

ON¹

Marzo
2023

IL MAGAZINE DELL'ASST OSPEDALE NIGUARDA

The World's Best Hospitals 2023

MENT · AETERNITATIS · TEMPORVM · CLARISSIMA · NOMINA · FAMA · PERVM.

RICONOSCIMENTI

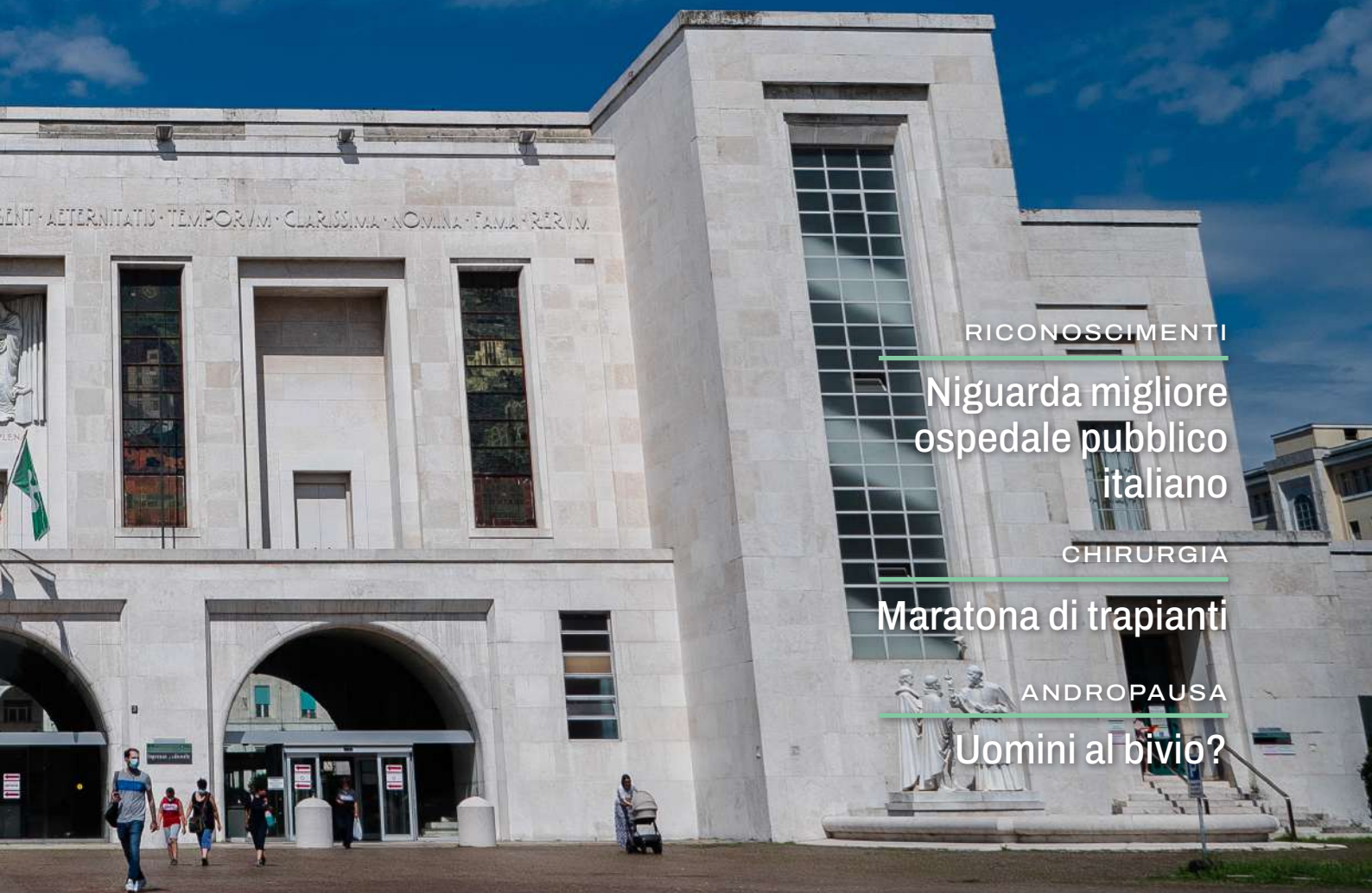
Niguarda migliore
ospedale pubblico
italiano

CHIRURGIA

Maratona di trapianti

ANDROPAUSA

Uomini al bivio?



A inizio marzo è stata pubblicata la nuova classifica annuale dei migliori ospedali del mondo, redatta dalla rivista americana "Newsweek". Vengono prese in esame oltre 2mila strutture in 28 Paesi del mondo.

Niguarda, ancora una volta, viene riconosciuto in questo ranking internazionale tra le migliori strutture che garantiscono elevati standard di cure e di assistenza ai propri pazienti.

In particolare a livello italiano è il primo ospedale pubblico, ennesima dimostrazione del valore del sistema sanitario pubblico italiano, universale e gratuito.

Questo riconoscimento internazionale, una sorta di "bollino di professionalità", è per tutti gli operatori di Niguarda motivo di grande orgoglio e soddisfazione.

Ma è anche uno stimolo e una spinta ad alzare l'asticella e fare sempre meglio. Anche se il contesto economico e sociale è difficile - tra pandemia, inflazione, instabilità geopolitiche - dobbiamo continuare a impegnarci, puntando con la barra dritta verso la nostra unica *mission*: garantire a tutti l'accesso alle cure con eccellenti standard assistenziali.

Proprio per questo, nell'ultimo triennio sono stati fatti importanti investimenti tecnologici che hanno ampliato e migliorato il nostro "parco strumentale": acceleratori lineari, PET, Gamma Knife, TAC, Risonanza Magnetica, robot chirurgici. Dobbiamo e vogliamo impegnarci ancora di più per potenziare i nostri punti di forza e le eccellenze che ci caratterizzano e ci rendono veramente funzionali al sistema sanitario regionale.

Così inizia il nostro 2023.

*Il Direttore Generale
Marco Bosio*

06

Maratona di trapianti



10

Il giardino che cura

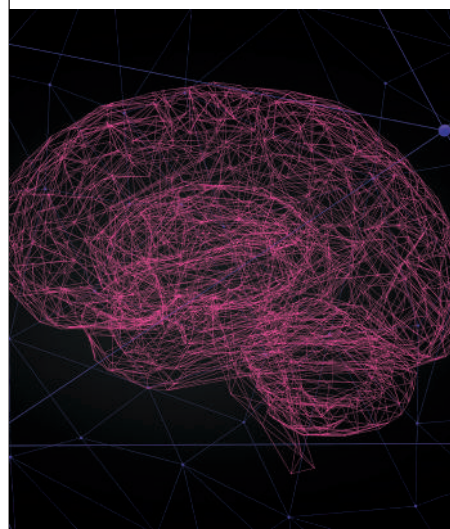
12

Per non dimenticare



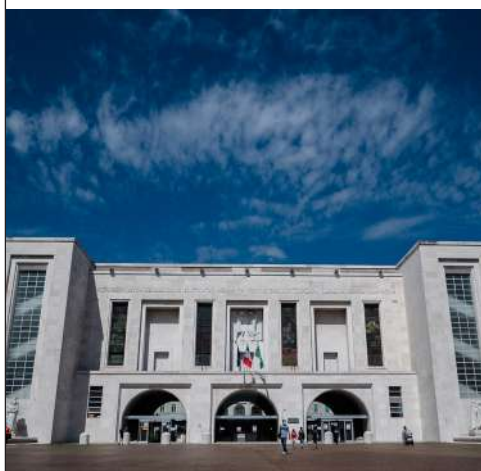
14

Cervello social



08

Niguarda migliore ospedale pubblico italiano



16

Occhio al colore!



18

Uomini al bivio?



22

Perchè ci vuole
orecchio...



24

Identikit di un fibroma

28

Cicatrici

20

Cavoli a merenda



30

Doppia elica

26

Sfide ventiventitre

32

News

► CHIRURGIA

Maratona di trapianti

A Niguarda eseguiti 14 trapianti in 10 giorni

Un record per l'Ospedale Niguarda di Milano: **in soli 10 giorni sono stati eseguiti ben 14 trapianti d'organo, 9 di fegato e 5 di rene.**

Due dei trapianti sono stati resi possibili grazie a "Donatori a Cuore Fermo" (DCD), di cui uno in ECMO (circolazione extracorporea), con procedure molto complesse che non possono essere eseguite in tutti i Centri.

Da sottolineare che nel caso del trapianto di fegato, inoltre, l'impegno profuso da tutta la grande macchina dei trapianti è "doppio". In questi casi, infatti, devono attivarsi due équipe diverse, una che si occupa del prelievo dell'organo, che può avvenire anche in altre strutture ospedaliere, e una che invece esegue il trapianto.

*"L'Ospedale Niguarda è riuscito in questa grande e complessa impresa, - commenta **Luciano De Carlis**, Direttore del Niguarda Transplant Center - un risultato così importante raggiunto grazie al lavoro integrato di équipe specialistiche, tecnologie di ultima generazione e laboratori accreditati secondo standard internazionali. In particolare, l'innovazione tecnologica, apportata dalle macchine da perfusione, consente di migliorare la salute dell'organo, rigenerandone le riserve energetiche, e di prolungarne il tempo di ischemia di modo da ottimizzare così anche le tempistiche del trapianto. Si tratta di una tecnologia applicata per la prima volta in Italia proprio presso il nostro ospedale nel 2015 e oggi ampiamente utilizzata e diffusa".*

Niguarda è uno dei principali Centri Trapianti italiani sia per volumi di attività che per il grado di specializzazione. È uno dei pochi centri in Lombardia a effettuare **trapianti per quasi tutti gli organi** (cuore, pancreas, rene, fegato), senza dimenticare i trapianti di tessuti e cellule (come per esempio le cornee).

I numeri di questo record raccontano del grande sforzo organizzativo, dell'attenzione, della professionalità e della competenza dei tanti operatori coinvolti nella realizzazione di un trapianto, un **lavoro di squadra complesso** che richiede molto impegno e dedizione. Un'impresa corale che permette di salvare tante vite e che inizia con un bellissimo gesto di solidarietà: **la scelta di donare.**

L'Italia, da questo punto di vista, festeggia un altro bellissimo risultato. Per la prima volta, infatti, le donazioni di organi hanno superato quota 1.800 in un anno (2022), con un significativo incremento anche dei trapianti: 3.887, il secondo miglior risultato di sempre.

*"Un trapianto, prima di tutto, ha bisogno di qualcuno che abbia scelto di donare i propri organi - sottolinea **Marco Bosio**, Direttore Generale del Niguarda - e il mio grazie e il mio pensiero quindi vanno prima di tutto ai donatori e alle loro famiglie. Grazie poi a tutti i chirurghi, anestesisti, internisti, tecnici di laboratorio, infermieri, operatori del trasporto, personale impegnato nel coordinamento e nel prelievo degli organi, oltre 100 persone, per aver contribuito alla crescita di uno dei progressi più straordinari non solo della terapia, ma anche della solidarietà umana".*



► **Luciano De Carlis**,
Direttore Chirurgia Generale e
dei Trapianti

► RICONOSCIMENTI

Niguarda migliore ospedale pubblico italiano



Dalla classifica americana “World’s best hospitals”, per Niguarda una conferma di eccellenza

U Come sempre a marzo la famosa rivista americana *Newsweek* ha pubblicato la classifica annuale “Best Hospitals 2023”, ovvero una guida ai migliori ospedali nel mondo.

Sono solo 5 gli ospedali italiani nella top 100 mondiale e 13 nella top 250 secondo il ranking stilato da un board di esperti internazionali.

Al primo posto tra le **strutture pubbliche italiane c'è l'Ospedale Niguarda**, al secondo considerando anche le strutture sanitarie private.

Un risultato raggiunto ancora una volta grazie alle numerose eccellenze, alle tecnologie di ultimo livello, all'attività di ricerca e all'impegno dei 5mila professionisti, che nonostante gli ultimi anni particolarmente complessi, hanno continuato ad assicurare innovazione ed eccellenza nelle cure.

Il *Newsweek* stesso, nella premessa alla classifica, definisce quello attuale “*uno stress senza precedenti per tutti i sistemi sanitari, a causa della pandemia, dell'inflazione e dell'incertezza finanziaria globale. Negli Stati Uniti e in tutto il mondo, gli ospedali più importanti devono fare i conti con l'aumento dei costi, l'invecchiamento della popolazione e una forza lavoro medica esaurita dalla lotta contro una pandemia globale*”.

L'Ospedale Niguarda rientra in questa graduatoria mondiale già dal 2020, proprio l'anno in cui affrontavamo le sfide imposte dall'emergenza sanitaria. Da allora ogni anno conferma il suo valore, sia nella classifica “Best Hospitals” sia nelle classifiche parziali che si focalizzano su alcune specialità.

La classifica

Il podio della classifica 2023 è (come sempre) tutto americano con la Mayo Clinic di Rochester, la Cleveland Clinic di Cleveland e il Massachusetts General Hospital di Boston che occupano rispettivamente, il primo, secondo e terzo gradino della panoramica del settimanale USA. Nella top 100 arrivano anche i primi ospedali italiani. Come detto, considerando le strutture pubbliche, Niguarda è al primo posto (al 60°) mentre, allargando anche alle strutture private, troviamo prima al 38° posto il Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma. A seguire l'Ospedale San Raffaele di Milano (64°), il Sant'Orsola di Bologna (65°), l'Humanitas di Rozzano (89°).

Continuando a scorrere la classifica arriviamo al Policlinico San Matteo di Pavia (101°), all'Azienda Ospedaliera di Padova (103°), l'Ospedale Borgo Trento di Verona (120°), l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (134°), le Molinette di Torino (149°), il Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (151°), gli Spedali Civili di Brescia (215°) e infine il Careggi di Firenze (237°).

Come è stata stilata la classifica 2023

Nell'edizione 2023 dei *World's best hospitals*, sono stati esaminati **oltre 2.300 ospedali di 28 nazioni** (USA, Germania, Giappone, Corea del Sud, Francia, Italia, Gran Bretagna, Spagna, Brasile, Canada, India, Australia, Messico, Olanda, Austria, Tailandia, Svizzera, Svezia, Belgio, Finlandia, Norvegia, Danimarca, Israele, Singapore, Emirati Arabi Uniti, Colombia, Arabia Saudita e Taiwan, quest'ultima la new entry dell'edizione 2023), scelte in base agli standard di vita, alla numerosità della popolazione, al numero di ospedali, all'aspettativa di vita e alla disponibilità di dati. La prima edizione del *World's Best Hospitals* è del marzo 2019 e prendeva in esame solo mille ospedali in 11 nazioni. Ogni ospedale viene valutato con un punteggio derivante dal parere di esperti (una *survey* online tra oltre 80 mila medici, manager ospedalieri, esperti in sanità), dai dati di patient satisfaction, dalle metriche che descrivono la qualità degli ospedali (es. qualità dei trattamenti, tempi d'attesa, misure di igiene, *safety* dei pazienti, numero di pazienti per medico/infermiere), e da un'indagine sull'implementazione dei PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*). Alla fine di questa impegnativa ricognizione, un board di esperti internazionali stila il *ranking dei Global Top 250* e una serie di “*top list*”, nazione per nazione. Obiettivo finale è fornire ai pazienti uno strumento per prendere decisioni informate circa la scelta dell'ospedale migliore per le loro necessità di salute e offrire agli ospedali un *benchmark* composito, indicativo delle loro performance rispetto a strutture simili a livello nazionale e internazionale.

► FONDAZIONE OSPEDALE NIGUARDA

Il giardino che cura



Il progetto di Fondazione Ospedale Niguarda per costruire un'oasi di benessere, che fa bene al cuore e non solo

Lo sentiamo dire spesso: “prendersi cura” di una persona vuol dire non solo metterle a disposizione competenze, professionalità, tecnologie e cure appropriate, ma anche accoglierla e accompagnarla mano nella mano in un percorso di cura a volte complesso e faticoso. **Vuol dire non fermarsi alla diagnosi e alla terapia.**

Come accade, per esempio, da quasi mezzo secolo nei paesi anglosassoni, dove, per migliorare la salute e il benessere dei pazienti, si uniscono alle cure mediche tradizionali anche progetti alternativi.

Tra questi ci sono i “giardini terapeutici”, spazi costruiti *ad hoc* nei quali i pazienti e i loro familiari, ma anche gli operatori sanitari, possono riconnettersi positivamente con la natura e con i suoi profumi. Seguendo dei percorsi sensoriali si stimolano **sensazioni positive**, aumenta il senso di “controllo” dell’ambiente (spesso impossibile da avere in un ospedale), **migliora il benessere** fisico, mentale ed emozionale, si riduce la percezione **del dolore e si massimizzano gli effetti delle cure.**

“Le moderne strutture sanitarie non possono più essere progettate solo ed esclusivamente per il trattamento delle malattie, ma anche per permettere una relazione positiva con la salute. Ecco perché, attraverso il sostegno della Fondazione Ospedale Niguarda, vorremmo ridisegnare alcuni dei nostri spazi affinché diventino essi stessi parte delle cure offerte” – spiega **Marco Bosio**, Direttore Generale di Niguarda e Presidente di Fondazione Ospedale Niguarda. *“Abbiamo in mente tre «giardini della salute» (giardini terapeutici-sensoriali) rivolti a bambini e ragazzi con disturbi della salute mentale e disabilità psichica e a persone con malattie terminali. Il progetto si svilupperà all’interno del Presidio Territoriale «Paolo Pini», un’area di circa 300mila metri quadri immersa nel verde a nord di Milano”.*

Un’oasi di benessere che, per gli assistiti dell’Hospice interno al Presidio Territoriale, per esempio, favorisca la meditazione, rispettando le diverse spiritualità/religiosità delle persone ricoverate, ambiente familiare dove poter trascorrere del tempo con i propri cari. Spazi che tengano

conto anche della diversa capacità motoria e della diversa percezione spaziale che gli assistiti potrebbero avere.

“Pensando agli adolescenti, in una società in cui l’infanzia subisce un’influenza fortissima da parte delle nuove tecnologie, di internet e dei social media, vorremmo invece che i nostri giardini per i bambini e i ragazzi della Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza li aiutassero a rientrare in contatto con la natura e con le proprie emozioni. Stimolandoli a prendersi cura delle piante, seguendo e rispettando i tempi della natura, potranno aumentare la propria autostima e le abilità, migliorare la socializzazione e il confronto con gli altri” – conclude Bosio.

Il progetto di realizzazione dei giardini terapeutici, chiamati anche *“healing garden”* è ambizioso e impegnativo, per questo c’è bisogno dell’aiuto di tutti. La Fondazione nel mese di aprile ha lanciato una campagna di *crowdfunding* per raccogliere fondi attraverso il portale **www.eppela.it**, oppure direttamente tramite il sito della fondazione, **www.fondazioneospedaleniguarda.it**.

La Fondazione Ospedale Niguarda è nata nel 2022 per sostenere e supportare l’Ospedale Niguarda in progetti specifici legati all’accoglienza dei pazienti, alla promozione di attività cliniche e di assistenza, al potenziamento della ricerca e della formazione. Il suo obiettivo è “accorciare le distanze”, lavorare come ponte tra l’Ospedale e il tessuto sociale, scientifico e territoriale con cui il Niguarda si relaziona.



► **Marco Bosio**, Direttore Generale di Niguarda e Presidente di Fondazione Ospedale Niguarda

► COVID-19

Per non dimenticare

Niguarda ospite alla Camera dei deputati per celebrare la Giornata in memoria delle vittime del COVID



Rimarranno impresse e indelebili della mente di tutti gli italiani quelle immagini, mute, desolanti e potentissime, dei mezzi militari che il 18 marzo 2020 a Bergamo trasportavano le vittime falcidiate da un virus allora ancora sconosciuto. In quell'immagine era racchiuso il dramma dell'intera pandemia.

Quella data simbolica è stata scelta dal Parlamento per ricordare, ogni anno, tutte le morti causate dal COVID, con la **“Giornata nazionale in memoria delle vittime dell'epidemia di coronavirus”**.

È una giornata per non dimenticare i tanti che non ci sono più e, insieme, l'apporto di quanti hanno contribuito alla salvaguardia della salute collettiva, al funzionamento dei servizi essenziali: medici, infermieri, personale sanitario, tecnici, operatori pubblici, amministratori, donne e uomini della Protezione civile, militari e forze dell'ordine, volontari...

Proprio per ricordare, ma anche per continuare a mettere a frutto quanto abbiamo comunque appreso da questa tragedia, i professionisti di **Niguarda sono stati invitati il 16 marzo presso la Camera dei Deputati per testimoniare l'esperienza vissuta**.

In quei durissimi mesi Niguarda ha dato prova di una grande professionalità, dedizione e capacità di reazione. Tutti gli operatori, dai reparti ai laboratori, dal pronto soccorso alla farmacia, dagli ambulatori al territorio, passando per i magazzini, gli uffici amministrativi e tecnici, non si sono fermati. Si sono dovuti misurare con qualcosa di difficile e nuovo, convivendo con l'incertezza e la minaccia di un virus sconosciuto, il timore del contagio, l'isolamento dai propri affetti. Ma hanno resistito, trovando la forza nella consapevolezza che fosse la cosa giusta da fare, onorando la *mission* di Niguarda: assistere e curare.

L'ospedale, da febbraio 2020, è andato incontro a cambiamenti e “rivoluzioni” quasi quotidiane. Nell'ondata più difficile sono stati attivati circa 300 posti letto dedicati ai “pazienti COVID”, con 10 reparti operativi. Solo nei primi tre mesi della prima ondata nel Pronto Soccorso sono state accolte più di 14mila persone e curati nei reparti migliaia di pazienti.

La pandemia è stata anche una sorta di “incubatore e acceleratore” di buone pratiche. Tra le altre cose, si è potenziato il ruolo strategico del territorio e favorito la nascita delle prime Case di Comunità per una sanità di prossimità.

Di tutto questo hanno parlato a Montecitorio alcuni rappresentanti dei 5.000 operatori di Niguarda, alla presenza

del **Presidente della Camera** Lorenzo Fontana, del **Vicepresidente** Giorgio Mulè, del **Ministro della Salute** Orazio Schillaci, del **Comandante del Comando Operativo Vertice Interforze Stato Maggiore della Difesa** Francesco Figliuolo e dell'**Assessore al Welfare** della Regione Lombardia Guido Bertolaso.

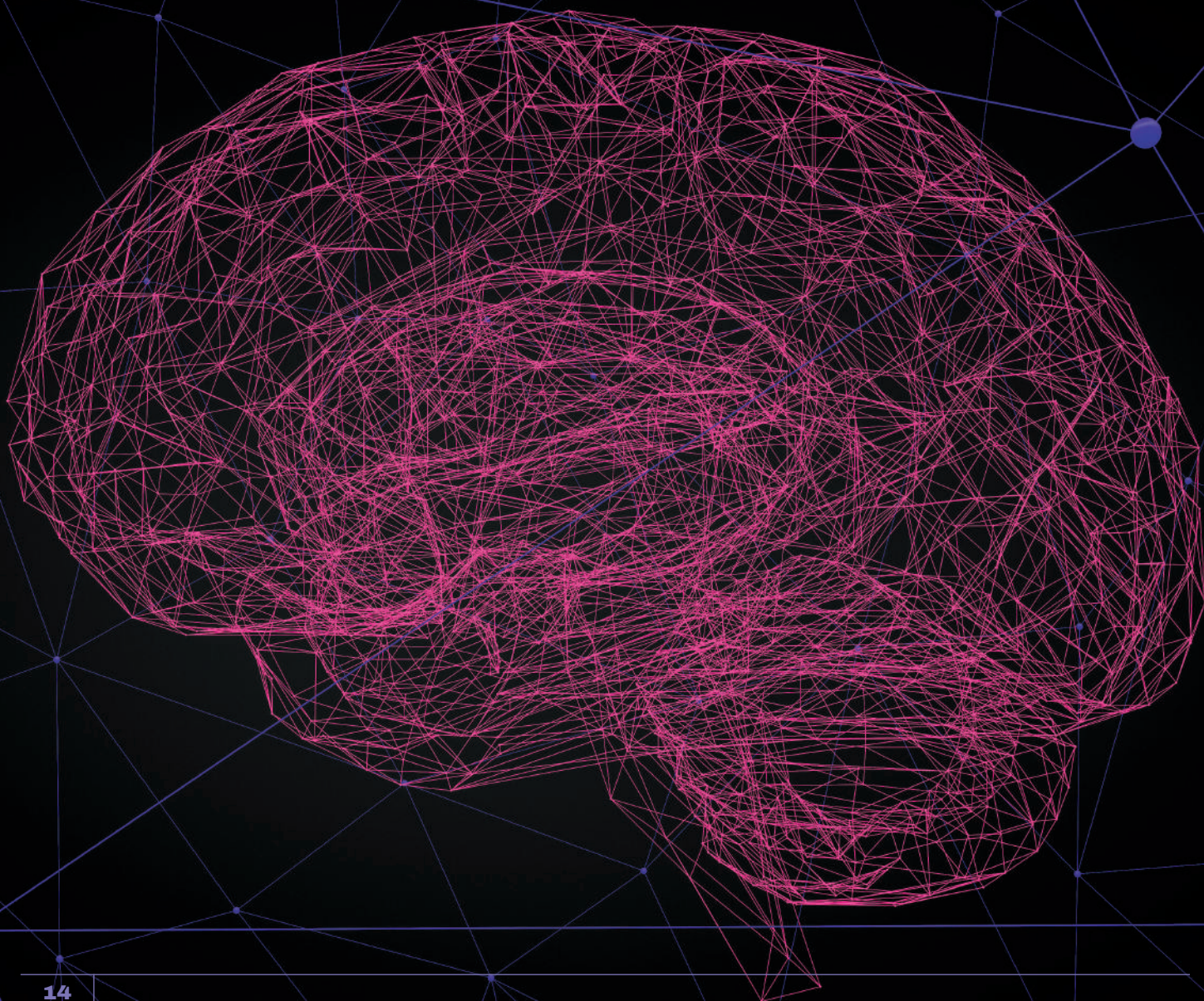
A chiudere la giornata, le parole di **Davide Renati**, ricoverato in terapia intensiva nel 2020 per molti mesi a causa di una gravissima forma di Covid-19:

“Era mercoledì 18 marzo 2020 il giorno in cui tutto è iniziato, dove quel terribile presentimento di aver contratto il COVID-19 si stava lentamente e inesorabilmente concretizzando... Il ricovero nel primo ospedale è stato il momento più difficile, drammatico e doloroso di tutta la mia vita, i ricordi di quei sette giorni saranno per sempre una cicatrice indelebile nella mia mente e nella mia anima... La mia stanza si affacciava al cortile della camera mortuaria dell'Ospedale, tutto il reparto, compreso l'obitorio, erano destinati ai pazienti ed alle vittime del COVID-19. Seduto sul letto, guardando fuori dalla finestra, mi arrivavano immagini che non riuscirò mai a scordare: innumerevoli barelle di metallo che trasportavano le sagome di corpi rivestiti da lenzuoli bianchi, corpi di persone morte nella solitudine più totale, nella speranza di vedere anche solo per un istante il viso di un proprio caro e la domanda più frequente che in quel momento facevo a me stesso era quando sarebbe stato il turno del mio corpo su una di quelle barelle. Dopo il buio. Rammento le parole del medico che mi diceva che avrebbero dovuto intubarci. Da quel momento in poi, fino al mio risveglio all'Ospedale Niguarda, tre mesi dopo, i miei ricordi sono fatti di sogni, di esperienze in viaggi onirici in cui la realtà si fondeva al sogno delle quali, ancora oggi, porto la memoria con incredibile nitidezza. Al risveglio avevo perso circa 50 Kg, ho subito tre delicati interventi chirurgici, ma stavo guarendo.

La memoria di chi non ce l'ha fatta, il senso di solitudine di cui ancora ricordo la profondità, il pensiero alla mia famiglia che ha sofferto di un dolore verosimilmente mai provato prima, questi sentimenti tutt'oggi sono ben radicati, persistenti e credo mi rimarranno indistruttibili. Ma da questa terribile esperienza ho potuto però concretizzare quanto di sorprendente ci sia nella nostra sanità, fatta di donne e uomini meravigliosi, di professionisti che sono in campo ogni giorno a combattere guerre con determinazione, costanza e tanto amore, a loro mi rivolgo ringraziandoli di avermi concesso una seconda vita”.

Giorni che non dimenticheremo. Vite che non dimenticheremo.

Cervello social



Come le nuove forme di interazione digitale possono cambiarci

Il cervello è il *primum movens*, ossia il promotore di tutti i progressi tecnologici. L'attività cerebrale viene modulata dall'accrescersi della disponibilità, quasi quotidiana, di strumenti nuovi alla portata di tutti.

Ormai, quasi in ogni casa, per esempio, c'è un accesso alla rete. *“Oggi c'è una corposa produzione scientifica che dimostra che l'utilizzo di questi strumenti ha modificato le funzioni cerebrali e le prestazioni di funzioni cognitive classiche come l'attenzione o la memoria o anche la semplice abilità motoria fine”* - sottolinea **Gabriella Bottini**, Responsabile del Centro di Neuropsicologia Cognitiva. *“Si pensi soltanto alla rapidità con cui i giovani scrivono sulla tastiera dello smartphone rispetto alle persone più anziane. La possibilità di interfacciarsi quotidianamente con questi nuovi strumenti ha modulato il funzionamento del nostro cervello”*.

Una realtà importante da tenere in considerazione è la tendenza a **instaurare legami tramite social network online**, un fenomeno apparentemente inarrestabile. *“Da una parte c'è una forma di relazione affettiva completamente diversa, la mancanza del vis-à-vis, del guardarsi in faccia nonostante la decodifica emozionale sia alla base della comunicazione umana”* - spiega Bottini. *“In tutto il mondo, dall'Oceania agli Stati Uniti d'America, all'Europa, gli esseri umani decodificano le espressioni e le emozioni del volto allo stesso modo. Comunicare via internet senza avere la possibilità di guardarsi in faccia o riconoscere l'entità emozionale delle posture corporee «alla giusta distanza» cambia probabilmente la qualità della relazione tra gli individui. A modificarsi è anche l'attenzione e la cura che riserviamo al contenuto che vogliamo comunicare. Un esempio su tutti è quello delle e-mail, che vengono spesso inviate in maniera impulsiva, senza controllare l'ortografia e la sintassi. Ciò comporta una ridotta accuratezza di questo tipo di messaggio rispetto alla lettera scritta a mano, che richiede un atto motorio complesso che comporta maggiore attenzione nella stesura.”*

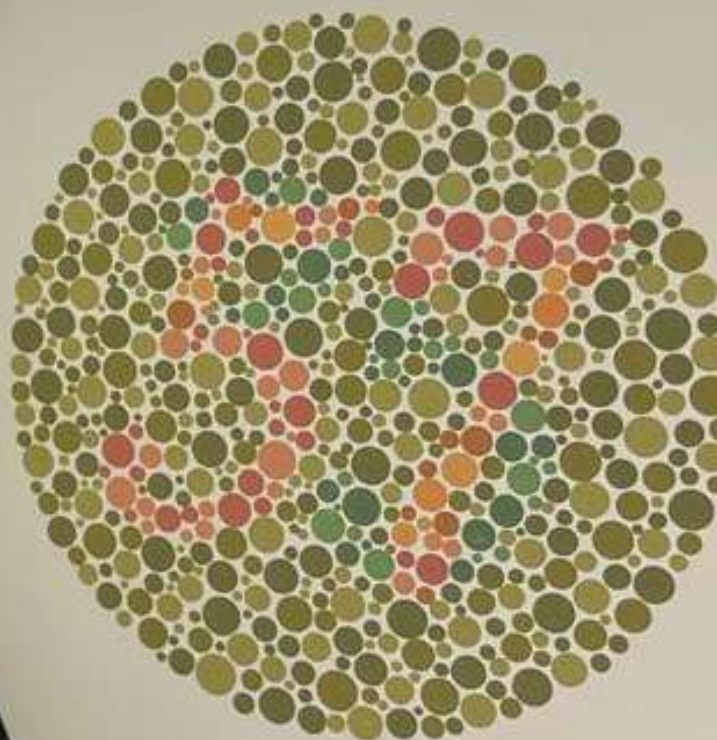
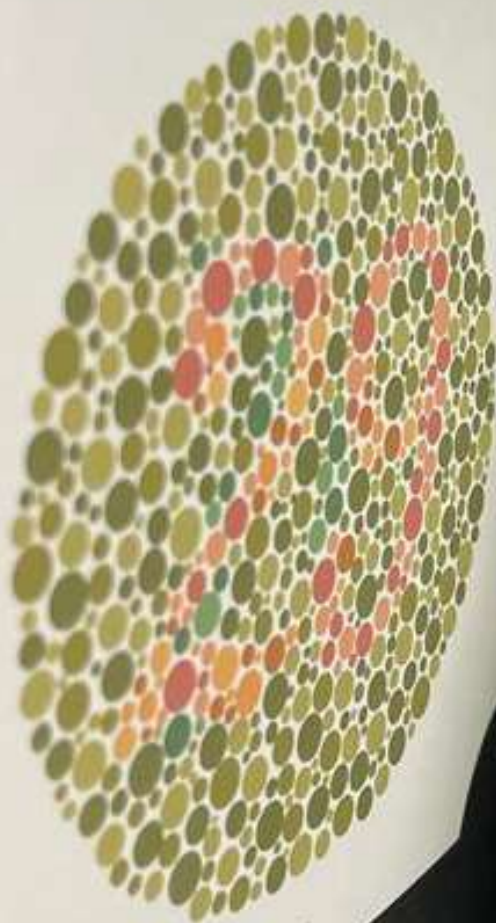
D'altra parte, **i giovani sono molto più abituati alla forma di comunicazione in rete**. Ci si conosce in questo modo: è diventata una modalità molto più pregnante, necessariamente breve e meno “impegnativa”. *“Si comunica attraverso social network, magari altamente strutturati, che, anche se trattano di politica e di iniziative sociali, hanno una forma di coinvolgimento che potrebbe essere inconsistente e che contrae l'entità dell'impegno, per via dell'elevata facilità ad aderire a iniziative online”* - puntualizza la specialista. *“Da non dimenticare che ci sono persone che intrattengono anche relazioni di carattere sessuale su internet ma, quando si incontrano di persona, a causa dell'effetto sorpresa, il rapporto decade”*.

Nel corso degli ultimi anni si è parlato sempre di più della **dipendenza da internet**. *“Questo fenomeno riguarda più la sfera emozionale: sono state individuate alterazioni comportamentali specifiche, come nel fenomeno «Hikikomori», riconosciuto dai ricercatori giapponesi - continua Bottini. “Questo disturbo colpisce prevalentemente adolescenti che progressivamente si ritirano nella propria stanza e passano gran parte del loro tempo davanti al computer, modificando il loro comportamento sociale, addirittura fino a mangiare nella propria stanza, non cambiarsi, accumulare cose con un progressivo isolamento. Se questi casi fino a qualche anno fa erano appannaggio solo del Giappone, ora sono diffusi anche in Europa. Queste situazioni estreme, per quanto rare, devono spingerci a riflettere sull'uso di questi strumenti digitali, che rappresentano una grande risorsa se impiegati con la giusta consapevolezza”*.



► **Gabriella Bottini**,
Responsabile Centro
Neuropsicologia Cognitiva

Occhio al colore!



Daltonismo? No, discromatopsia congenita

Immaginate di vedere il vostro bambino giocare con dei pastelli colorati. Il suo quadernetto è un tripudio di schizzi colorati: linee rosse, cerchi verdi... Tante figure geometriche sovrapposte tra loro. Eppure, non appena gli si chiede di prendere in mano un colore specifico come il rosso, il suo sguardo passa dall'essere divertito al disorientato. A quel punto, un dubbio sorge all'improvviso... Che mio figlio possa essere daltonico?

Nonostante il termine faccia ormai parte del gergo comune per indicare una specifica anomalia percettiva, da un punto di vista medico la definizione non è accurata.

La **difficoltà a riconoscere un determinato gruppo di colori** prende, infatti, un altro nome: **discromatopsia**.

Quindi perché si usa dire “daltonismo” invece di discromatopsie congenite? Non solo perché il nome deriva da John Dalton, chimico e fisico inglese che ne era affetto e che per primo lo descrisse nel 1794, ma anche perché, in realtà, con il termine si intende una generica alterata percezione dei colori. Dopodiché l’alterazione viene sottoclassificata in base alla gravità del difetto e prende il nome di discromatopsia.

Quando le discromatopsie sono ereditarie significa che sono dovute a delle alterazioni del cromosoma X. Questo vuol dire che la trasmissione del disturbo dipende dalla mamma, ma poi sono soprattutto gli uomini a soffrirne.

Tuttavia, oltre a quelle ereditarie, esistono anche delle forme di discromatopsia acquisite: alcune tra le cause più frequenti dell’insorgenza della patologia sono le malattie della macula, ovvero la porzione centrale della retina, che possono causare un’alterazione dei fotorecettori responsabili della percezione del colore.

Dunque, cosa vedono (o meglio, non vedono) le persone con discromatopsia? Dipende dai “coni”. Sì, perché le speciali cellule che ci consentono la percezione dei colori si chiamano coni. Questi fotorecettori si trovano principalmente nella macula e, a seconda del colore che percepiscono, sono di tre tipi: rosso, verde e blu.

Nel caso in cui fosse presente uno solo di questi fotorecettori, la visione è ridotta a **una sola dimensione di colore** e parliamo quindi di **“discromatopsia congenita monocromatica”**.

Se invece abbiamo **2 coni su 3**, siamo in presenza di una **“discromatopsia congenita discromatica”** e chi ne è affetto non è in grado di vedere il colore associato al fotorecettore mancante.

Infine, se sono presenti tutti i tre i coni, ma hanno una funzionalità alterata, parliamo di **“discromatopsia congenita tricromatica”**, che è la forma più diffusa, e di conseguenza ci possono essere dei problemi a riconoscere il colore verde, oppure lo si confonde con il rosso o con il blu.

Molto più rara invece è l’assoluta mancanza di percezione dei colori, definita **acromatopsia**. Chi ne è affetto non è in grado di osservare alcun colore (rosso, verde e blu) e, dunque, ha una visione monocromatica in bianco e nero.

Spesso chi soffre di difficoltà ereditarie della percezione non ne è subito consapevole, magari scopre il problema per caso dopo molti anni.

Per diagnosticare questi difetti vengono utilizzati soprattutto due test: il test di Ishihara e il test di Farnsworth. Il primo si compone di 21 tavole con tanti punti colorati raggruppati tra loro con due pigmenti di intensità variabile. La differenza cromatica permette ad un occhio sano di intravedere dei numeri, impossibili da distinguere per chi invece soffre di un’anomalia percettiva. Se da una parte questo test è estremamente valido per ciò che concerne l’individuazione della discromatopsia, dall’altra il test di Farnsworth è fondamentale per determinarne la gravità. In questo caso, infatti, vengono presentati al paziente diversi dischi che devono essere ordinati secondo il colore e la tonalità.

Dopo la diagnosi che che si fa?

Sebbene la presenza di un difetto nella percezione dei colori possa destare preoccupazione, in realtà **non si tratta di una patologia invalidante**. Inoltre, chi soffre di questa condizione diventa presto in grado di associare il nome del colore effettivo a ciò che viene soggettivamente percepito, anche grazie all’aiuto dei genitori, i quali possono scegliere di etichettare quei colori che creano maggiore confusione. A ciò si aggiunge il progresso tecnologico che ha portato alla creazione di lenti specifiche per le discromatopsie rosso-verde che migliorano la percezione dei colori e consentono un’esperienza più ricca del mondo. In conclusione, non c’è nulla da temere: anche con una discromatopsia congenita è possibile avere una vita piena e indipendente.

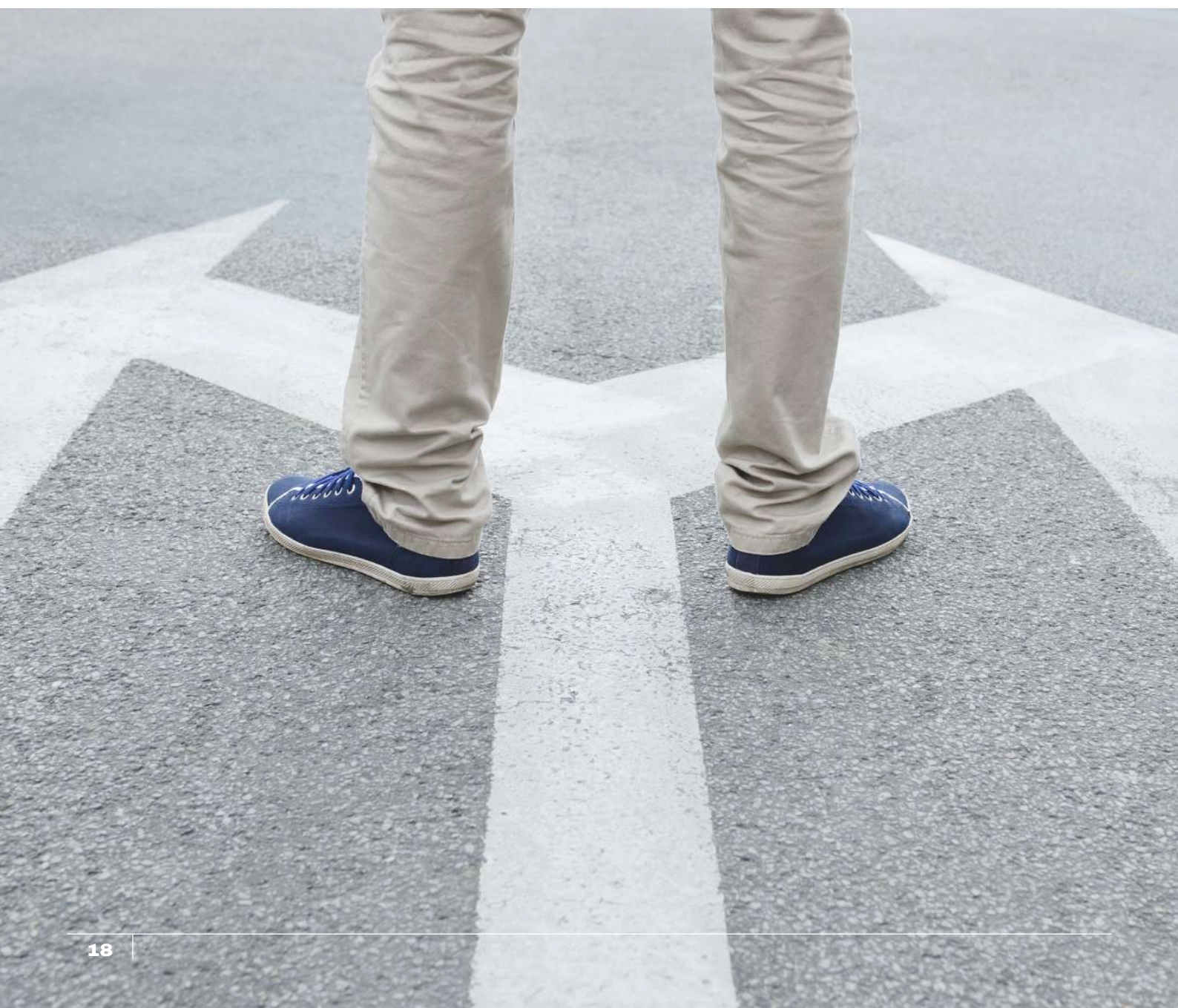


► Con la consulenza di
Marco Mazza,
Direttore Oculistica Pediatrica

► SALUTE AL MASCHILE

Uomini al bivio?

A differenza della menopausa, l'andropausa non interessa tutti gli uomini e non è sempre sintomatica



L'andropausa è una **sindrome clinica legata al calo fisiologico e graduale della produzione degli ormoni sessuali maschili (androgeni)** da parte dei testicoli. Questa diminuzione nella produzione ormonale si rende evidente a partire dai 45-50 anni di età e aumenta superati i 60-70 anni.

Cos'è

L'andropausa può colpire molti ambiti come quelli della sfera somatica, sessuale e psichica dell'uomo. Tuttavia, non si presenta in tutti gli uomini allo stesso modo e può anche essere asintomatica. Infatti, anche in presenza di questa sindrome, un uomo può essere perfettamente in grado di avere rapporti sessuali e procreare. Per questo motivo si preferisce parlare di "parziale deficienza androgenica nel maschio di età avanzata". Erroneamente, l'andropausa è considerata l'equivalente della **menopausa femminile**, in cui si ha invece un arresto repentino e quasi totale nella produzione degli ormoni sessuali femminili (estrogeni). Un'altra differenza da sottolineare è il fatto che l'andropausa non interessa per forza tutti gli uomini, anzi: in genere è colpito il **2,1% della popolazione maschile**.

Cause

La causa dell'andropausa è il calo lento e progressivo nella produzione degli ormoni sessuali maschili, nello specifico del **testosterone**. Questo processo inizia dopo i **30 anni**, quando la produzione diminuisce dell'**1-2% all'anno**, per poi calare ulteriormente dopo i **45**. La contrazione prosegue con l'età, fino ad avere una quantità di questi ormoni dimezzata verso gli **80 anni**. Un abbassamento dei valori di testosterone può provocare, in prima istanza, un calo del desiderio nei confronti del partner, con una riduzione anche sensibile dell'attività sessuale, spesso collegata a disfunzione erettile. Ma il quadro può essere molto variegato con sintomi che vanno oltre la sfera sessuale. Tra questi i **cambiamenti di umore** (senso di stanchezza, scarsa concentrazione, depressione), **le disfunzioni del sistema cardiocircolatorio e nervoso** (insonnia, aumento della sudorazione) e i **cambiamenti fisici** (obesità addominale, assottigliamento dell'epidermide, ginecomastia, perdita dei peli del corpo, riduzione della massa muscolare).

Diagnosi

La diagnosi di andropausa si basa su un'attenta **analisi dei sintomi** effettuata dal medico curante che ne valuta l'entità e, se lo ritiene necessario, prescrive **analisi del sangue** per misurare i livelli del testosterone e una visita specialistica. Quando dovessero comparire uno o più dei sintomi è molto importante rivolgersi con fiducia al medico o allo specialista che, nel caso in questione, è rappresentato dall'andrologo o dall'endocrinologo. È importante perché alcuni disturbi, come anche la semplice difficoltà di erezione, potrebbero essere spia di sviluppo di malattia cardiometaboliche (colesterolo alto, ipertensione, diabete) per le quali una diagnosi precoce può davvero fare la differenza nell'ottica della prevenzione di eventi cardiovascolari come infarti e ictus.

Prevenzione

Prevenire in assoluto quella che è una fisiologica diminuzione di testosterone non è possibile, ma un **adeguato stile di vita** è fondamentale al fine di evitare un precoce e marcato calo. In particolare si può agire sui fattori di rischio che accelerano il processo di riduzione dell'ormone mediante una serie di abitudini che ne migliorano la produzione. È inoltre fondamentale curare eventuali malattie di base come il **diabete, l'obesità, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione e prevenire l'osteoporosi**, poiché influenzano negativamente i sintomi dovuti all'andropausa. Infine è necessario rispettare uno **stile di vita sano** praticando esercizio fisico regolarmente, seguire una dieta bilanciata, mantenere il peso sotto controllo, non fumare, ridurre l'assunzione di alcol e dormire a sufficienza. In caso di sintomi della sfera psichica potrebbe rendersi necessario anche un supporto psicoterapeutico.



► Con la consulenza di **Jacopo Chiodini**,
Direttore Endocrinologia

► PREVENZIONE

Cavoli a merenda



Acido folico: un alleato
per prevenire la spina bifida

La spina bifida è una malformazione congenita dovuta a un difetto nello sviluppo della colonna vertebrale e del midollo spinale durante la vita.

Si tratta di un disturbo abbastanza **raro**: in tutto il mondo sono circa **300mila** i bambini che nascono ogni anno con questa malformazione. Per quanto riguarda **l'Italia**, i Registri Regionali delle Malformazioni Congenite hanno rilevato una prevalenza della nascita dei Disturbi del Tubo Neurale (DTN) pari a circa 6 casi per 10mila nati, di cui il **50% di spina bifida**.

L'incompleta chiusura del **tubo neurale** può causare **deficit nella sensibilità e neurologici**, come per esempio alterazioni delle funzioni sfinteriali e, quindi, del controllo dell'urina e delle feci, oltre che **deformità** a carico degli arti inferiori, della colonna e del bacino.

Anche se non è ancora stata identificata una causa certa, negli anni sono stati individuati alcuni **fattori di rischio**, come per esempio la **familiarità**: donne che hanno già avuto figli affetti da spina bifida hanno un rischio maggiore di avere una seconda gravidanza con difetti del tubo neurale.

Un'altra importante componente può essere data dall'**assunzione di farmaci durante la gravidanza**, come per esempio il valporato e la carbamazepina, utilizzati soprattutto per il trattamento dell'epilessia o del disturbo bipolare.

Vi sono poi altri fattori di rischio legati più strettamente allo stile di vita e sui quali, di conseguenza, è possibile intervenire attivamente. Innanzitutto, sembra che le **donne obese o con diabete** abbiano una maggiore probabilità di avere un bambino con spina bifida rispetto a quelle normopeso e con livelli di glucosio nella norma.

Un altro elemento considerato fondamentale nella prevenzione dello sviluppo della patologia è la supplementazione di **acido folico** durante la gravidanza. Si tratta di una **vitamina** presente principalmente nelle verdure a foglia larga e verde, come i cavoli, gli spinaci, i broccoli, gli asparagi e la lattuga, nei legumi, come i fagioli e i piselli, nei cereali, nel lievito di birra, in alcuni frutti come arance, fragole e nocciole e anche nella carne di fegato.

Di solito una sana e corretta alimentazione consente di coprire il fabbisogno giornaliero di 0,2 mg. Tuttavia, una donna in gravidanza ha bisogno di **raddoppiare la dose** almeno a 0,4 mg al giorno. La somministrazione deve essere valutata



dal ginecologo sulla base delle condizioni di salute della donna, della presenza di determinate patologie e di eventuali precedenti gravidanze con malformazioni del tubo neurale. Per una prevenzione efficace, l'acido folico deve essere assunto almeno uno-due mesi prima del concepimento e per tutto il primo trimestre di gravidanza. Questo perché la chiusura del tubo neurale avviene entro 30 giorni dal concepimento, generalmente tra il 17° e il 29° giorno di gravidanza.

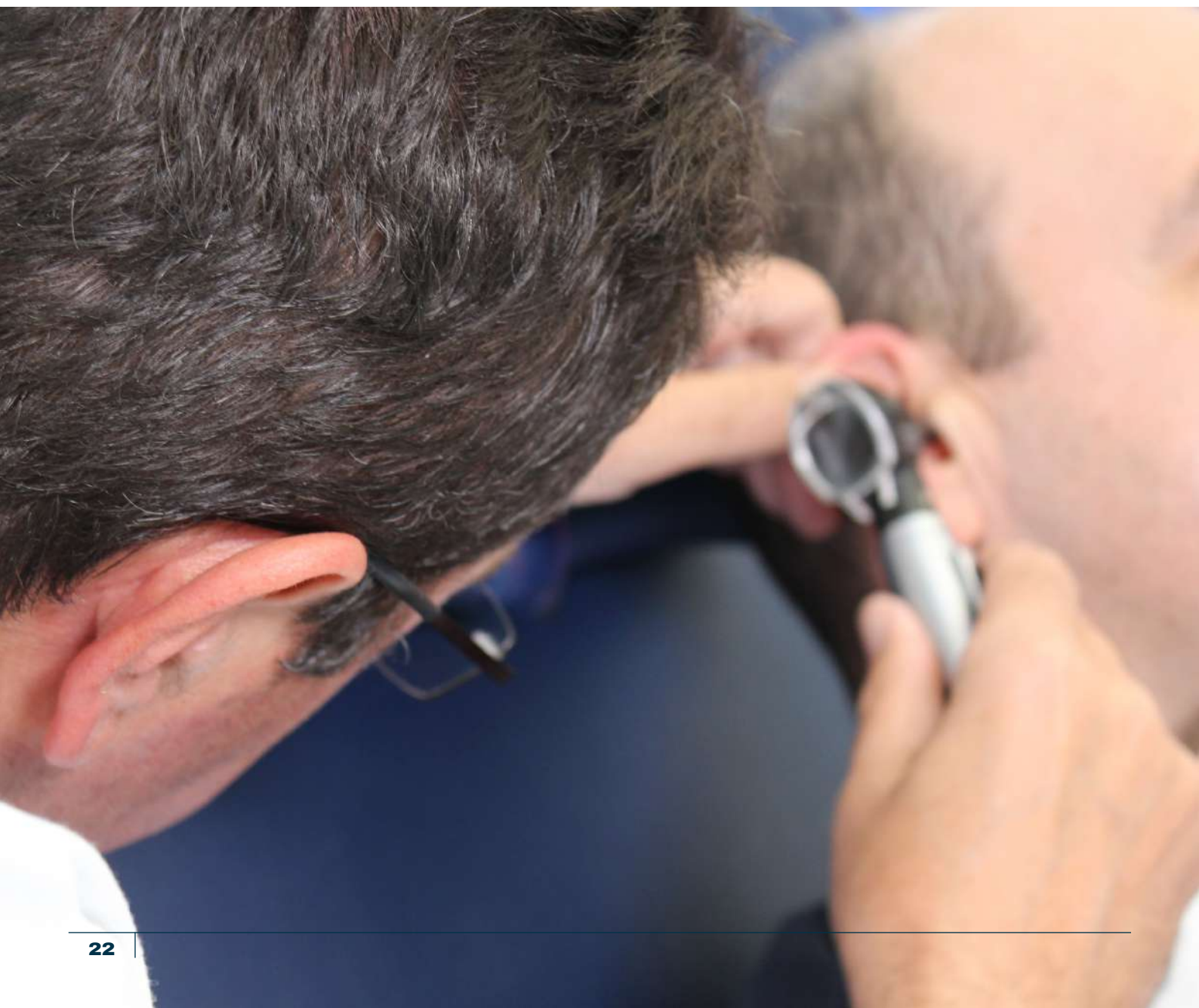
La spina bifida richiede un tipo di assistenza multiprofessionale, per questo, grazie al supporto di **ASBIN (Associazione Spina Bifida e Idrocefalo Niguarda)** è nato il **Centro Spina Bifida** all'interno dell'Unità Spinale del Niguarda. La struttura garantisce una presa in carico globale del bambino, dalla nascita fino ai 18 anni di età, che comprende sia aspetti medico-chirurgici, sia riabilitativi che psicosociali. Anche i genitori sono accompagnati nel difficile percorso di presa di consapevolezza della patologia attraverso consulenze e *webinar* rivolti alle famiglie organizzate dall'Associazione. Inoltre, il Centro promuove iniziative legate alla prevenzione, oltre che investire costantemente nella ricerca e nella formazione.



► Con la consulenza di **Michele Spinelli**, Direttore Unità Spinale Unipolare

▶ OTORINO

Perché ci vuole orecchio...



La chirurgia endoscopica in otorinolaringoiatria

Zero incisioni. Questo è l'obiettivo della chirurgia mini invasiva endoscopica dell'orecchio. Se oggi siamo ormai quasi abituati a sentir parlare di chirurgia mininvasiva in cardiocirurgia, chirurgia generale, urologia, ginecologia o ortopedia, forse lo siamo un po' meno in tema di otorinolaringoiatria.

Fino agli inizi degli anni '90, la tecnica principe del trattamento delle patologie otorinolaringoiatriche e in particolare quelle dell'orecchio è consistita nell'utilizzo del **microscopio**. Una procedura chirurgica estremamente valida che, tuttavia, richiede delle incisioni. Costringe, infatti, a effettuare un distaccamento del padiglione auricolare per avere più facile accesso alla cassa del timpano e comunque fornisce una visione limitata dell'orecchio medio, soprattutto nei casi in cui il condotto uditivo sia particolarmente stretto e tortuoso.

Attorno agli anni 2000 ha iniziato però a prendere piede e a essere sempre più utilizzata anche nel trattamento dei disturbi dell'orecchio la **procedura mininvasiva endoscopica**.

Facciamo però un piccolo passo indietro. In generale la chirurgia mininvasiva, cioè con incisioni piccolissime al contrario della "chirurgia open", può essere fatta con la tecnica laparoscopica (con strumenti introdotti in piccole incisioni per accedere agli organi all'interno di addome e pelvi), con la chirurgia robotica (in cui si utilizza appunto un robot controllato da remoto) oppure attraverso l'**endoscopia**. Nello specifico dell'orecchio, si sfrutta quest'ultima tecnica, per cui viene introdotta una telecamera all'interno del condotto auricolare che permette di oltrepassare i naturali "ostacoli" organici e accedere alla cassa del timpano **senza dover effettuare incisioni**.

L'endoscopia presenta numerosi **vantaggi**, tra cui una migliore visione dell'anatomia dell'orecchio, l'assenza di incisioni di grandi dimensioni e un miglior recupero postoperatorio.

Con la pratica endoscopica si possono osservare anche **meno complicanze post operatorie**, come per esempio il senso di vertigini, oltre che un numero ridotto di casi di

disgeusia, ovvero alterazioni nel senso del gusto (con l'endoscopia si può salvaguardare la *chorda tympani*, un ramo del nervo facciale deputato all'innervazione delle papille gustative, cosa non sempre possibile con la tecnica con incisioni).

La chirurgia "classica" con il microscopio richiede in media almeno 2-3 giorni di degenza, con quella che utilizza l'endoscopio solitamente il paziente può lasciare l'ospedale il giorno dopo se non addirittura il giorno stesso.

A Niguarda vengono svolti **dai 50 ai 100 interventi endoscopici all'anno** per gestire diverse patologie otologiche, come l'**otosclerosi**, una malattia multifattoriale dalla causa ancora ignota che colpisce la capsula interna dell'orecchio e che provoca ipoacusia, ovvero la riduzione o totale perdita dell'udito. Un altro disturbo comunemente trattato con la chirurgia mininvasiva è il **colesteatoma**, una forma di otite media cronica con un accumulo dell'epitelio all'interno della cassa del timpano che può anche erodere la componente ossea dell'organo.



► Con la consulenza di **Andrea Achena**, Otorinolaringoiatria

Identikit di un fibroma

I fibromi uterini sono i tumori benigni femminili più frequenti

Una donna su quattro, tra i 30 e i 60 anni, sviluppa **fibromi uterini**, una forma di **tumore benigno** che a volte non dà segni di sé, mentre altre invece può manifestarsi con anemia per forte perdita di sangue, dolore pelvico e infertilità. È sempre fondamentale non sottovalutare il problema e prestare attenzione già dai primi campanelli d'allarme, come sanguinamenti uterini anomali, cicli mestruali frequenti o troppo abbondanti rispetto alla norma, aumenti volumetrici dell'addome.

Che cosa sono i fibromi uterini?

I fibromi (o **miomi**) uterini originano dal **tessuto muscolare dell'utero** e rappresentano la neoplasia benigna femminile più frequente, soprattutto in età fertile. In casi particolari, se trascurati e in crescita, i fibromi possono sensibilmente compromettere la qualità della vita della paziente, per questo motivo è importante non rimandare i controlli ginecologici che, salvo diverse indicazioni dello specialista, devono essere annuali.

I sintomi

Se in molti casi i fibromi uterini non sono accompagnati da fastidi, in altri invece possono arrivare a causare disagi importanti. A dare i **disturbi maggiori** sono i fibromi



sottomucosi che, in particolare, provocano mestruazioni molto abbondanti e metrorragie (sanguinamenti importanti non dovuti alle mestruazioni). Inoltre, possono causare anche dolore pelvico, determinando un peggioramento della qualità di vita di chi ne soffre e possono influire sulla fertilità. La presenza del fibroma, infatti, altera la regolare anatomia e funzionalità dell'utero.

Diagnosi

La diagnosi di fibroma uterino viene effettuata attraverso la **visita specialistica ginecologica abbinata all'ecografia transvaginale** e (se necessario) **transaddominale**. Quando i fibromi si manifestano in maniera silente o asintomatica possono venire individuati casualmente durante una visita ginecologica di controllo.

Trattamenti

Spesso i fibromi sono asintomatici: in questi casi il trattamento si basa sul **monitoraggio periodico** - mediante visita ginecologica ed ecografia - per controllarne le eventuali modificazioni di volume e di posizione. Quando, invece, i fibromi sono sintomatici, si può ricorrere alle

terapie farmacologiche, alla chirurgia o all'intervento di embolizzazione.

La **terapia farmacologica** si basa sull'utilizzo di pillola contraccettiva estro/progestinica, progesterone naturale, farmaci progestinici o iniezioni con i farmaci "analoghi del GnRH" (l'ormone che rilascia gonadotropina). Recentemente, inoltre, sono stati introdotti nuovi farmaci che abbinano la presenza di antagonisti del GnRH con estrogeni. I farmaci utilizzati risultano efficaci sui disturbi mestruali, ma spesso non sono in grado di bloccare la crescita dei fibromi, per questo la maggior parte delle volte hanno un'efficacia temporanea (ovvero i sintomi ricompaiono una volta terminata la cura). Inoltre il trattamento farmacologico viene utilizzato solo in casi specifici: per esempio, per curare l'anemia provocata dai fibromi o come terapia preparatoria all'intervento chirurgico.

La **terapia chirurgica** è mirata all'asportazione. In base alla tipologia, alla grandezza e al numero dei fibromi possono essere impiegate diverse tecniche chirurgiche. Con la laparoscopia gli strumenti chirurgici e ottici per eseguire l'intervento vengono inseriti nella cavità addominale attraverso piccole incisioni. Nel caso invece in cui si ricorra alla chirurgia tradizionale, l'intervento viene praticato attraverso un'incisione più estesa della parete addominale (laparotomia). Con l'isteroscopia, invece, l'intervento viene eseguito introducendo gli strumenti chirurgici in cavità uterina, attraverso la vagina. Questa tecnica permette l'asportazione di un particolare tipo di fibromi, quelli a sviluppo endocavitario. A seconda del caso, dell'evoluzione, dell'età della paziente, del desiderio di maternità e della preferenza della paziente, le scelte chirurgiche variano da interventi più conservativi fino alla possibile o necessaria asportazione dell'utero.

L'**embolizzazione** è una tecnica radiologica interventistica, grazie alla quale si identifica l'arteria che "nutre" il fibroma e la si va a occludere, privando così il fibroma dell'apporto di sangue da cui trae nutrimento per crescere. La manovra comporta quindi una progressiva riduzione del volume dei fibromi stessi senza dover far ricorso all'intervento chirurgico. È una procedura che però non è percorribile per tutti i miomi e, spesso, durante la fase di riassorbimento del fibroma, crea dolore e perdite di sangue.



► Con la consulenza di **Mario Meroni**, Direttore Ostetricia e Ginecologia

Sfide ventiventitre

Più risorse economiche, modelli organizzativi efficienti e recupero delle liste d'attesa: l'impegno del Governo per il nostro Sistema Sanitario Nazionale



▶ **Marcello Gemmato,**
Sottosegretario di Stato alla Salute

Nel mese di febbraio, il Sottosegretario di Stato alla Salute, Marcello Gemmato, è stato in visita a Niguarda per conoscere la nostra Struttura. Sale operatorie, degenze, sale per il training e l'aggiornamento dei chirurghi, accoglienza digitale... Sono solo alcuni dei servizi che il Sottosegretario ha avuto modo di vedere prima di incontrare i professionisti sanitari con i quali si è confrontato circa le attività strategiche del Niguarda, le sinergie possibili con la nuova Fondazione Ospedale Niguarda e anche le azioni del Governo per potenziare e migliorare la sanità pubblica, dall'ospedale al territorio. La visita è stata inoltre l'occasione per fare alcune domande al Sottosegretario in merito alle sfide che attendono il Governo in materia di Salute pubblica.

Dal proseguimento della lotta al Covid, passando per le liste d'attesa, la carenza di personale, la riforma dell'Aifa e molto, molto altro ancora: anche per il 2023 le sfide che attendono il Governo e il Ministro della Salute non mancano. Si parte dalle risorse: sappiamo che occorre continuare a investire e aumentare in maniera strutturale le risorse economiche per la Sanità. Da questo punto di vista, che prospettive ci sono?

Il termine "strutturale" è sicuramente quello più significativo e che detta la linea da intraprendere se vogliamo restituire alla nostra sanità pubblica il giusto respiro per essere efficiente, capillare e più prossima al cittadino. Le risorse per il nostro SSN, cioè, devono essere molte di più e messe a budget in modo costante e possibilmente crescente. Abbiamo assistito negli ultimi 10 anni ad una lunga serie di sotto-finanziamenti



► Il sottosegretario in visita a Niguarda

che hanno fatto accumulare oltre 37 miliardi di tagli. Questo esecutivo però ha già invertito il trend, assicurando per il prossimo triennio 7 miliardi di euro in più sul fondo sanitario nazionale: 2 miliardi e 150 milioni di euro in più già nel 2023, mentre per il prossimo biennio saranno allocati rispettivamente altri 2,3 miliardi e 2,6 miliardi di euro. Tutto questo a dimostrazione della volontà del Governo Meloni di proseguire negli investimenti in sanità, anche una volta superata la fase pandemica che ha richiesto un'iniezione straordinaria di risorse economiche.

Oltre alle risorse economiche, quali sono gli aspetti su cui il Ministero della Salute intende puntare?

Dal recupero delle liste di attesa negli ospedali al superamento delle disuguaglianze regionali, anche in termini di accesso ai farmaci, compresi quelli per le malattie rare; quest'ultimo, tra l'altro, rappresenta per me un tema molto caro, avendo avuto recentemente la delega alle malattie rare che per me rappresenta un impegno sfidante e altrettanto prestigioso. E poi l'implementazione della telemedicina e del Fascicolo Sanitario Elettronico, le campagne di screening mirate, anche con l'aiuto della farmacia dei servizi. Le sfide e gli aspetti su cui puntare sono diversi ed eterogenei. Ora, insieme alla maggiore dotazione economica preannunciata, serve sicuramente un nuovo modello organizzativo e ancora prima una migliore programmazione per un impiego ottimale di queste risorse per cercare di recuperare una programmazione non adeguata, effettuata da circa 10 anni a questa parte, che sta portando peraltro a una carenza di personale sanitario, che invece è la risorsa più

importante da valorizzare e far crescere professionalmente. Su quest'ultimo punto, in particolare, mi sto già recando presso gli ospedali italiani, per conoscere da vicino le condizioni di lavoro dei medici, del personale sanitario tutto e raccogliere istanze ed esigenze direttamente sul territorio. Dal canto nostro, la prospettiva di stabilità che questo Governo si è dato è la premessa per poter rivedere, come è necessario, il modello organizzativo dell'assistenza sanitaria e sociale nazionale.

Anche le risorse del PNRR, in particolare quelle assegnate al raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 dedicata alla Salute, possono rappresentare una grande opportunità per “mettere in sicurezza” il sistema?

Le risorse del PNRR sono un'iniezione straordinaria e un'opportunità unica per ridisegnare il Servizio Sanitario Nazionale, con un modello organizzativo più rispondente alle esigenze dei cittadini: *in primis*, una maggiore continuità di prestazioni fra ospedale e territorio; multidisciplinarietà nell'approccio al percorso di diagnosi e cura; più ampio utilizzo della sanità digitale e soprattutto una prevenzione più tempestiva. Oltre a questo però, è importante, come detto, “puntellare” il fabbisogno nazionale standard e soprattutto accompagnare questi investimenti con una visione di lungo periodo e con un'opportuna programmazione.

Cicatrici

La storia di Rebecca:
dall'autolesionismo alla
consapevolezza di sé

311B Questo è il numero della stanza di Rebecca nella clinica dove era ricoverata. Un numero che, con il tempo, ha assunto un significato

ben più profondo: quello della lunga e sofferta ricerca della pace con se stessi. Oggi è diventato un tatuaggio che Rebecca, poco più che ventenne, mostra con l'orgoglio e la consapevolezza di chi, dopo tanta fatica, ha guardato in faccia quel dolore e ha imparato a convivervi. Una cicatrice diversa dalle altre che ha sul corpo, fatta di un inchiostro che serve per non dimenticare tutta la sofferenza provata e il suo rapporto con la diagnosi di **disturbo borderline di personalità**.

Rebecca oggi ha 25 anni e due grandi occhi azzurri che trasmettono la forza di chi è riuscito finalmente a perdonarsi. Due occhi che ricordano però anche i tanti episodi di bullismo cominciati già alle elementari: gli insulti, le spinte, gli sputi, i professori che voltavano lo sguardo dall'altra parte... Il peso di una sofferenza che, tuttavia, Rebecca sceglie di tenersi dentro e di non condividere con nessuno. All'ambiente scolastico difficile, senza adulti in grado di capire e aiutarla, si aggiunge quello familiare estremamente conflittuale ed emotivamente imprevedibile, che alimenta in lei l'idea di non valere nulla.

Così, già da bambina, inizia il suo tentativo di evitare o superare il dolore emotivo provocandosene uno fisico.

Un dolore scambiato con un altro dolore. Un pizzicotto forte, o un piede schiacciato sotto il tavolo, per non sentire il resto. Cerca anche in tutti i modi di farsi accettare dai compagni e visto che si sente lei quella sbagliata, lo fa copiandoli ed emulandoli. Fino ad annullarsi.

*“In adolescenza è abbastanza comune cercare di aderire ad un modello che riteniamo di successo” - spiega **Simona Barbera**, psichiatra del Centro Psicosociale di via Livigno. “Questo processo serve a trovare la propria identità, a crescere e a sentirsi parte di un gruppo. In alcuni casi, però, il tentativo di essere accettati dal gruppo può diventare disfunzionale. Per le persone affette da disregolazione emotiva, far parte di un gruppo equivale ad annullare se stesse: la credenza disfunzionale a monte crea quello che viene definito «fallimento dialettico»: Rebecca sentiva di non valere niente e ha provato ad annullarsi pur di essere accettata dagli altri, ottenendo però l'effetto contrario. A causa del bullismo e di adulti in silenzio o che non sapevano esserle da guida e sostegno, ha avuto continue conferme che non poteva mostrarsi al mondo per quella che realmente era. L'unica soluzione era nascondersi, cancellarsi”.*

Sentirsi rifiutata dal mondo reale spinge Rebecca a cercare conforto in quello virtuale. Spera di poter trovare almeno *online* qualcuno che possa capirla, che la faccia sentire un po' meno sola. Ed è proprio a 14 anni, su siti come Tumblr e Pinterest, che scopre video di persone che danno suggerimenti su come procurarsi un dolore diverso, più intenso rispetto a quello a cui era abituata. Decide così anche per lei, provocarsi un dolore fisico sia la soluzione al suo dolore interno. Rebecca inizia a tagliarsi. Il braccio, le gambe, la pancia. Tutti i giorni.

Da una strategia per fuggire dalla sofferenza, **l'autolesionismo si trasforma lentamente in una dipendenza** che riesce a nascondere a chiunque, agli amici, ai compagni di scuola, ai genitori. Quando non può tagliarsi, trova altri modi di farsi male.

Tutto senza che nessuno si accorga mai di nulla.

Una sera, però, invece di dissociarsi completamente, come suo solito, da ciò che sta facendo, Rebecca sente e vede tutto: il dolore, il sangue, il panico. Per la prima volta, come se si fosse improvvisamente risvegliata da un lungo sonno, **chiama sconvolta il padre al telefono per chiedergli aiuto**.

Da lì, il primo contatto con il Centro Psico Sociale (CPS) di via Livigno. È allora che Rebecca deve fare i conti per la prima volta con la diagnosi di disturbo *borderline* di personalità e con il desiderio di mollare tutto. Tenta il suicidio più volte, finché una psichiatra non le apre gli occhi su quanto le sue fragilità la rendano un pericolo per se stessa.

Una frase che le permette di assumere una nuova

prospettiva: prima di difendersi dagli altri, deve imparare a gestire i mostri che si porta dentro. Accetta così di farsi ricoverare, come ultimo tentativo di salvarsi.

Fortunatamente il lungo ricovero nella stanza 311B della clinica Villa Azzurra di Ravenna, specializzata nel trattamento di questo disturbo, è proprio ciò che le salva quella vita a cui le sembra non tenere più. Qui, oltre ad acquisire consapevolezza, forza, ad accettare di perdonarsi, apprende anche diverse tecniche della *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) per gestire le proprie emozioni.

“Le persone con funzionamento borderline di personalità presentano una vulnerabilità emotiva su base biologica; significa che percepiscono le emozioni in modo molto intenso e violento” - continua Barbera. “La terapia dialettico-comportamentale (DBT), attraverso incontri di psicoterapia individuali e di gruppo, aiuta a conoscere e accettare la propria condizione e insegna strategie standardizzate ed efficaci e per tollerare meglio la propria sofferenza e regolare le emozioni”

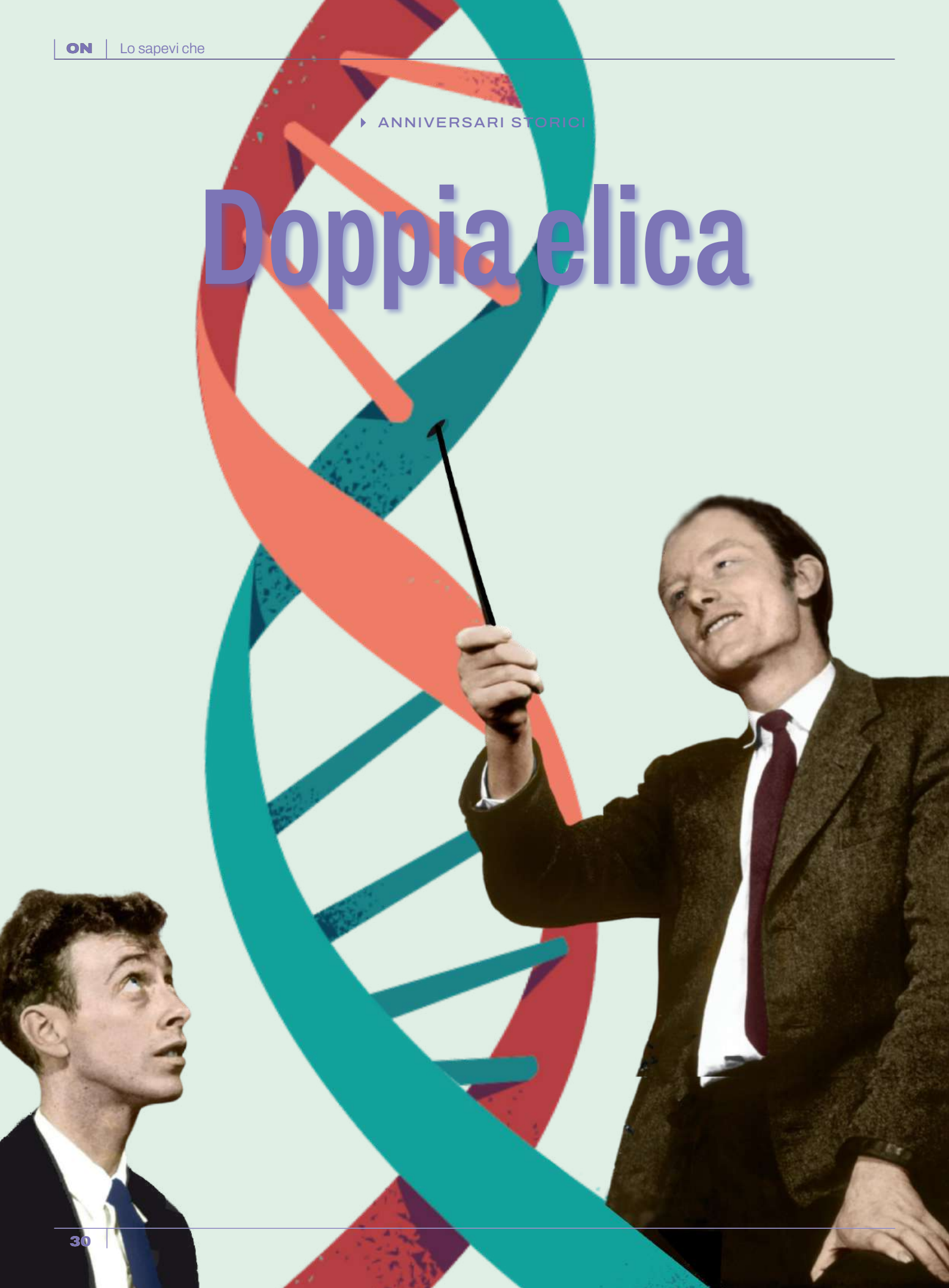
Da quel ricovero, Rebecca ha iniziato un percorso, certamente lungo, ma che ha portato importanti risultati. Oggi, a 25 anni, ha finalmente imparato ad accettarsi per quella che è. Non solo. Ispirandosi al senso di sconforto e solitudine che aveva provato quando navigava su Internet in cerca di comprensione, ha scelto di condividere la propria esperienza su Instagram, dove è riuscita ad entrare in contatto con molte persone interessate alla sua storia e che hanno sofferto come lei.

*“Sui social trovo soprattutto psicologi e psichiatri che parlavano del disturbo borderline di personalità da un punto di vista professionale” - racconta **Rebecca**. “Ho pensato a me e a quando ero nel pieno della mia sofferenza: avrei avuto bisogno di qualcuno che mi facesse sentire meno sola, che mi dicesse che non ero l'unica a provare quelle cose. Per questo ho iniziato a parlare della mia esperienza, anche pensando all'impatto emotivo che hanno su di me le testimonianze”.*

I miglioramenti sono stati tanti, ma la strada è ancora lunga. Eppure, sebbene i mostri talvolta si facciano ancora sentire, hanno un potere diverso su Rebecca, che ha imparato a padroneggiare le sue emozioni ed è arrivata a esercitare la compassione e il perdono.

► ANNIVERSARI STORICI

Doppia elica



70 anni fa veniva svelata la struttura del DNA: una storia movimentata e due scienziati irriverenti per la scoperta del secolo

Chi annuncerebbe **una delle più importanti scoperte scientifiche del secolo in un pub?** I biologi **James Watson** e **Francis Crick** lo hanno fatto: 70 anni fa, il 28 febbraio 1953, entrarono all'Eagle Pub, a Cambridge, dove andavano a bere con i colleghi dopo una giornata in laboratorio, e dichiararono di avere (queste le loro parole) *“scoperto il segreto della vita”*, la struttura del DNA.

I colleghi sapevano benissimo a cosa si riferivano. Non era un segreto, infatti, che il DNA fosse oggetto di ossessive ricerche e furiosa competizione non solo a Cambridge, ma in tutta la comunità scientifica internazionale.

La posta in gioco era altissima: questa molecola, individuata nel 1864 da un medico svizzero, era la chiave di volta per scoprire i segreti della trasmissione delle caratteristiche genetiche e, a chi ne avesse scoperto la struttura e il funzionamento, sarebbe toccata la più alta onorificenza. Così si aprì un'epoca fatta di ricerche appassionate ed esperimenti continui, ma anche di **rivalità e inganni**, inimicizie insanabili e insolite alleanze, una vera “corsa al DNA”, in cui tutti volevano arrivare primi.

Il più quotato tra gli avversari di Watson e Crick era lo statunitense Linus Pauling, considerato il più grande chimico del suo tempo (aveva già vinto un Nobel), che per primo aveva ipotizzato per il DNA una forma a elica, ma che commise un errore inspiegabile: pensò un'elica tripla, un modello che si rivelò radicalmente sbagliato.

Anche a Londra, al King's College, davvero vicino al Cavendish Laboratory di Watson e Crick, un altro laboratorio era a un passo dalla soluzione. Questo gruppo era capitanato dal fisico inglese Maurice Wilkins, e tra i suoi collaboratori contava la talentuosa **crystallografa Rosalind Franklin**, che con la diffrazione a raggi X, tecnica nella quale era maestra, riuscì a “scattare una fotografia” del DNA. Vicinissima alla verità, Franklin tuttavia non sviluppò le sue considerazioni, ritenendo che i tempi non fossero ancora maturi per azzardare un modello.

Era proprio il genere di riserve che non avevano Watson e Crick. I due scienziati si erano conosciuti solo due anni prima e, sebbene fossero pagati per ben altre ricerche (su emoglobina e mioglobina), si trovarono presto a fantasticare sull'enigma del secolo.

I due avevano una **modalità di lavoro davvero poco ortodossa**. Poiché di fatto non avevano un laboratorio dedicato al DNA, non fecero mai nessun tipo di esperimento: si limitarono ad affidarsi a un puzzle di informazioni raccolte dai libri, dai colleghi più esperti e da chi ne sapeva più di loro. Ne parlavano in continuazione, tra di loro e con gli altri, e costruivano modelli su modelli in filo di ferro e cartoncino.

Finché un giorno il loro amico e collega Maurice Wilkins mostrò loro la leggendaria **“foto 51”**, la diffrazione a raggi X scattata da Rosalind Franklin, e Watson e Crick capirono di avercela fatta. Avevano capito la struttura del DNA, che per 84 anni aveva ossessionato gli scienziati di tutto il mondo.

Rosalind Franklin ne era all'oscuro e non sarebbe stata d'accordo su questo passaggio di mani della sua fotografia. Il rapporto tra lei e il suo capo Maurice Wilkins era molto controverso: lei si riteneva una collaboratrice alla pari, mentre Wilkins la considerava come una sottoposta. La paternità della “foto 51” quindi non era chiara e Wilkins la trattò come se fosse sua, visto che comunque veniva dal suo laboratorio. Wilkins individuò nei due rivali di Cavendish due “cavalli vincenti” e li mise a parte della scoperta di Rosalind, guadagnandosi il Nobel per la medicina nel 1964 insieme a Watson e Crick.

Dopo aver rivelato, con una certa immodestia, la loro scoperta all'Eagle Pub, Watson e Crick si occuparono anche degli annunci ufficiali: il 25 aprile pubblicarono sulla prestigiosa rivista “Nature” un articolo dedicato al DNA, dove venivano descritti sia la struttura che i principi di replicazione del materiale genetico.

Per ironia della sorte, sullo stesso numero di “Nature”, a poche pagine di distanza, compariva anche l'articolo di Rosalind Franklin dove veniva mostrato il diffrattogramma 51.

L'articolo di Watson e Crick era corredato da un elemento importantissimo: **un'illustrazione, dipinta dalla moglie di Crick, che faceva la pittrice**. Fu così che il mondo vide per la prima volta la doppia elica, che in 70 anni è diventata una vera icona, un simbolo universale della biologia e della scienza come non era mai successo con nessun modello biologico. Il DNA compare anche in una marca di birra, servita naturalmente all'Eagle Pub a Cambridge. Se vi trovate da quelle parti la riconoscete subito: il marchio è un'aquila ad ali spiegate che stringe tra gli artigli una doppia elica. Con una storia così, che dire? Buon 70esimo compleanno mitica “doppia elica”!

PREVENZIONE

In cammino... sicuri

Al presidio territoriale "Paolo Pini", continuano gli incontri con i partecipanti del "gruppo di cammino" del Municipio 9. Quanto moto fare, come farlo nel modo corretto, come deve essere la suola delle scarpe?

Durante gli incontri i nostri professionisti fisioterapisti rispondono a queste e altre domande per informare i cittadini del "gruppo di cammino" su "trucchi e trappole" per fare in modo che l'attività fisica regolare diventi un vero alleato nella prevenzione.



NEURORIABILITAZIONE

Un esoscheletro per l'Unità Spinale

Grazie alla donazione dell'Associazione AUS Niguarda, un nuovo esoscheletro di ultima generazione è arrivato nella palestra dell'Unità Spinale dell'Ospedale e permetterà di impostare terapie e percorsi di riabilitazione personalizzati - in termini di postura e cammino - per i pazienti che, a causa di un ictus o di lesioni del midollo spinale, presentano deficit totali o parziali della deambulazione.

L'esoscheletro indossabile è dotato di batterie ricaricabili e ha un software in grado di personalizzare la forza del motore per i diversi livelli di disabilità. Questo permette al macchinario di essere utilizzato in scenari

diversi: dal supporto ai movimenti avviati dal paziente fino all'assistenza completa alla mobilità delle gambe, con la possibilità, inoltre, di stabilire gli obiettivi di allenamento e di modificare i livelli di assistenza in tempo reale per ciascuna gamba, in base alla risposta del paziente.



UROLOGIA

Nuovo robot per la chirurgia mininvasiva

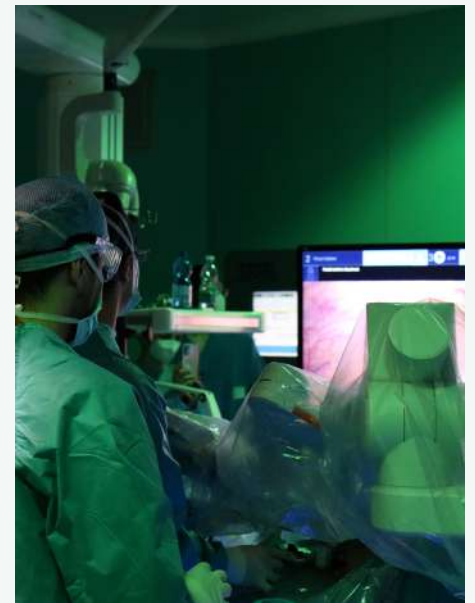
New entry nel parco tecnologico del Niguarda: si tratta di un nuovissimo robot per la chirurgia mininvasiva.

Il reparto di urologia dispone già da diversi anni di sale operatorie moderne con robot e strumenti per interventi chirurgici laparoscopici mini-invasivi, oltre che di ampia strumentazione per manovre endoscopiche ed endourologiche.

La tecnica robotica consente interventi di precisione grazie al super ingrandimento ottico e alla visione tridimensionale unita all'ampiezza di movimento e di rotazione

del braccio robotico.

A questi vantaggi va aggiunto un più rapido recupero post-operatorio del paziente e una riduzione dei giorni di degenza ospedaliera. Il nuovo macchinario va così a inserirsi nelle dotazioni tecnologiche dell'Ospedale, punto di riferimento regionale e nazionale per la chirurgia robotica.



CASA DI COMUNITÀ

I pazienti con patologia polmonare si allenano a Villa Marelli



Si è tenuto nella Casa di Comunità di Villa Marelli il primo ciclo di "allenamento allo sforzo" per pazienti affetti da patologia polmonare cronica.

Questo tipo di attività riabilitativa è utilissima per il miglioramento della

sensazione di mancanza di fiato, per ridurre il senso di affaticamento e contribuisce quindi a migliorare la qualità di vita. Oltre all'esercizio fisico, il percorso prevede incontri per educare ai corretti stili di vita e ai comportamenti che influiscono sul benessere e la salute.

Le persone che hanno preso parte al primo ciclo si sono allenate per 10 settimane sotto la guida dei nostri fisioterapisti respiratori e hanno imparato come mantenere il proprio livello di allenamento. A fine percorso, lo specialista pneumologo ha elaborato e consegnato ad ogni paziente il programma di mantenimento personalizzato. L'equipe continuerà a seguire tutti partecipanti con dei controlli e anche con il monitoraggio dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

8 MARZO

Murales sul mito di Dafne contro la violenza sulle donne

Il mito di Dafne, la ninfa che non accetta l'amore di Apollo e che per questo viene trasformata in una pianta di alloro, tocca il tema dell'amore non ricambiato. Una storia antica di come un sentimento non debba mai essere forzato e delle drammatiche conseguenze che possono scaturire dalla mancanza di rispetto per ciò che l'altra persona prova.

È questo il soggetto dell'enorme murales intitolato "Corteccia" e inaugurato in occasione della festa della donna all'interno dell'Ospedale Niguarda di Milano, donato dall'Associazione Telefono Donna. L'autore dell'opera, l'argentino Francisco Bosoletti, ha scelto di rappresentare proprio il mito di Dafne, e in particolare di farlo traendo ispirazione dalla famosa e conosciuta scultura del Bernini, per scuotere l'abitudine con cui osserviamo alcune scene. Capita troppo spesso infatti che, nell'arte come nella vita, quasi ci si abitui a convivere con immagini di violenza sulle donne.

Il mito di Dafne sul muro dell'Ospedale,

nella sua potenza e drammaticità, vuole anche ricordare che c'è qualcuno che può venire in soccorso e offrire un rifugio a queste donne. Proprio come Telefono Donna, il Centro antiviolenza che ha permesso la realizzazione di questa opera e che lavora da 25 anni dentro l'Ospedale Niguarda, garantendo un servizio attivo h24.



NIGUARDA SMART

Un app per orientarsi in ospedale



In un luogo grande come l'Ospedale Niguarda, oltre 300mila metri quadrati di Padiglioni, strade e giardini, anche

raggiungere la sede dell'ambulatorio può non essere facilissimo.

A Niguarda ora è possibile essere guidati direttamente fino all'ingresso dell'edificio in cui fare la visita o l'esame. Grazie alla nuova app "Ospedale Niguarda: orientarsi", una volta scelto il luogo in cui andare basta farsi accompagnare passo dopo passo dal navigatore.

NASCERE A NIGUARDA

Un parto tra gli affreschi

Partorire al mare o in montagna? No, a Niguarda!

Grazie al sostegno del Rotary Club - Milano Precotto San Michele, sono state decorate due sale parto dell'Ospedale, con bellissimi dipinti "avvolgenti".

Una è dedicata all'ambiente marino, con le sfumature delle onde che si incontrano con il cielo. L'altra invece richiama paesaggi e atmosfere montane.

Le future mamme possono dover trascorrere diverse ore in sala parto e con queste opere, dipinte a mano sulle pareti, si è voluto ricreare uno spazio che sia loro di conforto e rassereneante.



ON

Il magazine dell'ASST Ospedale Niguarda

Periodicità

Trimestrale

Direttore responsabile

Maria Grazia Parrillo

Articoli a cura di

Francesca Bana, Mara Cicchirillo,
Andrea Vicentini, Silvia Vitello

Foto/immagini

Andrea Vicentini
Banche dati esterne (pagg. 10 - 14 - 18 - 20)

Progetto grafico





Studiolabo s.r.l.
Via Palermo, 1, 20121 Milano MI

Stampa

Editoria Grafica Colombo s.r.l.
Via Roma, 87, 23868 Valmadrera (LC)

Periodico registrato al Tribunale di Milano,
n.326 del 17/05/2006

Seguici sui nostri canali social

-  ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
-  @ospedale.niguarda
-  @ospniguarda
-  ASST OspedaleNiguardaTV



Scansiona il QR code
e scarica ON



SPLENDENT · IN · AETATE · LIBERALITATIS · AC · BENEFICENTIAE · MONIMENTA · VO

