servizi sanitari on line quali:

- la prenotazione di visite ed esami;
- la scelta del medico di famiglia;
- l'espressione del Consenso al trattamento dei dati personali;
- la richiesta del codice PIN per la CRS in scadenza.

## Emofilia

La Fondazione Angelo Bianchi Bonomi ha pubblicato il rapporto triennale relativo all'attività scientifica svolta. Il documento è disponibile on line sul sito della Fondazione.

## SITRA

**sitra@noi**

È nata "SitraNoi", la newsletter on line del SITRA rivolta ai suoi operatori per veicolare informazioni o approfondire tematiche di pubblico interesse. Chiunque afferisca al SITRA può inviare un contributo all'indirizzo di posta elettronica [sitra@policlinico.mi.it](mailto:sitra@policlinico.mi.it) segnalando in oggetto "per newsletter".

I contributi dovranno prevedere una lunghezza compresa tra le 200 e le 250 parole; sono presentabili interventi, quesiti, novità, sempre che rivestano carattere d'interesse generale.

## macchina del tempo



...torna nel passato in seconda di copertina



L'aula anfiteatro di via Pace, oggi

A2A produce  
**energia rinnovabile**

A2A investe  
**per l'efficienza energetica**

A2A contribuisce  
**all'aria pulita delle città**

