

# il polietico

Luglio 2017, Anno 14 - N 39

Periodico di informazione

Riservato ai medici e agli operatori sanitari

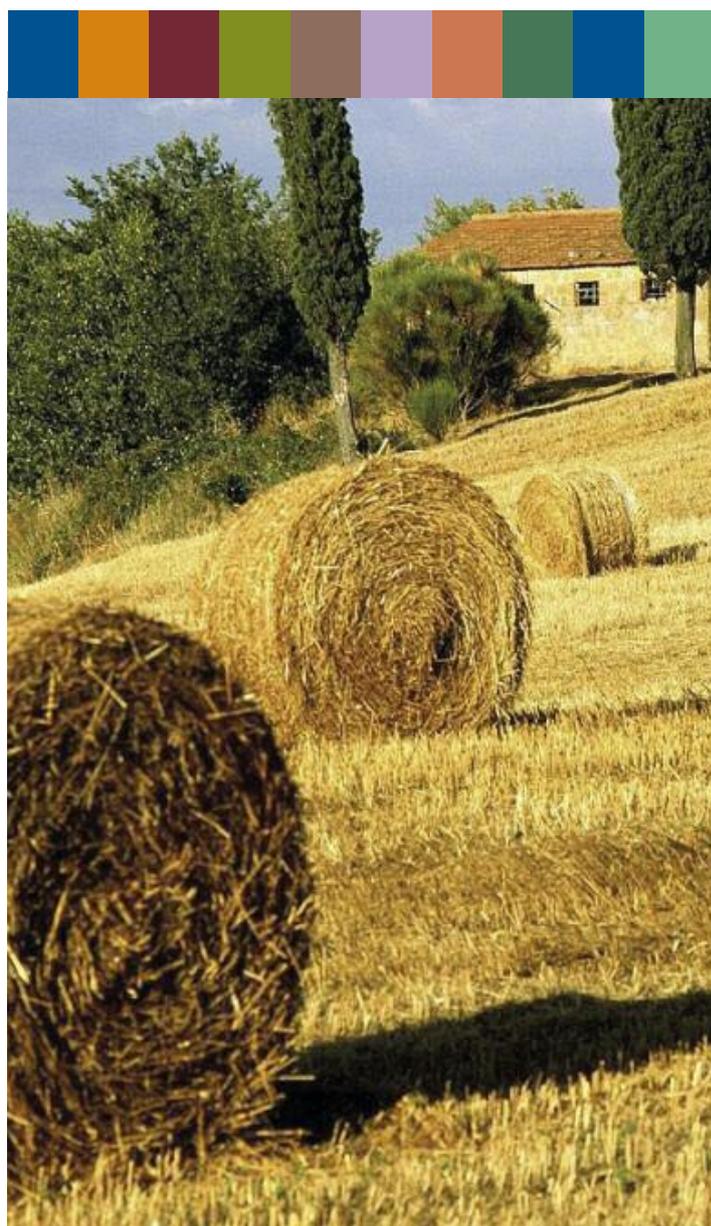


## ESTATE: TEMPO DI NUOVI ARRIVI E INNOVAZIONI

**È** tempo di nuovi arrivi per il Gruppo Policlinico di Monza che vede entrare nel suo organico tre nuovi specialisti: il dott. Camera e il dott. Pezzulich rispettivamente per l'ortopedia alessandrina e l'elettrofisiologia novarese, mentre a Monza ha fatto il suo ingresso il dott. Incerti come Responsabile dell'Unità Operativa di Neurochirurgia. A seguire riportiamo un importante articolo riguardante una nuova e rivoluzionaria tecnica per il trattamento della dissecazione aortica, messa a punto alla Clinica S. Gaudenzio. Un salto quindi a Erice, con il prof. Tesler, per il resoconto del congresso internazionale "Imaging and the heart" per poi tornare a Monza con un'interessante intervista al chirurgo plastico, dott. Palitta sui vari risvolti della chirurgia ambulatoriale. A concludere questo numero ci pensa la Clinica Pinna Pintor di Torino che ha visto l'arrivo di un nuovo e performante macchinario.

Buona lettura

**Il Presidente  
Dott. M. De Salvo**

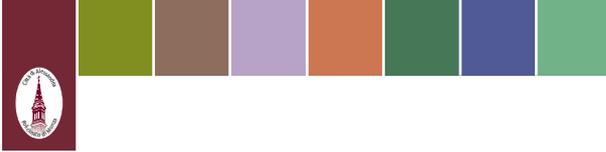


## In questo numero:

*Alessandria: arriva  
il dott. Andrea Camera* 2  
*Centro Cuore S. Gaudenzio:  
rivoluzione per la  
dissecazione dell'aorta* 6

*Il dott. Pezzulich  
e la Fibrillazione atriale* 8  
*Tutti a Erice per il  
congresso internazionale  
"imaging and the heart"* 12

*Chirurgia plastica  
ambulatoriale e l'importanza  
del medico di famiglia* 16  
*Pinna Pintor: ecco Explorer  
la RM di ultima generazione* 18



**DOTT. ANDREA CAMERA,**  
PRESIDENTE DELLA  
FONDAZIONE SPOTORNO  
PER L'ECCELLENZA  
PROTESICA DELL'ANCA  
E DEL GINOCCHIO

## DOTT. CAMERA, ALTRA PUNTA DI DIAMANTE PER ALESSANDRIA

# ARRIVA DAL MARE LA NUOVA ÉQUIPE DI CHIRURGIA ORTOPEDICA

**D**opo 20 anni trascorsi al “Santa Corona” di Pietra Ligure, di cui 10 da Primario, dove ha avuto la fortuna di formarsi con il famoso Prof. Lorenzo Spotorno, il chirurgo ortopedico dott. Andrea Camera approda all'interno del Gruppo Policlinico di Monza dove metterà a disposizione la sua professionalità e le sue tecniche chirurgiche, affinate in anni di attività, all'interno della Clinica Città di Alessandria.

*“Mi ritengo una persona alla costante ricerca di nuovi stimoli - esordisce il dott. Camera - e dopo la mia lunga esperienza al Santa Corona di Pietra Ligure, dove ho avuto il privilegio di lavorare con il prof. Spotorno, che ritengo uno dei geni dell'ortopedia mondiale, ho deciso di intraprendere questa nuova avventura che mi vede collaborare con la Clinica Città di Alessandria”.*

Il dott. Camera non è arrivato da solo, ma ha portato con sé la sua équipe composta da altri 3 chirurghi ortopedici: il dott. Riccardo Tedino, il dott. Andrea Capuzzo e il dott. Stefano Biggi.

*“Sono operativo da appena una quindicina di giorni - prosegue il dott. Camera - ma ho trovato nella Clinica Città di Alessandria un clima collaborativo e propositivo. Qui opera il prof. Priano che, oltre ad essere un amico, ha fatto anche da tramite per il mio trasferimento. Il primo impatto con la struttura è stato sinceramente più che positivo, ho trovato professionisti davvero preparati, dal personale infermieristico a quello di sala operatoria”.*

Il dott. Camera ha quindi già iniziato la sua attività chirurgica che si incentra principalmente sulle protesi di anca e ginocchio.

*“Un'anca libera dal dolore, forte e mobile abbastanza da consentire una normale funzione ed attività - spiega il dott. Camera - è oggi un traguardo raggiungibile dal paziente grazie alla chirurgia”.*

Il dolore cronico all'articolazione dell'anca può invalidare persone di ogni età, rendendo difficile e doloroso anche il semplice camminare.

Il dolore è principalmente causato dalla perdita della normale congruenza delle superfici articolari, con abrasioni a carico del rivestimento cartilagineo, la cui funzione è proprio quella di rendere levigate e scorrevoli tali superfici.

Molteplici patologie possono condurre a tale situazione: la più comune e frequente è l'artrite in senso lato, che comprende sia le forme a probabile origine meccanica (conseguenti ad alterazioni strutturali congenite), sia le forme degenerative (coxartrosi idiopatica), sia le forme acquisite (necrosi ischemiche, traumi, osteoporosi, ecc.). Altre frequenti cause sono le artriti infiammatorie (artrite reumatoide, psoriasica, ecc.).

*“Quando parliamo di chirurgia protesica dell'anca la mia équipe ed io cerchiamo di essere sempre il meno invasivi possibili - spiega il dott. Camera - abbiamo un rispetto maniacale per la muscolatura che non viene mai incisa, in più, dove possibile, optiamo per un approccio mininvasivo che non vuol dire, a dispetto di quello che magari il paziente può immaginare, effettuare una piccola incisione (cosa peraltro impossibile se si vuole godere di una buona visuale). Per noi la mininvasività nella chirurgia dell'anca significa mantenere integra la parte muscolare e inserire, nei casi in cui sia possibile, protesi più piccole ovvero a stelo corto. Siamo stati i primi ad utilizzare questo tipo di protesi, di dimensioni inferiori rispetto allo standard, che possono essere installate solamente quando l'osso ricevente sia*

**IL DOLORE È PRINCIPALMENTE CAUSATO DALLA PERDITA DELLA NORMALE CONGRUENZA DELLE SUPERFICI ARTICOLARI, CON ABRASIONI A CARICO DEL RIVESTIMENTO CARTILAGINEO, LA CUI FUNZIONE È PROPRIO QUELLA DI RENDERE LEVIGATE E SCORREVOLI TALI SUPERFICI**

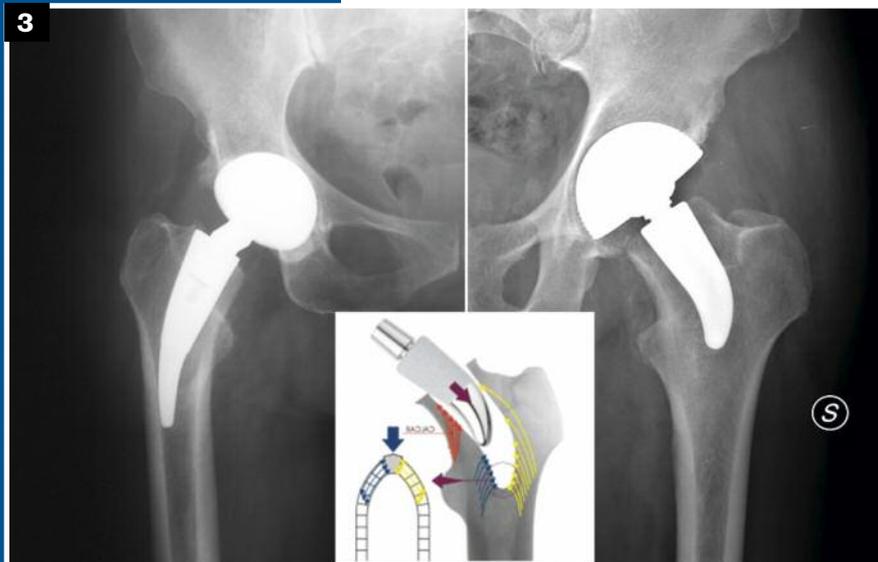
I VANTAGGI SONO MOLTEPLICI: DAL MINOR SANGUINAMENTO AL MINOR IMPATTO SULL'OSSO DEL PAZIENTE, IN PIÙ IN CASO DI REVISIONE È POSSIBILE INSERIRE UNA PROTESI DI PRIMO IMPIANTO INVECE CHE UNA PROTESI MAGGIORMENTE INVASIVA COME INVECE AVVIENE DI NORMA

*in buono stato. I vantaggi sono molteplici: dal minor sanguinamento al minor impatto sull'osso del paziente, in più in caso di revisione è possibile inserire una protesi di primo impianto anziché una protesi maggiormente invasiva come invece avviene di norma”.*

In pazienti attivi o molto giovani una valida soluzione è data, appunto, dalle innovative protesi a conservazione totale di collo o mini

2 - PLANNING  
PRE OPERATORIO ANCA

3 - IMMAGINE RADIOGRAFICA  
POST OPERATORIA



protesi. Queste protesi hanno come obiettivo principale quello di conservare più struttura ossea possibile.

Le protesi a conservazione totale di collo sono associate ad una testa di grande diametro che consente un recupero articolare pari a quello fisiologico.

Sono abbinare solitamente a grosse teste in ceramica e inserto cotiloideo in polietilene addizionato con vitamina E di ultima generazione, che evita l'ossidazione dello stesso e ne garantisce una lunga durata.

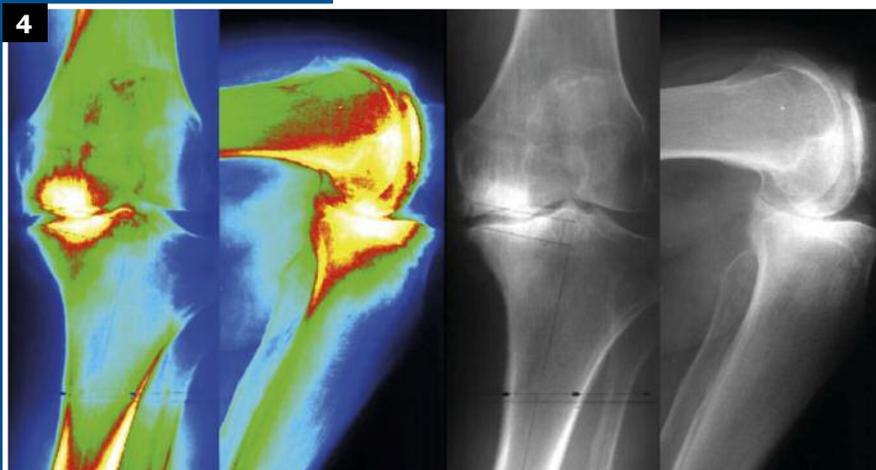
La protesi di sostituzione di anca tradizionale ricrea dal lato femorale una nuova superficie sferica e convessa che sarà accolta dal lato del bacino da una nuova superficie sferica e concava, nel rispetto della stabilità meccanica e biologica.

Da un punto di vista puramente meccanico, si tratta di una soluzione semplice. In realtà c'è stato un enorme lavoro di studio e ricerca da parte di medici e di ingegneri per arrivare, con un continuo e costante miglioramento, allo stato attuale dell'arte.

Si sono integrate molte nozioni tecniche della ricerca ingegneristica, metallurgica, biologica, medico-ortopedica. Lo stesso dott. Camera e la sua équipe da anni collaborano con le aziende costruttrici per lo sviluppo di nuovi prototipi di protesi e nuovi materiali sempre più performanti.

Il dott. Camera e la sua équipe sono anche specializzati nella chirurgia protesica di ginocchio.

*“Impiantiamo diversi tipi di protesi: totali, monocompartimentali, sino alle ultime novità ovvero le protesi della linea chiamata Gender, diversificate per uomo e donna - continua il dott. Camera - Il ginocchio maschile e quello femminile sono infatti anatomicamente e morfologicamente diversi e le protesi di ultima generazione, sempre più sofisticate, hanno ormai raggiunto standard davvero elevati dal punto di vista dei materiali e del design. Ora il vero salto di qualità è realizzare protesi ancora più personalizzate. Si parte quindi dall'indagine radiologica del ginocchio del paziente per andare a ricreare un'articolazione meccanica il più vicino possibile all'originale, con tutti gli intuibili vantaggi che questo comporta in fase operatoria e in fase di recupero delle funzionalità”.*



**4/5 - RX PRE E POST OPERATORIA GINOCCHIO CON RECOLORING**

**6 - ESEMPIO DI INSERIMENTO PROTESI A STELO CORTO SU SAWBONE**

Tra le soluzioni proposte esistono quindi protesi totali, dove tutta l'articolazione viene sostituita, o protesi monocompartimentali dove invece si sostituisce soltanto "metà" articolazione.

Quanto ai materiali di cui sono composte le protesi, si distinguono per semplicità protesi non cementate, ovvero ad ancoraggio diretto osso-protesi, e protesi cementate, legate all'osso mediante cemento acrilico.

Per l'ancoraggio delle protesi non cementate, il materiale che attualmente riunisce in sé le migliori caratteristiche è la lega di titanio. Come nel caso dell'anca, anche per il ginocchio sono diverse le cause che possono portare il paziente ad avere bisogno di una protesi: artrite, anche nelle sue forme degenerative (gonartrosi idiopatica) e acquisite (necrosi ischemiche, traumi, osteoporosi, ecc.). Altre frequenti cause sono le artriti infiammatorie (artrite reumatoide, psoriasica, ecc.).

Per gli interventi di protesi, anca e ginocchio, i tempi di recupero sono pressoché gli stessi. Salvo complicazioni il paziente verrà quindi messo in piedi il giorno successivo all'intervento e dopo 3 giorni circa inizierà il suo percorso fisioterapico. A un mese dall'operazione il paziente potrà tornare a guidare e nell'arco di un ulteriore mese, potrà riprendere le sue normali attività.

Il dott. Camera e la sua équipe sono da sempre anche molto attivi nel campo della formazione per chirurghi stranieri, vantando una stretta collaborazione con la Russia.

**ORA IL VERO SALTO DI QUALITÀ È REALIZZARE PROTESI SEMPRE PIÙ PERSONALIZZATE. SI PARTE QUINDI DALL'INDAGINE RADIOLOGICA DEL GINOCCHIO DEL PAZIENTE PER ANDARE A RICREARE UN'ARTICOLAZIONE MECCANICA IL PIÙ VICINO POSSIBILE ALL'ORIGINALE, CON TUTTI GLI INTUIBILI VANTAGGI CHE QUESTO COMPORTA IN FASE OPERATORIA E IN FASE DI RECUPERO DELLE FUNZIONALITÀ**

**DA SINISTRA: DOTT. ANDREA CAPUZZO, DOTT. RICCARDO TEDINO, DOTT. ANDREA CAMERA, DOTT. STEFANO BIGGI. INSIEME ALL'ÉQUIPE, COME OSPITE, ANCHE UN CHIRURGO ORTOPEDICO RUSSO CHE HA PRESENZIATO AD ALCUNI INTERVENTI**



## CURRICULUM VITAE DOTT. ANDREA CAMERA

Nato a Genova il 14/01/1966

Laureato presso l'Università di Genova nel marzo 1992 in Medicina e Chirurgia, Ha conseguito con lode la Specializzazione presso la medesima Università nell'anno 1997 in Ortopedia e Traumatologia sotto la direzione del Prof. Francesco Pipino.

1997 - Dopo aver vinto concorso relativo a borsa di studio ha iniziato a frequentare la Chirurgia Protesica dell'Ospedale "Santa Corona" sotto il primario del Prof. Spotorno

1999 - Viene assunto come Dirigente Medico di I livello e a ruolo come Chirurgo ad alta specializzazione

Dal gennaio 2003 al dicembre 2005 - È stato consulente Chirurgo Protesico presso l'Ospedale San Paolo di Savona

Dal luglio 2005 - È Responsabile di Struttura Semplice della Chirurgia

Protesica di Ginocchio c/o l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure (SV)

Dal settembre 2008 al giugno 2017 - È Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Protesica c/o l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure (SV)

Dal gennaio 2013 al maggio 2015 - È Direttore del Dipartimento di Ortopedia dell'ASL 2 Savonese

Dal luglio 2017 - Inizia a svolgere attività operatoria di Chirurgia Protesica presso la Clinica Città di Alessandria (Policlinico di Monza)

Nell'anno accademico 2008/2009 - È stato invitato, dalla Scuola di Specialità in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Genova, a sostenere delle lezioni agli specializzandi

Nell'anno accademico 2016/2017 - È stato invitato, dalla Scuola di Specialità in Ortopedia e Traumatologia dell'U-

Università di Genova, a sostenere delle lezioni agli specializzandi

Ad oggi ha al suo attivo più di 7.000 interventi di Chirurgia Protesica (anca, ginocchio e caviglia) come primo operatore.

Ha pubblicato 38 lavori di cui 11 su riviste internazionali

Ha presenziato a circa 200 congressi Nazionali ed Internazionali sia in veste di relatore che come assistente

Ha preso parte a diverse trasmissioni televisive con servizi dedicati alla sua specialità professionale ed all'Ospedale in cui esercita: servizio dedicato su "Primo Canale". Servizi ed interviste complete su "Rete 4" durante la trasmissione "Vivere Meglio". Servizio dedicato durante il TG5 (edizione del mattino) su "Canale 5".



**DOTT. MARCO DIENA,**  
RESPONSABILE  
DEL DIPARTIMENTO  
DI CARDIOCHIRURGIA  
DELLA CLINICA SAN  
GAUDENZIO DI NOVARA



**DOTT. GIANLUCA MARTINELLI,**  
CARDIOCHIRURGO  
DELLA CLINICA SAN  
GAUDENZIO DI NOVARA

NUOVO INTERVENTO ALLA CLINICA S. GAUDENZIO DI NOVARA

## PER LA DISSECAZIONE AORTICA UNA TECNICA RIVOLUZIONARIA

**L**a dissezione aortica è una malattia vascolare con un'alta mortalità se non viene trattata con chirurgia d'urgenza. La morte sopraggiunge per shock in seguito a rottura dell'aorta e grave emorragia interna. Il rischio di rottura fulminante parte dal 40% al presentarsi della sintomatologia dolorosa e cresce dell'1% ogni ora; nell'arco delle prime 24 ore il rischio è superiore al 60%. Recentemente presso la Clinica S. Gaudenzio di Novara è stata messa a punto una nuova tecnica chirurgica per il trattamento dei pazienti con dissezione aortica. In questo numero il dott. Gian Luca Martinelli, cardiocirurgo italiano che si è formato nel Centro di Chirurgia dell'aorta di Parigi, ci spiega di cosa si tratta:

*"Purtroppo, durante il primo intervento effettuato in emergenza - spiega il dott. Martinelli - a causa delle gravi condizioni cliniche del paziente, spesso viene sostituito solamente un piccolo tratto dell'aorta ascendente. Questo spiega perché la malattia dissecante evolve nel tempo e meno del 50% dei nostri pazienti sopravvive oltre i 5 anni. È una malattia più grave del tumore al polmone. È indispensabile farsi seguire da uno specialista. Alla Clinica S. Gaudenzio, grazie alle nuove tecnologie a disposizione, abbiamo messo a punto un intervento cardiocirurgico innovativo che permette il trattamento di questi pazienti estremamente delicati riducendone il rischio operatorio. In sintesi, all'abilità del chirurgo si affiancano le nuove tecnologie: con delle speciali protesi montate su degli stent (che sono sostan-*

*zialmente dei tubicini fatti in rete metallica usati per riparare le arterie) siamo in grado di sostituire segmenti estesi di aorta riducendo i rischi di complicanze. Recentemente abbiamo operato 2 pazienti che avevano sviluppato un ampio aneurisma dissecante cronico, di tutta l'aorta, che si estendeva dai vasi del cervello fino all'addome. Nell'intervento siamo riusciti a non toccare l'aorta malata. In questo modo si sono ridotti i tempi chirurgici, i rischi di sanguinamento e il recupero dei pazienti è stato rapido. Inoltre questo tipo di intervento può essere esteso anche a pazienti anziani un tempo ritenuti inoperabili".*

### Quale consiglio può dare a tutti pazienti portatori di una dissezione dell'aorta?

*"Innanzitutto dobbiamo lanciare un messaggio tranquillizzante. Grazie alle immagini radiologiche possiamo infatti stabilire con esattezza quale paziente necessita un secondo intervento chirurgico e quando è il momento di intervenire. Poi è indispensabile farsi seguire da uno specialista in chirurgia Cardiovascolare, esperto della patologia. Nella nostra struttura abbiamo recentemente creato un gruppo di specialisti, integrato in un reparto dedicato alla cura delle patologie dell'aorta, una vera e propria Aortic Unit in grado di scegliere il miglior trattamento per ogni singolo paziente".*

### Ritorniamo per un momento alla nuova tecnica messa a punto alla S. Gaudenzio, cosa può dirci?

*"Sintetizzando, possiamo individuare le seguenti tappe: inizialmente sfruttiamo la protesi in Dacron inserita durante il primo intervento subito dal paziente, spostando quindi l'origine dei tre vasi del cervello (gli anglo-sassoni parlano di debranching in questa fase). Successivamente introduciamo una protesi speciale cucita su uno stent e costruita su misura per quel determinato paziente. Questa nuova protesi viene poi fissata direttamente alla vecchia protesi. In definitiva, in un solo intervento chirurgico sostituiamo l'arco aortico e l'aorta discendente senza toccare l'aorta nativa, e malata, del paziente. Così facendo trasformiamo un intervento estremamente complesso in un intervento molto più semplice, meno invasivo e per questo applicabile a tutti".*

**È UNA MALATTIA PIÙ GRAVE DEL TUMORE AL POLMONE. È INDISPENSABILE FARSI SEGUIRE DA UNO SPECIALISTA. ALLA CLINICA S. GAUDENZIO, GRAZIE ALLE NUOVE TECNOLOGIE A DISPOSIZIONE, ABBIAMO MESSO A PUNTO UN INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO INNOVATIVO CHE PERMETTE IL TRATTAMENTO DI QUESTI PAZIENTI ESTREMAMENTE DELICATI RIDUCENDONE IL RISCHIO OPERATORIO**

NELLA NOSTRA STRUTTURA ABBIAMO RECENTEMENTE CREATO UN GRUPPO DI SPECIALISTI, INTEGRATO IN UN REPARTO DEDICATO ALLA CURA DELLE PATOLOGIE DELL'AORTA, UNA VERA E PROPRIA AORTIC UNIT IN GRADO DI SCEGLIERE IL MIGLIOR TRATTAMENTO PER OGNI SINGOLO PAZIENTE

La dissezione aortica è stata da sempre considerata una malattia rara con un'incidenza di 3 casi per 100.000 abitanti l'anno. Spesso si tratta di giovani adulti (7 % di età inferiore a 39 anni). La vera incidenza è difficile da stabilire per 2 motivi: spesso è rapidamente fatale (il paziente non giunge nemmeno in ospedale e l'esito viene eventualmente catalogato come morte cardiaca) oppure viene fatta una diagnosi iniziale errata. Un recente studio svedese parla di 16 nuovi casi ogni 100.000 abitanti l'anno. Trasportando questi dati in Piemonte, significa che ogni anno assistiamo a circa 600 nuovi casi di dissezione aortica.

#### Com'è possibile prevenire questa grave patologia?

*"Controllando la pressione arteriosa e facendo delle indagini per escludere la dilatazione dell'aorta che è un fattore predisponente alla rottura.*

*Su iniziativa del dott. Marco Diena, Responsabile del Dipartimento di Chirurgia cardiovascolare di Novara, la Fondazione Cardioteam, in collaborazione con la Clinica S. Gaudenzio, ha lanciato nel maggio 2014 la prima campagna in Europa di screening degli aneurismi dell'aorta ascendente".*

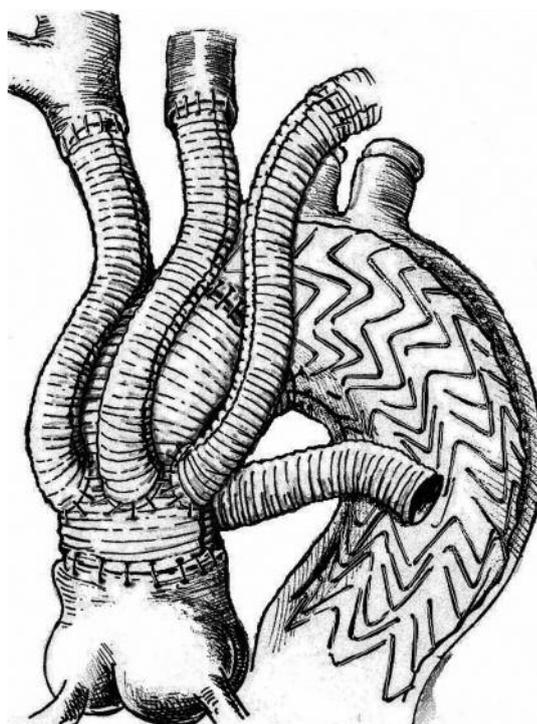
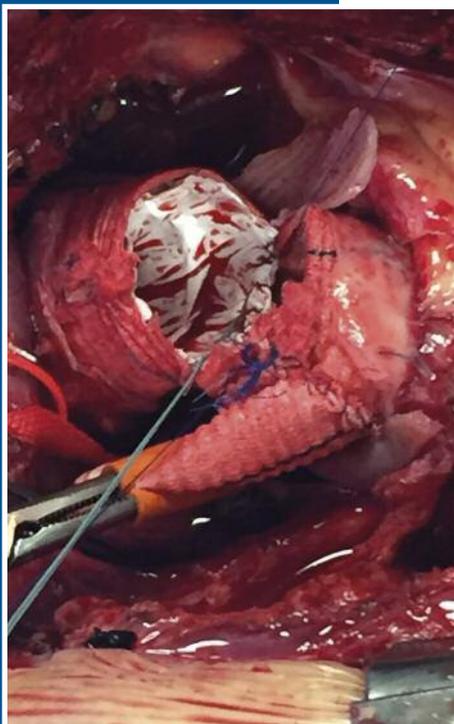
La Campagna nazionale, che ha preso il nome di "Cardioteam prevenzione aneurisma" ed ha avuto il patrocinio della Società Italiana di Cardiocirurgia (SICCH) e della Società Italiana di Ecocardiografia (SIEC), ha come testimonial l'attore Massimo Boldi che ha girato una video clip per le reti nazionali al fine di sensibilizzare la popolazione su questa malattia. Lo screening viene condotto con un ecocardiogramma all'interno di un ambulatorio mobile che si sposta in giro per le piazze italiane. Dal giugno 2014 sono state osservate con un esame ecocardiografico 8600 persone, senza precedenti cardiovascolari, tra i 55 e i 75 anni. Chi volesse aderire, può telefonare al numero verde 800 775 590.

*"Infine - conclude il dott. Martinelli - è con notevole orgoglio che possiamo affermare che in Piemonte è stata messa a punto una nuova tecnica chirurgica in grado di trattare malattie dell'aorta non operabili in altri Centri italiani e numerosi pazienti, provenienti da tutta la penisola, si affidano all'Aortic Unit della Clinica S. Gaudenzio per essere curati".*

**SOTTO DA SINISTRA:  
IMMAGINE INTRAOPERATORIA  
DOVE È VISIBILE  
L'INSERIMENTO DELLO STENT**

**RAPPRESENTAZIONE  
SCHEMATICA DELL'INTERVENTO  
IDEATO DALL'ÉQUIPE  
CHIRURGICA DEL DOTT. DIENA  
E DEL DOTT. MARTINELLI**

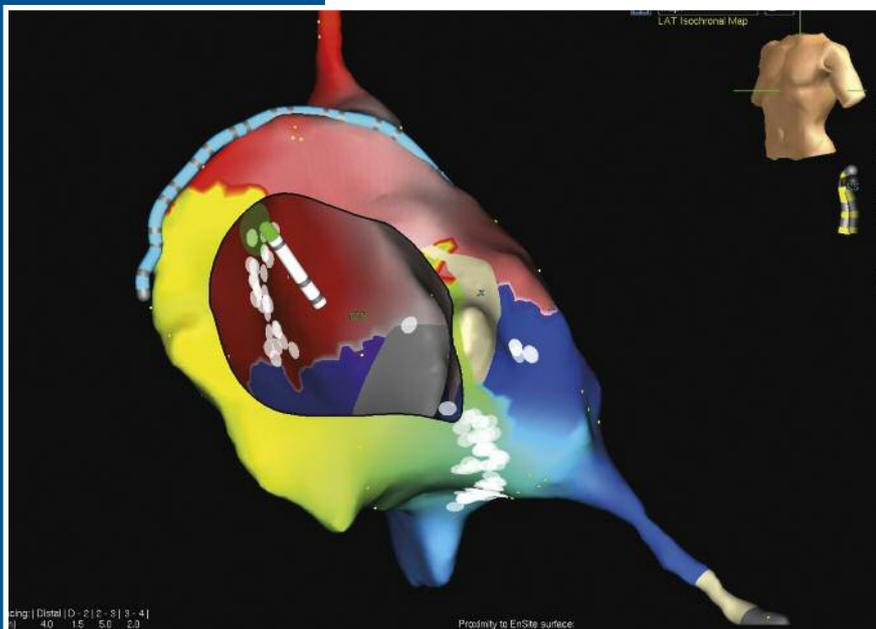
**IMMAGINE DA TAC:  
RISULTATO FINALE DA  
RICOSTRUZIONE RADIOLOGICA  
(ÉQUIPE DEL PROF. KHOURI)**





**DOTT. BRUNO PEZZULICH,**  
NUOVO REFERENTE  
DEL SERVIZIO  
DI ELETTROFISIOLOGIA  
DELLA CLINICA SAN  
GAUDENZIO DI NOVARA

**ABLAZIONE: MAPPA CHE  
MOSTRA IN UNA SCALA DI  
COLORE IL PERCORSO  
ALL'INTERNO DEL CUORE  
DELL'ATTIVAZIONE ELETTRICA,  
PRESUPPOSTO  
INDISPENSABILE PER  
ESEGUIRE UN'ABLAZIONE  
TRANSCATETERE**



CLINICA SAN GAUDENZIO: ECCO IL DOTT. BRUNO PEZZULICH

## NUOVO “INNESTO” PER LA PARTE ELETTRICA DEL CUORE

**A**rriva da Torino il nuovo Referente del Servizio di Elettrofisiologia della Clinica San Gaudenzio di Novara. Si tratta del dott. Bruno Pezzulich, cardiologo specializzato nel trattamento delle aritmie cardiache.

*“L'impressione che ho avuto della struttura è stata ottima - esordisce così il dott. Bruno Pezzulich - il tutto è ben organizzato, i pazienti vengono accolti nella maniera più adeguata. Ciò che mi ha maggiormente stupito è stato l'elevato standard tecnologico di cui sono dotate le varie Cliniche del Gruppo, una cosa davvero fondamentale per chi, come me, impianta quotidianamente apparecchi salvavita come pacemaker o defibrillatori”.*

Il dott. Pezzulich, con oltre 4.500 interventi all'attivo, va quindi ad arricchire il parterre di professionisti della Clinica San Gaudenzio che da anni ormai, e con grandi risultati, si occupa di uno degli organi più importanti del corpo umano: il cuore.

Ma vediamo ora nel dettaglio, oltre all'impianto di pacemaker e defibrillatori sottocutanei, di cosa si occuperà principalmente il nuovo professionista approdato nella Struttura novarese.

### Ablazione cardiaca

*“Quando parliamo di ablazione cardiaca per pazienti che soffrono di fibrillazione atriale o di altre importanti aritmie, parliamo nella maggior parte dei casi di una possibile soluzione definitiva del problema. Spesso il primo approccio nei confronti di queste patologie è farmacologico e solo dopo si ricorre all'ablazione, è un po' la stessa differenza che c'è tra curare il sintomo e guarire invece la malattia. La terapia delle patologie elettriche del cuore è una terapia elettrica e non farmacologica, perché i farmaci spesso sono poco efficaci e portano con sé troppi effetti collaterali. Per questi motivi, specialmente se si tratta di soggetti giovani, è bene che il medico sia molto chiaro sulle possibilità di cura, informando il paziente che l'ablazione cardiaca rappresenta una possibile cura risolutiva”.*

La procedura di ablazione cardiaca è moderatamente invasiva e praticamente indolore grazie all'anestesia locale e a una leggera sedazione cosciente del paziente. L'elettrofisiologo inserisce un piccolo catetere, dotato di elettrodi (1,5mm di diametro), all'interno della vena femorale della coscia che viene guidato da un sistema computerizzato fino al cuore. Qui il medico mette in funzione gli elettrodi per sondare l'attività elettrica dell'organo e una volta individuato il punto o i punti che provocano l'aritmia, li elimina grazie alla punta riscaldata del catetere. La procedura dura circa un'ora, il paziente rimane in osservazione per una notte e il giorno successivo può tornare a casa e riprendere tutte le sue normali attività quotidiane.

**PER QUESTI MOTIVI, SPECIALMENTE SE SI TRATTA DI SOGGETTI GIOVANI, È BENE CHE IL MEDICO SIA MOLTO CHIARO SULLE POSSIBILITÀ DI CURA, INFORMANDO IL PAZIENTE CHE L'ABLAZIONE CARDIACA RAPPRESENTA UNA POSSIBILE CURA RISOLUTIVA**

## LA PROCEDURA DI ABLAZIONE CARDIACA È UTILE NON SOLO PER LA CURA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE, MA ANCHE PER ALTRE ARITMIE ATRIALI COMPLESSE CHE POSSONO, PER ESEMPIO, INSORGERE DOPO INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

*“Il principio dell’ablazione cardiaca è molto semplice: molte aritmie, comprese la fibrillazione atriale, originano da aree specifiche all’interno del cuore. L’ablazione consente di isolare elettricamente queste zone, creando delle minuscole cicatrici intorno all’area responsabile. Dal momento che le cicatrici (che non influenzano in alcun modo la normale attività del cuore) non conducono energia elettrica, queste zone patogene sono isolate dalle restanti parti e non possono più esercitare la loro attività aritmogena. In due parole: si guarisce”.*

Come già detto, la procedura di ablazione cardiaca è utile non solo per la cura della fibrillazione atriale, ma anche per altre aritmie atriali complesse che possono, per esempio, insorgere dopo interventi di cardiocirurgia. La procedura viene applicata anche per curare tachicardie ventricolari, aritmie potenzialmente mortali, che spesso insorgono in pazienti già affetti da gravi cardiopatie e che,

con questa metodica, possono essere trattati con successo.

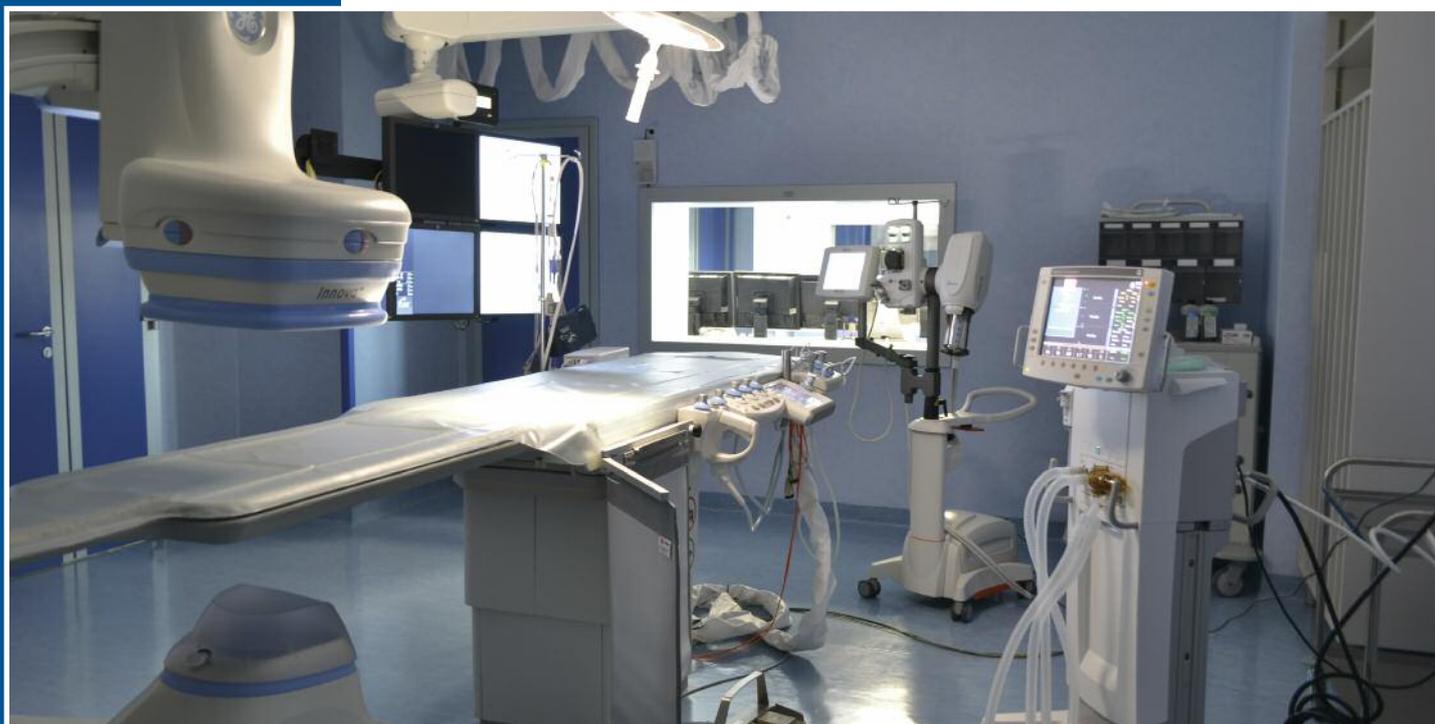
### **Occlusore auricolare sinistra**

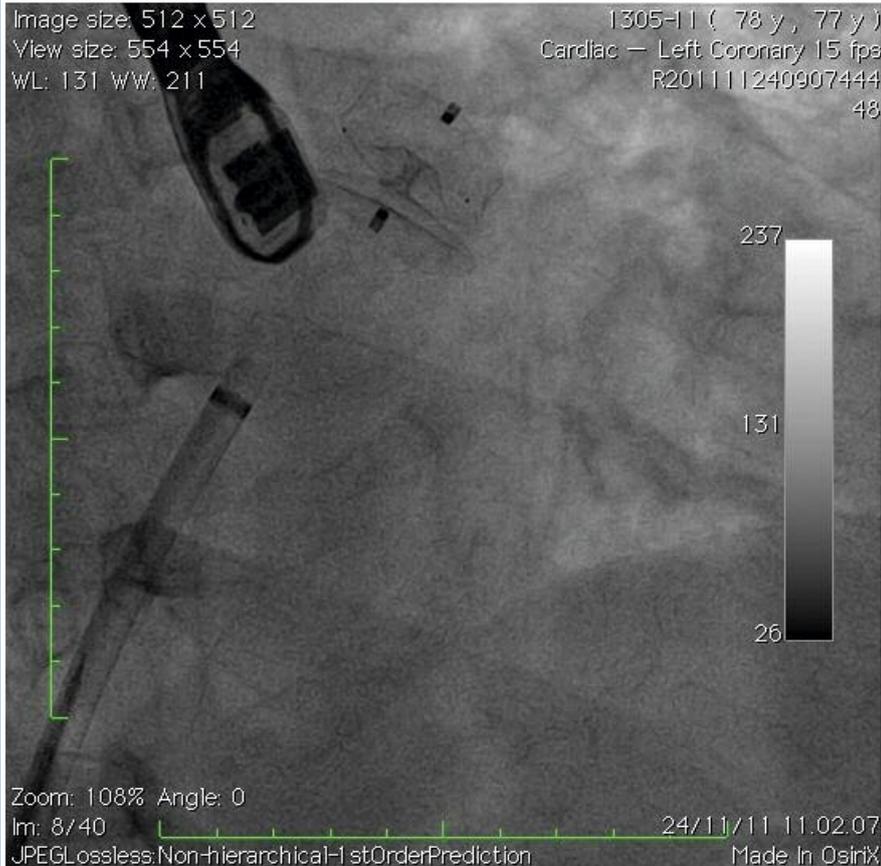
Negli ultimi dieci anni il dott. Pezzulich si è anche specializzato nell’impianto di occlusori dell’auricola di sinistra.

*“Una delle complicazioni più importanti della fibrillazione atriale è l’ictus causato da trombi che hanno origine prevalentemente all’interno dell’auricola di sinistra, un piccolo diverticolo dell’atrio sinistro, che favorisce la stasi del sangue e quindi ne facilita la formazione e il loro successivo distacco. La procedura di occlusione dell’auricola ci permette di isolare questa zona, chiudendola con un tappo, con grandi vantaggi per il paziente che sarà più protetto dall’ictus e che potrà finalmente smettere di prendere farmaci anticoagulanti”.*

Questa procedura, rivoluzionaria per i pazienti che non possono assumere anticoagulanti orali, viene sempre eseguita per via percutanea, ma in anestesia generale. Il tappo occlusore è realizzato in Nitinol (una lega di nichel e titanio molto usata in campo biomedico per la sua estrema elasticità) e viene inserito all’interno del cuore attraverso un accesso venoso. Anche in questo caso il paziente resta in osservazione una notte, per essere rimandato a casa il giorno successivo.

**SALA PER LE PROCEDURE  
DI EMOdinamica  
ED ELETTrofisiologia**





**OCCLUSORE:**  
IMMAGINE RADIOLOGICA CHE DOCUMENTA IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DI UN OCCLUSORE DELL'AURICOLA SINISTRA, VISIBILE COME UNA SOTTILE STRUTTURA DI METALLO ALL'INTERNO DELLE CAVITÀ CARDIACHE, DAVANTI ALLA SONDA DELL'ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFOGEO

### Home monitoring (monitoraggio domiciliare)

Un'altra importante novità che il dott. Pezzulich conta di introdurre alla Clinica San Gaudenzio, ma anche nelle altre strutture del Gruppo, è l'Home monitoring o monitoraggio domiciliare.

*“Ai pazienti viene dato un apparecchio in comodato d'uso gratuito, in grado di rilevare in automatico, durante la notte, l'attività del pacemaker o del defibrillatore. I dati vengono trasmessi al centro di controllo gestito dal gruppo degli elettrofisiologi che in tempo quasi reale può rilevare eventuali anomalie nel battito dei pazienti, che sono così tenuti sotto controllo 24 ore su 24. Il vantaggio è che in questo modo possiamo notare subito eventuali problemi di cui spesso i pazienti non si accorgono e non a distanza di 6 mesi, quando solitamente viene fissato il primo controllo post impianto”.*

L'apparecchio per il monitoraggio, dotato di scheda sim per la trasmissione dei dati, può essere collegato ad una presa telefonica oppure al wi-fi di casa. Per la sicurezza del paziente è bene sottolineare che questo sistema è solamente in grado di raccogliere i dati di pacemaker e defibrillatori, ma non può fare nulla sulla loro programmazione.

### Loop recorder

Altro apparecchio molto utile all'elettrofisiologo per diagnosticare eventuali patologie a carico del ritmo cardiaco, è il loop recorder.

*“Si tratta di un piccolo holter che viene posizionato sotto la cute del paziente - conclude il dott. Pezzulich - e che va a registrare, 24 ore su 24, tutte le alterazioni del ritmo sinusale per poi trasmetterle al medico. Questo è molto utile per quelle persone che svencono senza apparente motivo o per la diagnosi di rare aritmie”.*

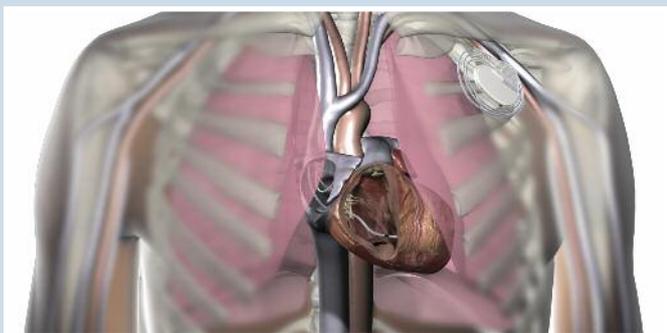
## CURRICULUM VITAE DEL DOTT. BRUNO PEZZULICH

- Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Torino con il massimo dei voti nel 1986
- Specializzazione in Cardiologia presso il medesimo Ateneo nel 1990
- Training in Elettrofisiologia presso l'università di Nancy ( 2000)
- Sin dall'inizio dell'attività lavorativa si è dedicato allo studio ed alla cura delle aritmie cardiache, ricoprendo diversi incarichi professionali
- Dal 2007 al 2017 ha diretto il Laboratorio di Elettrofisiologia e Cardioritmo presso la Clinica Maria Pia Hospital, Ospedale privato ad alta specializzazione a Torino.
- Nel corso degli ultimi anni ha svolto in qualità di primo operatore circa 4500 procedure, dall'impianto di pacemaker e defibrillatori endocavitari all'ablazione transcateretere di diversi substrati aritmici
- Da giugno 2017 si è unito al Gruppo del Policlinico di Monza, svolgendo la stessa funzione presso la Clinica San Gaudenzio di Novara e la Casa di Cura Pinna Pintor a Torino
- Esperto nell'utilizzo di sistemi di navigazione non fluoroscopica (CARTO, Velocity) e di crioablazione della fibrillazione atriale
- Esperto nell'impianto di occlusori dell'auricola sinistra
- Ha partecipato a numerosi Convegni nazionali ed esteri in qualità di relatore, oltre ad aver pubblicato numerosi articoli medico-scientifici su riviste peer-reviewed.



## CHE COS'È L'ELETTROFISIOLOGIA

L'Elettrofisiologia Cardiaca è, semplificando, lo studio degli impulsi elettrici del cuore. Si tratta di una sub-specialità della Cardiologia che si occupa esclusivamente della gestione delle aritmie. L'Elettrofisiologo è, dunque, un cardiologo interventista con specializzazione nel campo della Clinica Cardiaca Aritmologica, comunemente indicata come "Elettrofisiologia". Per diventare Elettrofisiologo, si deve sostenere uno specifico programma di formazione specialistica.



## CHE COS'È IL PACEMAKER

Il pacemaker è un piccolo dispositivo impiantato nel torace o nell'addome che:

- aiuta a tenere sotto controllo le anomalie del battito cardiaco
- usa gli impulsi elettrici per far battere il cuore a un ritmo normale

I pacemaker sono usati per curare le aritmie, cioè le anomalie della frequenza o del ritmo cardiaco: durante gli episodi di aritmia il cuore può battere:

- troppo in fretta
- troppo lentamente
- in modo irregolare

Quando il battito è troppo veloce si ha la tachicardia, mentre il battito troppo lento è detto bradicardia.

Durante gli episodi di aritmia il cuore può non essere in grado di pompare una sufficiente quantità di sangue nell'organismo, si possono quindi avvertire sintomi come:

- l'affaticamento
- il fiato corto
- la sensazione di svenimento

Le aritmie gravi sono in grado di danneggiare gli organi vitali e possono addirittura causare la perdita di coscienza o il decesso. Il pacemaker serve per alleviare alcuni dei sintomi dell'aritmia, ad esempio l'affaticamento e la sensazione di svenimento; inoltre può aiutare chi soffre di anomalie del battito cardiaco a riprendere uno stile di vita più attivo.

## CHE COS'È IL DEFIBRILLATORE AUTOMATICO

Il defibrillatore automatico impiantabile (detto anche ICD) è un apparecchio molto sofisticato che serve a trattare le aritmie ventricolari maligne. Si tratta di un'invenzione relativamente recente, infatti viene utilizzato nella pratica clinica da circa vent'anni.

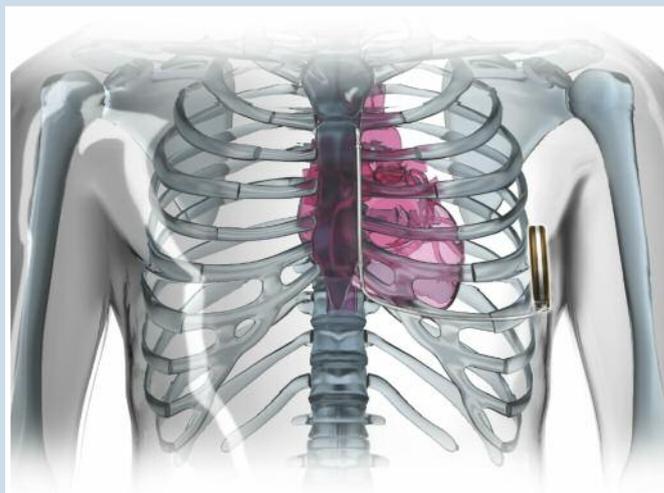
È un piccolo dispositivo elettronico che osserva costantemente tutti i battiti del cuore ed interviene quando rileva una aritmia grave.

In base alle impostazioni programmate dal cardiologo il dispositivo eroga una o più terapie elettriche eseguendo una stimolazione oppure una scarica elettrica (detta anche DC Shock) proprio come i normali defibrillatori esterni presenti negli Ospedali (e come probabilmente tutti hanno visto in televisione nelle serie di ambiente medico). La scarica elettrica è in grado di interrompere anche la più grave aritmia cardiaca (la Fibrillazione Ventricolare) e quindi può salvare la vita al paziente. Il dispositivo è anche in grado di stimolare il cuore quando questo non è in grado di farlo spontaneamente, proprio come un normale pacemaker.

Il sistema è composto, come un pacemaker, di uno o più fili elettrici posizionati nel cuore (elettrocateretri) che trasportano il segnale elettrico dal cuore al defibrillatore e viceversa; gli elettrocateretri sono collegati al defibrillatore vero e proprio che viene posizionato sottocute sul torace del paziente.

L'ICD è indicato nei pazienti con aritmie maligne e serve a prevenire la morte improvvisa. I pazienti candidati ad impiantare un tale dispositivo sono coloro che:

- hanno presentato una aritmia ventricolare o un arresto cardiaco
- presentano, per le loro caratteristiche e la loro patologia, un elevato rischio di poter avere una aritmia ventricolare od un arresto cardiaco







OLTRE AI PARTECIPANTI PROVENIENTI DALL'ITALIA, IN PARTICOLARE DA PADOVA, DA MILANO, DA PALERMO, DA POTENZA E DA ALTRE CITTÀ, NUMEROSA È STATA LA PARTECIPAZIONE DI COLLEGHI PROVENIENTI DA STRUTTURE UNIVERSITARIE E OSPEDALIERE ESTERE: DALLA MALESIA ALL'UCRAINA, DALLA REPUBBLICA CECA ALLA BULGARIA, DALL'ARABIA SAUDITA ALLA CROAZIA E DALLA POLONIA



cardiochirurgia del Policlinico di Monza ha approfondito il tema della diagnostica per immagini nella valutazione e nella pianificazione chirurgica nei casi di cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva.

Oltre ai partecipanti provenienti dall'Italia, in particolare da Padova, da Milano, da Palermo, da Potenza e da altre città, numerosa è stata la partecipazione di colleghi provenienti da strutture universitarie e ospedaliere estere: dalla Malesia all'Ucraina, dalla Repubblica Ceca alla Bulgaria, dall'Arabia Saudita alla

Croazia e dalla Polonia. È infine da segnalare la partecipazione di numerosi colleghi appartenenti allo Spitalul Monza di Bucarest, in Romania, struttura facente parte del Gruppo Policlinico di Monza.

Mentre, al termine del convegno, i relatori hanno espresso lusinghieri giudizi sul programma del corso e sull'esemplare organizzazione, i discenti hanno manifestato la loro soddisfazione per aver partecipato a un evento di altissima qualità e di particolare utilità per la loro formazione professionale.

**I PARTECIPANTI AL CORSO  
"IMAGING AND THE HEART"  
TENUTOSI A ERICE  
DAL 9 AL 14 APRILE**





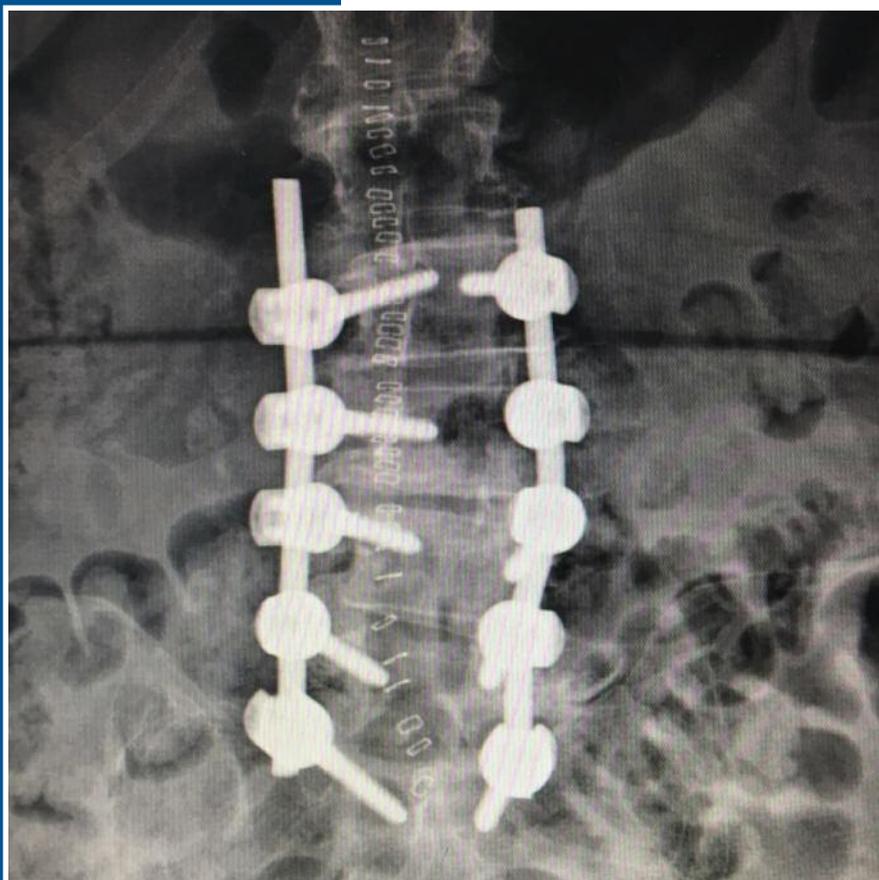
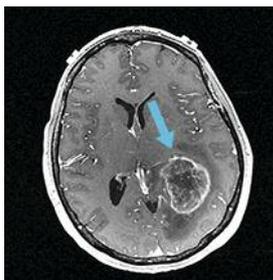
**DOTT. MICHELE INCERTI,  
NUOVO RESPONSABILE  
DELL'UNITÀ OPERATIVA  
DI NEUROCHIRURGIA  
DEL POLICLINICO DI MONZA**

**A DESTRA:  
GLIOBLASTOMA MULTIFORME  
SOTTO:  
IMMAGINE RADIOGRAFICA  
POST INTERVENTO PER  
SCOLIOSI DEGENERATIVA  
DELL'ADULTO CON STENOSI**

NUOVO INIZIO PER LA NEUROCHIRURGIA DEL POLICLINICO

## IL DOTT. INCERTI E I SUOI PRIMI MESI DI LAVORO A MONZA

**D**a tre mesi è il nuovo Responsabile dell'Unità Operativa di Neurochirurgia del Policlinico di Monza, è il Dott. Michele Incerti, specializzato nel trattamento delle patologie degenerative della colonna vertebrale e delle patologie oncologiche cerebrali e midollari. Al suo attivo oltre 3.200 interventi chirurgici, di cui circa 1.600 come primo operatore, tutti riguardanti il trattamento di patologie traumatiche craniocerebrali, patologie oncologiche cerebrali e spinali e patologie degenerative e malformative a carico della colonna vertebrale.



*"In questi primi mesi di collaborazione con il Policlinico di Monza - spiega il dott. Incerti - insieme al personale medico e infermieristico, abbiamo intrapreso un percorso di riorganizzazione atto a far crescere il reparto di Neurochirurgia. Ci sono ottime potenzialità che vanno sfruttate al meglio e devo dire che nell'ultimo periodo l'attività ha ripreso con un deciso aumento di interventi chirurgici. È quindi molto probabile che a breve arriveranno nuove professionalità per far fronte ad esigenze sempre maggiori".*

Al Policlinico di Monza il dott. Incerti tratta la maggior parte delle patologie neurochirurgiche avvalendosi delle più moderne tecniche microchirurgiche. Questo significa utilizzare il microscopio operatorio per aumentare la visione delle radici nervose piuttosto che delle zone cerebrali, il tutto per portare a termine interventi più conservativi e mirati, aspetti questi fondamentali quando si parla di neurochirurgia. Tra le operazioni chirurgiche maggiormente eseguite nella Struttura monzese invece, con l'arrivo del nuovo Responsabile di Dipartimento, si annoverano tutti gli interventi di stabilizzazione (per via posteriore o laterale) e di artrodesi della colonna (l'unione chirurgica di alcune vertebre al fine di rendere più stabile la colonna), interventi cranici di natura traumatica, ma soprattutto patologie oncologiche cerebrali.

*"Purtroppo per i tumori cerebrali non esiste prevenzione e neppure veri e propri fattori di rischio - prosegue il dott. Incerti - una valutazione neurologica accurata davanti ai primi disturbi, piuttosto che un'indagine radiologica restano quindi il miglior modo per avere una diagnosi precoce che permetta al chirurgo di agire con maggior successo. I meningiomi e i gliomi sono i tumori cerebrali più diffusi. Oggi grazie ad accurate indagini pre-operatorie e a dotazioni tecnologiche di ultima generazione, gli interventi sono meno invasivi e con maggiori risultati dal punto di vista della eradicazione e della prognosi. Ancora oggi la neurochirurgia non è una scienza completamente conosciuta e va da sé che, più che in altri casi, il chirurgo deve avere una grande*

UNA VALUTAZIONE NEUROLOGICA ACCURATA  
DAVANTI AI PRIMI DISTURBI, PIUTTOSTO  
CHE UN'INDAGINE RADIOLOGICA RESTANO QUINDI  
IL MIGLIOR MODO PER AVERE UNA DIAGNOSI  
PRECOCE CHE PERMETTA AL CHIRURGO  
DI AGIRE CON MAGGIOR SUCCESSO

*conoscenza clinica, un'impeccabile capacità chirurgica e una vera e propria dedizione verso il paziente perché la patologia spesso non si risolve con il solo intervento, ma va seguita nel tempo anche con l'aiuto collaterale di altri specialisti ed osservazioni continuative nel corso degli anni".*

Ed infine il dott. Incerti si augura che questa sua nuova avventura con il Policlinico possa "regalare al territorio di Monza e Brianza un punto di riferimento per la Neurochirurgia, in grado di far fronte a tutte le relative patologie".

## CURRICULUM VITAE DOTT. MICHELE INCERTI

Ha partecipato attivamente a circa 3200 interventi chirurgici riguardanti patologia oncologica e vascolare cerebrale e midollare, a patologia degenerativa colonna vertebrale, patologia oncologica vertebromidollare, patologia traumatica cranio-cerebrale e vertebrale, patologia del Sistema Nervoso Periferico e patologia malformativa, come scritto nei registri Operatori. Di questi ne ha eseguiti quasi 1600 come primo operatore, riguardanti patologia traumatica craniocerebrale, patologia oncologica cerebrale, patologia oncologica spinale, patologia degenerativa e discale vertebrale, patologia malformativa.

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il 22 maggio 2001 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma, con pieni voti (110/110), discutendo la Tesi dal Titolo "Neuromicrochirurgia e Chemioterapia con ACNU vs terapia tradizionale nei glomi ad alto grado di malignità" (effettuata durante l'internato in Unità di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Parma con il Dr. E. Benericetti)
- Abilitazione alla professione di Medico e Chirurgo conseguita presso l'Università degli Studi di Parma nel Novembre del 2001
- Iscrizione nel Novembre 2001

all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia, al quale è ancora iscritto.

- Specializzazione in Neurochirurgia conseguita l'8 novembre 2006 presso la Scuola di Specializzazione in Neurochirurgia dell'Università degli Studi di Messina con pieni voti e lode, discutendo la Tesi con titolo "Malformazioni Artero Venose sanguinanti: indicazione e timing chirurgico".

### ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

- Ha lavorato dal dicembre 2001 al Settembre 2002 come medico chirurgo in attività sostitutiva del medico di base sul territorio di Parma comune
- Ha frequentato l'Unità Operativa di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Parma dall'Ottobre 2001 al settembre 2006 compresi come specializzando convenzionato della Scuola di Specializzazione in Neurochirurgia dell'Università degli Studi di Messina presso cui si è specializzato l'8 novembre 2006
- Ha collaborato con il Dr. E. Benericetti e i suoi collaboratori alla stesura di numerose relazioni e poster per Congressi, e alla stesura di lezioni del Dr. E. Benericetti per le Scuole di specializzazioni.
- Dal 2006 al 2009 ha lavorato come Dirigente Medico di I° livello a tempo determinato presso l'Unità Operativa Complessa di

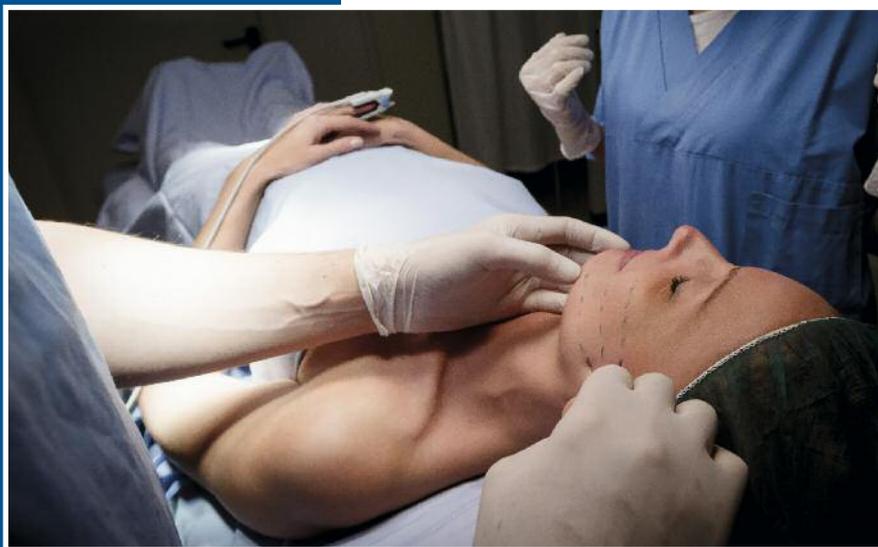
Neurochirurgia presso l'Azienda Ospedaliera di Parma.

- Dal 2009 collabora con il Ministero della Salute per la stesura di progetti inerenti l'Organizzazione e la gestione delle Strutture ospedaliere.
- Nel 2009 ha vinto il Concorso per Dirigente di I° livello a tempo indeterminato presso l'Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia presso l'Azienda Ospedaliera di Parma.
- Dal 2010 al 2012 è Dirigente di I° livello presso l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Humanitas di Rozzano, Milano.
- Dal 2010 al 2013 svolge attività libero professionale di Microchirurgia Spinale presso Casa di Cura Villa Aprica di Como, Villa Maria Cecilia Hospital di Lugo di Cotignola (RA), Salus Hospital Reggio Emilia, Città di Parma, Parma.
- Dal 2013 svolge attività libero professionale presso Casa di Cura Villa Verde Reggio Emilia, è referente dell'Unità di Microchirurgia vertebrale presso l'Hospital Piccole Figlie, Parma e si occupa della patologia Oncologica cerebrale presso il Maria Cecilia Hospital, Lugo (RA).
- Dal 2017 Direttore (Dirigente Medico di II° livello) dell'Unità Operativa di Neurochirurgia del Policlinico di Monza.



**DOTT. GIOVANNI PALITTA,  
RESPONSABILE DELL'UNITÀ  
OPERATIVA DI CHIRURGIA  
PLASTICA DEL POLICLINICO  
DI MONZA**

**INTERVENTO DI CHIRURGIA  
PLASTICA AMBULATORIALE**



IN AMBULATORIO CON IL CHIRURGO PLASTICO

## IL MEDICO DI FAMIGLIA? UN RUOLO IMPORTANTE, UN AIUTO PREZIOSO!

**Q**uando si parla di interventi di chirurgia plastica e ricostruttiva vengono subito in mente operazioni lunghe e complesse, ma non è sempre così. L'attività dell'Unità Operativa di Chirurgia plastica e ricostruttiva del Policlinico di Monza agisce infatti su più fronti ed in questo numero il dott. Giovanni Palitta, quale Responsabile U.O., parlerà proprio dell'importanza rivestita dalla chirurgia ambulatoriale, meglio nota come "piccola chirurgia".

**Dottor Palitta, qual è il ruolo e l'importanza della chirurgia ambulatoriale nell'ambito dell'attività dell'Unità Operativa di Chirurgia plastica e ricostruttiva?**

*"Spesso la chirurgia ambulatoriale viene considerata piccola chirurgia, in particolare da noi chi-*

*rurghi. Tuttavia, essa ricopre un ruolo fondamentale e basilare nell'ambito della nostra attività con sedute attive quotidianamente nelle sedi di Monza e Verano Brianza.*

*L'importanza clinica della chirurgia ambulatoriale è di assoluto rilievo e si occupa principalmente della prevenzione e asportazione dei tumori cutanei.*

*Le campagne di prevenzione dei tumori cutanei e i controlli dei nevi, che vengono effettuati con sempre maggiore intensità, frequenza e rigore, consentono oggi l'identificazione ed asportazione di tumori in stadio iniziale, con evidenti miglioramenti in termini di sopravvivenza e qualità di vita.*

*In tale ottica è fondamentale anche la collaborazione con lo specialista dermatologo che per primo identifica le neoformazioni sospette.*

*Il Policlinico di Monza è molto sensibile alla prevenzione dei tumori cutanei con il Servizio di Dermatologia attivo quotidianamente e recentemente arricchito da un sofisticato macchinario per la mappatura dei nevi".*

**La collaborazione con il medico di famiglia è importante in questo ambito?**

*"Il medico di famiglia è fondamentale perché spesso è il primo a venire in contatto con la patologia o la segnalazione di un problema da parte del paziente e ad indirizzare il percorso di prevenzione e cura".*

**Qual è il percorso ideale in questo senso?**

*"Il medico di famiglia, se identifica un sospetto o un dubbio, deve indirizzare il paziente verso una visita specialistica dermatologica in cui il paziente venga esaminato con cura, eventualmente con l'ausilio della dermatoscopia che consente a volte l'identificazione di irregolarità microscopiche non percepite ad occhio nudo. In altri casi il dermatologo può richiedere esami ematochimici di approfondimento, una consulenza chirurgica o l'esecuzione di esami strumentali radiologici. Qualora la problematica appaia fin da subito di pertinenza chirurgica, il paziente dovrebbe essere inviato direttamente a visita specialistica chirurgica".*

**LE CAMPAGNE DI PREVENZIONE DEI TUMORI CUTANEI E I CONTROLLI DEI NEVI, CHE VENGONO EFFETTUATI CON SEMPRE MAGGIORE INTENSITÀ, FREQUENZA E RIGORE, CONSENTONO OGGI L'IDENTIFICAZIONE ED ASPORTAZIONE DI TUMORI IN STADIO INIZIALE, CON EVIDENTI MIGLIORAMENTI IN TERMINI DI SOPRAVVIVENZA E QUALITÀ DI VITA**

**NONOSTANTE IL CORRETTO OPERATO, IL PAZIENTE HA LAMENTATO UN GRAVE DISAGIO E PROTESTATO PERCHÈ GLI ERA STATO DETTO PRECEDENTEMENTE CHE SI TRATTAVA DI UN PICCOLO INTERVENTO PER ASPORTARE UN ACCUMULO DI GRASSO”**

**Nella pratica quotidiana il percorso è sempre così lineare e preciso?**

*“Purtroppo no, perchè non infrequentemente vengono effettuate richieste dirette di asportazione da parte di medici di famiglia o altri specialisti, saltando il filtro del dermatologo o del chirurgo plastico con disagi evidenti per i pazienti”.*

**Ad esempio?**

*“Le riporto un episodio recente in cui un paziente aveva ottenuto regolare richiesta di asportazione di sospetto lipoma della spalla presso un'altra struttura. Giunto presso il nostro ambulatorio chirurgico, previa rivalutazione clinica, si rilevava una sintomatologia dolorosa non segnalata nella visita effettuata dal collega, né giustificabile alla luce del quadro ecografico. Nel sospetto di una localizzazione intramuscolare abbiamo richiesto una risonanza magnetica e necessariamente rinviato l'intervento.*

*Una localizzazione intramuscolare o in prossimità di strutture nobili può infatti richiedere, a seconda dei casi, un'anestesia generale o una sedazione profonda. Nonostante il corretto operato, il paziente ha lamentato un grave disagio e protestato perchè gli era stato detto precedentemente che si trattava di un piccolo intervento per asportare un accumulo di grasso”.*

**Altri esempi?**

*“Non infrequente è la richiesta medica diretta di asportazione di neoformazioni a puro carattere estetico non consentite dal Sistema Sanitario. Queste errate richieste generano proteste da parte del paziente che giunge con richiesta medica di asportazione”.*

**Quali sono le soluzioni?**

*“La soluzione è a mio modo di vedere molto semplice.*

*Se il medico di famiglia o un altro specialista identifica una problematica dermatologica, deve assolutamente indirizzare il paziente dallo specialista dermatologo che sceglierà il percorso di cura più adeguato. Nel caso in cui si comprenda che il caso possa essere francamente chirurgico, il paziente deve effettuare una visita specialistica in cui venga indentificata la procedura più corretta e indicata secondo le linee guida. In questo modo si eviterebbero tanti malintesi e disagi per i pazienti”.*

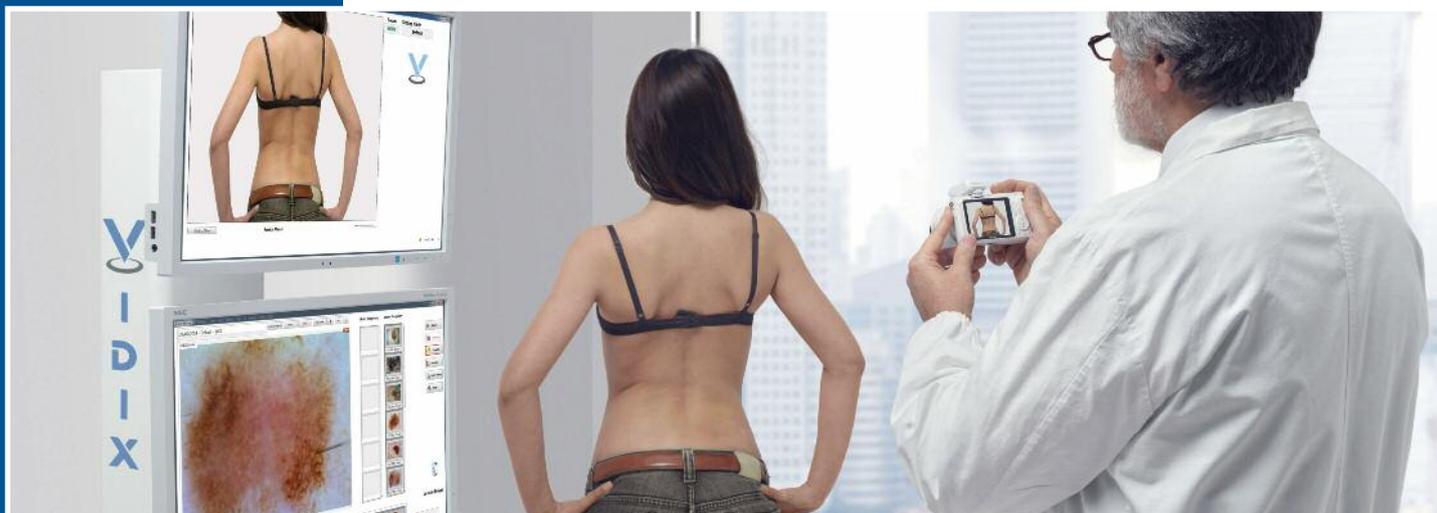
**Quali sono le prestazioni di chirurgia ambulatoriale erogabili in ambito di Servizio Sanitario?**

*“Le prestazioni erogabili sono quelle in cui vi sia un risvolto preliminare, in cui vi siano chiari sospetti di irregolarità o possibile malignità, in tutte quelle patologie che comportino disturbi infiammatori cronici, infettivi o problematiche di carattere funzionale.*

*Qualora non vi siano atipie, né sospetti, né disturbi di carattere funzionale, l'asportazione non è considerata necessaria a fini curativi e pertanto non erogabile in regime di Sistema Sanitario.*

*L'asportazione, in tal caso, è del tutto facoltativa ed effettuabile solo per fini estetici”.*

**APPARECCHIO PER LA MAPPATURA DIGITALE DEI NEVI IN DOTAZIONE AL POLICLINICO DI MONZA**





**DOTT. GIUSEPPE  
DI GUARDIA, DIRETTORE  
TECNICO DEL SERVIZIO DI  
RADIOLOGIA DELLA CLINICA  
PINNA PINTOR DI TORINO**

INNOVAZIONI TECNOLOGICHE ALLA PINNA PINTOR

## ARRIVA EXPLORER, LA RISONANZA SILENZIOSA E PERFORMANTE

**U**n grande passo avanti per la Diagnostica per immagini della Clinica Pinna Pintor di Torino che recentemente ha visto l'arrivo di una nuova Risonanza Magnetica altamente performante. Si tratta di un apparecchio della G.E. Healthcare, il modello SIGNA Explorer da 1,5 Tesla in grado di offrire, ai tecnici e ai pazienti, immagini sempre più precise e dettagliate.

Le innovazioni tecnologiche di questo macchinario sono state sviluppate pensando al comfort del paziente che, grazie ad un maggior diametro del Gantry (tubo) ottenuto utilizzando bobine integrate nel lettino scorrevole, vedrà limitata la sensazione di disagio che talvolta è presente, soprattutto in persone claustrofobiche o in sovrappeso. Inoltre l'innovativa **SilentSuite**, tecnologia che consente di ridurre il rumore portandolo a meno di 3 decibel al di sopra del rumore ambientale, rende l'esame ancora più confortevole.

La nuova Risonanza Magnetica della Clinica Pinna Pintor è anche dotata di sofisticati sistemi tecnologici che consentono di effettuare esami di ancor più elevata qualità diagnostica ed in tempi minori. In particolare la tecnologia **RF ottica OpTix** permette un'eccellente conversione del segnale da analogico a digitale, consentendo di ottenere una qualità d'immagine (SNR) fino al 27% superiore a quella dei tradizionali ricevitori di segnali analogici, migliorando quindi l'affidabilità clinica delle immagini. Il design delle bobine consente poi di incrementare i livelli di copertura e penetrazione dei segnali, mentre la loro selezione automatica permette di ottenere esami più rapidi e più omogenei.

Nella nuova Risonanza Magnetica sono anche state introdotte sequenze che sfruttano tecniche di correzione del movimento, come Propeller, mirate a ridurre gli effetti degli artefatti dovuti ai movimenti involontari del paziente durante la scansione, consentendo in questo modo di ottenere un buon risultato anche con coloro che in genere faticano a restare immobili durante l'intera durata dell'esame. Tutto questo ha come vantaggio principale quello di non dover ripetere più volte le stesse scansioni, diminuendo quindi il tempo complessivo dell'esame.

Le bobine in dotazione della RM GE Healthcare SIGNA Explorer sono dedicate a tutte le parti dell'organismo, è quindi possibile eseguire esami delle strutture muscolo-tendinee e delle articolazioni, compreso lo studio dinamico dell'articolazione tempo-



**RISONANZA MAGNETICA  
G.E. HEALTHCARE SIGNA  
EXPLORER 1,5 TESLA**

LE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE DI QUESTO MACCHINARIO SONO STATE SVILUPPATE PENSANDO AL COMFORT DEL PAZIENTE CHE, GRAZIE AD UN MAGGIOR DIAMETRO DEL GANTRY (TUBO) OTTENUTO UTILIZZANDO BOBINE INTEGRATE NEL LETTINO SCORREVOLE, VEDRÀ LIMITATA LA SENSAZIONE DI DISAGIO CHE TALVOLTA È PRESENTE, SOPRATTUTTO IN PERSONE CLAUSTROFOBICHE O IN SOVRAPPESO

TUTTE LE COMPONENTI ANATOMICHE DEL CUORE POSSONO ESSERE OGGETTO DI STUDIO DELLA CARDIO-RM, POTENDO COSÌ OTTENERE IMPORTANTI INFORMAZIONI CIRCA GLI ASPETTI PRETTAMENTE FUNZIONALI DELL'ORGANO, NONCHÉ SULLA SUA STRUTTURA E LA SUA VITALITÀ

ro-mandibolare, esami di neuroradiologia, nonché esami dell'addome e della pelvi. In particolare, grazie ad una particolare tecnologia presente, è possibile eseguire la Risonanza Magnetica per lo studio della prostata, associando alla valutazione morfologica della prostata anche studi funzionali (RM-multiparametrica). Questo permette allo specialista di ottenere maggiori informazioni su eventuali lesioni e, in caso di sospetto di tumore prostatico dopo esami clinici (PSA elevato) e biopsie random negative, consente di identificare e successivamente stadare il tumore evidenziando o escludendo un eventuale interessamento della capsula prostatica e delle vescichette seminali. La stessa tecnologia viene anche utilizzata nel sospetto di recidiva dopo l'intervento di prostatectomia radicale e prima di un eventuale trattamento radioterapico.

La nuova Risonanza Magnetica consente



**ESEMPIO DI IMAGING VASCOLARE E CARDIACO PRODOTTO DALLA NUOVA RM DELLA CLINICA PINNA PINTOR**



anche di eseguire studi sul cuore (Cardio-RM). Nel corso degli anni la cardio-RM si configura sempre più come importante completamento delle classiche indagini cardiologiche. Tutte le componenti anatomiche del cuore possono essere infatti oggetto di studio della cardio-RM, potendo così ottenere importanti informazioni circa gli aspetti prettamente funzionali dell'organo, nonché sulla sua struttura e la sua vitalità. È possibile infatti valutare la cinetica del muscolo cardiaco quasi in tempo reale mediante sequenze cine-RM, che consentono di osservare i movimenti del cuore durante il ciclo cardiaco, ottenendo così importanti valutazioni sul suo stato di salute oltre a studiarne i flussi valvolari ed eventuali loro difetti ed anomalie.

Mediante somministrazione di mezzo di contrasto endovena è poi possibile evidenziare anomalie nella perfusione miocardica ed eventualmente valutare i danni strutturali del miocardio in seguito ad eventi ischemici o flogistici. Alcune delle patologie che possono essere studiate mediante esame cardio-RM sono: la cardiopatia ischemica, le miocardiopatie, le miocarditi, le cardiopatie congenite, le patologie valvolari, le malattie del pericardio e la displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVD). Utile la cardio-RM anche per lo studio dei tumori cardiaci, nonché delle strutture vascolari. Infine, tramite una complessa rielaborazione delle immagini eseguita mediante software dedicati, è possibile calcolare alcuni parametri funzionali di fondamentale importanza, come la valutazione dei volumi cardiaci, della massa miocardica e della funzione globale dei ventricoli.

Un vero gioiello insomma per la Clinica torinese che continua il suo percorso di crescita per offrire ai pazienti e alla cittadinanza, un punto di riferimento per la cura della propria salute.

**Direttore Scientifico: Prof. Elio Guido Rondanelli**



### **Policlinico di Monza**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Amati 111 - Monza

Tel. 039 28101 - [www.policlinicodimonza.it](http://www.policlinicodimonza.it)

Dir. Sanitario: Dott. Alfredo Lamastra



### **Clinica San Gaudenzio**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Bottini 3 - Novara

Tel. 0321 3831 - [www.clinicasangaudenzio.com](http://www.clinicasangaudenzio.com)

Dir. Sanitario: Dott. Luigi Savoia



### **Città di Alessandria Policlinico di Monza**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Moccagatta 30 - Alessandria

Tel. 0131 314500 - [www.clinicacittadialessandria.it](http://www.clinicacittadialessandria.it)

Coordinatore Sanitario: Dott. Clemente Ponzetti



### **Clinica Santa Rita**

Istituto ad Alta Specializzazione

Viale dell'Aeronautica 14/16 - Vercelli

Tel. 0161 2221 - [www.clinicasrita.it](http://www.clinicasrita.it)

Dir. Sanitario: Dott.ssa Orietta Ossola



### **Clinica Epediese**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Castiglia 27 - Ivrea

Tel. 0125 645611 - [www.clinicaepediese.it](http://www.clinicaepediese.it)

Dir. Sanitario: Dott. Roberto Terzi



### **Clinica La Vialarda**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Ramella Germanin 26 - Biella

Tel. 015 35931 - [www.lavialarda.it](http://www.lavialarda.it)

Dir. Sanitario: Dott. Roberto Terzi



### **Clinica Salus**

**Policlinico di Monza**

Istituto ad Alta Specializzazione

Via Trotti 21 - Alessandria

Tel. 0131 29461 - [www.clinicasalus.it](http://www.clinicasalus.it)

Dir. Sanitario: Dott. Clemente Ponzetti



### **Istituto Clinico Valle d'Aosta**

Loc Breyan 1 Saint Pierre - Aosta

Tel. 0165 927011 - [www.istitutoclinicovda.it](http://www.istitutoclinicovda.it)

Dir. Sanitario: Dott. Luciano Rassat



### **Spitalul Monza**

Standarde de Excelență

Via Tony Bulandra 27, sector 2 - Bucuresti

Tel. 031 2252500 - [www.spitalulmonza.ro](http://www.spitalulmonza.ro)

Dir. Sanitario: Conf. Univ. Dr. Dorin Ionescu



### **Clinica Pinna Pintor Policlinico di Monza**

Istituto ad Alta Specializzazione

Corso Duca degli Abruzzi 60 - Torino

Tel. 011 5802100 - [www.pinnapintor.it](http://www.pinnapintor.it)

Dir. Sanitario: Dott.ssa Orietta Ossola

## **Monza**

Cardiochirurgia, Chirurgia generale, Chirurgia plastica e maxillo facciale, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Ortopedia e traumatologia, Urologia, Cardiologia, Medicina generale, Oncologia, Neurologia, Riabilitazione cardiologica, Riabilitazione neuromotoria, Emodinamica, Pronto Soccorso, Terapia intensiva, Unità coronarica, Radioterapia, Medicina dello Sport, Dialisi.

## **Novara**

Cardiochirurgia, Chirurgia generale, Neurochirurgia, Ortopedia, Oculistica, Cardiologia, Medicina interna, Terapia fisica, Riabilitazione e Fisiokinesiterapia, Emodinamica, Terapia intensiva, Medicina dello Sport.

## **Alessandria**

Cardiochirurgia, Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia, Urologia, Cardiologia, Medicina generale, Emodinamica, Terapia intensiva.

## **Vercelli**

Chirurgia generale, Ginecologia, Oculistica, Ortopedia, Urologia, Medicina generale, Riabilitazione neuromotoria e bronco-pneumo-cardio respiratoria, Terapia intensiva.

## **Ivrea**

Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Ortopedia, Medicina generale, Medicina riabilitativa (1° livello), Emodinamica, Terapia intensiva.

## **Biella**

Chirurgia generale, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Cardiologia, Medicina generale, Emodinamica, Terapia intensiva, Riabilitazione e rieducazione funzionale di I° livello, Lungodegenza.

## **Alessandria**

Chirurgia generale, Day Surgery, Ortopedia, Medicina generale, Neurologia, Neuro Riabilitazione III Livello, Riabilitazione II Livello, Riabilitazione I Livello, Riabilitazione Cardiologica, Lungodegenza.

## **Aosta**

Medicina Riabilitativa 1° e 2° livello, Riabilitazione neurologica, Riabilitazione ortopedica, Idrochinesiterapia, Ortopedia.

## **Bucarest**

Cardiochirurgia, Chirurgia vascolare, Chirurgia generale, Ortopedia, Medicina generale, Cardiologia, Riabilitazione neuromotoria, Riabilitazione cardiologica, Emodinamica, Unità di cura intensiva coronarica (U.C.I.C.), Terapia intensiva, Pronto soccorso.

## **Torino**

Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo Facciale, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Urologia, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Ostetricia e ginecologia, Cardiologia, Medicina interna, Neurologia, Oncologia, Urologia.