

MINISTERO
*La Salute
diventa
trasparente*

Curricula e compensi dei dirigenti; indirizzi di posta elettronica dei diversi uffici; incarichi retribuiti e non retribuiti e curricula dei collaboratori e membri delle commissioni; contratti integrativi e premi distribuiti ai dipendenti; servizi erogati agli utenti finali; dati su lavori, servizi, forniture, compresi bandi di gara e tempi medi di pagamento ai fornitori. Sono alcuni dei dati che il **ministero della salute** pubblicherà in maniera organica sul proprio portale in base al «Programma triennale per la trasparenza e l'integrità», in attuazione dell'art. 11 del dlgs n. 150 del 2009. Il Programma è stato elaborato con la partecipazione dell'intera amministrazione sanitaria e il **ministero della salute** è stato tra le prime amministrazioni ad acquisire il previsto parere favorevole espresso dal Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti.



La sanità lombarda? Un modello per l'Italia

Gabriele Villa

■ Nichi Vendola tuona, denuncia e si indigna. Ma la Lombardia resta sempre e comunque la regione a massima concentrazione di centri sanitari d'eccellenza. E in Lombardia, per le più diverse patologie, arrivano per farsi curare, pazienti da tutta Europa.

È un dato di fatto inequivocabile, sul quale il governatore Formigoni ha voluto porre l'accento anche di

QUALITÀ Secondo la classifica del Cergas, sei dei primi venti centri di cura sono in Lombardia

recente con queste parole: «Il libro dell'eccellenza sanitaria di Regione Lombardia lo stiamo scrivendo da quindici anni e pubblichiamo continuamente nuove edizioni perché continuiamo a scrivere pagine di ulteriore eccellenza». L'ultimo esempio? Il 21 febbraio scorso, quando la commissione Sanità del Senato ha visitato la centrale operativa del 118, i reparti di pronto soccorso, l'unità spinale, il centro anti-veleni e il trauma center dell'ospedale Niguarda. E al termine dell'approfondita visita, che somigliava a un'ispezione, il presidente della commissione Antonio Tomassini, in un incontro con la direzione dell'ospedale, ha detto di considerare il Niguarda come un «modello di eccellenza, anche per come, da vecchio ospedale che era, ha saputo trasformarsi, conciliando prestigiosi reparti storici come l'anti-veleni con strutture modernissime». Come le alte, raffinate tecnologie per gli interventi robotizzati sulla prostata.

D'altra parte non è un mistero che, secondo le indagini periodicamente condotte dal Cergas, il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi, sui primi venti migliori ospedali d'Italia, tra sorpassi e retrocessioni in classifica, sei siano in Lombardia. Ne possiamo ricordare alcuni e soltanto alcuni senza avere la pretesa di stilare anche noi graduatorie: il Policlinico San Matteo di Pavia, una tradizione ospedaliera che risale al Quattrocento e che oggi in nella brillanti ri-

sultati per la cardiocirurgia e la ricerca biomedica; l'Ospedale San Raffaele di Milano, riconosciuto come Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) privato e che comprende l'Istituto scientifico universitario San Raffaele, il Dipartimento di biotecnologie e l'Ospedale San Raffaele Turro. Tra le sue eccellenze: nefrologia, dialisi, ipertensione e oculistica; l'Istituto europeo di oncologia, ideato e diretto da Umberto Veronesi, è modello internazionale di sanità e di ricerca avanzata. I direttori di unità provengono da otto diversi Paesi europei; l'Istituto nazionale cura tumori, altro centro di eccellenza nazionale nella lotta al cancro, con pazienti per il 40 per cento provenienti da altre regioni italiane e dall'estero. E ancora l'Ospedale San Gerardo di Monza, all'avanguardia sul fronte della medicina interna e nella chirurgia e microchirurgia sugli arti; l'Ospedale Sacco di Milano punto di riferimento internazionale per la cura delle malattie infettive e tropicali, l'Istituto Ospedaliero MultiMedica di Castellanza in provincia di Varese - rigoroso sul fronte dell'oncologia - e ancora l'Azienda Ospedaliera Universitaria Spedali Civili di Brescia che brilla per la medicina interna e la cardiologia.

La scelta è talmente ampia in Lombardia che la difficoltà per il cittadino, come rileva il Censis, sembra quella di riuscire a orientarsi fra i numerosi centri di assistenza: Irccs, policlinici, aziende ospedaliere, case di cura, cliniche universitarie. Tutti centri ad alta specializzazione dove si va con sicurezza per la loro elevata qualità. Come il nuovo Policlinico San Donato, il cui ampliamento non è costato nulla allo Stato né alla Regione in quanto è stato interamente autofinanziato dal-

l'intensiva, Rianimazione e tutti i servizi diagnostici. I due volumi a forma di vela, invece, sono destinati agli ambulatori e ai laboratori dell'università, mentre l'ampia piazzetta centrale ospita l'ingresso, i servizi di ristoro e l'albergo per i familiari dei pazienti. Promosso a pieni voti dalle più recenti rilevazioni sugli standard. Cui si aggiungono quelle dell' Aiop, l'Associazione italiana dell'ospitalità privata che nei suoi rapporti annuali, evidenzia sistematicamente, dati alla mano, «l'eccellenza del modello sanitario lombardo, il più efficiente d'Italia, secondo calcoli oggettivi e misurabili da tutti».

LE ECCELLENZE

Ospedale San Raffaele - Milano

nefrologia e dialisi ipertensione e oculistica

Istituto europeo di oncologia - Milano

oncologia

Ospedale Niguarda - Milano

alta tecnologia negli interventi alla prostata

Ospedale San Gerardo - Monza

medicina interna

Nuovo Policlinico - San Donato Milanese

terapia intensiva cardiocirurgia

Policlinico San Matteo - Pavia

cardiologia

Istituto Ospedaliero MultiMedica - Castellanza (Va)

oncologia

Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Civili - Brescia

medicina interna cardiologia



AL TOP La verità è che al settentrione arrivano pazienti da tutta Europa per potersi curare al meglio

l'Azienda. Ha una forma di stella cometa la nuova struttura ed è costituita da un complesso di cinque corpi di fabbrica articolati in due monoblocchi con 435 posti letto, il dipartimento di emergenza-urgenza, 12 sale operatorie, 45 posti di Terapia



Internet. Scuola Superiore Sant'Anna con Ericsson e Cnit Dalla ricerca italiana nasce il web superveloce

Gianni Parrini

PISA

Internet mette le ali e segna un nuovo record di velocità per la trasmissione dati. I ricercatori dell'Istituto Tecip della Scuola Superiore Sant'Anna e quelli del Laboratorio Nazionale di Reti Fotoniche del Cnit, nell'ambito di una collaborazione con il colosso per le telecomunicazioni Ericsson, hanno allestito il primo sistema al mondo di trasmissione coerente funzionante a 448 gigabit al secondo su doppia portante ottica.

«Abbiamo quadruplicato il precedente record per infrastruttura commerciale, che era di 100 gigabit al secondo - spiega l'ingegner Luca Potì, responsabile area di ricerca del Cnit - Sfruttando le potenzialità di una tecnologia matura come l'elettronica e fondendole con le capacità di trasmissione dati della fotonica siamo riusciti a migliorare le prestazioni del sistema in fibra ottica che Ericsson utilizza come supporto alla rete di telefonia mobile, raggiungendo queste straordinarie velocità». In pratica, con il nuovo strumento le informazioni vengono aggregate a livello elettronico e poi trasmesse sotto forma di segnale luminoso attra-

verso un cavo ottico per centinaia di chilometri, senza interferenze e perdite di qualità. Per fare un esempio, in pochi minuti si potrebbero trasmettere 20 film in Hd o 500 film in qualità standard da una parte all'altra del mondo, e in un solo secondo si potrebbero realizzare 22.500 collegamenti Adsl da 20 megabit/s. O infine, sarebbe possibile fare 7 milioni di videochiamate o 100 milioni di telefonate standard in un batter di ciglia.

La scoperta firmata da Ericsson e Sant'Anna non creerà nuovi servizi, ma consentirà di migliorare le performance dei sistemi in fibra ottica già in uso in ambito industriale. «Il sistema di trasporto di una tale quantità di informazioni non è pensato per la singola interconnessione tra computer, ma per interi centri di smistamento dati - spiega Potì -. Ovviamente, aumentando la capacità di questi snodi, si miglioreranno anche i servizi messi a disposizione degli utenti e probabilmente scenderanno i costi». Nel caso della telefonia mobile, ad esempio, l'aumento del traffico dati legato a video chiamate e navigazione in rete via cellulare, ha innalzato i consumi e presto avrebbe richiesto un ampliamento delle in-

frastrutture. Il sistema made in Pisa, invece, consente di non intervenire sulla fisica di questi apparati e, a parità di costi, ne migliora la velocità di collegamento. Dal punto di vista dell'utente, dunque, il risultato più tangibile della superconnessione si avrà nella diminuzione delle tariffe per i servizi di telefonia mobile o - quantomeno - nel loro mancato aumento. E nulla esclude che presto vi siano anche

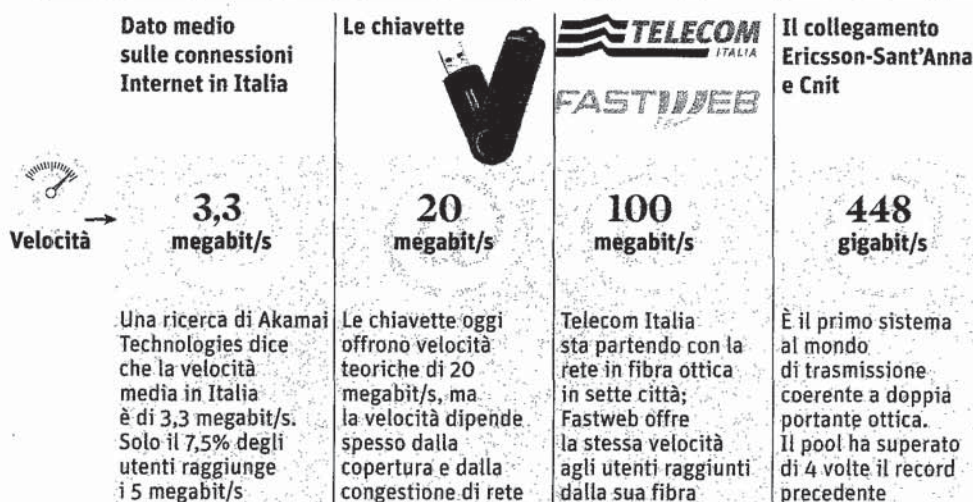
RECORD MONDIALE

La trasmissione arriva a 448 gigabit al secondo: bastano un paio di minuti per il download di 20 film in alta definizione

altre applicazioni: «La nostra scoperta è compatibile con tutti i sistemi di comunicazione in fibra ottica - prosegue Potì -. Potrà essere usata anche per migliorare le connessioni a Internet». La nuova tecnologia nei prossimi mesi sarà testata su segmenti di rete installati in tutto il mondo per poi diventare prodotto del portafoglio Ericsson.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il confronto




ISTITUITA DAL CONSIGLIO REGIONALE
Sanità, commissione su sprechi

■ È stata istituita la sottocommissione d'indagine sugli sprechi varata in seno alla terza Commissione Sanità. «Per dare piena operatività - dice il consigliere regionale Idv, Patrizio Mazza - a questo nuovo soggetto, si è concordato che si farà immediatamente una ricognizione di quelle che possono essere le mappe degli sprechi all'interno della sanità. Inoltre, un secondo aspetto di valutazione, sollevato dal sottoscritto, sarà quello di vedere se ci sono punti di inefficienza che si collegano agli sprechi e che si riflettono in punti di criticità per una mancata assistenza adeguata all'utenza».



UNA MODERNIZZAZIONE CHE FUNZIONA BOOM DEI CERTIFICATI MEDICI ONLINE

 «In un anno abbiamo fatto qualcosa di epico». Non esagera il presidente dell'Inps, Antonio Mastrapasqua (un tecnico, non il politico che cerca di «vendere» l'ennesima riforma «patacca»), per sintetizzare i primi risultati dell'operazione «certificati medici online».

Ogni settimana in media vengono trasmessi in via telematica all'Inps 450 mila certificati di malattia. Negli ultimi cinquanta giorni ne sono arrivati oltre 3,5 milioni. Dall'aprile dello scorso anno, quando è stato avviato il nuovo sistema, il numero complessivo dei certificati spediti online ha superato quota sette milioni, per un totale annuo stimato di 25 milioni.

Cifre importanti che descrivono una grande rivoluzione che sta interessando in questi mesi la pubblica amministrazione italiana (la cui rappresentazione storica è l'impiegato sommerso da pile di fascicoli polverosi). Una rivoluzione fortemente voluta dal ministro della Pubblica amministrazione e dell'Innovazione, Renato Brunetta, e che come sempre in questi casi ha incontrato resistenze da parte di tutti gli interessati: dai medici ai pazienti. E che è andata in porto solo dopo una lunga trattativa che ha portato a modificare alcu-

ne parti del progetto originale francamente troppo penalizzanti per i medici (come ad esempio il capitolo delle sanzioni).

Ora il sistema, che coinvolge 180 mila medici, 17 milioni di lavoratori dipendenti e 4,4 milioni di imprese, funziona e quasi tutti i contestatori della prima ora ne usufruiscono con grandi vantaggi di tempo e risparmi economici (si parla di circa 590 milioni di euro).

Una vicenda, questa dei certificati online, che ricorda la prima grande modernizzazione telematica del nostro Paese: il cosiddetto clic day per le domande di assunzione degli immigrati. Anche in quel caso, nel dicembre del 2007, il Viminale fu sommerso dalle critiche da parte di sindacati, associazioni dei consumatori e patronati, perché chiaramente il nuovo innovativo (per l'Italia) sistema aveva delle criticità. Negli anni successivi il clic day è andato a regime con notevoli vantaggi per tutti.

Certificati online e clic day: due esempi (purtroppo limitati) di modernizzazione della Pubblica amministrazione che speriamo non rimangano isolati.

Andrea Balzanetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**BIOETICA
E POLITICA**

Il presidente dell'associazione italiana di oncologia, Carmelo Iacono: centrale

la necessità dell'alleanza terapeutica, stiamo accanto al malato

Gli oncologi: fine vita, la legge è necessaria

DA MILANO **FRANCESCA LOZITO**

Sì a una legge sulle direttive anticipate di trattamento («Dat»). Lo dicono gli oncologi che in questi giorni sono riuniti a congresso a Valderice (Trapani) per discutere di dimensione etica della cura. Lo fanno partendo da un questionario – distribuito ai soci Aiom nel 2007 e rilanciato ieri – in cui emergeva un largo favore (74%) da parte della categoria rispetto alla necessità di una legge sulle direttive anticipate. «Favore confermato anche in questa occasione – afferma il presidente della Associazione italiana oncologia medica Carmelo Iacono – perché può essere di aiuto, ma dev'essere una legge chiara che dia indicazioni precise che possono tutelare bene gli attori del problema: paziente, medici e istituzioni deputate». Ma cosa emerge nel dettaglio dal questionario? Innanzitutto si evidenzia una scarsa conoscenza dei documenti in materia: il 56% degli intervistati afferma di non conoscere il parere col quale il Comitato nazionale di bioetica introdusse nel 2003 il concetto di «Dat». Ma ritiene che una legge sia necessaria anche a proposito dell'accanimento terapeutico (64%) e dell'eutanasia (67%). Il 54% sostiene che quanto affermato in condizioni di salute non possa essere applicabile in fase terminale: dunque le Dat non possono essere obbligatorie per il medico (solo il 24% si esprime per la vincolatività). E il 63% è convinto che una legge possa facilitare il rapporto medico-malato. Raramente gli oncologi affermano di avere ricevuto direttive anticipate dai malati. Rimane un'ambiguità (64% delle risposte) tra chi afferma che acce-

Il 74% degli specialisti favorevole a una norma che facilita il rapporto tra medico e paziente «Ma deve fornire indicazioni precise»

lerazione della fine della vita ed eutanasia non siano la stessa cosa.

Gli oncologi non sono però la sola categoria di medici che si occupano del fine vita e, di certo la malattia tumorale è particolare, visto che il malato mantiene una lucidità per lungo tempo: «Nel nostro caso – spiega ancora Iacono – il rapporto medico-paziente non può che essere quello di un'alleanza terapeutica. Occorre procedere all'unisono e condividere i percorsi aiutando la persona ammalata a operare scelte che aprano la strada a un reale consenso». Attenzione però «a non interpretare la legge come un disimpegno», aggiunge Marco Maltoni, che è palliativista, direttore dell'hospice di Forlimpopoli, e che ogni giorno è a contatto con malati terminali. Maltoni è scettico su alcuni dati più ambigui emersi dal questionario, realizzato prima della vicenda Englaro: «Accanimento terapeutico ed eutanasia non vanno normate, è la nostra deontologia professionale che ci impone di non praticarle mai». C'è da dire che un'altra domanda fa emergere invece come il 46% degli intervistati sia comunque contrario all'eutanasia, mentre il 37% la ritiene possibile solo in casi particolari (e favorevole è solo uno striminzito 16%). Nel dibattito durante il loro congresso gli oncologi aggiorneranno le loro osservazioni in merito al fine vita cercando di raggiungere il consenso su un documento: «Sarà frutto del confronto tra di noi – spiega ancora Iacono – e farà emergere le nostre priorità sulla necessità di una legge. Non lo renderemo noto subito, abbiamo bisogno di tempo per fare in modo che l'elaborazione sia frutto di una condivisione reale».



TETTAMANZI**«URGENTE ANDARE AL DI LÀ
DEL SEMPLICE CONSENSO INFORMATO»**

Oggi «la sanità sta cambiando», nel rapporto tra medico e paziente quest'ultimo «non si sottomette più in modo ignaro e fideistico» e «non accetta più di essere un numero anonimo in un'anonima struttura sanitaria». Da questa premessa è partito il cardinale Dionigi Tettamanzi, esperto bioeticista, per affermare che «è urgente andare al di là del semplice consenso informato» (consenso, ha aggiunto, «spesso non reale date le fragili condizioni psicologiche del malato») e praticare l'«alleanza medico-paziente anche quando non ci sono speranze terapeutiche». L'arcivescovo di Milano, che ieri è intervenuto alla Festa del Perdono del Policlinico, ha puntato l'indice sulla malasànità, «non sempre imputabile ai medici». «Molte volte essa è direttamente collegata con l'incuria o l'inerzia di chi amministra – ha commentato –, Sui disservizi influiscono anche una gestione non oculata, gli sprechi di risorse, le incongruenze organizzative, la scarsa o nulla manutenzione degli immobili, e ogni genere di trascuratezza che contribuisce al disprezzo pratico della dignità del malato, ma anche di chi lo assiste». La sanità, ha concluso, «non è un mercato». (A.Gugli.)

SALUTE ▶ CHIRURGIA PLASTICA

Oggi le donne che hanno subito l'asportazione totale o parziale della mammella possono riconquistare un décolleté pieno e armonioso, grazie all'utilizzo di tecniche sempre più raffinate

Belle come prima, dopo un tumore al seno. Si può davvero, grazie allo scambio sempre più attivo con la chirurgia plastica estetica, da cui quella ricostruttiva attinge a piene mani tecniche e progressi. E il risultato si vede. Eliminata completamente (mastectomia) o solo in parte (quadrantectomia), la mammella viene ricostruita con risultati estetici fino a pochi anni fa del tutto impensabili. Oggi si salva il salvabile: le mastectomie diminuiscono, rimpiazzate - grazie alle diagnosi precoci - dalle quadrantectomie. Che cosa vuol dire ricostruire il seno?

un seno nuovo

dopo il tumore

L'importanza della ricostruzione

Aver avuto un tumore significa aver subito una malattia, certo, ma anche un trauma. È importante che questo trauma non venga amplificato con quello della mutilazione.

■ Proprio per questo, i senologi e gli oncologi sostengono con forza sempre maggiore la necessità della ricostruzione. E anche se le mammelle ricostruite sono ancora oggi meno di quelle asportate, non ci sono dubbi che l'obiettivo sia quello di riportare la donna alla condizione iniziale, precedente alla malattia.

■ Più che da una motivazione estetica, la ricostruzione è sostenuta dalla valutazione degli aspetti psicologici, giudicati così importanti da influenzare l'atteggiamento nei confronti della malattia e, di conseguenza, la guarigione.

■ Per ricostruire una mammella, dunque, si punta a ricreare la simmetria con quella sana, per quanto riguarda il volume, la forma e la posizione (il solco mammario, cioè la piega che la mammella forma nella parte inferiore, deve essere alla stessa altezza dell'altro solco).

■ Inoltre, la mammella ricostruita deve "comportarsi" come quella sana. Questo significa che deve avere un comportamento identico: **nei movimenti** (come quando si alzano o si allargano le braccia); **nel processo di invecchiamento**, che inevitabilmente e progressivamente causa la caduta (ptosi in termine medico) dei tessuti.

DURANTE O DOPO LA MASTECTOMIA?

Si può ricostruire una mammella malata di tumore nel corso dello stesso intervento oncologico, o in un secondo tempo, di solito dopo qualche mese.

I vantaggi della ricostruzione contestuale alla mastectomia mirano a evitare alla donna:

l'esperienza della mutilazione, in quanto entra in sala operatoria con la sua mammella (malata) ed esce con una mammella ricostruita; **un secondo intervento**, cioè una nuova anestesia, ricovero e convalescenza. Ma anche la ricostruzione in un secondo tempo ha le sue indicazioni. Anzi, ci sono casi in cui non ci sono alternative, per esempio quando bisogna utilizzare un espansore cutaneo perché non ci sono abbastanza tessuti per consentire l'inserimento di una protesi al silicone. È, quindi, necessario far crescere, con una tensione progressiva, i tessuti di rivestimento: per capire cosa accada, basta pensare alla pancia in gravidanza.

LE SOLUZIONI "SU MISURA"

Un altro degli elementi che concorre a determinare risultati estetici sempre più soddisfacenti è l'ampia gamma di protesi al silicone oggi disponibili, diverse per: larghezza; altezza; proiezione (indica la profondità, cioè quanto la protesi, tenuta in posizione verticale, sporge verso l'esterno); dimensione (cioè la grandezza, espressa in cc). L'ampiezza della gamma, così come la possibilità di scegliere tra protesi tonde (più piene nella parte alta) e anatomiche (dalla forma "a pera") permette veramente di scegliere, caso per caso, quella più adatta a raggiungere un risultato naturale.

2 Quando si usano i propri tessuti

La ricostruzione è possibile con i cosiddetti tessuti autologhi. Nei casi meno compromessi si usano tessuti mammari che si trovano nell'area della mammella; in quelli più importanti, lembi di pelle e muscoli si prelevano soprattutto dalla regione dorsale.

■ I vantaggi delle ricostruzioni realizzate con tessuti della donna sono legati a una maggiore capacità di sopportare la radioterapia (che spesso segue all'ablazione) e a una migliore qualità estetica del risultato nel tempo perché i due seni, entrambi "naturali", invecchiano in modo simile. Ecco le possibilità di intervento.

Con il muscolo gran dorsale per la mammella

Si fa ruotare sul davanti (la sua sede naturale è nella metà superiore laterale della schiena) il muscolo gran dorsale, che veicola anche un lembo di pelle.

■ Se il seno da ricostruire è di piccole dimensioni, il muscolo basta, mentre nei casi di seno più grande può essere necessaria la protesi di silicone sotto il muscolo.

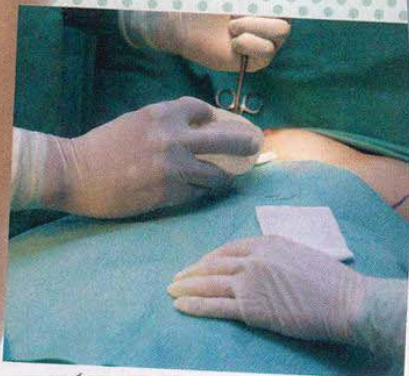
■ Il difetto a livello della schiena non è esteticamente rilevante (è visibile solo una cicatrice trasversale) e non dà problemi funzionali. Sul fronte della ricostruzione, i risultati sono solo positivi, perché il nuovo seno è molto simile a quello sano.

La ricostruzione può essere fatta contemporaneamente o dopo la mastectomia.

Durata dell'operazione: 2 ore

Tempo del ricovero: 3-5 giorni

Recupero in: 10-15 giorni



1 Quando si sfrutta il grasso corporeo

Il grasso autologo, cioè quello prelevato dalle zone più "piene" della donna, è un importante elemento a cui ricorrere per la ricostruzione della mammella. Lo si utilizza ricorrendo alla tecnica del lipofilling. Questo comporta:

l'aspirazione della necessaria quantità di grasso dall'addome o dai fianchi, tramite una cannula aspirante (la stessa utilizzata per le lipoaspirazioni a scopo estetico); **la preparazione del grasso**, che viene centrifugato e depurato;

il trasferimento nel seno, con aghi sottili, del grasso depurato.

■ La tecnica del lipofilling ha molti vantaggi, perché recenti studi hanno dimostrato la grande capacità del grasso

autologo di rigenerare i tessuti: è come se ne stimolasse la rinascita, restituendo loro elasticità e "pienezza".

Si utilizza in questi casi

Per rendere le cicatrici più morbide ed elastiche. È il primo passo che consente, quando i tessuti sono stati irradiati, di inserire un espansore.

Nei casi di quadrantectomia, per colmare i "vuoti", cioè gli avvallamenti e i "buchi" lasciati dall'intervento.

Per correggere l'altro seno, quello sano. Può, infatti, essere necessario intervenire anche sull'altra mammella, per rendere l'insieme il più possibile simmetrico e naturale.

SI RIMODELLA ANCHE L'AREOLA

Una volta ricostruita la mammella occorre, poi, occuparsi del capezzolo e dell'areola, in modo che il seno ricostruito abbia in tutto e per tutto l'aspetto di una mammella sana e normale. Di solito, l'areola e il capezzolo fanno parte di una ricostruzione successiva, che viene effettuata in anestesia locale a circa un mese di distanza dall'intervento principale. Il nuovo capezzolo di solito si ricava sfruttando i tessuti locali, mentre l'areola si può ottenere grazie a un tatuaggio circolare.

Durata dell'operazione: 45 minuti.

Tempo del ricovero: poche ore in day hospital.

Recupero in: 1-2 giorni.



SALUTE ▶ CHIRURGIA PLASTICA



3 Quando ci vuole la protesi

Talvolta c'è già lo spazio sufficiente per inserire le protesi, altre volte occorre crearlo prima di procedere con l'impianto del silicone.

■ Gli espansori temporanei hanno proprio lo scopo di "preparare il terreno", cioè lo spazio per inserire le protesi. Vediamo meglio di che cosa si tratta.

Con l'espansore temporaneo

Quando l'intervento di mastectomia ha conservato i fasci muscolari sui quali poggia il seno si può impiantare un espansore cutaneo temporaneo che, aumentando di volume per circa un mese, dilaterà progressivamente i tessuti, aiutando anche ad assumere la forma che sarà poi mantenuta dalla protesi definitiva, impiantata 4-6 mesi dopo.

■ Tra tutti i tipi di ricostruzioni, questo è tra i più facili e tra i meno rischiosi in termini di risultato, anche se ha il difetto di non favorire, con il passare degli anni, un identico invecchiamento delle due mammelle.

Durata dell'operazione: 1 ora, 1 e mezza ora (dopo 4-6 mesi).

Tempo del ricovero: 2 giorni.

Recupero in: 7 giorni.

Con la protesi definitiva

Nei casi di mammelle di grandi dimensioni e di interventi di una certa importanza si può impiantare nello spazio retroptorale (cioè tra le costole e il muscolo pettorale) una protesi definitiva e coprirla con i tessuti rimasti.

■ A seconda dei casi, si può usare una protesi con dimensioni fisse o espandibile, il cui volume viene progressivamente regolato attraverso una valvola, a cui si accede bucando la cute.

Durata dell'operazione: 1 ora.

Tempo del ricovero: 2 giorni.

Recupero in: 7 giorni.

Servizio di Lorenza Resuli.

Con la consulenza di Marco Klingler, professore di Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica all'università degli Studi di Milano, Istituto clinico Humanitas, Rozzano (Mi).

56

domande&risposte

SALUTE



OCULISTICA

dottor Giorgio De Santi,
oculista a Milano.

Mi si sono rotte delle piccole vene nell'occhio

Sono sempre stata una persona con una buona salute e non ho mai avuto problemi particolari. Negli ultimi mesi, però, per tre volte, a distanza di circa 15 giorni l'uno dall'altro ho avuto, sempre nello stesso occhio, strani arrossamenti. Il farmacista mi ha diagnosticato che questo disturbo è causato da alcune piccole vene dell'occhio che si sono rotte. Sono molto preoccupato: questi episodi mi fanno rischiare di perdere la vista e, soprattutto, sono campanelli d'allarme premonitori di un ictus?

Michele, Imola

Per prima cosa mi sento di tranquillizzarla: non sono a rischio né la vista né il suo sistema circolatorio e non si tratta nemmeno di un'avvisaglia di ictus. Il farmacista, da quanto mi descrive, le ha fatto una diagnosi giusta: si tratta, infatti, di emorragie sottocongiuntivali, molto frequenti. Va detto, però, che è meglio effettuare un controllo oculistico, in modo particolare se si tratta di episodi ricorrenti. Durante la visita le saranno controllate la sclera (la parte bianca dell'occhio), la congiuntiva e i loro vasi. A volte vi possono essere condizioni locali predisponenti alla rottura di un piccolo capillare congiuntivale o sclerale, per esempio vasi molto tortuosi e superficiali. In tal caso, basta anche solo un colpo

di tosse un po' più forte del normale, oppure uno sforzo fisico per determinare la rottura di questi vasi. Va controllato, quindi, il fondo oculare per verificare l'aspetto dei vasi retinici. L'oculista verificherà poi che non vi sia una retinopatia legata all'ipertensione arteriosa, o anomalie vascolari retiniche (aneurismi). In genere, se tali accertamenti si concludono senza rilevare situazioni anomale, è doveroso rassicurare la persona che, in genere, è molto spaventata di fronte a questo disturbo. Le raccomando, però, di cercare di proteggere sempre gli occhi da colpi d'aria e dalla luce intensa con buone lenti da sole. Inoltre, eviti di toccare o strofinare gli occhi. È consigliabile utilizzare un collirio decongestionante naturale, evitando di ricorrere a quelli vasocostrittori, che schiariscono l'occhio (perché restringono il calibro delle vene) nell'immediato, ma dopo poco la situazione si ripresenta tale e quale. In genere un collirio monodose a base di Euphrasia officinalis e Chamomilla vulgaris è ben tollerato ed efficace.



Scrivete a **Viversani & belli**,
Domande&risposte salute,
corso di Porta Nuova 3/A,
20121 Milano oppure
all'indirizzo email
posta@viversaniebelli.com