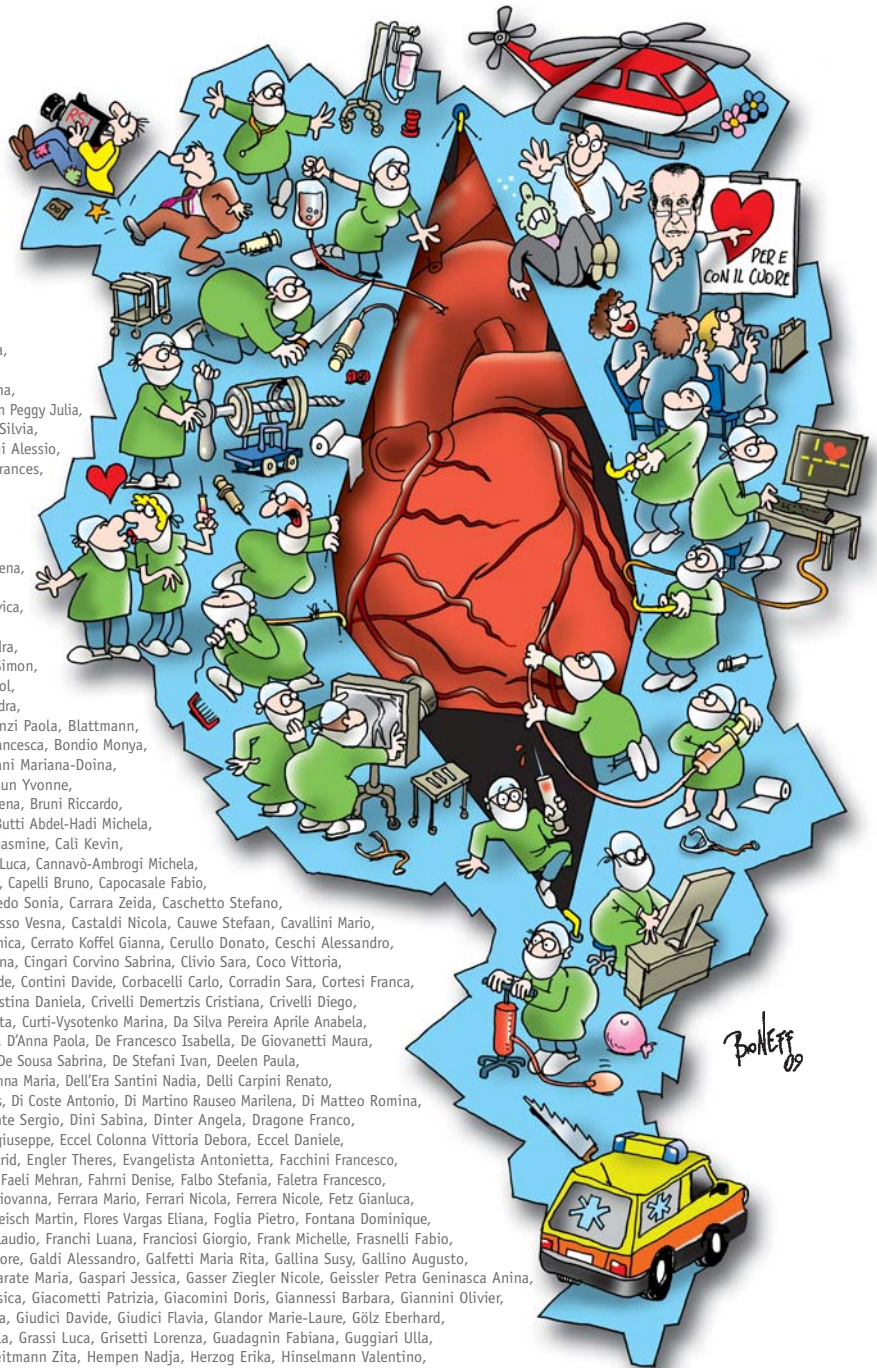


Grazie!

1999-2009



Abate Giovanni, Acero Manuel, Achini Federica, Ackermann Manuela, Acquati Fiorenzo, Adamini Rachele, Agostini Irene, Aguirre José A., Alberti Christina, Alvarez Monica, Ammann Verena, Amoruso Rosanna, Anastasi Valentina, Ancona Marco, Andreani Alessandro, Andres-Candillon Peggy Julia, Andrini Marina, Anesini Sorlini Adriana, Annovi Giuseppe, Anselmini Silvia, Arocmena Robledo Johanna, Arrigo Mattia, Aspesi Martina, Assaghi Alessio, Astori Giuseppe, Auricchio Angelo, Averaimo Manuela, Bakermans Frances, Balestra Anna Maria, Balestra Gianmarco, Ballabio Patrizia, Baltieri Cristian, Bambace Simona, Baratta Antonia, Barbieri Gianluca, Barciela-Castro Anunciacion, Barone Romina, Bartolomei Roberto, Baserga Adriana, Battaglia Chiara, Battilana Cristina, Battistuzzi-Bolli Christiane, Baumann-Pawlowski Elisabeth, Bazzero Lorena, Beldi Augusta, Belfiore Elena, Belli Manuela, Belotti Sabrina, Benasciutti Laura, Beretta-Piccoli Lucia, Beretti Anna, Bergamasco Slavica, Bergamin Christian, Bergna Cristina, Bernasconi Enrica, Bernasconi Monti Maria Laura, Bernasconi Moreno, Bernasconi Sandra, Bernasconi Silva de Amorim Sheila, Bernasconi Stefano, Bernhard Simon, Bertieri Vanessa, Bertolassi Gabriele, Bertolini Andrea, Bertolio Micol, Besseghini Stefano, Bettoli Letizia, Bettoli Tiziana, Bettoni Alessandra, Biancon Montaperto Lucia, Bianda Camillo, Bischof Barbara, Blanco Zanzi Paola, Blattmann, Blöchlinger, Bo' Elena, Boersma Barbara, Bomo Fulvio, Bonassin Francesca, Bondio Moriya, Bonina Irene, Bonvini John, Bordini Andrea, Börsma Barbara, Bottani Mariana-Doina, Bottinelli Boris, Boutefah-Joerges Anna Maria, Bramini Viviana, Braun Yvonne, Brioschi Felloni Anna, Brnic-Kovac Luca, Brogioni Stephen, Bronner Elena, Bruni Riccardo, Brüning Kirsten, Bulotti Lisa, Bunea Raluca Andrea, Buonfiglio Franca, Butti Abdel-Hadi Michela, Butti Esther, Buzzi Renato, Caccia Lucia, Cagnani Gabriele, Cairoli Jasmine, Cali Kevin, Calzolaro Mariagrazia, Campana Anita, Camporini Cristina, Caudusso Luca, Cannavò-Ambrogio Michela, Canonica Andrea, Canonica Debora, Canonica Dyana, Cantarella Lorenzo, Capelli Bruno, Capocasale Fabio, Capoferri Mauro, Capra Mauro, Carassini Patrizia, Caroli Julie, Carpanedo Sonia, Carrara Zeida, Caschetto Stefano, Case Gabriella, Casolari Patrizia, Cassina Tiziano, Casso Gabriele, Casso Vesna, Castaldi Nicola, Cauwe Stefana, Cavallini Mario, Ceccoli Alessandro, Cedraschi Gaja, Ceregheffi Simona, Ceregheffi Veronica, Cerrato Koffel Gianna, Cerullo Donato, Ceschi Alessandro, Chassagne Rossana, Chioncel Ovidiu, Chiriacchi Manuela, Ciccone Simona, Cingari Corvino Sabrina, Clivio Sara, Coco Vittoria, Colombo Barbara, Comensoli Loana, Conca Cristina, Consolascio Davide, Contini Davide, Corbelli Carlo, Corradin Sara, Cortesi Franca, Cosaro Forni Federica, Cozzi Rosa, Cramer Dolores, Crenna Marco, Cristina Daniela, Crivelli Demertzis Cristiana, Crivelli Diego, Crivelli Federico, Crjenica Carmela, Croce Rosalia, Culcasi Gianbattista, Curti-Vysotenko Marina, Da Silva Pereira Aprilie Anabela, Dalla Favera Filomena, D'Aloia Anna Maria, D'Angeli Iliara, Danisi Teresa, D'Anna Paola, De Francesco Isabella, De Giovanetti Maura, De Marchi Sara, De Marco Sara, De Nardo Erica, De Pinto Margherita, De Sousa Sabrina, De Stefani Ivan, Deelen Paula, Degiorgi Giuditta, Del Bufalo Alessandro, Dell'Avo Alessandro, Dellea Anna Maria, Dell'Era Santini Nadia, Delli Carpini Renato, Demertzis Avra, Demertzis Stefanos, Demurtas Fabrizio, Di Bartolo Loris, Di Coste Antonio, Di Martino Rauseo Marilena, Di Matteo Romina, Di Mauro Paolo, Di Stefano Matteo, Di Valentino Marcello, Dias Valente Sergio, Dini Sabina, Dinter Angela, Dragone Franco, Dreolini Concetta, Duca Carlo, Duran Sandra, Eberli Elisa, Ecce Piergiuseppe, Eccel Colonna Vittoria Debora, Eccel Daniele, Eggenberger Alexandra, Endres Claudia, Engeler Albin, Engelhardt Astrid, Engler Theres, Evangelista Antonietta, Facchini Francesco, Faccini Monica, Facetti Chiara, Facetti-Aletti Elena, Fadani Anna Rosa, Faeli Mehran, Fahrni Denise, Falbo Stefania, Faletta Francesco, Farinelli Tamara, Fassora Fiorenzo, Faustini Angela, Favaro Secondi Giovanna, Ferrara Mario, Ferrari Nicola, Ferrera Nicole, Fetz Gianluca, Figini Peretti Zara, Fiorelli Manuela, Fiorese Barbara, Firenze Andrea, Fleisch Martin, Flores Vargas Eliana, Foglia Pietro, Fontana Dominique, Fontana-Frattini Eleonora, Forenza Elisa, Formaggi Laura, Formenti Claudio, Franchi Luana, Franciosi Giorgio, Frank Michelle, Frasnelli Fabio, Frigg Christoph, Gabrielson Anna, Gagliano Filippo, Gagliano Salvatore, Galdi Alessandro, Galfetti Maria Rita, Gallina Susy, Gallino Augusto, Gallo Montemarano Dora, Gamberoni Sara, Gangi Maurici Liborio, Garate Maria, Gaspari Jessica, Gasser Ziegler Nicole, Geissler Petra Geninascia Anina, Gerletti Elisa, Gerli-Held Elisabeth, Gervasoni Geremia, Ghidoni Jessica, Giacometti Patrizia, Giacomini Doris, Giannessi Barbara, Giannini Olivier, Giardina Arianna, Gilardoni Luciano, Giorgetta Elena, Giroto Claudia, Giudici Davide, Giudici Flavia, Glandor Marie-Laure, Gözl Eberhard, Gomez Antonio, Gomez Esther, González Claudia, Gottardi Emanuela, Grassi Luca, Grisetti Lorenza, Guadagnin Fabiana, Guggiari Ulla, Gusmini-Colombo Barbara, Hänzel Michael Albert, Hefti Stefano, Heitmann Zita, Hempen Nadja, Herzog Erika, Hinselmann Valentino, Hochstrasser Marietta, Hochstrasser Rea, Holzmann Irmgard, Huber Yvonne, Tacovelli Fortunato, Iannuzzi Christian, Imholz Jennifer, Intzes Elena, Invernizzi Michele, Jovanovic Milijana, Jovic-Savic Snezana, Juranovic Bianca, Katzensteiner Alexandra, Kick Anastas, Klimusina Julija, Knezevic Senka, Kobilic Edhem, KocherTanja, Kodac Anica, Koprivec Diana, Korinth Sascha, Krajcivova Dana, La Rocca Gatto Caterina, Lamberti Carole, Lane Heather, Largader Cristina, Lazzaretti-Grassi Eliana, Lehmann Michael, Leoni Rosa Maria, Lepori Carlino Laura, Levi Giacinto, Lisci Maria Lucia, Lisi Diego, Lo Cicero Viviana, Lo Piere Elia, Löber Hanna, Loforese Barbara, Lorenzetti Cadeddu Corinne, Lotti Aline, Lovisetto Maureen, Lucchini Suarez Rosanna, Lupo Caromagno Rita, Luraschi Fabiola, Marconi Francesca, Maestrini Sonya, Magaton Isotta, Maggi Claudia, Maggioni Aldo Pietro, Malaguti Zaira, Mancarella Alessandro, Mancinelli Ninja, Mandile Vincenzo, Manno Linda, Manser Yvonne, Manserra Monica, Manti Fiammetta, Mantini Vito, Mantoan-Delucca Maida, Mantovani Antonio, Manzoni Cristina, Manzoni Paolo, Maone Paolo, Marano Pasquale, Marchon Céline, Marcolini Alberto, Marcolongo Alberto, Marcozzi Lina, Margni Daniel, Marinkovic' Miroslava, Marino Daniele, Mariotti Sergio, Martinello Daniela, Martinoia Fausta, Masci Francesca, Maspoli Simona, Massardi Enrica, Mastelli Nilla, Mata Magrinho Rodrigues Odete, Matera Sabrina, Matta Stefano, Matteazzi Elena, Mauri Romano, Mauro Stefania, Mazzoli Demontis Patrizia, Mazzucchelli Ruben, Mc Leoc Anne Faye, Meier-Mecke Winfried, Mele-D'Acerno Maria Grazia, Meris Alessandra, Messi Iryna, Metrailler Eva, Michel Annette, Milletich Stefano, Minale Carmine, Minervini Fabrizio, Minoia-Janosch Christine, Mistic-Ivanovska Verica, Mistic Marijana, Moccetti Dante, Moccetti Marco, Moccetti Tiziano, Moccetti-Bernasconi Deborah, Mocci Laura, Mohari Gloria, Molinaro Ulisse, Molteni Antonello, Moltrasio Fabrizio, Mombelli Manuela, Momcilovic Bojan, Montanari Massimiliano, Monti Panzeri Cristina, Monti Pietro, Morenzoni Tosca, Morganti Angela, Moro Raffaella, Morosi Rizzi Rezia, Moscato Valeria, Moscetti Sabrina, Moschella Patrizia, Moschovitis Aris, Mozzettini Stefano, Muci Fabrizio, Muggli David, Müli Nicoletta, Müller Andrea, Müller Maya, Muretti Mirko, Naro Francesca, Navarra Sonia, Nayo Koffi Jean-Philippe, Novelli Daria, Nowzari Ariane, Oberson Irene, Oberson Michel, Olsen Halgrim Steinar, Omerovic Dina, Ongaro Dario, Orelli Cornelia, Orlando Gianluca, Ormazabal-Piodi Matias, Orsenigo Fabio, Osenda Mara, Ostinelli Roberto, Ozoria Rodriguez Angela, Öztas Firyan, Pagliuca Michela, Palermo Annunziata, Paltenghi Marzia, Palviainen Raja, Pantano Patrizia, Panzeri Anna, Paolino Mario, Papa Monica, Papadatos-Beis Vasiliki, Parietti Stefania, Parigi Simona, Parillo Rosi, Parini Alvaro, Partesana Silvana, Pasotti Elena, Pasotti-Dolci Grazia, Passeri Danilo, Passon Isabella, Patinot Fabrice, Pedersini Michela, Pedrazzini Giovanni, Pedrazzini Lucia, Pedrazzini Sebastiano, Pedrotti Milko, Peduzzi Manuela, Pellegrini-Medici Elena, Pelli Stefania, Peruzzo Gavino, Pescia Samantha, Pestoni Martina, Petitto-Garritano Febroonia, Petraglia Massimiliano, Petralli Lara, Petralli Maria, Petrova Slater Iveta, Pezzoli Giovanna, Pierobon Elena, Piffaretti Nadia, Pin Riccardo, Pino Paolo, Pirani Enrico, Poggi Roberto, Pokrklc Sejlja, Polito Francesco, Poma Dafne, Porretti Sergio, Porro Maria Cristina, Portaluri Khalil, Prederi Mauro, Pugliesi Rosa Maria, Pungg Regster Cilya, Pusceddu Alessandro, Pusterla Manuela, Quargnol Mèlanie, Raimondi Rosie, Rakusa Julia, Ramirez Annamaria, Ranzi Monica, Ranzoni Patrizia, Regazzoni Frigerio Valeria, Regazzoni Nadir, Regoli François, Regucis Isabella, Restelli Debora, Rezzonico Fabio, Rezzonico Igor, Ricevuto Daniele, Riesen Erika, Righinetti Paola, Riva Antonio, Riva Muzio Stefania, Riva Thomas, Rizza Cinzia, Robledo Laguna Ana Belen, Rolli Rosita, Romano Maria Assunta, Romeo Tommaso, Roncaglia Paolo, Ronchetti Barbara, Roselli Alessandra, Rossi Andrea, Rossi Maria Grazia, Rossi Sandro, Rothenburg Sevim, Ruch Fabio, Ruda Franco, Rudi Giuseppe, Rumeau Realini Annick, Ruoss Dusica, Rusca Grassellini Paola, Sahinbas Sevim, Saliba Thea, Salmima Damiano, Samouiller Johanne, Sangiorgi Elisa, Sanna Luca, Santandrea Susanna, Sartori Gian Luca, Scaglione Marco, Scappaticci Massimiliano, Scasciglini Jessica, Scettrini Titocci Dagmar, Schenk Manuela, Scherff Frank, Schipani Giuseppe, Schirò Dominique, Schirru Carmela, Schlattmann Hanspeter, Schlattmann-Fernandez Maria, Schlicker Andreas, Schmid Olivier, Schneider Andrea, Schönenberger Paul, Schuler Carmen, Schütz Christoph, Schwirtz Götz, Sciolli Moira, Scolari Silvia, Scoppa Morena, Scoppa Rosa, Secci Roberta, Seitz Hildegard, Siara Anja, Siclari Andrea, Siclari Francesca, Siclari Francesca, Siclari Trace Linda, Siclari Lorenzo, Silka Christopher, Silva Christopher, Silva Rodrico Dias Maria Fernanda, Sinsiccalchi Giuseppe, Sinzig Monica, Sironi Federica, Soldani Agnello Annalisa, Soldini Elisa, Somma Antonio, Soncin Sabrina, Sorgente Antonio, Sorrentino Flavia, Speroni Claudio, Spinucci Giulio, Spoto Maria Rosaria, Spozio M. Stefania, Stankovic Biljana, Steiner Fabienne, Stellante Sara, Strippoli Varano Grazia, Sürder Daniel, Sürder-Boschet Annapaola, Tahir Hachem, Tamburini Ana Lucia, Tegas Rossano, Teggi Anna, Tenzi Marbach Claudia, Terzic Marko, Testoni Beatrice, Ticozzi Lara, Tinelli Stefania, Togni Michela, Tokmak Mikail, Toledo Polyan, Tomaselli Giovanna, Tomei Alessandro, Tormimbini Romani Zaira, Torre Tiziano, Torretta Marco, Tosi Naïke, Trapletti Brunella, Trunfo Rafael, Tubio Monica, Turini Moira, Vadi-longa Dario, Vaghi Fabrizio, Vala Daniela, Valenti Laura, Valli Fumoralo Elena, Valoti Dias Valente Katia, Van der Harg Pieter, Van der Heiden Paul Willem, Vannini Glenda, Vanza Fabrizio, Vassile-Siracusa Giovanna, Vassalli Giuseppe, Vassalli Jonas, Vavassori Loredana, Veljkovic-Ristic Dragana, Veragouth Alma, Veragouth Pietro, Vezzoli Caravati Maria Grazia, Vignati Francesca, Villa Michele, Villatoro Gomez Teresa, Viviani Helene, Vlad Constantin, Vlad Lavinia Simona, Völk Ruth, Von Rutz Fredi, Wagner Lorenz, Walther Karin, Wehrli Diego, Weibel Manuel, Yüce Ümit, Zahan Porta Simona, Zambelli Anna, Zambelli Ismene, Zampatti Enrica, Zayat Mohamad Ibrahim, Zdimirovic' Valerija, Zilioli Laura, Zuddas Katuscia, Zumelli Mauro, Zurflihus Caruso Chantal, Zurzolo Alfredo.



CARDIOCENTRO TICINO

Sommario - n.7 / dicembre 2009

INCONTRI	4
• <i>Intervista a Bruno Cereghetti</i>	4
IN PRIMO PIANO	8
• <i>Se i cardiocirurghi si incontrano a Lugano</i>	8
COLLABORAZIONI	10
• <i>Cardio e-TeC</i>	10
OBIETTIVO CCT	12
• <i>Pubblicazioni e riconoscimenti</i>	12
SPECIALIZZAZIONI	14
• <i>Il cardiomanegista cambia sala</i>	14
FISIOTERAPIA	16
• <i>Il servizio di fisioterapia del CCT</i>	16
FORMAZIONE	18
• <i>Il cuore riparte dalla scuola</i>	18
CONGRESSI	20
• <i>Congresso infermieristico 2009</i>	20
• <i>Sport e cuore</i>	22
LE OSPITI	25
• <i>A Laura e Marie Polli il premio "10 anni CCT"</i>	25
SOLIDARIETA'	27
• <i>In Ciad con Médecins Sans Frontière</i>	27
• <i>Il progetto Guinea Bissau</i>	29
PREVENZIONE	30
• <i>Il rischio influenza nel paziente cardiopatico</i>	30
10 ANNI DI CCT	31
• <i>Festeggiamenti / I</i>	31

Il recente master Cardio e-TeC organizzato dall'Università della Svizzera italiana in collaborazione con il Cardiocentro, del quale si dà conto nelle pagine che seguono, offre la migliore occasione per alcune brevi riflessioni sulle opportunità e le sfide con le quali a breve saremo tenuti a confrontarci.

Il taglio che hanno saputo dare all'evento il presidente dell'USI, Prof. Piero Martinoli, e la coordinatrice Dott.ssa Flaadt è stato stimolante e assolutamente originale: nulla di simile, per completezza e qualità, si è visto a mia conoscenza in Svizzera e forse non solo.

Una buona notizia, e non è l'unica. Con la recente approvazione della nuova pianificazione urbanistica, la città di Lugano concede nuovi volumi all'Ospedale Regionale di Lugano e anche al Cardiocentro, che crescerà di due piani e avrà più spazio per la ricerca e per la formazione. Poiché sembra sia stato accolto dalle autorità anche il progetto di un nuovo istituto di terapia cellulare, quello che si profila all'orizzonte è lo sviluppo in Ticino - e in particolare a Lugano - di un polo centrato sulla ricerca clinica.

Queste sono le premesse, e vengo al punto. Intervenendo a un recente simposio, il Segretario di Stato per l'educazione e la ricerca, Mauro Dell'Ambrogio, ha quantificato in 2 milioni di franchi il costo per la formazione universitaria di un medico in Svizzera e ha espresso a priori l'appoggio della Confederazione al territorio, al Cantone o alla città che sia in grado di offrire formazione di qualità a un costo inferiore (1 milione di franchi).

Personalmente sono rimasto stupefatto da quei 2 milioni e sono certo che il Ticino abbia già tutte le carte in regola per garantire la qualità, a un livello, sottolineo, di formazione universitaria clinica e di ricerca clinica. Non comprendo perché dovrebbe costare più di 1 milione la formazione universitaria di un medico, se a fornirla fossero validi professionisti già attivi negli istituti del territorio e che a quell'impegno quali docenti universitari potrebbero dedicare parte del loro tempo.

Oltre al nucleo di base dell'Ente Ospedaliero, penso al Cardiocentro, allo IOSI, al Neurocentro



**Prof. dr. med.
Tiziano Moccetti**

*Direttore medico
e Primario di
Cardiologia*

Consiglio di Fondazione:

Presidente: Arch. Giorgio Giudici
Membri: Dir. Luigi Butti, Sig. Claudio Massa,
Prof. dr. med. Tiziano Moccetti, Sig. Paolo Sanvido,
Lic. jur. Max Spiess

Editore: Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano

Direttore responsabile: Fabio Rezzonico

Redattori responsabili: A. Boneff e L. Gilardoni

Stampa: Fontana Print, Lugano

Impaginazione: studio grafico Boneff, Lugano

Copyright: Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano

Continua
a pagina 4

che sta prendendo corpo all'interno dell'Ospedale Regionale di Lugano. Realtà di riconosciuta eccellenza alle quali si deve fare riferimento in una valutazione sulla possibile offerta in Ticino di una formazione universitaria relativamente ai 3 anni della formazione clinica, posto che i due anni e mezzo di bachelorato possano eventualmente svolgersi altrove (Friburgo? Insubria?).

Sappiamo che una commissione nazionale è incaricata di valutare questi specifici aspetti legati all'offerta di formazione universitaria per il Ticino. Giusto. Metto tuttavia già in conto un giudizio negativo di questa commissione, se gli esperti che ne fanno o faranno parte sono o saranno espressione dei poli universitari di altri Cantoni. Come quando un esperto dei Grigioni è stato chiamato a valutare le piste da sci del Ticino, o come Oltralpe era stata giudicata la nascita del Cardiocentro.

Spero insomma che non si domandi ad altri il compito di decidere del nostro futuro. Dobbiamo essere noi a crederci, dobbiamo essere noi a costruire una realtà universitaria in campo medico.

INCONTRI

CARDIOCENTRO TICINO 2009

La passione, l'esperienza, le idee

Intervista a
Bruno Cereghetti
direttore Ufficio
Assicurazione
Malattia



Dopo 38 anni di servizio nell'amministrazione pubblica, 18 dei quali alla guida dell'Ufficio Assicurazione Malattia del Cantone, Bruno Cereghetti lascia l'incarico per una pensione che non sarà, ci sentiamo di scommettere, un'oziosa e appagata "retraite". La passione per il lavoro e una carica non comune di energia si avvertono così presenti da percepirci come un tratto dominante del carattere, da non esibire come un merito, però, perché prevalgono la sobrietà e l'equilibrio. "Credo di dovere questa mia dedizione al lavoro all'esempio e ai geni ereditati dai miei genitori, contadini entrambi e lavoratori instancabili, legati a una quotidianità sempre operosa, sempre".



Auguri di Buone feste
a tutti i collaboratori

Direttore Cereghetti, il suo è stato ed è un osservatorio particolare e privilegiato sulla sanità ticinese: come l'ha vista cambiare, negli anni?

La sanità nel Ticino è cambiata certamente parecchio. In generale e senza alcun dubbio oggi in Ticino c'è più qualità, più professionalità. Come e forse più che in altri settori, negli ultimi decenni il Ticino è riuscito a esprimere le sue potenzialità anche in ambito medico-sanitario, dove oggi si possono elencare numerosi esempi di eccellenza e di competenza, in diverse specializzazioni.

Per esempio il Cardiocentro...

Certamente. Anzi, non ho alcuna difficoltà a riconoscere che la grande sfida recente del Ticino, una sfida vinta alla grande, sia stata quella di costruire il Cardiocentro. Si pensava, e quando iniziai a occuparmi di questioni legate alla sanità ammetto di averlo pensato anch'io, che ci volesse una grande massa critica per sviluppare una medicina veramente di alta qualità in settori di punta, che necessitano una specializzazione estrema, come la cardiologia e la cardiocirurgia. Oggi sappiamo che anche un centro relativamente contenuto dal punto di vista del numero dei letti può praticare una medicina di punta e di qualità. In questo senso la vicenda del Cardiocentro Ticino è obiettivamente esemplare.

Tra l'altro la medicina di qualità crea opportunità e sviluppo nel territorio.

E i cervelli non fuggono.

È evidente. La fuga dei cervelli, e non solo nel settore della medicina e della ricerca, è un problema di ordine sociale, economico e culturale che ha toccato anche la nostra regione. Ma di fronte a questo problema non serve strapparsi le vesti. Bisogna invece interrogarsi e capire che la causa è la mancanza in loco di quell'humus che non lasci fuggire e anzi sappia attrarre i cervelli. In

questo senso in Ticino la medicina ha fatto la sua parte, così come non si può non riconoscere il ruolo giocato dall'Università, la cui nascita ha rappresentato un fattore di crescita fondamentale per il tessuto culturale del Ticino, e non solo per quello formativo. Per quanto sta a me, io sono stato testimone in prima persona della crescita culturale e professionale di molti medici oggi radicati in Ticino. Il rovescio della medaglia - c'è sempre - è il finanziamento del sistema...

In effetti la domanda viene spontanea: come si paga la qualità?

Vede, ci stiamo incamminando verso un sistema di qualità dove la grande evoluzione delle tecniche e l'invecchiamento della popolazione avranno come effetto un incremento importante dei costi. D'altra parte la medicina di qualità genera inevitabilmente dei grandi costi ed è assurdo pensare che si possa avere il massimo della qualità pagando poco. Chi lo dice o non sa di cosa parla o mente sapendo di dire il falso.

La qualità costa e la grande sfida che abbiamo di fronte oggi, una sfida di politica sanitaria, è quella di mantenere l'attuale standard, e di migliorarlo se possibile, individuando le forme di finanziamento che permettano di mantenere la qualità.

Rischiamo di ritrovarci in cima alla curva di Gauss e poi di scendere: una prospettiva drammatica. Io dico che se ci dovesse essere un'involuzione del sistema sanitario ci troveremmo con un problema di civiltà, più che non di sanità.

L'introduzione di freni forzati alla crescita dei costi produrrebbe una disparità di trattamenti e andrebbe inevitabilmente a gravare sulle fasce più deboli della popolazione, sotto il profilo economico e sotto il profilo culturale. Verrebbe meno quel grande patrimonio che caratterizza il nostro sistema e lo distingue

da quelli pur molto avanzati di altri paesi europei. In tutta Europa ci sono punte di alta qualità in ambito sanitario, ma da nessuna parte esiste, come da noi, in Svizzera e in Ticino, una così grande democrazia di accesso al sistema sanitario.

Qualità per tutti in tempi brevi.

Esatto. Tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione economica, culturale e anagrafica hanno diritto alle cure migliori e immediate. Se si rompesse questo equilibrio, ripeto, sarebbe un imbarbarimento di civiltà e a pagarne le conseguenze sarebbero le fasce deboli della popolazione.

Però resta il problema di come mantenere l'equilibrio del sistema. In un suo scritto recente, lei ha stigmatizzato l'illusione che le risposte possano venire da microraggiustamenti e da iperpiantificazione. E dunque?

Dunque occorre certamente guardare un orizzonte più ampio. Se il dito indica la luna e si continua a guardare il dito... Purtroppo nell'ambito delle politiche sanitarie indugiare troppo a guardare il dito, anziché la luna. Ma qui è meglio precisare. È chiaro che bisogna controllare i costi, come in qualsiasi ambito, sanità compresa. Siamo all'ovvio. Però il dovere del controllo non deve diventare l'unico puntello di tutta l'impalcatura della sanità.

Ribadisco che dal mio punto di vista è sbagliato continuare a parlare





del pericolo dei costi. I costi continueranno a crescere perché la medicina performante costa di più e perché l'invecchiamento della popolazione porta con sé un deciso aumento dei costi sanitari.

Se consideriamo una conquista di civiltà l'aumento dell'aspettativa di vita e se consideriamo irrinunciabile una medicina performante, allora dobbiamo anche accettarne i costi.

La sfida è dunque quella di come finanziare il sistema, non di contenerne i costi imbrigliando e svilenando il sistema sanitario. Non è certo attraverso l'iperpianificazione che si riuscirà a intervenire positivamente in modo strutturale. Anzi, la pianificazione estrema nasconde dei rischi evidenti.

Fermo restando che un controllo serio ci vuole.

Chiaro che un controllo ci vuole, e anche rigoroso; però nella giusta direzione, ossia con la dovuta attenzione agli effetti collaterali indesiderati ed indesiderabili. Per esempio io non capisco a chi giova mettere in concorrenza tra loro i reparti di un ospedale per vedere quello che è più virtuoso, cioè spende meno. L'effetto è la cattiva qualità. Si spende meno sulla pelle degli altri.

Come finanziare allora un sistema destinato a drenare sempre maggiori risorse?

Problemi strutturali vanno affrontati strutturalmente, con la saggezza che la buona politica dovrebbe sempre saper esprimere. La sfida oggi è quella di riformare il sistema a partire dalla sua componente più tipica, l'assicurazione malattia, che

contiene dei grandi elementi, diciamo così, di poca equità, perché il premio dell'assicurazione non è proporzionale alla forza economica della popolazione.

So bene che è difficile cambiare questa struttura del premio e credo che sia semplicistico pensare di copiare l'Europa, dove esistono forme di partecipazione ai costi sanitari proporzionali alla forza economica dei vari soggetti. È semplicistico perché si dimentica sempre di notare o di far notare che in Europa, contrariamente a quanto succede in Svizzera, al finanziamento dei sistemi sanitari non contribuiscono solo lo stato e le persone fisiche ma anche le persone giuridiche. Da noi non è immaginabile una soluzione simile, non si può chiedere ai datori di lavoro di partecipare con un'ulteriore trattenuta al finanziamento del sistema sanitario. Non si può perché ciò comporterebbe un intollerabile aumento del costo del lavoro e darebbe un colpo letale alla competitività del sistema-paese.

E come si può uscire da questa impasse?

A mio modo di veder la sfida del finanziamento si può vincere a condizione di riorientare il sistema verso due poli: da un lato va promossa la responsabilità individuale nell'accesso alla sanità; dall'altro, laddove la responsabilità individuale gioca oggettivamente un ruolo marginale, deve intervenire il finanziamento pubblico attraverso le imposte, il cui prelievo avviene in forma più equa rispetto a quanto avviene con i premi dell'assicurazione malattia.

Io penso in particolare che il finanziamento pubblico debba riguardare tre settori ben precisi. Il settore ospedaliero, il settore degli istituti per anziani e quello delle cure a domicilio, sempre in gran parte rivolte agli anziani. Sono due ambiti, questi ultimi, che rispondono a un'esigenza sociale prima ancora che sanitaria, e infatti si usa defi-

nirle "cure socio-sanitarie". Per gli ospedali è presto detto: il ricovero non avviene per volere proprio del paziente, ma solo a partire da una prescrizione medica.

Scorporate dunque queste tre voci, il resto, cioè l'ambulatoriale, lo si può lasciare al pagamento individuale attraverso il pagamento dei premi delle assicurazioni.

Vorrei che chiarisse meglio il concetto di "responsabilità individuale".

Ci arrivo subito, ma dopo aver precisato che la parte di copertura del sistema sanitario lasciata al finanziamento individuale va a mio parere ulteriormente modulata. Pensiamo a quello che succede oggi. Una volta che una persona ha pagato il premio dell'assicurazione malattia può diventare un grande consumatore senza alcun controllo. È come se, per il fatto di aver pagato un ticket, uno avesse la possibilità di entrare in un supermercato e riempire il carrello a suo piacimento, consumando quello che vuole.

Ecco la responsabilità individuale. Come si introduce maggiore responsabilità in questo settore?

Distinguendo, all'interno della parte di sanità lasciata al finanziamento individuale, una parte essenziale, obbligatoria, e una parte complementare da lasciare alla libera costruzione del cittadino. Ci sarà chi, per scelte che hanno a che vedere con i suoi convincimenti o con il suo sistema di valori, sceglierà di prediligere la medicina alternativa, chi darà maggiore attenzione alle cure dentarie, eccetera. Va data insomma ad ognuno la possibilità di costruire modularmente la propria copertura assicurativa. A una precisa condizione però: che lo possa fare. Oggi così non è, perché il diritto privato delle assicurazioni complementari tende ad escludere chi è anziano o non è in buona salute. Per permettere l'impostazione innovativa che preconizzo, occorre spazzare via il



Mi spaventa quando sento che si vogliono controllare i costi attraverso sistemi artificiali che imbrigliamo le persone, invece di promuoverne la responsabilità.

diritto privato dall'assicurazione malattie (e di certo nessuno piangerà, assicuratori a parte!). Anche le assicurazioni facoltative dovranno dunque essere collocate in un ambito di diritto sociale, con almeno due garanzie fondamentali per tutti: quella di poter accedere a questi segmenti assicurativi e quella di potervi rimanere, senza l'incubo dei premi che esplodono dopo una malattia.

In effetti nel calderone dell'assicurazione è consentito provicchiare un po' di tutto...

Esatto, e questo provicchiare genera grandi costi superflui, incontrollabili nonostante gli sforzi.

Una delle critiche da subito mi so-

no sentito di muovere alla costruzione della LAMal è proprio rivolta alla sua rigidità. La LAMal è nata negli anni Ottanta sul modello dell'assicurazione popolare. Al suo interno c'è di tutto, e i progressi della medicina si ripercuoteranno all'interno di questo paniere unico, che diventerà sempre più grande, elefantiaco, costoso. Questi limiti si potevano vedere e prevedere già allora, si potevano immaginare diversi pacchetti modulari, promuovendo la responsabilità individuale.

Oggi però il dibattito sulla sanità è focalizzato su altri temi.

Appunto, e mi spaventa quando sento che si vogliono controllare i costi attraverso sistemi artificiali

che imbrigliamo le persone, invece di promuoverne la responsabilità. Pensiamo alle forme di managed-care, oggi molto propagandate sul piano nazionale... quasi un suivi medico, un grande fratello che poi interviene, segue, permette o non permette di fare una determinata cosa. Non lo ritengo una buona soluzione.

Il problema vero è d'altra parte che in questa fase storica la politica sembra incapace di proporre riforme di struttura, e tende a delegare la "soluzione" dei problemi all'esterno, in ambiti che risultano molto più opachi e dove c'è molto meno controllo democratico. In questa direzione, per esempio, va la tendenza ad assicurare sempre di più il sistema. Si pensi alla cosiddetta "cessazione dell'obbligo di contrarre", che è un brutto modo per definire una brutta realtà, quella degli assicuratori che vanno loro a scegliere i medici, gli ospedali o altri fornitori di prestazioni.

Un'altra trovata per il contenimento dei costi è quella di controllare i fornitori di prestazioni attraverso i già citati e molto propagandati sistemi di managed-care, fondati sul pagamento iniziale forfetario pro capite (capitazione) al fornitore di prestazioni.

Ma se noi oggi rimproveriamo al medico - e in parte con ragione - di essere homo oeconomicus, cioè di offrire più prestazioni per guadagnare di più, non si capisce perché l'homo oeconomicus dovrebbe cessare di essere tale in un sistema di managed-care. Gli basterà garantire meno prestazioni. Ebbene, tra i due mali io preferisco ancora il primo, dove magari viene prescritta qualche cura in più rispetto al necessario; perché del secondo male, se non viene neppure fornita la prestazione necessaria, cioè la cura, letteralmente si muore. Torno a dire, perché si cade sempre lì, che queste generazioni del sistema cadranno sulla pelle delle fasce deboli della popolazione.

Intervista a Bruno Cereghetti

Sono costretto a interromperla: ci siamo spinti molto lontano e non possiamo pensare di esaurire argomenti così complessi. Però non posso pensare che tutta questa esperienza vada dispersa...

Se mi sta chiedendo cosa farò le rispondo che non lo so perché non ho ancora avuto modo di rifletterci, assorbito come sono dagli impegnativi dossier che in questi mesi sono arrivati sulla mia scrivania. Inoltre non parlo del mio futuro anche per una forma di lealtà verso il mio datore di lavoro, al quale voglio e devo dare il 100% del mio impegno fino all'ultimo minuto.



Chiudiamo allora con le sue passioni sportive. La sappiamo legato all'Hockey Club Lugano.

Ho la fortuna di coltivare molti interessi: culturali, scientifici e sì, anche sportivi: in particolare il ciclismo e il disco su ghiaccio. Nel primo però oramai credo poco...

Seguivo molto il ciclismo degli anni '50 e '60 e ancora oggi sono molto legato alla famiglia del grande Jacques Anquetil, purtroppo morto prematuramente. Poi è arrivato "l'iperdoping", con le sue aberrazioni, e allora non mi interessa più.

L'Hockey Club Lugano è un'altra grande passione, che resiste persino alle annate più nere, come questa di inizio stagione. Ma assolutamente non dispero per il futuro... immediato e più lontano.

IN PRIMO PIANO

 LuganoCardiosurgical
Postgraduate
Course



P

presso il Palazzo dei Congressi di Lugano, lo scorso 31 ottobre si è svolto un importante meeting di cardiocirurgia, promosso e organizzato dal Cardiocentro Ticino.

L'incontro - in realtà un corso di alta specializzazione - si inserisce nel quadro delle attività scientifiche promosse dal Cardiocentro e, insieme con l'appuntamento biennale dedicato a tematiche cardiologiche, rappresenta uno dei due principali eventi congressuali organizzati ad anni alterni dal CCT.

Chiusi lavori, incontriamo il prof. Siclari - primario di Cardiocirurgia al Cardiocentro e ideatore del congresso - per chiedergli non solamente di tracciare un bilancio del congresso ma anche di chiarire quali sono le ricadute di questi eventi nella pratica clinica, cioè nella quotidianità della cura del paziente cardiopatico ticinese.



**PD Dr. med
Francesco Siclari**
Primario di
Cardiocirurgia

Professor Siclari, incominciamo dal tema specifico del congresso

I nostri congressi hanno sempre un carattere monotematico, perché riteniamo importante affrontare un argomento in modo approfondito ed esauritivo. Quest'anno abbiamo trattato la patologia della valvola mitralica e la scelta dei relatori, che sono arrivati da tutta Europa e dagli USA, è avvenuta sulla base di una valutazione di competenza rispetto a questo tema.

Avete avuto presenze di peso?

Sì, nomi prestigiosi: Ottavio Alfieri da Milano, Francis Robicsek dagli USA, Robert Dion dal Belgio, solo per citarne alcuni dei più famosi.

Se i cardiocirurghi si incontrano a Lugano

Un bilancio di LCPC 2009



Il PD Dr. med. Francesco Siclari con i colleghi Robert Dion (Genk) e Volkmar Falk (Zurigo) durante l'edizione 2009 di LCPC.

Insieme con tutti loro abbiamo fatto il punto delle possibilità diagnostiche e terapeutiche in riferimento appunto alla patologia della valvola mitralica.

Si può riassumere lo stato dell'arte anche per i non addetti ai lavori?

Intanto occorre premettere che - come sempre quando si discutono tecniche nuove e pionieristiche - il confronto delle idee e delle opinioni è tutt'altro che monocorde.

C'è però un generale consenso su alcuni punti. Assistiamo da una parte al progressivo affermarsi delle tecniche mini-invasive - tecniche che qui al Cardiocentro offriamo già da qualche anno e sulle quali godiamo di un indubbio prestigio internazionale - e dall'altra registriamo un interessante sviluppo delle nuove metodiche offerte dalla cardiologia interventistica. Mi riferisco, per quanto riguarda la patologia della valvola mitralica, al sistema di intervento percutaneo MitraClip, che pure viene praticato al Cardiocentro e sembra dare buoni risultati, seppure per ora in pazienti selezionati.

Abbiamo anche messo a fuoco la condizione di insufficienza cardiaca, patologia spesso connessa all'insuffi-

cienza mitralica e dunque si sono discusse le varie possibilità di intervento che interessano non solo la valvola ma anche il muscolo cardiaco.

Infine abbiamo aperto una finestra sul futuro: il prof. Falk di Zurigo ha offerto una panoramica sugli sviluppi della robotica, il prof. Hoerstrup, anch'egli di Zurigo, ha illustrato le possibilità di costruire protesi in vitro mediante ingegneria cellulare.

Perché questi appuntamenti sono importanti?

Sono occasioni fondamentali di formazione professionale per noi chirurghi, ma non solo. Questi appuntamenti hanno una ricaduta molto positiva nella pratica clinica e dunque sono importantissimi anche per il paziente, in una prospettiva temporale assolutamente prossima.

Consideriamo per esempio le tecniche di chirurgia mini-invasiva, che abbiamo introdotto da qualche anno qui al Cardiocentro e delle quali oggi si avvantaggiano molti dei nostri pazienti. Ebbene, questi ap-

procci nascono in occasione di approfondimenti durante congressi, quando i chirurghi si trovano e si confrontano e discutono. Lì scatta

la curiosità, la voglia di esplorare le nuove frontiere. Non è solo la letteratura scientifica o l'esposizione ex cathedra che ti fa acquisire la conoscenza, ma anche quei momenti di discussione anche informale che solo gli eventi congressuali offrono. Poi le relazioni che si intrecciano ai congressi aiutano a creare legami, che a volte tornano utili se si avverte il bisogno di una consulenza in merito a un caso specifico.

E poi bisogna rimanere aggiornati...

Sì, ma ribadisco sempre che qui al Cardiocentro non siamo sperimentatori, non si rincorre il "nuovo" in quanto tale o per pura soddisfazione professionale. Ogni novità va sottoposta a una valutazione serrata e severa e alcune strade, alcune tecniche vengono abbandonate, magari per riprenderle quando e se ci saranno nuove evidenze...

Tuttavia, certamente, siamo al fronte e siamo all'avanguardia, perché abbiamo il dovere di proporre ai nostri pazienti le migliori opportunità di cura.

Cardio e-TeC



**Prof. dr. med.
Tiziano Moccetti**
Primario di
Cardiologia

Dal 23 al 27 novembre presso l'Università della Svizzera italiana si è svolto un corso sulle tecnologie di comunicazione e di trasmissione dei dati in cardiologia.

Un corso di formazione avanzata, finalizzato all'acquisizione di una conoscenza approfondita e specifica sull'utilizzo più aggiornato e sulle potenzialità dei dispositivi medici, impiantabili e non, per la diagnostica, il monitoraggio e la terapia in ambito cardiologico.

Al corso, nato da una partnership tra Fondazione Cardiocentro Ticino e Università della Svizzera italiana, ha partecipato un numero ristretto e selezionato di studenti, provenienti, oltre che Svizzera, dalla Germania e dall'Italia.

Il prossimo numero di CCT Magazine dedicherà all'iniziativa gli approfondimenti che merita e che non trovano spazio in questo numero solo per esigenze di stampa.

Pubblichiamo qui di seguito il testo dell'intervento con il quale il prof. Moccetti ha aperto i lavori del corso.

Nella formazione avanzata la naturale collaborazione tra Università della Svizzera italiana e Fondazione Cardiocentro Ticino



Systems currently available for PM/ICD Telemonitoring

Biotronik Home Monitoring



St. Jude Housecall



Medtronic CareLink - Conexus



Boston Latitude Patient Management



Ho il piacere di aprire assieme al Prof. Martinoli questo corso "Cardio e-TeC" dedicato all'impatto della tecnologia della comunicazione e della trasmissione di dati sulla medicina, in particolare sulla cardiologia.

Sono grato al Prof. Martinoli e alla Dott.ssa Flaadt di aver scelto il Cardiocentro Ticino come partner

privilegiato in questo progetto formativo.

Se da una parte vi è stato un impressionante progresso nella tecnologia della comunicazione, diventata oramai globale, dall'altra parte nell'ambito di alcuni settori della medicina, in particolare della cardiologia, vi è stato uno sviluppo quasi sfrenato di una tecnologia

complessa e in continua evoluzione applicata al paziente, con apparecchi sempre più sofisticati e di conseguenza anche più fragili.

L'applicazione di pacemaker, di defibrillatori (ICD) e anche di cuori artificiali, ci obbliga a sorvegliare i pazienti in maniera sempre più stretta, per offrire loro sicurezza e qualità elevata di cura. Nei paesi sviluppati l'aspettativa di vita della popolazione è molto elevata, 84 anni per le donne e 80 per gli uomini. Questa popolazione presenta perciò un numero maggiore di anziani con polipatologie e una diminuzione della mobilità.

Se consideriamo le malattie cardiovascolari, e in particolare l'infarto miocardico, osserviamo che nel corso degli ultimi 30 anni la mortalità è diminuita drasticamente. Abbiamo salvato il paziente dalla morte, ma questo è stato patteggiato con una perdita di muscolo cardiaco, talvolta a più riprese.

Di conseguenza la funzionalità del cuore è diminuita, malgrado un'intensa farmacoterapia, fino a sfociare nell'insufficienza cardiaca.

Insufficienza cardiaca che presenta una prognosi di mortalità più grave e veloce rispetto a un tumore maligno.

È a questi pazienti gravi che viene applicata la tecnologia dei pacemaker, dei defibrillatori e del cuore artificiale, con lo scopo di offrire una qualità di vita migliore e una sopravvivenza più lunga.

Una buona parte di questi pazienti potrà beneficiare di tecnologia, di telemonitoraggio e di teleterapia sia per il controllo della funzione dell'apparecchio (device) sia per la terapia della malattia di base.

Si suppone che il controllo regolare e idealmente automatico dei devices e del paziente possa rappresentare un'alternativa valida ai controlli personali dei pazienti, un'alternativa forse anche meno forse anche meno costosa. Inoltre dovrebbe migliorare il "cardiac care" e la sicurezza del paziente.

Di fronte a queste importanti pro-

blematiche, non era pensabile che la politica sanitaria non si esprimesse; ed ecco infatti che l'Organizzazione Mondiale della Sanità auspica l'impiego e l'implementazione di queste tecnologie della comunicazione per la sorveglianza dei pazienti. Lo stesso vale per la società europea di cardiologia e l'associazione europea delle aritmie.

Anche a livello svizzero vi è un piano per la creazione di una telemedicina applicata al territorio.

Lo scopo di questo simposio è di promuovere la conoscenza degli strumenti a disposizione dell'industria, di valutare le conoscenze accumulate e soprattutto di cercare di completare questi progetti.

Il panel di questo corso, formato da specialisti della comunicazione, da medici interessati, dall'industria e dagli assicurati, è il miglior auspicio per poter raggiungere alcuni obiettivi a medio termine.

Ho dimenticato tuttavia, e non a caso, un argomento essenziale per lo sviluppo di una telemedicina efficiente sul territorio. Fintanto che Governo e assicuratori non riconoscano le prestazioni di telemedicina, non sarà possibile uno sviluppo rapido e capillare. È anche compito nostro convincere i responsabili politici in merito.

Il mio desiderio è che questo corso ci incoraggi a formare in Svizzera e nell'Insubria centri qualificati per il controllo e il trattamento telematico delle patologie cardiache.

Ringrazio ancora il Prof. Martinoli, la Prof.ssa Sami e in particolare la Dott.ssa Flaadt per il grande impegno che ha dimostrato nell'organizzare questo corso e per aver dato l'opportunità al Cardiocentro Ticino di partecipare con l'Università della Svizzera Italiana a portare un input ideale e scientifico a una stimolante problematica.



Publicazioni e riconoscimenti

In questi mesi, al lavoro di medici e ricercatori del Cardiocentro Ticino sono stati conferiti importanti riconoscimenti, in Svizzera e all'estero. Ne diamo conto con l'inevitabile approssimazione con cui si riesce a divulgare ricerche e

studi complessi, certi della comprensione degli interessati, ai quali facciamo i complimenti a nome del Consiglio di Fondazione, della Direzione e di tutti i collaboratori del Cardiocentro.

D

ue pubblicazioni della Dr.ssa Silvana Bardelli su *Circulation Research* e *PNAS* (*Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*)

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (Impact Factor 9.38), una delle riviste scientifiche multidisciplinari più citate al mondo. Il titolo dell'articolo è "Identification of a coronary vascular progenitor cell in the human heart". Con il gruppo del Prof. Piero Anversa della Harvard Medical School, la Dr.ssa Bardelli ha contribuito a isolare per la prima volta ed espandere con successo una classe di progenitori cellulari vascolari residenti (denominati Vascular Progenitor Cells, VPCs) da campioni di miocardio umano. Più volte sono state identificate cellule primitive in grado di generare arteriole e strutture capillari nel miocardio danneg-

giato. Tuttavia, queste cellule non sono in grado di formare arterie coronarie di conduzione che invece avrebbero importanti implicazioni nel trattamento del cuore ischemico. Nello studio pubblicato su *PNAS*, i progenitori denominati VPCs hanno dimostrato di avere caratteristiche clonogeniche e di self-renewing *in vitro*; *in vivo*, l'iniezione di VPCs marcate in un modello animale di stenosi critica, ha mostrato un aumento nel flusso coronarico distale rispetto all'arteria stenotica, risultando in un miglioramento funzionale del miocardio ischemico. Arterie coronarie piccole, intermedie e grandi di chiara origine umana e capillari neoformati sono stati identificati. In conclusione, il cuore umano contiene una riserva di cellule progenitrici che possono implementate dal punto di vista clinico per formare vasi coronarici funzionalmente competenti e migliorare il flusso coronarico in pazienti affetti da cardiomiopia ischemica.

Nel secondo articolo, intitolato "Progenitor Cells From the Explanted Heart Generate Immunocompatible Myocardium Within the Transplanted Donor Heart" è stato invece pubblicato nel numero di novembre di *Circulation Research* (Impact Factor 9.989), rivista ufficiale dell'American Heart Association e del Council on Basic Cardiovascular Sciences dell'American Heart Association. L'obiettivo



La Dr.ssa Silvana Bardelli

“Circulation” punta i riflettori sulla figura e sul lavoro del Prof. Auricchio

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart Association
Learn and Live™

Dopo la nomina alla Presidenza della Società Europea di Aritmologia, un'ulteriore traguardo sancisce la consacrazione internazionale del prof. **Angelo Auricchio**. Nel numero di ottobre 2009, la prestigiosa “Circulation”, organo ufficiale dell’American Heart Association, ha dedicato un ricco articolo al responsabile del Servizio per l’insufficienza cardiaca del Cardiocentro Ticino. L’approfondimento, apparso nella sezione *European Perspectives in Cardiology*, sottolinea l’importanza del lavoro del professor Auricchio nella terapia dell’insufficienza cardiaca, con particolare riferimento ai dispositivi di resincronizzazione.

Scrivendo *Circulation* che il contributo più importante del professor Auricchio è stato il disegno e lo sviluppo di nuovi elettrodi di stimolazione transcatetere utilizzando



una tecnologia innovativa e rivoluzionaria, il cosiddetto “over the wire”, cioè un elettrodo che scorre su un filo guida. Questa tecnologia è stata pubblicata per la prima volta nel 1999 sull’*American Journal of Cardiology* e rappresenta oggi la metodica di più comune utilizzo nell’impianto di sistemi di resincronizzazione cardiaca utilizzati nel trattamento dello scompenso cardiaco.

dello studio è determinare se le manifestazioni patologiche legate al trapianto di cuore possono essere in parte corrette da una strategia che implementi l’uso di progenitori cellulari cardiaci del ricevente per ripopolare il cuore del donatore con cardiomiociti e vasi coronarici immunocompatibili. Dallo studio condotto si rileva che una proporzione di cardiomiociti neogenerati ha acquisito caratteristiche di cellule adulte e sono stati integrati strutturalmente ed integralmente durante il trapianto. Similmente, le arterie, arteriole e capillari neoformati sono risultati essere operativi ed hanno contribuito all’ossigenazione del miocardio chimerico. L’attenuazione

nel danno acuto da parte di cardiomiociti e vasi ripopolanti il cuore del donatore ha diminuito in modo significativo l’entità del danno del miocardio, preservando in parte l’integrità del cuore del donatore. Questi dati suggeriscono che la rigenerazione tissutale dovuta al differenziamento di cellule progenitrici cardiache del ricevente ha recuperato una parte significativa del cuore trapiantato. Ne segue che la terapia immunosoppressiva in questo caso potrebbe essere solo parzialmente richiesta, migliorando così la qualità di vita di pazienti soggetti a trapianto cardiaco.



Al Dr. med. Francesco Faletta un premio dal Kiwanis International

Un riconoscimento a Francesco Faletta è stato tributato nella sua città natale, Caltanissetta, dal comitato locale del Kiwanis International.



Un contributo della Fondazione Svizzera di Cardiologia per le ricerche del Prof. Giuseppe Vassalli

Il comitato scientifico della Fondazione Svizzera di Cardiologia ha assegnato al Prof. Vassalli, medico aggiunto al Cardiocentro Ticino, un importante contributo finanziario per la sua ricerca sulle cellule staminali presenti nel cuore adulto.

Questa ricerca ha potenziali implicazioni per future terapie di rigenerazione miocardica. Il Prof. Vassalli si è classificato al primo posto del concorso indetto dalla Fondazione Svizzera di Cardiologia, su una sessantina di candidature. Il Prof. Vassalli lavora presso il Cardiocentro Ticino da un anno. In passato egli ha lavorato tre anni presso due laboratori di ricerca di Chicago e San Francisco, e ha diretto per dieci anni un laboratorio di ricerca cardiovascolare presso lo CHUV di Losanna. Dopo il suo trasferimento a Lugano, egli dirige tuttora questo laboratorio a Losanna a tempo parziale (30%), svolgendo contemporaneamente un’attività sia scientifica che clinica presso il Cardiocentro.

Il cardioanestesista cambia sala

Oltre al “tradizionale” ruolo in sala operatoria, la cardioanestesia si specializza sempre di più come necessario supporto alla moderna cardiologia interventistica



**Dr. med.
Tiziano Cassina**
Primario di
Cardioanestesia
e Cure intensive

T

iziano Cassina dirige il servizio di Cardioanestesia e Cure intensive del Cardiocentro Ticino ed è presidente della Società Svizzera di Anestesiologia e Rianimazione (SSAR) per il biennio 2009-2010, primo ticinese a ricoprire questa prestigiosa carica. Insieme con i colleghi primari, ha accompagnato e sostenuto la crescita del Cardiocentro in questi dieci anni, vivendo in prima persona la straordinaria evoluzione delle tecniche, degli strumenti e delle procedure che ha investito la specializzazione cardiologica, oggi sempre più caratterizzata in senso interventistico.

Dottor Cassina, cosa chiede all'anestesista la moderna cardiologia?

Beh, si può facilmente rispondere che la cardiologia moderna necessita di un sostegno anestesilogico moderno. Dopo di che, è chiaro, va precisato il significato dell'aggettivo moderno.

Ecco, precisiamo.

Partiamo da un'immagine che secondo me è in grado di rendere con estrema chiarezza l'idea del cambiamento. Fino a qualche tempo

fa, neppure tanto, il paziente colpito da infarto veniva costretto a letto per mesi. Oggi quel paziente arriva nel più breve tempo possibile in sala di cateterismo, dove il cardiologo interventista provvede rapidamente e per via percutanea alla riapertura della coronaria ostruita che ha causato l'infarto. Non è un cambiamento da poco e benché non sia certamente l'unico basta a definire la specificità del moderno sostegno anestesilogico in ambito cardiologico.

Il paziente che arriva in sala di cateterismo per essere sottoposto in urgenza a un intervento di rivascolarizzazione è chiaramente un paziente critico, con un equilibrio vitale minacciato. In questa fase la necessaria presenza di un sostegno anestesilogico si configura in modo diverso dal compito tradizionale di far “dormire” il paziente. Il ruolo del cardioanestesista è quello di consentire che questo intervento di riapertura della coronaria avvenga in condizioni ottimali, è quello di prevenire e scongiurare le possibili complicazioni e di gestire queste ultime nel caso in cui si presentassero.

Ancora una volta, occorre uscire dal luogo comune dell'anestesista che addormenta.

Esattamente. Nella sala di cateterismo il lavoro dell'anestesista non riguarda la gestione del “sonno”, ma la gestione delle vie aeree e

della funzionalità cardiovascolare.

Per fare un esempio, dobbiamo pensare che la conseguenza primaria di un'insufficienza cardiaca acuta (un cuore infartuato è un cuore che non funziona bene) è l'edema polmonare acuto. Se il ventricolo sinistro non esercita bene la propria funzione di pompa, cioè di spingere il sangue alla periferia, il sangue rimane a monte e per effetto dell'aumentata pressione idrostatica nei capillari polmonari i polmoni si riempiono di liquido provocando appunto l'edema polmonare. Edema polmonare significa acqua nei polmoni e dunque il cardioanestesista interviene per gestire le vie aeree. Ma si può e si deve fare di più, si deve e si può scongiurare il rischio edema polmonare attraverso il fondamentale controllo emodinamico del paziente in fase critica.

***“Supporto emodinamico”,
“controllo emodinamico”...
per noi profani sono concetti
e parole oscuri.***

Mi rendo conto. In parole forse più semplici, garantire il supporto emodinamico del paziente significa ottimizzare il funzionamento del sistema cardiovascolare in una particolare condizione di emergenza, dove l'insufficiente spinta del cuore impone, per esempio, di intervenire farmacologicamente sull'apertura dei vasi periferici, al fine di mantenere la pressione necessaria alla sopravvivenza degli organi più importanti: il cuore e il cervello.

Oltre che con i farmaci (il cui dosaggio e la cui somministrazione devono ovviamente essere gestiti con estrema competenza), la funzione cardiovascolare può essere sostenuta supportando la ventilazione: meglio il paziente è ossigenato e meglio il cuore lavora, e meglio l'intero organismo funziona. C'è infine una forma più aggressiva di sostegno emodinamico, legata all'utilizzo di macchine che possono essere collegate esternamente, sempre allo scopo di garantire il funzionamento del sistema cardiovascolare.

***Ed è questo il lavoro
del cardioanestesista al di fuori
della sala operatoria?***

Questo e altro. Oltre a garantire sostegno emodinamico nell'ambito della patologia cardiaca acuta, il cardioanestesista affianca il cardiologo interventista durante le più innovative procedure di sostituzione o di riparazione valvolare per via percutanea (mediante catetere), o durante la conduzione delle nuove tecniche di elettrofisiologia e la cardioversione.

***E in tutto ciò immagino che si
debba sempre prevedere l'ipotesi
di un “piano B”, cioè di una
complicanza che conduce in sala
operatoria, dove la presenza
dell'anestesista torna a una
dimensione più tradizionale.***

È vero, occorre lavorare sempre in un ambito protetto e prevedere tutte le opzioni.

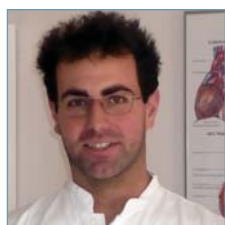
Dunque l'attività del cardioanestesista non si esercita solo in sala operatoria ma sempre più si declina in attività collaterali e sempre più importanti. Come è avvenuta, nella sua personale esperienza, l'acquisizione del necessario know-how?

In questi dieci anni di Cardiocentro, con i cardiologi e con i colleghi cardiocirurghi abbiamo messo a punto e sviluppato nuove tecniche d'avanguardia (pensiamo alla chirurgia mini-invasiva o alle procedure più aggiornate di tipo endovascolare) e abbiamo vissuto un processo di apprendimento reciproco che ha definito un approccio particolare, propriamente nostro. Questo a mio parere è un grande successo ed è oggi per molti aspetti una cifra che ci distingue e ci valorizza nei contesti più autorevoli. È il “modello Cardiocentro”, il traguardo dei nostri primi dieci anni.



Il servizio di fisioterapia del CCT

Per alcuni la domanda sorge spontanea: che cosa ci fa il fisioterapista al Cardiocentro? Altri invece ironizzano identificandoci come quelli che accompagnano i pazienti a passeggiare in corridoio. È vero, la deambulazione riveste una grande importanza nei nostri trattamenti, bisogna però pensare che ritornare a muoversi autonomamente non è una cosa così scontata dopo aver subito un intervento al cuore. Molto spesso insomma il ruolo del fisioterapista viene trascurato o sottovalutato, oppure ritenuto superfluo.



Diego Crivelli
*Responsabile
del Servizio di
Fisioterapia*

In queste righe vorrei presentare la nostra professione e il gruppo che ogni giorno collabora con medici, infermieri e assistenti di cura al fine di garantire uno standard di cure ottimale.

Cosa è la fisioterapia?

Etimologicamente, la fisioterapia è l'arte di guarire che utilizza tutte le tecniche di movimento. È indicata per il bebè che è appena venuto al mondo così come per il novantenne

ricoverato in casa per anziani.

Esistono terapie manuali e strumentali, e si fa uso di agenti fisici come l'acqua, l'elettricità o il calore. Il campo di azione della fisioterapia è molto ampio: spazia dalle malattie reumatiche a quelle respiratorie, da quelle circolatorie a quelle neurologiche. Inoltre, e il lavoro al Cardiocentro si inserisce in questo ambito, la fisioterapia riabilita chi ha subito un intervento chirurgico a organi interni (cuore, polmoni, intestino...), di ortopedia (protesi di anca, di ginocchio..) o dopo aver subito un trauma (frattura di femore, tibia, omero...). Problemi di statica, di deglutizione, di incontinenza e uro-ginecologici post parto posso pure beneficiare del nostro aiuto.

Come dice la definizione, la fisioterapia è un'arte che dà la libertà al terapeuta di scegliere quale tecnica utilizzare quando si trova di fronte ad una problematica e di adattare questa tecnica in funzione alla specifica situazione del paziente.

Questo credo che sia l'aspetto più affascinante di questa professione.

Il servizio di fisioterapia del Cardiocentro Ticino è composto da cinque fisioterapisti diplomati. Durante alcuni periodi dell'anno accogliamo studenti che frequentano la formazione di fisioterapia della SUPSI o delle scuole Romande (HES-SO). Il

gruppo è molto eterogeneo: vi lavorano persone di diversa provenienza, religione, nazionalità e che hanno seguito la formazione di base in differenti paesi o cantoni. Come responsabile ritengo che tutte queste diversità siano un punto di forza del nostro team.

Cosa fa il fisioterapista al Cardiocentro?

Al cardiocentro, ci occupiamo principalmente dei pazienti della cardiocirurgia, ma ci capita pure di seguire quelli ricoverati in cure intensive per scompenso cardiaco, dopo rianimazione. In altri casi ancora, e su ri-





chiesta, seguiamo le persone prese a carico dalla cardiologia.

La principale problematica riscontrata nei pazienti che trattiamo è respiratoria. Bisogna pensare che con una ferita sul torace (sternotomia o toracotomia), con dei drenaggi pleurici in sede e dopo un'anestesia generale la meccanica respiratoria risulta modificata. Ciò porta ad avere zone polmonari in cui diminuisce la ventilazione (atelettasie) o si viene a creare un ristagno delle secrezioni. Grazie ad esercizi e tecniche specifiche possiamo ristabilire la situazione polmonare che aveva il paziente prima dell'intervento.

Inoltre, nelle persone ricoverate a lungo a causa di complicazioni, ci concentriamo anche sui problemi venosi e/o linfatici, neurologici e muscolo-articolari.

Salvo interventi in regime di urgenza, i pazienti riusciamo a vederli già prima dell'operazione, quando spieghiamo loro le precauzioni da prendere per proteggere la ferita e gli esercizi respiratori che dovranno svolgere in seguito. Questo ci permette di conoscere bene la persona e di accompagnarla al meglio nel percorso dalla fase più critica, l'immediato post operatorio, alla dimissione, momento molto atteso dai pazienti ma che incute paura. Nella fase che precede il congedo, il nostro diventa un ruolo più educativo poiché dobbiamo rassicurare i pazienti, rispondere alle loro domande e spiegare a cosa dovranno fare attenzione quando saranno rientrati a casa. A volte, occorre ammetterlo, sono più spaventati i familiari (le mogli in primis) che non i pazienti stessi. In genere comunque il ritorno a domicilio avviene senza grosse difficoltà.

I collaboratori del Servizio di Fisioterapia del Cardiocentro Ticino



Da sinistra: *Diego Crivelli, Christiane Battistuzzi, Vera Misic, Elena Facetti-Aletti, Alessandro Pusceddu*

Alessandro Pusceddu - Al CCT dal 01.09.2000
Anno, luogo e tipo di diploma:
1995, Carbonia, Terapista della riabilitazione

Elena Facetti-Aletti - Al CCT dal 16.04.2001
Anno, luogo e tipo di diploma:
1980, Varese, fisioterapista

Verica Misic - Al CCT dal 01.11.1999
Anno, luogo e tipo di diploma:
1978, Belgrado, fisioterapista

Christiane Battistuzzi - Al CCT dal 01.09.1999
Anno, luogo e tipo di diploma:
1976, Zurigo, fisioterapista

Diego Crivelli - Al CCT dal 01.01.2006
Anno, luogo e tipo di diploma:
2005, Losanna, fisioterapista

Il cuore riparte dalla scuola

Ticino Cuore entra nelle scuole ticinesi formando gli allievi di 4^a media alle tecniche di rianimazione in caso di arresto cardiaco improvviso.



Inaugurazione del progetto "Insegnamento della rianimazione nelle scuole medie" alla Scuola Media di Camignolo. Da sinistra: Claudio Benvenuti; Francesco Vanetta (Capo Ufficio insegnamento medio - Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport); Alessandro Del Bufalo, Tiziano Moccetti e Romano Mauri (CCT); Alessandra Galfetti (responsabile del servizio di medicina scolastica dell'Ufficio del medico cantonale); Antoine Casabianca, (Capo Ufficio valutazione e promozione sanitaria - Dipartimento della sanità e della socialità).

N

ell'ambito del "Piano di intervento cantonale primario in caso di arresto cardiaco", Ticino Cuore promuove un'azione di sensibilizzazione ai fattori di rischio e de-

terminanti per la salute, rivolta agli studenti di 4^a media di tutte le scuole ticinesi.

La presentazione ufficiale del progetto di "Insegnamento della rianimazione nelle scuole medie" ha avuto luogo lo scorso 25 settembre ha avuto luogo presso la Scuola Media di Camignolo. Si tratta di una "prima" a livello nazionale e vede coinvolti circa 3100 allievi di 4^a media all'anno per 4 anni, ripartiti in 41 sedi scolastiche e 149 classi. A sostenere il progetto, la campionessa di sci al-



Claudio Benvenuti
Responsabile del progetto "Rianimazione e defibrillazione precoce"



pino Lara Gut che, sensibile alla tematica, si è resa disponibile a sostenere la Fondazione Ticino Cuore in prima persona.

Il Progetto di insegnamento è strutturato alternando parti teoriche, con l'ausilio di supporti didattici cartacei e multimediali, e atelier pratici con l'uso di manichini e defibrillatori. Ogni studente sosterrà un esame per l'ottenimento del certificato BLS/DAE riconosciuto a livello nazionale dallo Swiss Resuscitation Council. Il corso include anche aspetti di formazione/informazione sui fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e sui determinanti della salute e vedrà coinvolti sia gli insegnanti delle scuole sia gli istruttori della Federazione Cantonale Ticinese





Un progetto premiato dalla Fondazione Svizzera di Cardiologia e dalla Medtronic Foundation (USA)

Servizi Autoambulanze (FCTSA), che a loro volta sono stati formati per insegnare a un pubblico di ragazzi di 14-15 anni. Il corso, della durata di una giornata, sarà interattivo e avrà lo scopo di promuovere la conoscenza dei comportamenti corretti, rimuovendo quelli a rischio, e di stimolare gli studenti ad analizzare e riflettere sulle proprie azioni e sull'importanza della responsabilità individuale, della solidarietà, a esprimere le proprie opinioni e a lavorare in gruppo.

I costi globali del progetto si aggirano attorno ai 2 milioni di franchi dei quali 1'116'000.- finanziati dal Cantone e il rimanente è il contributo della Fondazione Ticino Cuore.

A sottolineare la bontà dell'iniziativa anche due importanti riconoscimenti:

Il premio internazionale (50'000.- franchi) attribuito a Ticino Cuore da parte della Medtronic Foundation, fondazione statunitense che sostiene progetti e attività finalizzate a migliorare la sopravvivenza dei pazienti con patologie cardiache;

Il riconoscimento quale terzo miglior progetto nazionale da parte della Fondazione Svizzera di Cardiologia (77 i progetti presentati, in gran parte provenienti dai maggiori centri universitari nazionali).

Per coordinare e supervisionare questa esperienza è stato costituito un gruppo di accompagnamento composto da:

1. **Dipartimento Educazione Cultura e Sport**
 - Rappresentanti direzioni scuole
 - Esperti scienze
 - Esperti educazione fisica
2. **Rappresentanza scuole private**
3. **Dipartimento della Sanità e della Socialità**
 - Ufficio di valutazione e promozione sanitaria
 - Ufficio del medico cantonale - servizio medicina scolastica
4. **Radix**
5. **FCTSA**
6. **Fondazione Ticino Cuore**

Alcune cifre

Organizzazione

- Circa 3'100 studenti/anno (+ ev. docenti)
- 41 sedi
- 35 pubbliche
- 6 private
- 149 sezioni
- **1 corso BLS / DAE ogni giorno scolastico!**
- Circa 60 Formatori
 - Soccorritori / infermieri servizi ambulanze
 - Infermieri strutture sanitarie
 - Medici scolastici
- Formazione
 - Abilitazione Swiss Resuscitation Council (SRC)
 - Formazione interna per insegnamento agli adolescenti

Struttura della lezione (direttive SRC)

- 1 formatore / 6 studenti
- durata 6 / 7 ore lezione (1 giorno lezione)
- Alternanza teoria / pratica
- Didattica variata (video - dimostrazioni - esercitazioni - simulazioni)
- Esame finale
 - Teorico
 - Pratico
- Validità del certificato: 2 anni



FONDAZIONE
TICINO CUORE



Paula Deelen caporeparto di Cure intensive.



Il Dr. med. Tiziano Cassina con Paola Rusca, vice caporeparto di Cure intensive.

Sabato 28 novembre circa 250 professionisti della salute hanno riempito la Sala Aragonite di Manno per il 3° Congresso infermieristico organizzato dal Cardiocentro Ticino. Un successo e una grande soddisfazione per tutto il gruppo organizzativo, del quale fanno parte Paula Deelen e Paola Rusca, rispettivamente caporeparto e vice caporeparto di Cure intensive al CCT.

“Siamo molto soddisfatte - ammettono - anche perché la presenza è rimasta invariata fino alla fine e la sala è rimasta gremita dalle 8.30 della mattina alle 4.30 del pomeriggio, a testimonianza dell'interesse vero che ha animato tutti i partecipanti”.

In effetti il tema di quest'anno - la persona colpita da arresto cardio-respiratorio - era molto attuale in quanto dibattuto in diversi ambienti, però possiamo anche dire che la risposta in termini di partecipazione significa almeno due cose. Significa che l'organizzazione dell'evento è stata all'altezza e significa che esiste - a livello infermieristico - una forte domanda di formazione.

Be', sulla prima questione non spetta a noi un giudizio, anche se abbiamo preso atto che gli interventi dei relatori sono stati tutti pertinenti, senza sovrapposizioni. Il che va certamente a merito dei relatori, anche se ci sembra sia stato importante aver fornito loro un percorso

coerente e degli obiettivi precisi. Inoltre la riuscita della giornata si deve anche alla grande professionalità del team “organizzazione congressi” del Cardiocentro. Desideriamo anche sottolineare che la struttura in cui operiamo favorisce in maniera tangibile la formazione a tutti i livelli e dunque ci sentiamo sostenuti e incoraggiati a proporre questo genere di incontri.

La richiesta di formazione è un da-

to di fatto, e probabilmente eventi come il nostro riempiono una lacuna in Ticino e destano interesse anche fuori dai nostri confini.

I relatori, occorre dirlo, non erano tutti interni al Cardiocentro

Certo. E proprio la compresenza di relatori provenienti da realtà esterne ha permesso di affrontare globalmente il tema e di sviluppare quell'idea di “percorso” che caratterizza





Congresso infermieristico 2009

La partecipazione è sinonimo di professionalità

i nostri congressi. Abbiamo avuto testimonianze dalla prima linea, con il servizio ambulanze e la Fondazione TicinoCuore che opera in questo settore, poi con il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona. Le Cure intensive dell'OCL hanno affrontato il dilemma etico che queste situazioni possono porre e infine la partecipazione della Clinica Hildebrand di Brissago ha consentito di approfondire l'aspetto della riabilitazione e del reinserimento sociale. Tutti i contributi esterni si sono inseriti e integrati perfettamente e mostrano la nostra apertura verso l'esterno e l'importanza che attribuiamo a un lavoro inter e multidisciplinare.

Quale messaggio è emerso dal congresso?

Un messaggio propositivo verso la rianimazione precoce, nella consapevolezza sempre più evidente che il fattore tempo è determinante. Nella catena della sopravvivenza tutti gli attori coinvolti sono importanti: rianimazione precoce, pronto soccorso, trattamento ospedaliero e riabilitativo. E sempre di più si cerca di mettere in pratica il trasferimento precoce dal luogo in cui è avvenuto l'arresto cardiaco al centro di riferimento competente.

Inoltre, si è sottolineata la validità dell'ipotermia come strategia terapeutica elettiva, ovviamente per i casi che rispondono ai criteri di scelta.

Non meno importanti e sentiti sono stati poi i temi più "infermieristici" ed "emozionali" affrontati nel pomeriggio: la presa a carico del paziente, la relazione coi famigliari, la strategia riabilitativa...

È già tempo di pensare al prossimo...

Ora è un po' presto per azzardare un'ipotesi di contenuto, però siamo sicuri che anche il prossimo congresso nell'autunno 2011 saprà destare l'interesse del pubblico. Speriamo di poterlo offrire ancora una volta a titolo gratuito, come è stato per queste edizioni grazie alla generosità degli sponsor.

Sport e Cuore 2009

Un bilancio e un progetto

CONGRESSI

CARDIOCENTROTICINO 2009



Francesco Moser e il dr. Capelli del Cardiocentro premiano Marie e Laura Polli.



Antonello Molteni
responsabile
del Servizio di
riabilitazione
cardiovascolare

O

rganizzata dalla Fondazione Cardiocentro Ticino con la collaborazione del Comitato organizzatore dei mondiali di ciclismo Mendrisio 2009, l'11 e 12 settembre scorsi si è svolta al Palazzo dei Congressi di Lugano la prima edizione del convegno "Sport e Cuore: competizione, prevenzione e riabilitazione", evento che ha raccolto la partecipazione di specialisti di cardiologia e di medicina sportiva ma anche di medici di base e di tecnici impegnati nello sport d'élite.

Si è trattato di un evento scientifico particolarmente motivante per tutti, organizzatori e partecipanti, per le tematiche di assoluta attualità che sono state affrontate. In parallelo con i concomitanti campionati mondiali di ciclismo di Mendrisio il Ticino ha ospitato dunque un evento scientifico di livello internazionale, occasione anche per festeggiare il primo decennale di attività della Cardiocentro Ticino.

Si è trattato di un evento scientifico particolarmente motivante per tutti, organizzatori e partecipanti, per le tematiche di assoluta attualità che sono state affrontate. In parallelo con i concomitanti campionati mondiali di ciclismo di Mendrisio il Ticino ha ospitato dunque un evento scientifico di livello internazionale, occasione anche per festeggiare il primo decennale di attività della Cardiocentro Ticino.

VENERDÌ 11 SETTEMBRE

Dopo i saluti di rito e l'introduzione delle autorità locali (on. Beltraminelli per Lugano e on. Croci per Mendrisio, oltre che naturalmente dal direttore sanitario della Fondazione Cardiocentro Ticino, prof. Moccetti), la giornata di venerdì 11 è stata dedicata alla cardiologia e alla fisiologia sportiva. Sono state affrontate e dibattute tematiche legate alle patologie cardiache dell'atleta d'élite e ai principi nutrizionali specifici per l'agonista. Relatori di fama internazionale come il prof. Pelliccia (del CONI di Roma) o come il prof. Carù (emerito ricercatore al CNR di Milano) hanno suscitato grande interesse tra i partecipanti, così come del resto anche i relatori locali (Capoferri, Pezzoli, oltre a chi scrive).

In serata, una conferenza del prof. Sassi del Centro Mapei Sport di Castellanza - aperta anche al pubblico dei non addetti ai lavori, il che ha richiamato al Palazzo dei Congressi tanti appassionati ticinesi di sport - ha ripercorso, alla presenza dell'ospite d'onore Francesco Moser, le appassionanti preparazioni



Mendrisio, campionati mondiali di ciclismo su strada, foto Claudio Benvenuti.

del record dell'ora di Città del Messico del 1984. Davvero ancora entusiasmanti le immagini e il racconto dei protagonisti di quella che, oltre a una impresa storica, ha rappresentato una tappa fondamentale dell'evoluzione della scienza applicata allo sport.

Al termine della serata, la consegna del premio "10 anni cardiocentro Ticino" alle sorelle Marie e Laura Polli, marciatrici luganesi che hanno partecipato a mondiali e olimpiadi, ha inteso sottolineare l'importanza dello sport e dell'impegno sportivo come strumento insostituibile per la promozione di uno stile di vita sano, specialmente tra i giovani, anche in una prospettiva di prevenzione.

SABATO 12 SETTEMBRE

Le due sessioni di sabato 12 settembre hanno affrontato temi di cardiologia preventiva e di cardiologia riabilitativa. Anche in questi importanti ambiti si sono avvicinati relatori di spessore (prof. Saner di Berna, prof.ssa Basso di Padova, dott. Ciardo di Roma), mentre la parte finale della mattinata è stata strutturata con interventi di politica sanitaria per cercare di porre premesse a favore di interventi finalizzati ad attività di prevenzione primaria.

Nel pomeriggio si sono affrontate tematiche relative alla diagnosi differenziale mediante il test cardiopolmonare nella gestione riabilitati-

va dei pazienti con insufficienza cardiaca. Anche in questo contesto i relatori hanno espresso le più importanti e aggiornate evidenze in materia, sulle quali per altro il Servizio di cardiologia riabilitativa e preventiva del Cardiocentro ha ormai sviluppato delle prestazioni di eccellenza.

La soddisfazione di tutti (organizzatori e partecipanti) è stata alla fine gratificante, gli stimoli che si sono messi in movimento hanno coinvolto tutti nell'obiettivo di far diventare questo evento un appuntamento fisso, da organizzare ogni due anni, per portare gli utili aggiornamenti scientifici a tutti gli addetti ai lavori. Un'ulteriore dimostrazione che il Cardiocentro Ticino, oltre alla propria identità di clinica acuta, possiede una vocazione culturalmente orientata alla filosofia della prevenzione della salute.

Buon allenamento a tutti.



Il Cardiocentro presente ai mondiali di ciclismo.

Foto di gruppo al Congresso Sport e Cuore. Intorno all'ospite d'onore Francesco Moser e alle sorelle Marie e Laura Polli, il comitato d'onore e i relatori del congresso.





Lo sport come farmaco

Dr. Tiziano Cassina
Primario di Anestesia
e Cure intensive

Il congresso di medicina sportiva, svoltosi al Palazzo dei Congressi di Lugano all'inizio dello scorso settembre 2009, è stata un'occasione importante di confronto sul significato e il valore della pratica sportiva.

Dal punto di vista del medico, appare particolarmente innovativa e interessante l'idea che lo sport possa essere considerato alla stregua di un farmaco. Innovativo, questo concetto, lo è intanto per la sua carica dirompente nell'ambito di un mondo, quello dello sport, in larga misura dominato dall'idea e dal valore della prestazione. Di più. Se lo sport è "anche" un farmaco, una società sportiva non dev'essere solamente il soggetto finalizzato alla promozione dell'attività competitiva, ma anche un protagonista nell'ambito di una prevenzione o addirittura nella terapia.

Nel corso dei lavori del congresso, questo nuovo modo di guardare allo sport è stato al centro della relazione presentata dal cardiologo e professore Bruno Carù. Egli ha ricordato che alcuni anni fa l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) ha riconosciuto l'attività fisica come una possibile terapia. Forse il nostro compito è ora quello di specificare meglio la terminologia, in quanto parlare di sport significa affrontare un concetto che da vicino o da lontano richiama l'idea di competizione, mentre quando si parla di attività fisica il concetto è più legato al benessere e al piacere che un'attività fisica può portare.

Il concetto di sport come farmaco ci impone inoltre di affrontare la contraddizione (forse solo apparente) tra due realtà difficilmente accostabili, la realtà dello sportivo e la condizione patologica.

L'obiettivo di un trattamento farmacologico è infatti chiaramente quello di correggere un quadro anormale - in termini medici di risolvere una condizione patologica - ma per definizione gli sportivi sono dei soggetti sani. Come per qualsiasi altra terapia dobbiamo inoltre definire la sua corretta prescrizione in termini di quantità e di tempo di "assunzione".

Appare dunque chiaro che dobbiamo cambiare prospettiva e riconoscere all'attività sportiva un ruolo importante per migliorare in nostro benessere. In questa nuova consapevolezza, risulta fondamentale individuare le situazioni per le quali la prescrizione della propria attività fisica può essere utile. Non dimentichiamo che, come tutte le terapie, anche l'attività fisica va adeguata all'individuo e dunque la personalizzazione



Prof. Bruno Carù
ricercatore
al CNR di Milano.



Un toniccissimo dr. Mauri in dirittura d'arrivo all'edizione 2009 della Stralugano.

zazione del trattamento deve essere applicata in modo accurato.

Il compito del medico sarà allora innanzi tutto quello di capire se le risposte che l'atleta chiede al proprio organismo mirano a ottenere un miglioramento in termini di prestazione oppure "solamente" di condizione e benessere. Vanno quindi prese in considerazione le caratteristiche del soggetto come l'età, la ragione che lo spinge a svolgere un'attività fisica, la presenza di fattori di rischio, di eventuali disturbi e la loro entità. Insomma, come avviene per trattamento di qualsiasi malattia, è indispensabile una valutazione preventiva delle condizioni fisiche e solamente dopo un'attenta analisi dei vari parametri è possibile valutare l'utilità della terapia. Ne consegue che non bisogna lanciarsi nella pratica sportiva senza fare prima un bilancio della propria salute. Un trattamento mal praticato può comportare fastidiosi effetti secondari. E in medicina uno dei privi valori è non nuocere.

In conclusione vorrei riassumere dicendo che l'attività fisica è utile a qualsiasi età e sicuramente riduce i fattori di rischio cardiovascolare. Tuttavia, la pratica sportiva non può e non deve prescindere da una prescrizione individuale e da una valutazione preliminare.

Solo rispettando queste regole l'esercizio fisico permetterà di migliorare la qualità della nostra vita.

A Laura e Marie Polli il premio "10 anni CCT"

Durante i lavori del congresso Sport e Cuore, lo scorso 12 settembre alle due marciatrici ticinesi Laura e Marie Polli è stato consegnato il premio "10 anni CCT", alla presenza dell'ospite d'onore Francesco Moser.



Le due marciatrici Laura e Marie Polli in azione.

Luganesi di Cagiallo, Laura e Marie Polli brillano di luce propria nel firmamento sportivo ticinese e svizzero.

Laura, 26 anni, ha incominciato a marciare alla tenera età di 6 anni, seguendo le orme della sorella e del papà Gabriele. Sulle varie distanze ha vinto una ventina di titoli di campionessa svizzera, tra categorie giovanili e assolute. Quest'anno ha vinto la medaglia d'argento sui 5'000m pista, preceduta solo da Marie. Ha partecipato a quattro edizioni della Coppa del Mondo a squadre e a cinque edizioni della Coppa Europa a squadre (ricordiamo che quest'anno con le due sorelle e Corinne Henchoz la Svizzera ha ottenuto il 4° posto, miglior risultato in assoluto da sempre).
Detiene i record svizzeri dei 5'000m pista e della 50km.

Marie ha 28 anni e in carriera ha vinto una trentina di titoli svizzeri. In pratica i titoli nazionali sono una

questione di famiglia. Quest'anno ha vinto il titolo assoluto sui 5'000m pista e nella 10km.

Ha partecipato a un'Olimpiade (Atene 2004, 39° posto), e a due Campionati del Mondo di atletica, nel 2007 a Osaka (21° posto) e lo scorso agosto a Berlino (25° posto). Dal 1999 ad oggi ha partecipato a cinque edizioni della Coppa del Mondo a squadre e a sei edizioni della Coppa Europa.
Detiene i record svizzeri del 10'000m pista e 20km strada.

Giovani interpreti di uno di quegli sport dei quali il grande pubblico si accorge solamente in occasione di Olimpiadi o Campionati del mondo,

Marie e Laura rappresentano per noi il modello di uno stile di vita da promuovere e diffondere, non solo tra i giovani.

La passione per lo sport, l'impegno costante, la fatica che ripaga. Sono valori assoluti e sono anche i caposaldi della prevenzione della malattia cardiovascolare.

Per questo siamo particolarmente felici di assegnare a Marie e Laura Polli il premio che la Fondazione Cardiocentro Ticino ha voluto istituire per celebrare i primi dieci anni del Cardiocentro.

Dieci anni sono un traguardo importante. Sia per noi un felice auspicio consegnare questo premio a due atlete allenate alle lunghe distanze.



INTERVISTA IN DOPPIO



Marie Polli



Laura Polli

Marie	Nome	Laura
29 anni	Età	26
Sagittario (il migliore)	Segno zodiacale	Vergine
Fidanzatissima	Fidanzata o single	mmh cosa recente, spero si tramuti in "fidanzata"
Maturità professionale commerciale	Studi compiuti	Scuola di sartoria, maturità artistica
Impiegata di banca	Attuale occupazione (quando non marci)	Venditrice
Aprire un piccolo albergo/ristorante	Cosa vorresti fare nella vita (a parte marciare)	Tante cose, in futuro la mamma
"Colpa" di papà Gabriele	Perché hai scelto la marcia	Ho seguito mia sorella
A tutto e a niente	A cosa pensi quando marci	Meglio che non lo dico
Tutti i giorni dopo il lavoro (ca. 14 ore la settimana)	Quando e quanto ti alleni	Tutti i giorni x almeno un paio d'ore
Ultimamente un pochino più del solito	Quanto ti pesa l'allenamento	...Se un kg è uguale ad un km, allora circa 12kg
Sulle corte distanze sicuramente Laura	Chi marcia più veloce	Io
Siamo tutte e due ben messe	Chi ha più resistenza	Io
Ce ne sono davvero tante, una in particolare la gara che mi ha permesso di andare ai Giochi	La gara più bella	Naumburg, quando ho mancato il limite x 27"
Dovrebbe essere a fine febbraio 2010	La prossima gara	Lugano 14 marzo 2010
L'eleganza del riccio / Il signore degli anelli	L'ultimo libro letto e quello che porteresti su un'isola deserta	Ingrid Bergman, mi porterei un diario bianco
Non ne ho uno in particolare ascolto un po' di tutto,	Un film che ti è rimasto nel cuore Il brano o il gruppo	Il cacciatore di aquiloni
Mi piace molto Celentano	o l'autore musicale preferito	Un po' di tutto
Vacanza vacanza? Engadina 2008	L'ultima vacanza insieme	L'anno scorso nei Grigioni
Sono timida / è lunatica	Un difetto: tuo e di tua sorella	Io sono insicura, lei brontolona
Sono solare / è determinata	Un pregio: tuo e di tua sorella	Io sono calma, lei anche se non si allena va forte lo stesso

In Ciad con Médecins Sans Frontière



Fredi von Rotz un chirurgo di "cuore".



Nella nostra struttura ospedaliera lavoravano 120 persone del posto legate a MSF.

Dopo nove anni di servizio al CCT, Fredi von Rotz ha deciso di offrire il suo contributo di professionalità (e prima ancora la sua ricchezza umana) alle popolazioni più povere della terra. Mentre pubblichiamo questo numero Fredi si trova nella foresta equatoriale a nord-est del Congo. Quello che segue è il racconto della sua prima missione in Ciad.

Sono partito con Médecins Sans Frontière per portare il mio personale contributo di solidarietà alle popolazioni del Sud del mondo. La mia missione mi ha portato per sei mesi ad Adré una città di circa 12 mila abitanti che si trova a Est del Ciad, lungo la linea di confine con la regione sudanese del Darfur, tristemente nota per il feroce conflitto che la insanguina dal 2003.

Adré non è stato teatro di combattimenti durante il mio soggiorno, ma è considerata zona di guerra imminente, ossia vi è un rischio costante che da un momento all'altro

diventi area di scontro aperto. Tensioni e incidenti sono quotidiani, dovuti alla massiccia presenza militare ciadiana (tra 5 e 10 mila sono soldati di stanza in città) ai frequenti attacchi di predoni nei villaggi vicini, agli scontri interetnici che si trascinano da molti anni, ben prima che la catastrofe umanitaria nel Darfur portasse la regione alla ribalta internazionale.

Al di là della guerra, è impressionante l'abisso che esiste tra le condizioni di vita alle quali siamo abituati noi e quelle che ho avuto sotto gli occhi tutti i giorni ad Adré.

Lì, ma pressoché in tutto il Ciad,

la popolazione vive in estrema povertà e il sostegno alla popolazione da parte del Governo e delle autorità locali è inesistente. Nonostante le considerevoli ricchezze naturali, in particolare dovute alla presenza di giacimenti petroliferi, il Ciad condivide con altri paesi africani la quasi totale assenza di investimenti nei settori dell'istruzione e della sanità. Gran parte del bilancio nazionale se ne va in armamenti e spese militari in genere, e anche questa è un'altra delle tristi caratteristiche comuni a tante realtà africane. Povero tra i più poveri dei paesi africani – è al 175° posto (su 182) nell'ISU, l'indi-

ce di sviluppo umano dalle Nazioni Unite – il Ciad offre ai suoi abitanti una speranza di vita che non supera i 42 anni per gli uomini e 44 per le donne. Spaventosi sono anche i numeri riferiti al tasso di mortalità infantile e materna, come pure all'analfabetismo, che riguarda il 70% degli uomini e l'85% delle donne.

Si viveva perennemente con una sensazione di totale insicurezza, alimentata dalle continue segnalazioni di presunti o reali avvicinamenti dei ribelli. Devo però dire che quando si è concentrati sul proprio lavoro non si pensa troppo al pericolo. E il lavoro certo non mancava.



In sei mesi di missione ad Adré ho eseguito 420 interventi chirurgici, soprattutto per ferite d'arma da fuoco o da taglio.

Nei dintorni di Adré ci sono i campi profughi gestiti dalla Croce Rossa e da altre Organizzazioni non governative, campi che ospitano complessivamente 200 mila persone. Le piccole infermerie dei campi offrono un primo avamposto sanitario, ma i pazienti con ferite gravi o quelli che dovevano essere operati venivano portati ad Adré, l'unico ospedale della regione. Lì poi arrivavano anche dai villaggi distanti un centinaio di chilometri: chi a cavallo, chi sul dorso di un asino, qualche fortunato a bordo di un furgone, per lo più a piedi. In media l'ospedale presta 150 consulenze al giorno, e oltre alla chirurgia c'è la maternità, la

pediatria e un centro nutrizionale dove vengono curati i bambini malnutriti o denutriti. Tutte le cure vengono prestate gratuitamente.

Tutta l'infrastruttura sanitaria dell'ospedale in cui ho operato è stata portata in loco da MSF, come pure tutta l'infrastruttura logistica, per esempio i generatori. Ho trovato dell'ottimo materiale, anche nell'ambito della strumentazione chirurgica. Tutto il materiale medico portato da MSF, che è sempre di buona qualità, rimane in loco a disposizione del personale locale che gestirà la struttura a partire dal ritiro di MSF, previsto entro la fine del 2010.

La speranza è che entro quella data l'ospedale possa essere autosufficiente e per questo uno dei nostri compiti più importanti consiste nella formazione del personale.

Al di fuori della capitale N'Djamena è difficile trovare personale preparato. Nella nostra struttura ospedaliera lavoravano 120 persone del posto legate a MSF e tutte, al momento del mio arrivo, avevano una formazione minima. Tutte persone fortemente motivate, però, e che hanno dimostrato di saper imparare in fretta, a condizione ovviamente che qualcuno le seguisse con impegno. Io ho portato avanti il lavoro che altri volontari di MSF avevano iniziato prima del mio arrivo e ho formato un team di infermieri e di anestesisti. Un aiuto infermiere particolarmente dotato, grazie alla formazione ricevuta è ora addirittura in grado di effettuare interventi semplici, sotto la supervisione del medico a capo del distretto.

Essere riuscito a formare del personale medico locale è stato per me motivo di grande soddisfazione, e più in generale devo dire che la sincera e profonda riconoscenza della popolazione, così come la consapevolezza di essere riuscito a curare molte persone, mi hanno ampiamente ripagato di tanta fatica e tanto lavoro.

SOLIDARIETÀ



Il direttore Fabio Rezzonico con il dott. Augusto Bidonga.

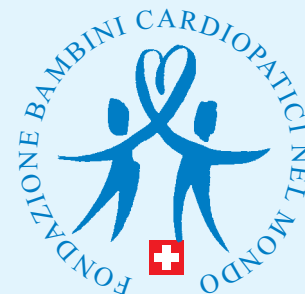
Dopo le turbolenze seguite all'assassinio del presidente João Bernardo Vieira (2 marzo 2009) il progetto Guinea-Bissau ha ripreso slancio, anche grazie alla generosità del signor Armando Rota, titolare della ditta Neolab, al quale esprimiamo il nostro vivo ringraziamento.

Con sostegno economico e organizzativo della Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo, e grazie alla sempre stretta collaborazione con gli amici italiani dell'Associazione, il prossimo 8 dicembre tre bambini verranno operati all'Hospital Universitario Materno Infantile, Las Palmas de Gran Canaria.

Intanto abbiamo ricevuto la graditissima visita del dott. Augusto Bidonga, pediatra della Clinica Bor di Bissau, e siamo particolarmente lieti della lettera di ringraziamento che ci ha voluto inviare e che pubblichiamo qui di seguito

Il progetto

Guinea Bissau



**Fondazione Bambini
Cardiopatici nel Mondo**

Via Tesserete 48
6903 Lugano
Tel. +41 91 805 31 14
Fax +41 91 805 31 12
www.bambinicardiopatici.ch

Lettera di ringraziamento del dott. Augusto Bidonga, pediatra della clinica Bor di Bissau

Carissimi amici, stiamo arrivando alla fine del presente anno e pensiamo bene fare una radiografia delle attività e eventi che hanno marcato la nostra-vostra clinica durante questo anno.

Innanzitutto volevamo evidenziare il fatto che avete compiuto tutti i vostri impegni, offrendo alla clinica, a coloro che ci lavorano e a quanti vengono assistiti, tutto quanto era stato promesso.

Di questa fiducia, disponibilità e generosità vi siamo grati. Allo stesso modo, anche noi, mossi da gratitudine e dalla voglia di lavorare e fare del bene, abbiamo cercato di far fruttare quanto da voi messo a disposizione per il servizio a Bor.

Il gruppo di Vigevano ha reso possibile il pagamento del personale medico e amministrativo. Un'opera non visibile, ma ugualmente importante!

Il gruppo di Rho ha garantito l'acquisto di farmaci e terminato la costruzione della casa per gli ospiti. Siamo quindi in grado di avere una farmacia interna per i nostri pazienti e possiamo ospitare gruppi e volontari che visitano o aiutano le attività della clinica.

Brescia sta terminando gli ultimi dettagli per avviare un blocco operatorio grande, efficiente e a livello europeo. In breve tempo sarà possi-

bile eseguire le prime operazioni contando con una sala pre-operatoria, un blocco operatorio che include anche un apparecchio di radiologia e un post-operatorio. Il tutto per fare operazioni più sicure anche se complesse.

Abbiamo avuto la visita de Nino e Aldo, del Prof. Giovanni Morandi, primario della Chirurgia della Poliambulanza di Brescia e presidente del Rotary Club di Brescia. Sono i responsabili della costruzione e messa in opera del blocco.

In questo momento la clinica sta funzionando con 29 letti per il ricovero.

8 posti, in due stanze, sono dedicati a bambini cardiopatici. Abbiamo anche 5 letti per day hospital.

Attualmente siamo riusciti a evacuare 6 bambini in Portogallo, presso l'ospedale S. Joao de Porto, in coordinazione con AIDA, associazione Spagnola.

È stato anche firmato un protocollo di accordo con il governo Canario per l'evacuazione di bambini cardiopatici. In breve saranno evacuati altri 3 bambini presso l'ospedale Materno Infantile di Gran Canaria, appoggiato dall'associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo (Cardiocentro Ticino e Policlinico San Donato

Milanese). L'ospedale e la chirurgia pediatrica di Bergamo accoglierà a sue spese altri 3 bambini per fine anno. Desejado, già operato in Bergamo, sta bene e si approssima al rientro in Bissau.

A livello interno la clinica ha avuto la visita di Sua Eccellenza Carlos Gomes Jr insieme al Vescovo di Bissau, Dom Camnate Nabissing e altri due ministri: dell'educazione e dell'economia. In altra occasione abbiamo avuto la visita del ministro della salute, Dr. Camillo Simões Pereira.

Terminando volevo manifestarvi la gioia di dar ospitalità alla piccola Anna Clara con l'aiuto del Progetto Anna. Anna Clara è una bellissima bambina che è stata abbandonata subito dopo il parto, per terra, di fianco al cancello della clinica. Ora ha 7 mesi, sta bene ed ha un sorriso bellissimo grazie anche al vostro aiuto. Stiamo cercando una soluzione legale per darle una famiglia e un futuro. Come potete vedere il sorriso di ogni bimbo che passa da Bor lo si deve alla generosità e aiuto di ognuno di voi, Brescia, Rho, Vigevano, e altri.

A nome del personale della clinica di Bor e dei nostri pazienti, desideriamo augurare a voi tutti un felice Natale e prospero anno nuovo.

Augusto Bidonga

Il rischio influenza nel paziente cardiopatico

La vaccinazione anti-influenzale rappresenta il metodo più efficace di prevenzione dall'infezione virale, con un tasso di protezione stimato attorno al 70%.



L'inverno bussa alle porte e con esso anche i soliti malanni di stagione. A farla da padrona è come ogni anno l'influenza stagionale, che di questi tempi rischia purtroppo di confondersi con il virus influenzale AH1N1, meglio noto come "influenza suina".

Ogni anno una percentuale della popolazione variabile fra il 10 e il 20% viene colpita dal virus dell'influenza e una percentuale della popolazione colpita sviluppa complicanze più o meno gravi. Non tutti gli individui tuttavia sono esposti in ugual misura ai rischi di possibili gravi complicanze legate ad essa. Tra le categorie



Nicola Ferrari
Dr. med.

più a rischio vanno annoverati gli anziani, in particolare coloro che vivono nelle case di ricovero, i pazienti che soffrono di malattie interessanti il sistema immunitario, i soggetti che presentano patologie del sistema respiratorio (per esempio la bronchite cronica e/o l'enfisema polmonare), i pazienti con problematiche renali o epatiche, i diabetici, le donne incinte ed infine i pazienti affetti da malattie del sistema cardiocircolatorio. Ed è proprio di quest'ultimo gruppo di pazienti che

vorrei brevemente fare qualche considerazione. Per i cardiopatici, l'aumento del rischio legato alle complicanze è da ricondurre a cause molteplici e spesso concomitanti.

Da una parte va considerato lo stress esercitato dall'infezione virale stessa sul sistema cardiocircolatorio, una condizione che può portare ad un rapido peggioramento della patologia di base, per esempio un infarto miocardico. D'altro canto occorre considerare che una parte di questi pazienti presenta per vari motivi - non da ultimo perché appartengono a fasce di età più avanzata - un indebolimento del sistema immunitario. La prevalenza delle malattie cardiovascolari, penso in particolare all'insufficienza cardiaca, aumenta infatti con l'aumentare dell'età. Una riduzione delle difese dell'organismo implica di conseguenza una maggiore vulnerabilità, sia di fronte all'infezione virale, sia riguardo a possibili infezioni opportunistiche di origine batterica, come per esempio le polmoniti.

Quando si parla di sistema immunitario è inevitabile affrontare il tema della vaccinazione anti-influen-

zale. Essa rappresenta infatti il metodo più efficace di prevenzione dall'infezione virale, con un tasso di protezione stimato attorno al 70%. Come per le altre categorie a rischio, l'Ufficio Federale della Sanità consiglia dunque durante il periodo autunnale la somministrazione del vaccino anche per i pazienti affetti da malattie cardiovascolari. Oltre che ai pazienti a rischio, le autorità sanitarie consigliano la vaccinazione al personale di cura che si trova a stretto contatto con loro. Tenuto conto che gli effetti collaterali sono in generale di poco conto e che le complicazioni legate al vaccino sono molto rare, personalmente ritengo ci siano motivi assolutamente validi per sostenere tali campagne di vaccinazione.

Prima di sottoporsi all'immunizzazione è d'obbligo rivolgersi al proprio medico o a personale specializzato, poiché vi sono rare situazioni in cui la somministrazione del vaccino è controindicata. Segnalo infine che per gli interessati esiste la possibilità di ottenere informazioni dettagliate consultando il sito internet www.infovac.ch.

Festeggiamenti/1

Per festeggiare i 10 anni del CCT e il primo intervento di cardiocirurgia in Ticino è stata organizzata per tutti i dipendenti e per le loro famiglie una "costinata", sabato 18 luglio a Vezia



6 dicembre 2009, ore 18.00, foto Martinez

