

ANNO I - Marzo 2007

via Tesserete 48
CH-6900 Lugano
info@cardiocentro.ch
www.cardiocentro.ch

CCT

M A G A Z I N E

L' ALTRA METÀ DEL CUORE

CONTROLLARE IL DOLORE

DEFIBRILLATORI SUL TERRITORIO

ALIMENTAZIONE PER IL CUORE

**CANDIDATI AL GRAN CONSIGLIO:
MERITANO UN VOTO DI FIDUCIA**



Il CCT spicca il volo con la dottoressa Sara Clivio, campionessa italiana di parapendio cat.junior.





CARDIOCENTROTICINO

Sommario - n. 2 marzo 2007

SALUTE DONNA	4
• <i>L'altra metà del cuore</i>	
DIREZIONE CCT	8
• <i>Un centro di eccellenza nel cuore del Ticino</i>	
SERVIZIO ARITMIE	11
• <i>Il medico aggiunto al CCT</i>	
DIAGNOSTICA	12
• <i>Il laboratorio di Diagnostica Molecolare</i>	
L'OSPITE	14
• <i>Armando Boneff</i>	
CARDIOANESTESIA	16
• <i>Controllare il dolore post-operatorio. Si può e si deve</i>	
SICUREZZA	18
• <i>Defibrillatori sul territorio</i>	
FORMAZIONE	21
• <i>Specializzarsi al Cardiocentro</i>	
COLLABORAZIONI	22
• <i>Regolamento per il personale</i>	
PIONIERI	24
• <i>In ricordo di Andreas Grüntzig</i>	
PREVENZIONE	26
• <i>Alimentazione per il cuore</i>	
TESTIMONIANZE	28
• <i>Medico e non solo</i>	
SOLIDARIETÀ	30
• <i>Il disagio della porta accanto</i>	

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

Grafica: studio grafico Boneff, Lugano

Copyright: Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano

Numero Speciale

Da ragazzo impazzito per il calcio. Quante ore a palleggiare contro il muro di casa, quante finestre rotte, quanti giri del campo con un allenatore che non mi mollava finché crollavo sfinito. Per me la squadra era tutto, la mia vita, le mie speranze, i miei sogni. Lo ammetto, allora avrei pagato moneta falsa per diventare un campione. Non sono diventato campione ed anche il pallone, malgrado tutta la mia buona volontà, mi sembra sempre più lontano. Ma in compenso mi è restata un'enorme passione per la squadra. Quel sogno si è avverato. Poter giocare in una vera squadra!

Azioni a tutto campo, geometrie imprevedibili e spettacolari, sinergie lungo le fasce, gioco a tutto campo con difensori che spingono ed attaccanti che si sacrificano. Non ho mai visto nessuno andare in goal da solo; sì, forse una sola volta quando il libero della nostra squadretta di periferia ha sfondato quattro giocatori ed il portiere e si è incastrato nelle maglie della rete con la palla. Ci vuole chi inventi l'azione, chi la esegua, chi si sacrifichi e chi si esponga.

Ma più di tutto si deve voler bene alla propria squadra, ci si deve sentir parte di un gruppo che vuole vincere. Vincere con gli altri e per gli altri.

Fatte le debite differenze il Cardiocentro mi ricorda per certi versi il mio modesto passato di calciatore. Certo non in termini di risultati. La nostra squadretta di periferia con le magliette rosa tutte rappezzate non poteva certo sperare di competere con i professori bianconeri; il Cardiocentro queste paure e complessi non li ha mai avuti. Qui si gioca sul serio. Non solo per vincere; qui c'è in ballo la salute della nostra gente. Siamo qui, impegnati su diversi fronti, per vedere realizzati i nostri obiettivi nella salute delle persone che curiamo. Con la mentalità giusta: forte, convinta, solidale e vincente.

Da un campo all'altro, si cambia gioco. Rieccoci in campagna elettorale. Passata l'apparente quiete ritorna la tempesta, i toni si riaccendono, le polemiche si infiammano, lo spettacolo sta per avere



Giovanni Pedrazzini

*Sostituto
primario di
Cardiologia*

Continua a pag. 4



da pag.3

inizio. Gente in corsa, sognatori di voti, venditori di speranze, girovaghi del carrozzone elettorale.

Si respira aria di competizione. Corri di qui, telefona di là, non dimenticarti di quell'appuntamento, ricordati di spedire gli inviti... Forse ce la farò. Ogni voto conta, forse sarà quello decisivo.

I partiti si trasformano in squadra, i presidenti in allenatori (mi sembra di averla già sentita questa analogia). Non dimenticatevelo, siamo i migliori. E chissà che qualcuno non si convinca davvero di esserlo, almeno fino al primo di aprile.

Non è facile lanciarsi in politica. Quante minestre elettorali m'è toccato mangiare da ragazzo. Anche se non mi circola così bene, ho la politica nel sangue e so cosa significhi, come si dice in gergo, mettersi a disposizione del partito. Ammiro chi ha il coraggio di farlo, soprattutto chi lo fa con vero idealismo e passione. In ogni avventura, anche in politica, vince chi sa sognare e crede fino in fondo a quello che fa.

Che siate liberali (**Alessandro Del Bufalo, Dante Moccetti**), socialisti (**Gianni Soldati**), pipidini (**Armando Boneff, Renato Ricciardi**) o del Partito del Lavoro (**Gerri Beretta-Piccoli**, peraltro discreto giocatore di calcio), meritate tutto il nostro appoggio ed i nostri auguri. Fateci onore e sappiate trasmettere ai vostri elettori la nostra filosofia. Anche ai politici, quelli veri, non farebbe male sentirsi ogni tanto rematori sulla stessa barca.

Caro Dante, non posso fare a meno di dedicarti il mio ultimo e conclusivo pensiero. Mi farebbe davvero tantissimo piacere vederti arrivare a Bellinzona. Avresti tanto da dire.

Con stima e amicizia
Giovanni

SALUTE DONNA

CARDIOCENTRO 2/07

L'altra metà del cuore

Malattia cardiaca al femminile.

È

opinione diffusa che la malattia cardiaca, e in particolare quella coronarica, colpisca più spesso l'uomo che non la donna.

Ebbene, chiariamo subito che si tratta di una convinzione errata, un luogo comune tanto frequente quanto falso.

In realtà, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte anche nella donna,

e anzi nel sesso femminile la percentuale rispetto a tutti i decessi è superiore che nell'uomo: 44,5% contro 38,1%. Per dare un'idea, la mortalità cardiovascolare nella donna è nove volte superiore a quella per il tumore al seno.



Dr.ssa med. Elena Pasotti
Responsabile servizio di ricerca cardiovascolare

L'evidenza epidemiologica consente di fissare alcuni punti fermi, sui quali vale la pena di soffermarsi a riflettere.

Primo: le donne e gli uomini colpiti da infarto acuto hanno una prognosi differente, e molto più infausta per le donne, che hanno una probabilità di morire più che doppia rispetto agli uomini.

Secondo: rispetto agli uomini, le donne vengono colpite da infarto miocardico acuto in età più avanzata. Lo spostamento è di circa 10 anni.

Terzo: la malattia coronarica si presenta in modo differente nell'uomo e nella donna.

Su queste tre evidenze si può incominciare a dire che sono in relazione tra loro e che la relazione è da ricercarsi nella specifica situazione ormonale femminile e in particolare negli squilibri ormonali legati alla menopausa.

Come è noto - e con parole semplici -, la malattia coronarica è soprattutto causata dallo sviluppo di placche aterosclerotiche all'interno delle coronarie; tali placche, negli anni, portano al progressivo restringimento del diametro del vaso sanguigno (stenosi), tendono a calcificarsi e, nei casi più gravi, si rompono attivando un processo di coagulazione che può occludere completamente l'arteria e provocare un infarto. Ebbene, sappiamo che mentre nell'uomo lo sviluppo delle placche aterosclero-



Foto Tjipress

tiche avviene a partire dai 30 anni di età, la donna incomincia a formare le sue placche dopo la menopausa, dunque verso i 50 anni. Durante la vita fertile, la donna è protetta dagli ormoni sessuali, una protezione nota come “ombrello estrogenico”.

Poiché una placca aterosclerotica giunge a maturazione in un arco di tempo che va dai 15 ai 25 anni, ne consegue che generalmente la donna viene colpita da infarto in età più avanzata.

La menopausa è dunque la chiave che spiega la malattia coronarica nella donna, non solo perché ne determina l'esordio, ma anche perché ne influenza fortemente lo sviluppo. La menopausa, infatti, con i suoi sconvolgimenti ormonali, consegna al futuro una donna più spesso ipertesa, obesa e diabetica. L'aumento dei fattori di rischio aumenta la probabilità dell'infarto e ne aggrava le conseguenze. Se colpita da infarto, la donna avrà sicuramente un maggior numero di complicanze, prima fra tutte l'insufficienza cardiaca.

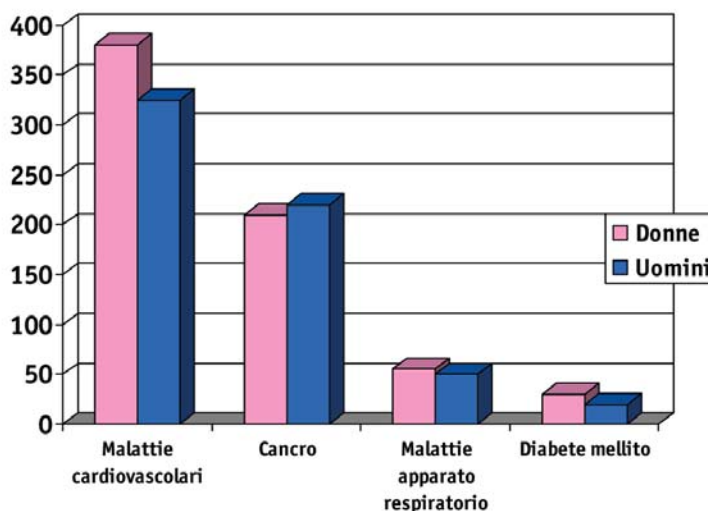
Inoltre, la donna sembra più esposta dell'uomo al fenomeno del vasospasmo coronarico, che può genera-

re episodi ischemici in coronarie apparentemente normali. Anche la cosiddetta “tako tsubo” (sindrome del ballooning ventricolare sinistro apicale transitoria) - una sindrome dalle origini non ancora perfettamente chiarite, fortunatamente transitoria

e con prognosi buona - pare più frequente nelle donne.

Da un punto di vista cardiaco, dunque, si può parlare di una “sindrome del sesso debole”, legata alla particolarità della malattia aterosclerotica della donna.

Principali cause di morte nell'anno 2000 tra la popolazione USA maschile e femminile. Il dato è espresso in migliaia. Fonte: American Heart Association



Fattori di rischio e prevenzione

I fattori di rischio cardiovascolare influenzano nello stesso modo entrambi i sessi, tuttavia alcuni di essi sono specifici e peculiari al sesso femminile. Vediamoli nel dettaglio.

Fumo di sigaretta

Vi sono evidenze scientifiche che il fumo è più dannoso nella donna, promuovendo l'insorgere della malattia coronarica. Anche le fumatrici più moderate (1-5 sigarette al giorno) presentano un rischio cardiovascolare più che doppio rispetto alle non fumatrici. Il dato allarmante è poi soprattutto nel trend di evoluzione del tabagismo tra la popolazione femminile: le donne fumatrici sono in aumento, mentre si osserva una diminuzione del tabagismo negli uomini. Va d'altra parte ricordato che il rischio cardiovascolare legato al fumo diminuisce molto in fretta non appena si smette di fumare e si annulla in 3-5 anni. La prevenzione è una sola. Smettere.

Iperensione

È stata dimostrata una forte associazione tra ipertensione arteriosa e morte precoce nella donna; inoltre l'ipertensione si associa alla malattia coronarica in modo più forte che nell'uomo. Il controllo dell'ipertensione è molto importante e si tradu-

ce in una riduzione del 60% della mortalità legata alla malattia cardiovascolare.

Elevato tasso di colesterolo

Anche nel sesso femminile è stata dimostrata una correlazione tra il livello di colesterolo totale e la malattia coronarica. Un elevato livello di colesterolo cosiddetto "buono" (HDL) è un importante fattore protettivo, ma nella donna si è visto che tale il valore del colesterolo HDL considerato come protettivo è molto più alto rispetto all'uomo. Considerando il basso rischio a breve termine, nelle donne che sviluppano un'ipercolesterolemia in post menopausa si tende oggi a privilegiare un trattamento non farmacologico, trattamento invece raccomandato se un alto livello di colesterolo si somma ad altri fattori di rischio. D'altra parte nelle donne coronaropatiche è consigliata una terapia molto aggressiva, con l'obiettivo di raggiungere un valore di colesterolo "cattivo" LDL di 2,3-2,6 mmol/l (70-100 mg/dl).

Diabete

È un fattore di rischio molto più importante nelle donne che negli uomini, a causa dell'effetto particolarmente negativo del diabete sui lipidi e sulla pressione arteriosa nelle donne. Inoltre nella donna cardiopatica il diabete è più difficilmente controllabile, innescando un meccanismo dannoso che porta alla progressione della malattia coronarica. Tuttavia il vero problema è l'associazione del diabete ad altri fattori di rischio, che dunque nelle donne diabetiche vanno particolarmente controllati. Cessazione del fumo, riduzione del colesterolo LDL e della pressione arteriosa sono fortemente raccomandati.

Va inoltre considerato con molta attenzione l'insorgere del diabete in gravidanza, un campanello di allarme che deve essere oggetto di una precoce prevenzione.

Come valutare la presenza di malattia?

Nel caso vi sia un sospetto di una malattia a livello dei vasi del cuore (coronariche) vengono effettuate diverse indagini. Si inizia da quelle più semplici, che vengono dette "non invasive", come l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma e la prova da sforzo al cicloergometro, ma che presentano lo svantaggio di non riuscire sempre a mettere in evidenza la malattia anche quando questa è presente; in caso il dubbio persista, diventa quindi necessario eseguire ulteriori esami, considerati più invasivi (o "semi-invasivi"), come la scintigrafia miocardica, nella quale viene somministrata al paziente una sostanza debolmente radioattiva, che fissandosi nelle cellule del miocardio fornisce informazioni sulla vi-

Obesità

È un fattore di rischio in aumento, con un'incidenza del 18% delle donne contro il 14% degli uomini. L'obesità porta con sé sfavorevoli azioni metaboliche, ma è soprattutto l'obesità addominale che predispone di più le donne all'ipertensione, al diabete, all'ipercolesterolemia e in ultima istanza alla malattia coronarica. Le raccomandazioni invitano a raggiungere un obiettivo di indice di massa corporea compreso tra 18,5 e 24,9 e una circonferenza vita non superiore agli 80 cm. Con indice di massa corporea tra 25 e 34 la circonferenza vita non dovrebbe comunque superare gli 88 cm. Ricordiamo che l'indice di massa corporea si misura dividendo il peso corporeo espresso in kg per il quadrato

dell'altezza espressa in metri (una donna di 65 kg e 1,65 m di altezza avrà dunque un indice di massa corporea pari a 24).

Sindrome metabolica

La sindrome metabolica identifica una condizione clinica complessa, associata a una progressiva resistenza all'insulina naturalmente prodotta dal pancreas. La presenza di questa condizione clinica esercita un peso rilevante come fattore di rischio cardiovascolare, specialmente in post-menopausa.

Terapia ormonale sostitutiva

La necessità di una terapia ormonale sostitutiva in menopausa è oggetto di studi e discussioni, anche se è stato documentato un discreto

impatto benefico dei regimi ormonali sostitutivi. Non sembra tuttavia una differenza significativa tra le donne con e senza terapia sostitutiva in relazione all'incidenza di morte per infarto miocardico e d'altra parte gli estrogeni possono presentare effetti potenzialmente dannosi che devono essere tenuti in considerazione (aumentato rischio di ictus, aumentato rischio di tumore alla mammella). Le più aggiornate linee guida suggeriscono che la scelta della terapia sostitutiva vada valutata caso per caso, valutando attentamente benefici e rischi.



Coronaria normale.



Coronaria con stenosi.

talità e sull'eventuale presenza di ischemie.

L'esame che permette di valutare con certezza la presenza di malattia e, contemporaneamente, il trattamento di essa, è la coronarografia; tale esame è, però, "invasivo"; comporta infatti maggiore disagio per il paziente, in quanto è generalmente necessario il ricovero per almeno una notte, viene somministrato un mezzo di contrasto (con un rischio, anche se basso, di reazioni allergiche), il paziente viene esposto a radiazioni e inoltre, essendo necessario introdurre un catetere all'interno di un'arteria periferica, non è esente da complicanze.

Una metodica innovativa, che è sta-

ta recentemente validata da diversi studi scientifici e che ha portato un certo entusiasmo in quanto in grado, come la coronarografia, di valutare con certezza la presenza di malattia, ma con il vantaggio di non essere invasiva per il paziente (in quanto non è necessario il ricovero né l'introduzione di cateteri), è la cardio-TC (Tomografia Computerizzata del cuore). È un esame facile da eseguire (l'esame in sé dura pochi secondi!) e ben tollerato. Anch'esso però richiede la somministrazione di mezzo di contrasto ed espone il soggetto a radiazioni.

L'esperienza del Cardiocentro Ticino con l'utilizzo di questa metodica soprattutto nella diagnosi di malattia

nelle donne è molto positiva. Nell'ultimo anno in un totale di 203 donne che si sono recate presso questo centro con il sospetto di malattia delle coronarie, è stato possibile, tramite la TC, escludere tale malattia in ben 129 di esse; ancora più importante il fatto che soltanto 27 donne su 203 hanno dovuto subire una coronarografia allo scopo di trattare quei vasi malati che erano stati individuati tramite la TC.

Questi che sembrano solo numeri sono in realtà dei dati che nel mondo scientifico stanno avendo una enorme risonanza, tanto che si pensa che la TC diventerà una delle indagini principali nello studio dei soggetti (sia di sesso maschile che femminile) con il sospetto di una malattia a carico delle coronarie.

Un centro di eccellenza nel cuore del Ticino



1998. Si costruisce il Cardiocentro.



Intervista a Dante Moccetti

Direttore aggiunto
del Cardiocentro Ticino

Cosa significa lavorare "senza camice" in una clinica come il Cardiocentro? Quali "talenti" occorre saper mettere in gioco?

Credo servano soprattutto capacità gestionali, ma serve anche progettualità e non guasta certo una buona dose di diplomazia. Abbiamo oltre 260 collaboratori, che si impegnano con umiltà e professionalità 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno per i nostri pazienti e rappresentano sicuramente il più importante capitale del nostro Cardiocentro. Devo comunque premettere che considero una grande fortuna quella di poter lavorare fianco a fianco con il direttore, Fabio Rezzonico, capace di grande passione e determinazione e stimato da tutti per la sua concretezza e trasparenza.

Nel 1994 - del Cardiocentro Ticino esisteva solo l'idea - lei era responsabile e coordinatore generale del progetto di costruzione della clinica. Cosa ricorda degli anni della progettazione, della costruzione, dell'avvio di un ospedale dal nulla?



D

ante Moccetti è direttore aggiunto del Cardiocentro Ticino, un ruolo amministrativo e gestionale

che ricopre dal 1999, cioè dalla nascita della clinica. Ancora prima di quella data, tuttavia, si è dedicato anima e corpo del Cardiocentro, seguendone giorno per giorno la gestazione e poi la costruzione.



Dante Moccetti

Ricordo quegli anni con molta nostalgia, anche se mi capita ancora di svegliarmi la notte con l'idea che siamo in ritardo sui tempi, che manca questo o quello, che occorre sollecitare quel fornitore, ordinare quel materiale. Però ricordo soprattutto che si era tutti contagiati da un grande entusiasmo e dalla consapevolezza che si stesse costruendo qualcosa di importante. Il mio pensiero va in particolare al presidente di allora, avvocato Sandro Bernasconi, scomparso prematuramente. Per me è stato un punto di riferimento: talvolta severo maestro ma sempre capace di stimolarmi. Credo poi che noi tutti si debba essere riconoscenti verso il primo, pionieristico Consiglio di Fondazione, che insieme con l'attuale presidente, architetto Giorgio Giudici, affrontò i momenti più difficili e seppe tenere ben fermo il timone durante la tempesta...

Ecco, la stagione delle polemiche, delle lotte, probabilmente delle invidie...

Sì, una stagione che spero definitivamente alle spalle. Non serve a nessuno riaprire vecchie polemiche. Certo - come si dice - il tempo è galantuomo... e alla fine ci ha dato ragione. Prima di lui, comunque e per

fortuna, ci avevano dato ragione due importanti sentenze del Consiglio Federale.

E oggi? Visto in un'ottica non medico-scientifica (ammesso che ciò sia possibile) cos'è oggi il Cardiocentro Ticino?

Io credo davvero che il nostro Cardiocentro sia un modello, e mi conforta vedere che crescono le richieste di convenzioni con istituti universitari nazionali e internazionali, che ci chiedono di mandare i loro specializzandi per master e stages di formazione. Un buon segnale è anche la crescente presenza di car-

Nato a Sorengo il 4 agosto 1970, Dante Moccetti vive a Lugano. La sua storia lavorativa è strettamente legata a quella del Cardiocentro Ticino. Nel 1994 è responsabile e coordinatore generale del progetto di realizzazione della clinica; dal 1999 è direttore aggiunto e segretario del Consiglio di Fondazione. Oltre che nella gestione amministrativa ordinaria, il suo impegno specifico - come pure il suo contributo più originale - si precisano nell'elaborazione e nella cura di progetti finalizzati a creare valore e occasioni di sviluppo per la sanità ticinese.

Swiss Stem Cells Bank (SSCB) - la prima banca privata svizzera per la conservazione autologa delle cellule staminali del cordone ombelicale, di cui Dante Moccetti è presidente del Consiglio di Amministrazione - è uno di questi progetti. Fondata nel 2004, la banca è oggi una realtà leader di mercato a livello internazionale.

Nel settore del volontariato e del non-profit, Dante Moccetti tiene in particolare a segnalare il suo impegno per la Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo.

diologi e cardiocirurghi stranieri ai nostri congressi. Siamo sempre più conosciuti e sempre più autorevoli.

Ma la sanità ha dei costi altissimi, e non si può pensare di aumentarli indefinitamente.

Nessuno lo nega, ci mancherebbe. Ma occorre precisare alcune cose. Intanto va detto che il Ticino e la Svizzera vantano un modello sociale (di cui la sanità è parte importantissima) di qualità. Lì si misura il benessere della nostra nazione e io faccio parte dei tanti che alla qualità della nostra sanità ci tengono; vorrei quantomeno mantenerlo al-

Intervista a Dante Moccetti, dir. aggiunto del CCT

l'attuale livello, per i miei e i nostri figli. La qualità costa: costa la medicina di qualità come costa una rete di trasporti di qualità, ecc. Intendiamoci, questo non significa affatto derogare agli obblighi di una irrinunciabile oculatezza, ma occorre guardare in faccia la realtà senza ipocrisie. Voglio sottolineare che se è vero che la medicina sostenuta dalla tecnologia costa, è ancora più vero che a costare sono soprattutto i dop-pioni.

Una seconda considerazione, rispetto ai costi, è che essi sono alti anche a Zurigo, non solo in Ticino. E allora io credo che il paziente ticinese sia più tranquillo se può contare su una medicina di qualità "in casa". Non solo. Credo anche che sia giusto offrire al Ticino la possibilità di mettere a frutto le occasioni di sviluppo generate da una medicina di qualità.

Occasioni di sviluppo?

Proprio così, e sono assolutamente convinto che limitarsi a considerare la sanità come un costo sia un grave errore di prospettiva. Mettendo per un istante tra parentesi i benefici per il paziente, è fuori di dubbio che più si qualifica la medicina, più aumenta la possibilità ricavarne vantaggi per la collettività.

Possiamo fare un esempio concreto?

Certo. L'esempio è la Banca delle Cellule Staminali, una realtà nata a partire da un'offerta terapeutica d'avanguardia. Ma andiamo

con ordine, attribuiamo agli eventi il loro significato e quindi proviamo a trarre delle conclusioni.

Anno 2004. Il Cardiocentro - primo in Svizzera e tra i primissimi in Europa - avvia uno studio clinico che prevede l'utilizzo delle cellule staminali autologhe nella terapia per l'infarto miocardico. È uno studio pionieristico, reso possibile dalla qualità profes-sionale dei nostri cardiologi

ma anche dalla collaborazione e dalla sinergia con il Laboratorio di Diagnostica Molecolare (una collaborazione cercata, dunque frutto di una progettualità). Da quella collaborazione nasce l'idea di

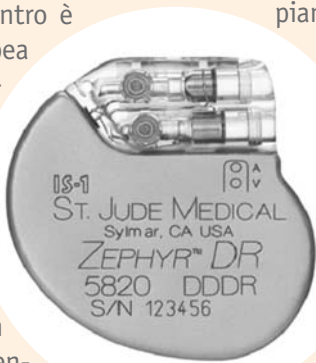
istituire una banca di cellule staminali, privata e autologa. Oggi, grazie a quella banca si sono creati posti di lavoro e si ricavano degli utili che vengono in parte reinvestiti nella ricerca. Così si apre la strada ad altri progetti e a nuovi sviluppi. Insomma si è creato un circolo virtuoso. Se ne conclude che una medicina di qualità non è solo un costo, ma - appunto - anche un'enorme opportunità.

In queste cose io ci credo, ma è chiaro che le occasioni vanno cercate e che quelle migliori le trovi se arrivi prima degli altri, dunque nei settori più d'avanguardia e più gravidi di prospettive. Altrettanto evidente è che non basta poter contare su ottimi medici e scienziati, ma occorre saper fare sistema, sviluppare sinergie, individuare e valorizzare i punti di forza e le migliori energie.

Credo che il paziente ticinese sia più tranquillo se può contare su una medicina di qualità "in casa"

L'americana St. Jude Medical sceglie il CCT per una prima europea

Il 13 marzo al nostro Cardiocentro è stato impiantato in prima europea un pacemaker di nuova generazione. Prodotto dall'americana St. Jude Medical, il dispositivo medico rappresenta un importante passo avanti nella direzione di una sempre maggiore sicurezza per il paziente. Grazie a un nuovo algoritmo, infatti, il pacemaker è infatti in grado di autocontrollare elettronicamente entrambi i canali (cioè non solo l'elettrodo posizionato nel ventricolo ma anche quello im-



piantato nell'atrio), stabilendo in tempo reale l'intensità della stimolazione cardiaca di cui il paziente necessita. In questo modo il muscolo cardiaco può contrarsi nel modo più fisiologico possibile. Altre due importanti caratteristiche del pacemaker si riassumono nella sua capacità di resettarsi ogni otto ore e nei materiali innovativi con cui sono stati realizzati gli elettrodi. Un'innovazione, quest'ultima, particolarmente vantaggiosa in caso di futuri riposizionamenti degli elettrodi.

Il medico aggiunto

al Cardiocentro Ticino

Uno dei legami più importanti del Cardiocentro col territorio.

Dr. med.
Alessandro
Del Bufalo
Responsabile
Servizio Aritmie
Cardiache

ti

Elezioni cantonali
del 1° aprile 2007

per il Gran Consiglio

Lista n.3 PLR
Candidato n.9

R

icordo che un giorno il professor Moccetti, parlando dei medici aggiunti, li definì "uno dei legami più importanti del Cardiocentro col territorio". Ma cosa significa es-

sere medici aggiunti?

Per poter comprendere l'esperienza particolare che questo ruolo comporta, occorre considerare innanzi tutto i due mondi professionali che esso accomuna e racchiude in un solo ruolo, il mondo dei liberi professionisti e quello delle strutture ospedaliere.

Il libero professionista, lo dice la parola stessa, è un medico che esercita liberamente nel proprio studio, cioè in un ambiente che ha il grande vantaggio di favorire una relazione più rilassata ed intima tra medico e paziente, contribuendo a realizzare in modo ottimale l'indispensabile rapporto di fiducia ne-

cessario al trattamento. Per il medico aggiunto che ha accesso diretto ad una struttura ospedaliera, significa poter continuare questo rapporto privilegiato col paziente e garantirgli le migliori tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Per me personalmente, significa inoltre poter offrire ai miei pazienti le migliori cure disponibili, contribuendo in prima persona alla maggior parte dei loro interventi, dalla dilatazione col palloncino, alla posa di pacemaker e defibrillatori, all'eliminazione delle aritmie tramite l'ablazione con la radiofrequenza.

Per il paziente infine, il medico aggiunto significa soprattutto la possibilità di mantenere la continuità della relazione personale col proprio medico di fiducia, avere sempre lo stesso punto di riferimento, umano e professionale.

Insomma, un valore aggiunto importante per la struttura, il medico ed il paziente.

Alessandro Del Bufalo

Nato nel 1960 a Lugano, Alessandro Del Bufalo si laurea in Medicina a Zurigo nel 1985 e si specializza in medicina interna e cardiologia lavorando a Lugano, a Losanna e infine a Boston. Dal 1994 lavora a Lugano, dapprima all'Ospedale Civi-

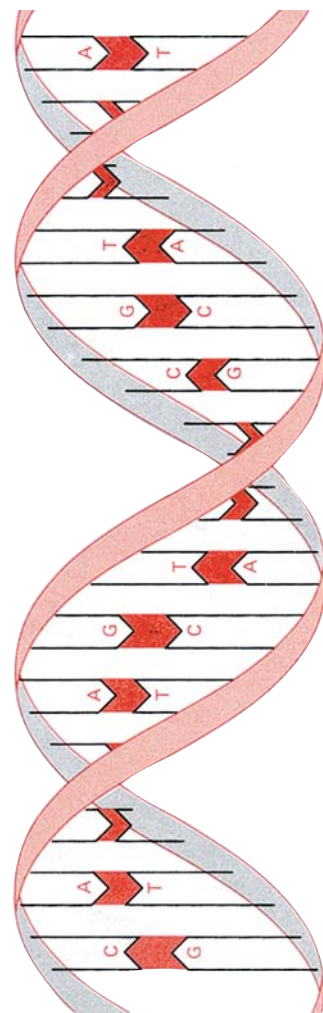
co, quindi al Cardiocentro Ticino come Responsabile del Servizio Aritmie Cardiache.

Ha uno studio privato a Mendrisio, dove svolge attività ambulatoriale ed è consulente per i disturbi del ritmo cardiaco per tutti gli ospedali dell'Ente Ospedaliero Cantonale. Sposato e padre di tre figli, dal 1999

è deputato in Gran Consiglio per il Partito Liberale Radicale, membro della "Commissione scolastica", della "Commissione sanitaria" (di cui è stato Presidente nel 2005-2006) e della "Commissione di pianificazione ospedaliera".

Il Laboratorio di Diagnostica Molecolare

La prima struttura fondata in Svizzera interamente dedicata all'applicazione della biologia molecolare alla diagnosi delle malattie genetiche.



**Dr. Ph.D
Gianni Soldati**
*Direttore
del Laboratorio
di Diagnostica
Molecolare*



A

cinquant'anni dalla scoperta del DNA da parte di Francis Crick e James Watson (1953) e a vent'anni dalla scoperta dell'amplificazione di frammenti

di DNA con la PCR di Kary Mullis (1984), abbiamo assistito negli ultimi anni alla creazione di laboratori che applicano tecniche molecolari a scopo medico-diagnostico.

Il Laboratorio di Diagnostica Molecolare (LDM) è stata la prima struttura fondata in Svizzera interamente dedicata all'applicazione della biologia molecolare alla diagnosi delle malattie genetiche. LDM è stato fondato all'inizio del 1998 da Gianni Soldati e Tiziano Balmelli per raccogliere e rispondere alla domanda crescente di diagnostica molecolare in ambito clinico. Le analisi proposte dal LDM vanno dalla detezione con metodi molecolari di microorganismi alla messa in evidenza di mutazioni che danno luogo a malattie genetiche.

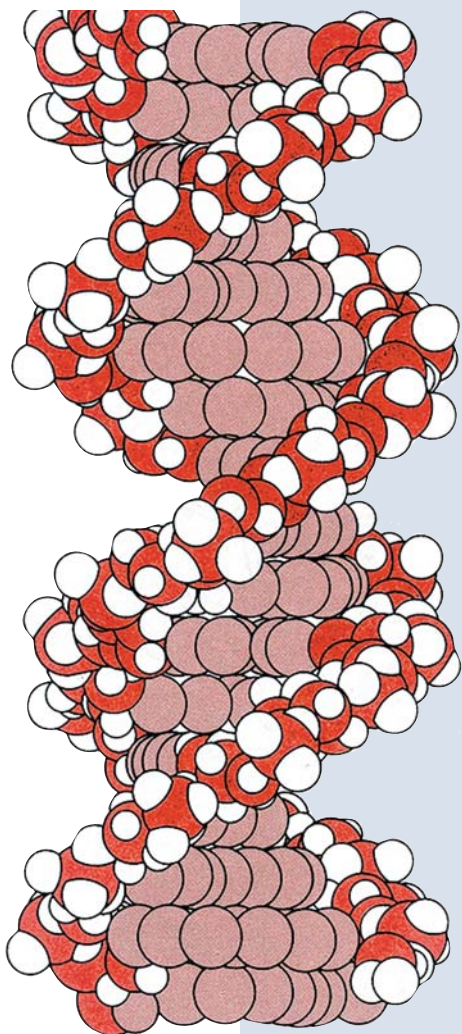
Una struttura dedicata al DNA

A tutti è conosciuta la familiarità delle malattie, in particolare di quelle cardiovascolari, dove la componente genetica è considerata sempre più importante. Recentemente con la sequenza del genoma umano si è aperto un nuovo grande capitolo per la medicina, la messa in evidenza di particolari cambiamenti nella sequenza del DNA (polimorfismi) che portano ad un aumentato/diminuito rischio di sviluppare determinate patologie.

Il LDM è organizzato sulla base di una Società Anonima ed è situato all'interno del

Cardiocentro Ticino a Lugano. Fornisce i propri servizi sia a strutture pubbliche (Ospedali) che

private (Cliniche, studi medici, Laboratori) di tutta la Svizzera. La Direzione del Laboratorio è affidata al Dr. Gianni Soldati ed al Dr. FAMH Mauro Gola. L'analitica proposta dal LDM è basata sull'amplificazione del DNA tramite PCR e può essere suddivisa in analisi genetiche e microbiologiche (il formulario delle analisi può essere scaricato direttamente dal sito www.LDM.ch). In quelle genetiche si mettono in evidenza delle mutazioni/poli-



morfismi sul DNA umano che sono responsabili di malattie genetiche (fibrosi cistica ecc...) o di un rischio aumentato a sviluppare una determinata patologia (malattie cardiovascolari, Alzheimer ecc...). In ambito microbiologico si mette in evidenza il genoma di microorganismi. Un nuovo settore analitico che deriva direttamente dalla variabilità individuale alla risposta ai medicinali, ha visto l'unione della farmacologia e della biologia molecolare (farmacogenetica) nella ricerca di mutazioni/polimorfismi responsabili di questa variabilità. In questo tipo di approccio vengono analizzati i geni coinvolti nel metabolismo di un farmaco (prevalentemente i citocromi P450) allo scopo di identificare delle mutazioni/polimorfismi che causano un metabolismo accelerato o rallentato di un medicamentato definito con dei conseguenti effetti collaterali tossici (metabolismo rallentato) o un man-

cato effetto (metabolismo accelerato). Sarà così possibile adattare i farmaci ed i loro dosaggi al paziente limitando gli effetti avversi dovuti alla variabilità individuale.

Da diversi anni il nostro laboratorio si è inoltre specializzato nell'allestimento di carte d'identità genetica che sono utilizzate sia in medicina legale (nella tipizzazione delle tracce provenienti dai luoghi di crimini) che per l'accertamento di paternità.

Il LDM investe costantemente nella ricerca e sviluppo finalizzata ad introdurre nuove metodiche analitiche nella routine cercando così di contribuire al costante miglioramento della medicina di laboratorio ma anche partecipando a numerosi progetti di ricerca applicata e di base che spaziano dalla farmacogenetica alla biologia molecolare e cellulare.

Gianni Soldati

Nato nel 1958 a Lugano, Gianni Soldati ha studiato a Lugano e a Ginevra, Facoltà di Scienze, dove nel 1985 ha ottenuto il diploma in Biologia presso il "Centre Médical Universitaire" (CMU). Ha poi concluso il suo Ph.D a Locarno, presso il "Centro di Endocrinologia per la Riproduzione" diretto dai Dr. M. Balerna e Dr. A. Campana.

Nel 1991 ha conseguito la sua tesi di Ph.D all'Università di Basilea dove ha effettuato un periodo post-dottorato presso il "Friedrich Miescher Institut" e il "Zentrum für Lehre und Forschung".

Tornato a Locarno, ha lavorato per 5 anni sulla diagnosi molecolare dei tumori presso il "Servizio Oncologico Cantonale" con il Prof. F. Cavalli. Risale al 1996 l'idea di creare una struttura nella quale la biologia molecolare potesse servire alla diagnosi clinica; l'idea si concretizza all'inizio del 1998, quando il Laboratorio di Diagnostica Molecolare diventa finalmente una realtà.

Nel 2004 è nominato docente presso l'Università dell'Insubria, dove attualmente insegna farmacogenomica. Nello stesso 2004 il Laboratorio di Diagnostica Molecolare si trasferisce al Cardiocentro Ticino dove, in collaborazione con la clinica, viene eseguito il primo trapianto svizzero di cellule staminali in un paziente con infarto. Nel 2005 è co-fondatore della Swiss Stem Cells Bank di Lugano, una struttura dedicata alla raccolta e conservazione delle cellule staminali contenute nel sangue di cordone ombelicale.

Attualmente è direttore del Laboratorio di Diagnostica Molecolare, direttore scientifico della Swiss Stem Cells Bank e responsabile dell'Unità di Terapie Cellulari del Cardiocentro Ticino.

Un politico di parte?

Sì, dalla parte del Ticino...

Armando Boneff, da vignettista sul Giornale del Popolo a granconsigliere. Consulente della comunicazione per lo staff del Cardiocentro.



Armando Boneff
Deputato PPD
(uscente)



D

a quanto tempo è entrato in politica?

Ogni cittadino attivo quando partecipa al raggiungimento di una decisione che ha delle ripercussioni su altre persone (familiari, dipendenti, ecc.) di fatto "fa politica". Come marito, padre, vignettista e piccolo imprenditore è mezza vita che compio questo esercizio. Se invece si riferisce alla politica cosiddetta "attiva", la mia appartenenza "ufficiale" al PPD precede di poco la mia candidatura con la successiva elezione in Gran Consiglio, cioè quattro anni fa. Prima, pur avendo le mie convinzioni ispirate dai valori cristiani e applicate secondo una visione economica di stampo liberale, mi reputavo un libero pensatore.

Qual è il bilancio personale della sua prima legislatura in Gran Consiglio?

Dopo aver imparato a non personalizzare i conflitti e a digerire le sconfitte, ho lavorato parecchio su me stesso per evitare l'assuefazione al "così fan tutti" che l'ambiente poli-



Vignetta del 1999 pubblicata sul GdP

tico a volte ti sussurra all'orecchio. Essere un politico "nuovo" ma pur sempre un uomo di mezza età, mi ha consentito di resistere alle pressioni e a dare la precedenza alla voce della mia coscienza. Concludo dunque il mio quadriennio di "apprendistato" parlamentare con la serenità di aver agito in ogni ambito nell'interesse collettivo, con particolare riferimento alle cittadine e ai cittadini più svantaggiati, sia con atti parlamentari mirati, sia nelle tre Commissioni di cui sono membro: la "scolastica", la "sanitaria" e quella "di sorveglianza sulle condizioni di detenzione" che ho presieduto da maggio 2005 a maggio 2006.

Cosa le sta bene e cosa vorrebbe cambiasse nella politica del Cantone?

Sono favorevole al mantenimento del sistema proporzionale perché, malgrado il tributo pagato in "lungaggini" causate dalla ricerca del consenso, sono convinto che meglio rifletta la nostra mentalità e lo spirito democratico che, fortunatamente, è sempre vivo indipendentemente dall'ideologia di riferi-

mento. Auspicio altresì un consolidamento dell'intesa fra le forze di centro su una base programmatica, almeno a medio termine. Questi accordi, per essere "stabili" e produttivi vanno discussi nei rispettivi consessi dei partiti e spiegati alla base (le decisioni del Parlamento non dovrebbero rischiare ogni volta di venir smentite dal popolo).

Inoltre ritengo che anziché spendere inutilmente preziose energie in litigi fratricidi che rischiano di compromettere l'immagine di tutto il Paese, sarebbe auspicabile migliorare la qualità delle relazioni fuori dai confini cantonali, a Nord con i Cantoni "che contano" e a Sud con le Regioni insubriche.

La Sua impressione sulla politica sanitaria cantonale?

Purtroppo siamo abituati a sentir parlare di sanità prevalentemente in termini di spesa, più raramente in termini di qualità. In parte ciò è giustificato perché effettivamente l'aumento esponenziale dei costi è preoccupante e gli sprechi vanno assolutamente eliminati. E' indubbio che il premio della Cassa malati gravi pesantemente sul budget delle famiglie e che occorra garantire il sussidio ai redditi più bassi.

La Cassa malati unica federale è stata spazzata via dalla recente votazione popolare. Ciò non toglie che occorra ridurre lo strapotere di SantéSuisse e liberare le risorse per aiutare chi è in difficoltà. In questa direzione, al fine del diritto al sussidio, va la proposta attualmente in consultazione di considerare il reddito disponibile anziché quello imponibile. Oggi godono dell'aiuto statale persone con redditi di oltre centomila franchi!

Parlando in termini qualitativi, dobbiamo essere fieri delle realtà presenti nel nostro Cantone e vigilare affinché le correnti stataliste non soffochino l'iniziativa privata per motivi meramente ideologici. L'esperienza maturata nei centri di competenza come ad esempio il Car-

CHIRURGIA VASCOLARE, PUR DI SNOBBARE I PRIVATI, L'ENTE OSPEDALIERO CANTONALE NON BADA AI COSTI?



Occorre vigilare affinché le correnti stataliste non soffochino l'iniziativa privata per motivi meramente ideologici.

diocentro Ticino e la Banca delle cellule staminali, oltre a far beneficiare i pazienti ticinesi, è un valore aggiunto anche in termini economici (sviluppo della ricerca con partner internazionali, creazione di competenze indigene, offerta di numerosi posti di lavoro qualificati).

Tre ragioni per cui si ricandida

1) Desidero continuare ad occuparmi della fascia di popolazione più svantaggiata, in particolare del disagio giovanile, delle famiglie in difficoltà e delle persone con handicap (alla luce della nuova perequazione federale).

2) Desidero far fruttificare le ottime relazioni interpersonali collaborando con tutti i colleghi che hanno un approccio positivo e moderato su tutte le problematiche.

3) Nell'ambito dell'indispensabile risanamento delle finanze cantonali, ritengo utile che fra i "VIP" siedano cittadini che condividendo le preoccupazioni della maggioranza dei Ticinesi, portino una testimonianza diretta per una realistica valutazione dell'incidenza dei sacrifici nel "ménage" familiare. Misure decise senza cognizione di causa risultano poi difficilmente applicabili.

Armando Boneff

Nato a Sorengo il 5 giugno del 1953
Attinente di Basilea (BS) e Bolligen (BE)
Domiciliato a Lugano
Sposato con Laura Di Donato dal 1979
e padre di Marco nato nel 1982.

Diploma e specializzazione - 6 anni - al CSIA di Lugano
Nel 1977 ha aperto lo studio grafico a Lugano
Dal 1995 è Socio gerente Pro-Media Lugano Sagl
Dal 1997 è vignettista sul Giornale del Popolo
Iscritto all'Associazione Ticinese dei Giornalisti/ATG

Membro del Consiglio di Fondazione OTAF
Presidente dell'Associazione Amici del GdP
Cassiere dell'Associazione Amici del Cardiocentro TI
Membro di Comitato Azienda sociale "L'Orto"
Membro di Comitato Associazione Vivi Molino Nuovo

Eletto in Gran Consiglio il 6 aprile 2003
Commissioni: Sanitaria, Scolastica e Sorveglianza sulle condizioni di detenzione (presidente anno 2005-06).

Controllare il dolore post-operatorio Si può e si deve

Per l'anestesista, eliminare o ridurre il dolore rendendolo accettabile è un obiettivo primario.



Dr. med. Gabriele Casso,
*Capoclinica di
Cardioanestesia
e Cure intensive
&
Tiziano Cassina
Primario di
Cardioanestesia
e Cure intensive*

L

a maggior parte degli interventi chirurgici comporta dolore, e tuttavia oggi l'intervento chirurgico non deve essere sinonimo di sofferenza. Il dolore, infatti, può e anzi deve essere combattuto e controllato.

Per l'anestesista, eliminare o ridurre il dolore rendendolo accettabile è un obiettivo primario di per sé ed è diventato un obiettivo primario anche per i vantaggi clinici che ciò comporta: riduzione delle complicanze post-operatorie, mobilitazione precoce del paziente, riduzione dei tempi (e dunque dei costi) di degenza ospedaliera. Non solo. Recenti studi hanno dimostrato che un trattamento aggressivo e precoce del dolore post-operatorio acuto diminuisce sensibilmente le probabilità che tale dolore diventi cronico e possa perdurare.

Ma come si affronta il dolore post-operatorio? Esistono tecniche moderne e sicure, che spetta all'anestesista valutare e mettere in atto. I farmaci a disposizione per alleviare il do-

lore post-operatorio sono molti e la loro potenza è diversa. La scelta del tipo di farmaco, della via di somministrazione e di una tecnica piuttosto di un'altra dipende, oltre che dalla gravità/intensità del dolore, dalle condizioni cliniche del paziente.

Le tecniche maggiormente in uso sono tre: l'infusione endovenosa continua con oppioidi e altri analgesici; l'analgesia peridurale con anestetici locali; la PCA, cioè l'analgesia endovenosa controllata dal paziente stesso mediante un pulsante.

**I farmaci a disposizione
per alleviare il dolore post-
operatorio sono molti e la loro
potenza è diversa**

L'infusione endovenosa continua di oppioidi rappresenta una metodica molto importante di soppressione del dolore post-operatorio. Con questa tecnica si può som-

ministrare una dose-carico che produca analgesia di buona qualità, mantenendo, con l'infusione continua, un livello ematico terapeutico di oppioidi. L'obiettivo dell'anestesista è quello di raggiungere un livello terapeutico nel sangue e di mantenere costante questo livello fino al momento in cui si ritiene necessaria la terapia.

L'idea che sta alla base di questa metodica



Paziente a beneficio di un'analgesia peridurale confortevolmente seduto solo 12 ore dopo aver subito un intervento cardiocirurgico importante.

è che il dolore deve essere trattato come un'infezione, mantenendo nel sangue livelli ematici di farmaco costantemente terapeutici e strettamente monitorati.

Per il controllo del dolore post-operatorio si può ricorrere anche a tecniche di anestesia locale o loco-regionale, come il blocco nervoso o l'infusione continua peridurale con anestetici locali. Quest'ultima tecnica appare particolarmente adeguata in caso di grossi interventi a livello cardiotoracico, interventi che comportano un forte dolore post-operatorio. In questi casi può essere vantaggioso mantenere una analgesia continua per 2-3 giorni ricorrendo appunto all'analgisia peridurale.

Una tecnica di controllo sofisticata, anche se non semplice, è l'analgisia controllata dal paziente (PCA), che consiste in un circuito chiuso e controllato che permette al paziente, una volta avvertito il dolore, di autosomministrarsi una dose di analgesico sperimentandone l'effetto. Il paziente può quindi valutare

l'intensità del proprio dolore e regolare l'iniezione endovenosa del farmaco attraverso una pompa-siringa controllata elettronicamente.

Le prime due tecniche sono normalmente utilizzate al Cardiocentro, dove ci stiamo attrezzando per potere presto offrire ai nostri pazienti anche la PCA.

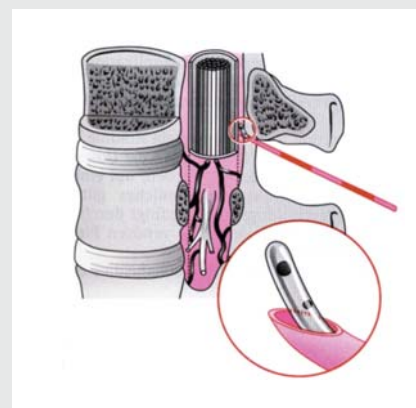
Di fondamentale importanza nella terapia contro il dolore post-operatorio sono la corretta valutazione e il controllo costante di questo dolore. La corretta valutazione è resa difficile dalla natura strettamente individuale del dolore, e tuttavia oggi siamo in grado di superare questa difficoltà, soprattutto grazie all'impiego della VAS, o Scala Analogica Visiva.

Questa scala lineare è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10 cm, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro. Un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggior dolore immaginabile.

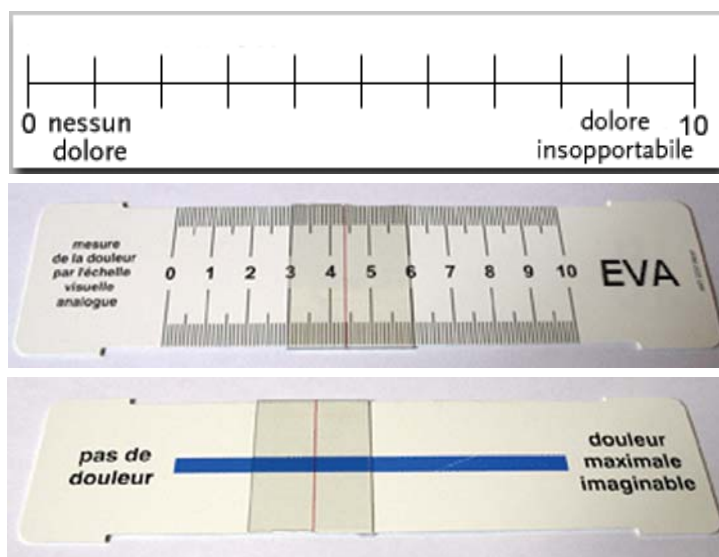
La scala viene compilata dal paziente, al quale viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che

rappresenti il livello di dolore provato. L'autovalutazione viene facilmente ripetuta nel tempo, offre il vantaggio della semplicità, è indipendente dal linguaggio ed è facilmente compresa dalla maggior parte dei pazienti.

Il servizio di Cardioanestesia e Cure intensive del CCT è quotidianamente impegnato ad assicurare il conforto ottimale del paziente e la migliore e più efficace terapia contro il dolore, tanto che una validissima infermiera di Cure intensive, Rita Carlomagno, ha prodotto il suo lavoro di diploma proprio su questo specifico tema e sulle tecniche analgesiche più moderne qui sommariamente illustrate.



Schema di procedura peridurale.



Tre modelli di scala visiva analogica (VAS) per il monitoraggio del dolore.



Defibrillatori sul territorio

Dante Moccetti, direttore aggiunto del Cardiocentro Ticino, consegna al direttore dell'area di servizio San Gottardo Sud Stalvedro, Bruno Lombardi, il defibrillatore donato dal Cardiocentro.



Claudio Benvenuti
Responsabile
del progetto

È

oramai un'evidenza epidemiologica incontestabile che la patologia cardiovascolare rappresenta la causa di morte più frequente nei paesi occidentali, in Svizzera costi-

tuisce il 39,8% dei decessi.

La manifestazione più drammatica di queste affezioni è sicuramente l'arresto cardiaco improvviso (ACI) con un'incidenza che si situa

tra 0,36 e 1,28 casi per 1000 abitanti. In Ticino questo significa essere confrontati con tale patologia quasi una volta al giorno.

Il ritmo cardiaco presente nei primi istanti dell'arresto mostra nel 75-80% dei casi, una fibrillazione ventricolare con un'ottima risposta alla defibrillazione.

Purtroppo però senza manovre di rianimazione di base (BLS: Basic Life Support) e defibrillazione rapida (DAE), le possibilità di sopravvivenza diminuiscono drasticamente nella misura del 7-10% ogni minuto che passa

Piano cantonale di intervento in caso di arresto cardiaco improvviso (ACI) e defibrillazione precoce

La nostra realtà

Nel nostro Cantone si contano annualmente circa 300 arresti cardiaci improvvisi con una sopravvivenza globale del 14%, che aumenta fino al 28% in caso di presenza di una fibrillazione ventricolare.

Il sistema d'emergenza territoriale ticinese generalmente giunge sul paziente colpito da ACI mediamente in 9 minuti. I tempi di arrivo sul luogo sono influenzati da diversi fattori quali la distribuzione della popolazione, il tipo di territorio, le caratteristiche dell'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario e altre variabili.

Considerando quanto detto in precedenza è facilmente comprensibile che l'intervallo medio attuale per raggiungere il paziente da parte dei servizi di soccorso professionali non permetta di ottenere degli alti tassi di sopravvivenza.

Da un punto di vista epidemiologico, il maggior numero di ACI avvengono a domicilio ed il 68% di essi si manifestano durante le ore diurne.

Il Progetto ticinese

Nel 2001, in risposta ad una mozione presentata Gran Consiglio dal dott. Alessandro Del Bufalo, il Dipartimento della Sanità e della Socialità ha dato mandato alla FCTSA di elaborare una proposta di strategie operative finalizzate a migliorare la presa a carico e di conseguenza anche la sopravvivenza per questa infausta patologia.

Lo studio di fattibilità si è concluso nel corso del 2004, in relazione alle più attuali conoscenze scientifiche sulla tematica e alle peculiarità del contesto cantonale, sono stati definiti i seguenti obiettivi:

1. aumentare la sopravvivenza portandola dal 28% al 50%

2. assicurare al cittadino che in caso di ACI gli venga somministrata una defibrillazione entro un tempo massimo di 5 minuti

3. creare i presupposti tecnici, organizzativi, culturali e scientifici per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

FONDAZIONE TICINO CUORE

La Fondazione Ticinocuore

Creata su iniziativa della FCTSA e del Cardiocentro Ticino, è composta dalle seguenti persone:

- Dr med. Romano Mauri - Presidente - Caposervizio Cardioanestesia - Cardiocentro Ticino
- Dr med. Alessandro Del Bufalo - Vice Presidente - Medico aggiunto cardiologia - Cardiocentro Ticino
- Prof. Dr med. Tiziano Moccetti - Membro - Direttore sanitario Cardiocentro Ticino
- Sig. Felice Lurà - Membro - Direttore generale Servizio Ambulanza Mendrisiotto

Quale scopo principale, la Fondazione Ticinocuore si prefigge l'aumento della sopravvivenza in caso di arresto cardiaco improvviso. Per poter finalizzare gli obiettivi citati sopra, sostiene e promuove le seguenti attività:

- **Formare** un numero sempre crescente di persone alle tecniche di rianimazione (BLS) e defibrillazione (DAE)
- **Equipaggiare** di apparecchi defibrillatori automatici i partners istituzionali dell'urgenza, le imprese private, le associazioni, le società e le singole persone adeguatamente formate e disponibili (first responder)
- **Creare** una rete di defibrillatori distribuiti sul territorio Cantonale,



coordinata e gestita da Ticino Soccorso 144

- **Promuovere** iniziative pubbliche o private che possano contribuire al raggiungimento degli obiettivi e degli scopi della Fondazione
- **Valutare** l'impatto delle azioni intraprese attraverso lo svolgimento di ricerche specifiche

I partner ufficiali della Fondazione, oltre alla FCTSA e al CCT sono il Dipartimento della sanità e delle socialità, l'Ente Ospedaliero Cantonale, la Fondazione svizzera di cardiologia e la SUVA così come altri finanziatori privati. Quali partner tecnici si avvale della preziosa collaborazione di Swisscom Mobile e di Telecom Security.

Defibrillatori

La strategia e le attività

Gli aspetti salienti della strategia prevista per il raggiungimento degli obiettivi esposti sopra possono essere sintetizzati nei seguenti elementi:

- 1. Migliorare l'informazione** alla popolazione in merito al riconoscimento dei segni dell'ACI e alle modalità di allarme dei servizi di soccorso ufficiali (Ticino Soccorso 144)
- 2. Formare** un numero sempre crescente di persone alle tecniche di rianimazione (BLS) e di defibrillazione (AED).
- 3. Equipaggiare** di apparecchi defibrillatori semiautomatici i partner istituzionali dell'urgenza, le imprese private, le associazioni, le società e le singole persone adeguatamente formate e disponibili (first responder)
- 4. Creare una rete di defibrillatori** distribuiti sul territorio Cantonale, coordinata e gestita da Ticino Soccorso 144.



5. Promuovere iniziative pubbliche o private che possano contribuire al raggiungimento degli obiettivi previsti

6. Valutare l'impatto delle azioni intraprese attraverso lo svolgimento di ricerche specifiche.

Quello ticinese è, attualmente, il primo ed unico Progetto del genere in Svizzera. Alla realizzazione di queste azioni partecipano attivamente tutti i Servizi di soccorso preospedaliero cantonali. La supervisione scientifica è assicurata dalla

Commissione medica della FCTSA. Per quanto attiene alla conduzione del progetto è stato stipulato un accordo di collaborazione tra la FCTSA ed il Dipartimento di sanità della SUPSI.

I destinatari

Il Progetto si indirizza, indistintamente a:

- **Enti pubblici:** scuole, uffici statali o parastatali, enti di pronto intervento
- **Strutture private:** banche, assicurazioni, aziende, alberghi, ristoranti, centri commerciali

Le strutture che ad oggi hanno ottenuto questa importante certificazione BLS-DAE sono le seguenti:



Swissminiatur - Melide
Free Time Club - Lugano
Istituti Sociali di Lugano
Capanna Cristallina
Centro Sportivo e Balneare Capriasca
Centro Sportivo Bellinzona SA
Corpo Civici Pompieri Mendrisio
Dicastero Sport Città di Lugano
Studio Medico Dr. M. Ponti - Savosa
Posto Polizia Trevalli Biasca
Polizia Comunale Brissago
Polizia Comunale Collina d'Oro
Posto Polizia Giubiasco
Polizia Comunale Locarno
Polizia Comunale Losone
Polizia Comunale Massagno
Polizia Comunale Mendrisio
Polizia Comunale Rancate
Polizia Ferroviaria Ticino
Polizia Intercomunale Gondola
Polizia Comunale Muralto/Minusio
Shopping Center Serfontana
Servizio Medico Dentario Regionale
Mendrisiotto e Basso Ceresio
Centro d'Intervento del San Gottardo
Polizia Cantonale
Piscina Comunale Mendrisio
Polizia Comunale Vacallo
Corpo Pompieri Melide

Corpo Pompieri Caslano
Polizia Comunale Bellinzona
Studio Medico Dr G. Solari - Lugano
Studio Medico Dr Pelloni Enrico - Gambarogno
Banca della Svizzera Italiana - Lugano
Centro Commerciale Lugano Sud - Grancia
RTSI - Radio Televisione della Svizzera Italiana
Studio dentistico dr Reali Reto - Bellinzona
Polizia comunale Melide
Polizia comunale Cureglia
GE Consumer & Industrial SA - Riazzino
Coop - Centro Commerciale - Tenero
Polizia comunale Savosa
Polizia comunale Comano
Polizia comunale Cadempino
Cornè Banca - Lugano
Coop - S. Antonino
Coop - Bioggio
Coop - Locarno centro
Coop - Lugano nord
Coop - Castione Alimentari
Coop - Viganello
Coop - Giubiasco
ROB SA - Bioggio
Corpo Pompieri Alta Leventina
Micro-Macinazione SA - Molinazzo di Monteggio

Manor SA - Lugano
Centro Sportivo Bellinzona
Studio medico Dr Walder - Agno
AGIE - Losone
Timcal SA - Bodio
Studio medico Drssa Canepa - Mezzovico
Corpo Pompieri Acquarossa
Corpo Pompieri Biasca
Casinò di Lugano
Associazione Mendrisiotto Anziani
Studio dentistico dr Dotesio Danilo - Massagno
Corpo Pompieri Faido
Polizia comunale Paradiso
Studio dentistico dr Bühler - Santini
Dipartimento Sanità - SUPSI
Studio medico dr Andreoli - dr Munaretto
Turbomach SA - Riazzino
Polizia Comunale Chiasso
Fisiomedifit - Castione
Studio medico dr Claudio Gaia - Bellinz.
Electronic Studio 84 - Camorino
Servizio cardiologia riabilitativa
Cardiocentro Ticino
Studio medico dr Ferrari Claudio - Biasca
Corpo pompieri Novaggio
Polizia Comunale Lugano
Malcafit centro wellness - Caslano
Lugano Airport

- **Strutture del settore sociosanitario:** studi medici, farmacie, dentisti, cure a domicilio
- **Professioni o gruppi a rischio**
- **Associazioni sportive e ricreative**
- **Organizzatori di eventi** con grande affluenza di persone e/o con attività a rischio
- **Singole persone** o gruppi di persone interessati alla tematica.

Ad oggi sono già stati assegnati, su tutto il territorio cantonale, oltre **230** apparecchi defibrillatori semiautomatici.

Questa cifra è sicuramente un buon indicatore dell'interesse e del successo del progetto che ha coinvolto tutti i settori elencati sopra.

Tra gli elementi di successo riteniamo importante segnalare la possibilità di **noleggiare a costi molto contenuti**, presso la FCTSA (formula "tutto compreso") i defibrillatori, di beneficiare di una consulenza gratuita da parte di specialisti del soccorso e di una supervisione sulle procedure che le diverse strutture elaborano per rispondere in modo efficace ad una situazione di arresto cardiaco improvviso o ad altre situazioni d'emergenza.

Per le strutture che aderiscono al Progetto e che adempiono a determinati requisiti di qualità (formazione del personale, dotazione defibrillatori, procedure di intervento, collegamento in rete con Ticino soccorso 144) è previsto il rilascio di una Certificazione di qualità.

Informazioni supplementari possono essere richieste a:

Fondazione TicinoCuore

c/o FCTSA

Piazza 5 Vie 1

CH-6932 Breganzona

Tel.: 004191 9603663

Fax: 004191 9601810

Rif. Bancario: BSI - Lugano,
cto A344018A

info@ticinocuore.ch

www.ticinocuore.ch

Specializzarsi al Cardiocentro



Il gruppo dei medici in specializzazione insieme con i loro tutor e il primario di Cardiologia, prof. Tiziano Moccetti. In piedi da sinistra: dr. med. Giovanni Pedrazzini (responsabile del servizio di Cardiologia interventistica); il dr. med. Francesco Faletra (responsabile del servizio di Imaging cardiologico); il prof. dr. med. Tiziano Moccetti (primario di Cardiologia); il prof. dr. med. Angelo Auricchio (responsabile del servizio per lo scompenso cardiaco); il dr. Antonio Mantovani (specializzando all'Università degli Studi dell'Insubria, Varese). Sedute, da sinistra, la dr.ssa Ilaria D'Angeli (specializzanda all'Università "La Sapienza" di Roma), la dr.ssa Arianna Giardina (che inizierà la scuola di specializzazione in autunno, sempre alla "Sapienza" di Roma) e la dr.ssa Renata Petroni (specializzanda all'Università degli Studi dell'Aquila).

Hanno preso il via i programmi formativi previsti dagli accordi di collaborazione con istituti universitari italiani.

Il Cardiocentro fa scuola, cioè mette strutture, laboratori, tecnologie e know-how a disposizione della formazione, anche in una prospettiva che non può non avere un respiro internazionale. Non si può pensare a un servizio all'avanguardia per il paziente ticinese senza consolidare relazioni e scambi con le università svizzere ed europee. È questa la consapevolezza che sta alla base delle convenzioni ratificate con tre importanti sedi universitarie italiane: l'Università degli Studi dell'Insubria (Varese), l'Università "La Sapienza" (Roma), l'Università degli Studi dell'Aquila.

Arriva da quest'ultima sede - nella regione dell'Abruzzo (Italia Centrale) - la dr.ssa Renata Petroni, che all'Aquila, con la professoressa Maria Penco, sta ultimando la specializzazione in Cardiologia. La manca poco: il prossimo novembre sarà cardiologa e di qui ad allora - "a costo di abituarmi alla cucina ticinese" - intende valorizzare al massimo l'opportunità che le è stata offerta qui a Lugano. Coltiva un interesse specifico per l'ima-

Specializzarsi al Cardiocentro

ging cardiovascolare, un ambito della diagnostica che promette straordinari sviluppi grazie ai continui progressi della tecnologia. Da questo punto di vista, la dr.ssa Petroni considera di primissimo livello l'offerta formativa del Cardiocentro, dove si può contare su strumentazioni d'avanguardia (la CardioCT Multi-slice) e soprattutto sull'insegnamento del dr. Franco Faletra, responsabile di Imaging cardiaco al CCT: "non solo un'autorità in materia, ma anche un insegnante molto disponibile".

Il giudizio - compreso l'apprezzamento per le qualità umane del tutor - è condiviso anche dalle due colleghe che arrivano dall'Università "La Sapienza" di Roma, la dr.ssa Ilaria D'Angeli e la dr.ssa Arianna Giardina. La prima, come la dr.ssa Petroni, è al quarto anno di specializzazione; la seconda, da poco laureata in Medicina, intende specializzarsi in Cardiologia ed è qui per un master in imaging cardiovascolare, sempre con il dr. Faletra. Entrambe sono state inviate a Lugano dal loro professore, Stefano De Castro, e dal Direttore della scuola di specializzazione, prof. Carlo Gaudio.

La convenzione con l'Università degli studi dell'Insubria (Varese) è più strutturata: siglata dal prof. Moccetti e dal prof. Salerno (direttore della scuola di specialità dell'ateneo lombardo) prevede che due specializzandi si alternino ogni semestre per completare la loro formazione in cardiologia. Il dr. Antonio Mantovani è uno dei due medici attualmente in formazione. Ha già una specializzazione in cardiocirurgia e si dice molto soddisfatto dei termini della convenzione, e delle opportunità di apprendimento che ne conseguono. "Al Cardiocentro - dice - sono di ottimo livello sia la diagnostica per immagini sia l'emodinamica, e dunque al termine della mia specializzazione potrò contare su un bagaglio formativo completo e aggiornato".

COLLABORAZIONI

CARDIOCENTRO TICINO 2/07



Renato Ricciardi
*Vicesegretario
cantonale OCST*



Regolamento

Il regolamento fissa nella forma scritta le condizioni di lavoro e assicura chiarezza ed equità di trattamento.

C

ome i collaboratori sanno, la Fondazione Cardiocentro Ticino ha applicato sin dalla sua costituzione, nel 1999, le condizioni di lavoro valide per il personale dell'EOC.

Quando il sindacato Ocst ha avviato le discussioni con la Direzione del CCT ha posto quale obiettivo finale quello di sottoscrivere un contratto collettivo di lavoro. L'intensa trattativa di questi anni ha permesso di raggiungere una prima intesa volta a definire un accordo di collaborazione nell'interesse del personale del Cardiocentro.

Il risultato concreto è il Regolamento per il personale - indubbiamente atteso da anni - che fissa nella forma scritta le condizioni di lavoro e assicura chiarezza ed equità di trattamento nell'applicazione delle disposizioni finora vigenti in base al contratto individuale che lega ogni collaboratore al Cardiocentro.

Nell'ambito del rapporto di collaborazione la Fondazione Cardiocentro Ticino si è impegnata a discutere con il sindacato Ocst anche le future modifiche del regolamento. Il sindacato, da parte sua, può presentare proposte di miglioramento che dovessero sorgere dal personale. Lo scopo dell'accordo è, da un lato, di realizzare una uniforme applicazione delle condizioni di lavoro e, dall'altro, di dare una forma compiuta alla collaborazione che si è

per il personale

Noi ci impegneremo per fare in modo che si possano costruire condizioni per incrementare il benessere di chi quotidianamente lavora per la cura del paziente.

svilupata in questi anni. FCCT e OCST hanno inoltre voluto segnare concretamente la promozione degli interessi comuni nei confronti delle autorità cantonali e federali sviluppata negli anni.

Restano naturalmente ancora dei passi da fare verso ulteriori articolazioni tipiche della contrattazione collettiva e di strumenti consultivi della Direzione, quale per esempio la commissione del personale. Il futuro ci dirà in quale misura potrà consolidarsi la collaborazione.

Dall'Ocst un'offerta di servizi per i dipendenti del Cardiocentro

C'è un ulteriore interesse per il personale del Cardiocentro. L'accordo di collaborazione prevede che il sindacato Ocst offra alcune prestazioni per i collaboratori.

Oltre alla consulenza gratuita relativa all'applicazione delle norme del regolamento per il personale e del diritto del lavoro, l'Ocst porta la competenza acquisita in altri servizi, che potranno essere vantaggiosi per i dipendenti del Cardiocentro.

Ai collaboratori interessati sono infatti offerti servizi e prestazioni alle condizioni che Ocst prevede per i propri associati. Tra questi, i corsi del Centro di formazione professionale Ocst (per esempio corsi di informatica e di lingue) e la consulenza di Cast-Consulenza assicurativa Ticino in grado di proporre servizi particolarmente interessanti e convenienti nei vari rami assicurativi con proposte che riguardano anche i lavoratori frontalieri. Per contro le prestazioni di assistenza legale saranno garantite a chi decide liberamente di affidarsi all'Ocst.

Si apre dunque una prospettiva di lavoro interessante e che potrà por-

tere a ulteriori vantaggi per il personale del Cardiocentro. Noi ci impegneremo per fare in modo che in un quadro moderno e innovativo di partnership si possano costruire condizioni per incrementare il be-

nessere di chi quotidianamente lavora per la cura del paziente cardiopatico.

Visitate il sito www.ocst.ch per conoscere i servizi Ocst



In ricordo di Andreas Grüntzig

Il racconto di uno
tra i primi cinque pazienti
al mondo (era il 27 giugno
1978) sottoposti a un inter-
vento con il “palloncino”.

I

l mio incontro con il Dr. Andreas Grüntzig, avvenuto per intermediazione del Prof. Tiziano Moccetti - al quale ero stato inviato dal mio medico, il dr. Ernesto Romagnoli, è stato una fortuna dal punto di vista medico ma pure da quello personale e umano.

Essere tra i primi cinque pazienti al mondo (era il 27 giugno 1978) sottoposti a un intervento con il “palloncino” rappresentava allora una sfida e una conquista che si sarebbe rivelata in seguito determinante per un'infinità di persone.

Ricordo la moltitudine di medici provenienti anche dal Sud America che mi attorniavano durante l'intervento durato oltre 5 ore e l'entusiasmo del Dr. Grüntzig al termine nel riportarmi in camera spingendo di persona il letto e facendo il segno di vittoria... e il brindisi con un calice di Champagne all'indomani! Ho sempre mantenuto cordiali rapporti con il Dr. Grüntzig anche dopo la sua partenza dalla Svizzera verso l'Emory University

Hospital di Atlanta, anche perché reo stato inserito nella statistica mondiale dell'Ospedale Universitario di Zurigo dove venivo chiamato per periodici controlli. I miei dati venivano poi trasmessi ad Atlanta e pubblicati.

Sono tuttora in contatto con la signora Maria Schlumpf dell'Ospedale di Zurigo, sua stretta collaboratrice (tanto che il “palloncino” venne messo a punto nella sua cucina, con l'aiuto di suo marito ingegnere) che mi ha inviato numerosa letteratura sull'evoluzione dell'utilizzo del palloncino.

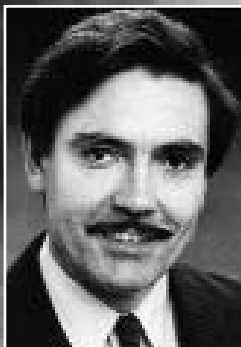
Conservo gelosamente le foto dell'intervento, che il Dr. Grüntzig mi regalò quando venni dimesso 5 giorni dopo l'intervento; le stesse foto che ho mostrato - su invito del Prof. Moccetti - a un congresso di cardiologia.

Porto sempre con me, quale portafortuna (una fortuna che il Dr. Grüntzig non ha purtroppo avuto) una sua cartolina inviata qualche tempo prima dell'incidente aereo.

Sarò sempre riconoscente al Dr. Andreas Grüntzig per la sua invenzione, ma ricorderò

*Coronarografia
di Libero Pedrazzoli
durante l'intervento
di dilatazione.*

L'invenzione, del "palloncino"



Il Dr. Andreas Grüntzig,
padre del palloncino.



Maria Schlumpf collaboratrice di Grüntzig.

Q uasi trent'anni fa, era il settembre del 1977, un giovane cardiologo tedesco dell'Ospedale Universitario di Zurigo eseguiva il primo intervento di angioplastica coronarica su un paziente sveglio. Il medico si chiamava Andreas Grüntzig; la sua invenzione, il cosiddetto "palloncino", avrebbe rivoluzionato la cardiologia e salvato tantissime vite umane. Se consideriamo che oggi, soltanto negli Stati Uniti, gli interventi di angioplastica coronarica sono ogni

anno oltre un milione e trecentomila, possiamo capire quale sia stato l'impatto dell'invenzione di Andreas Grüntzig, accolta inizialmente con scetticismo come molte delle invenzioni più rivoluzionarie.

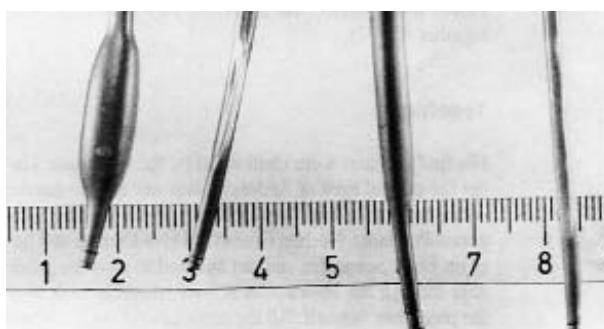
L'aneddotica ci racconta di prototipi realizzati nel 1975 nella cucina di Maria Schlumpf collaboratrice di Grüntzig; solo due anni dopo, la presentazione dei primi quattro casi al congresso dell'American Heart Association venne accolta dalla platea con una standing ovation. Andreas Grüntzig trovò la morte in un incidente aereo il 27 ottobre 1985.



soprattutto la simpatia e l'umanità dimostratami, e il suo radioso sorriso.

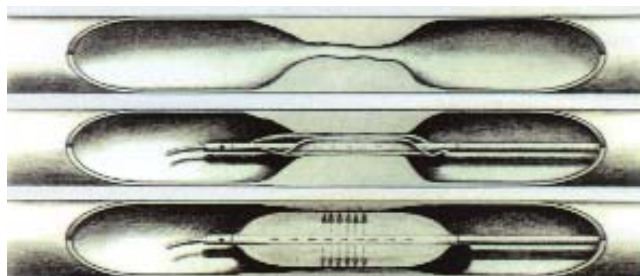
Questo il ricordo che conservo a quasi 30 anni dal mio intervento a Zurigo, intervento perfettamente riuscito e che mi ha permesso di svolgere una normale attività lavorativa, di fare sport (soprattutto tennis anche a livello competitivo) e di viaggiare il mondo.

Filippo Pedrazzoli



I primi cateteri utilizzati
per le angioplastiche
coronariche.

Un disegno autografo
di Grüntzig mostra
il funzionamento
del palloncino.



Alimentazione per il cuore



Fabrizio Vaghi
Dietista
Cardiocentro Ticino



La regola fondamentale è:
di tutto un po', di nulla troppo.

U

na vita regolare, uno stile di vita sano, un'alimentazione corretta ed equilibrata, il praticare un'attività fisica controllata, l'abbandono del fu-

mo devono essere alla base della vita del paziente cardiopatico.

In particolare, un corretto stile di vita alimentare permette di controllare la maggior parte dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari: il sovrappeso e l'obesità, l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'ipercolesterolemia...

Quali devono essere le caratteristiche dell'alimentazione di una persona cardiopatica?

A tavola, il paziente con problematiche cardiovascolari deve seguire delle semplici regole generali, non molto diverse da un soggetto sano. Delle semplici regole che, se passate anche ai familiari e a chi vive con la persona, possono essere utilizzate da tutti, perché fanno bene alla salute di tutti anche in un'ottica preventiva.

Una cosa fondamentale è, specie se sono presenti diversi fattori di rischio da controllare, oltre che fornire delle indicazioni generali ampie, fornire un piano alimentare personalizzato, ovvero basato sulle pregresse abitudini del paziente, in modo tale da fargli avere un vero e proprio "abito su misura" che permetta di mantenere nel tempo le nuove sa-

ne abitudini alimentari. Variazioni troppo drastiche possono essere mal tollerate e quindi presto abbandonate dal paziente.

C'è un modello generale sul quale basarsi per una sana alimentazione?

Certo. Il modello da seguire è quello della dieta mediterranea, con la sua piramide alimentare. Una figura ormai nota a tutti, che spiega a colpo d'occhio quale deve essere la frequenza di consumo dei diversi alimenti.

Quali sono i più frequenti errori alimentari che vengono commessi?

Possiamo fare un elenco dei principali errori commessi, iniziando dal risveglio per poi proseguire durante la giornata.

1 - Molte persone non consumano una prima colazione adeguata, saltandola completamente oppure sostituendola con un veloce caffè. È invece un bene per il nostro corpo, a digiuno da molte ore, introdurre adeguate quantità di alimenti come latte parzialmente scremato o yogurt magro alla frutta, fette biscottate o pane, magari alternando prodotti raffinati a prodotti integrali

con un velo di marmellata o miele per dare più gusto al nostro pasto. Un frutto potrebbe completare al meglio il nostro risveglio, "rubando" alla nostra giornata soltanto 5 minuti o poco più.

2 - Un'altra cattiva abitudine, in genere conseguente alla prima, è - durante la mattinata o nelle immediate vicinanze del pranzo - il consumo di spuntini veloci, ipercalorici e grassi: gipfel o brioche, pane e formaggio o

Un corretto stile di vita alimentare permette di controllare la maggior parte dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari

affettato... Questo problema può essere facilmente risolto seguendo il consiglio soprariportato: consumare un'adeguata prima colazione.

3 - Errore numero 3: limitare il pranzo a un piccolo spuntino, andando poi a cercare nelle ore successive altri spuntini dalle caratteristiche non certo salutari. Il pranzo deve essere invece il pasto principale della giornata, comprendendo un piatto unico (magari un piatto di pasta con pesce o legumi), verdura e frutta.

4 - È sbagliato non consumare verdura ad entrambi i pasti principali, e si peggiorano le cose se invece si termina il pasto con un pezzo di formaggio, che non dovrebbe essere consumato quotidianamente per il suo contenuto di grassi e colesterolo, ma limitato ad un paio di volte alla settimana.

5 - Quinto e ultimo errore: sostituire la cena con un caffelatte o con solo della frutta o uno yogurt. La cena è uno dei pasti principali e per cui dovrebbe contenere tutti i principi nutritivi in giuste quantità. Una cena adeguata potrebbe essere costituita da una minestra o un passato di verdure, un filetto di pesce oppure una fettina di carne bianca o, con minor frequenza, formaggi freschi, affettati magri (prosciutto, carne secca, speck) e uova, con una porzione di verdura e magari anche un frutto.

E parlando di condimenti?

Sicuramente l'olio extravergine di oliva è il condimento principale, da preferire in assoluto. Il gusto ed il profumo caratteristici permettono anche di utilizzarlo in una minore quantità rispetto ad altri condimenti. Se il suo gusto non è gradito, si può ripiegare su un olio di semi come quello di mais o girasole.

Va invece limitato fortemente il burro e sono da abolire margarina (nonostante non contenga colesterolo, il suo processo di produzione "crea" grassi dannosi al nostro organismo) e oli di semi vari (la cui com-



La piramide degli alimenti per coprire in modo ottimale il fabbisogno alimentare.

La piramide alimentare spiega a colpo d'occhio quale deve essere la frequenza di consumo dei diversi alimenti.

posizione è sconosciuta o sono comunque costituiti da grassi di scarso valore nutrizionale).

Sotto il profilo quantitativo, ricordando che i grassi sono dei veri e propri concentrati calorici, la regola migliore da seguire rimane sicuramente quella della moderazione.

Ma il condimento è fatto anche di sale e affini...

Infatti. Il sale è un prodotto che va limitato sulle nostre tavole. Spesso ne viene aggiunto in grandi quantità senza neanche aver assaggiato il sapore della portata. Ma limitare il sale non vuol dire essere costretti a mangiare senza gusto, anzi. Possiamo sbizzarrirci con una vastissima quantità di aromi naturali, erbe aromatiche come pepe, rosmarino, salvia, origano... che forniscono gusto senza aggiungere sale-sodio o calorie. Preferiamoli freschi o essiccati, e non in preparati in polvere dove spesso troviamo sostanze poco sane e/o lo stesso sodio.

E per quanto riguarda le bevande?

Se non ci sono limitazioni da parte del medico, è consigliabile bere molta acqua, almeno un litro e mezzo al giorno, iniziando già al mattino a colazione e proseguendo sia ai pasti che fuori pasto. Va bene sia l'acqua in bottiglia che quella del rubinetto: se si consuma l'acqua in bottiglia bisognerebbe cambiare spesso la marca, dato che ogni tipo di acqua contiene un diverso quantitativo di sali minerali.

Passando al capitolo bevande alcoliche, se è gradito possiamo consumare un bicchiere al giorno di vino rosso, limitando fortemente la birra ed evitando superalcolici.

Seguire questi semplici consigli, con qualche rara e umana eccezione, mantiene sulle nostre tavole buon gusto e tanto colore, limitando al tempo stesso eccessi nocivi per la nostra salute.

Medico e non solo

“Scrivere mi permette di ancorare alla mia piccola storia momenti di vita trascorsi o forse anche solo immaginati”



Disegno di Michele Pedrazzini da "Storie d'amicizia"

G

iovanni Pedrazzini, 46 anni, cardiologo, sposato, quattro figli. Al Cardiocentro non è "solo" responsabile del servizio di Cardiologia interventistica: è

la mia professione per abbandonarla e dall'altra essere scrittore per davvero implica un profilo e uno spessore anche culturale che io non credo di avere.

Non nascondo però che scrivere mi affascina. Ogni volta che prendo la penna e la lascio scorrere sul foglio è un'avventura di cui a volte non conosco nemmeno l'inizio; il resto è viaggio, un viaggio nell'ignoto, alla ricerca di

sensazioni, incontri e paesaggi che danno colore e senso alla nostra esistenza. Scrivere mi permette di ancorare alla mia piccola storia momenti di vita trascorsi o forse anche solo immaginati (chi ci dice che l'immaginazione non sia realtà?); dipingerli, proprio come fa l'artista, mi permette di riviverli e gustarli come

se non fossero mai passati.

Scrivere significa anche, almeno per me, rimettersi nuovamente, profondamente in discussione; chi ama la verità sa che non potrà mai trovarla se non accetterà questo continuo, duro, a volte logorante, esercizio di maturazione intellettuale e spirituale. È impegnativo, ma ne vale davvero la pena.

Intervista al Dr. med. Giovanni Pedrazzini
Sostituto primario di Cardiologia e responsabile del servizio di Cardiologia interventistica

una delle colonne portanti, un punto di riferimento. Senza nulla togliere al peso e all'importanza che nella sua vita hanno la medicina e la cardiologia, qui ci incuriosiscono di più altri aspetti dell'uomo Giovanni Pedrazzini.

Dottor Pedrazzini, parliamo della sua attività di scrittore. Dopo *Storie di amicizia* (2005, giunto alla terza edizione) arriva nel 2006 *Calcutta. Diario d'amore*. Parafrasando Valery, possiamo dire che se il primo libro te lo dà Dio, il secondo te lo devi trovare tu... Quali motivazioni, o forse quali "urgenze" stanno dietro al suo desiderio di scrivere?

Premetto che non sono scrittore e che non lo diventerò mai. Da una parte è troppo bel-



Giovanni Pedrazzini insieme con il figlio Sebastiano durante il loro viaggio in India.

Considerando le difficoltà della distribuzione e i numeri dei potenziali lettori, il suo primo libro è stato un autentico successo. Come lo ha vissuto?

Due furono le ragioni che mi spinsero a scrivere il primo libro. Da una parte volevo onorare amici di infanzia travolti miseramente dalla droga e dall'AIDS, e dall'altra portare ai nostri quattro figli un messaggio di amore e di speranza. Iniziai la stesura pensando a un piccolo regalo sotto l'albero di Natale. Non immaginavo che le cose potessero andare diversamente. Vedendone il successo non ho mai pensato ai meriti dell'autore ma ai miei tre amici finalmente onorati nel loro calvario. Forse, mi dissi, di questo messaggio non avevano bisogno solo i nostri figli.

A me sembra che dai suoi libri emerga soprattutto un'ansia di testimoniare e una passione (che è anche com-passione) per l'altro, il prossimo, soprattutto quando soffre, quando è debole, marginale. Non per caso, credo, in *Storie di amicizia* c'è una citazione di sant'Agostino - "La carità è tutto" - che rivendica alla virtù teologale della carità un ruolo centrale. La scelta di fare il medico nasce dalla stessa tensione etica?

Nella sua domanda mi sembra già di leggere una risposta forte e chiara. Certo, dentro di me sento quella che lei definisce tensione etica, una spinta globale (quindi anima e corpo) a esercitare questa meravigliosa professione con totale dedizione e passione. D'altra parte il giuramento di Ippocrate - che si è voluto simbolicamente porre a fondamento stesso del Cardiocentro scegliendo e murando nella hall come prima pietra un sasso che arriva dal l'isola di Kos, patria di Ippocrate - deve sempre ricordare a noi medici di seguire "scienza e coscienza".

Il paziente, la persona ammalata è al centro del nostro mondo, della no-



Giovanni Pedrazzini, "Storie di amicizia", Fontana Edizioni, Lugano 2005, pp.93, CHF 14.-

stra attenzione: nel momento in cui curo una persona - e nella mia professione di cardiologo questi momenti possono anche essere molto brevi - provo (non sempre ci riesco) a dare tutto me stesso, come se in quell'attimo non ci fosse nient'altro al mondo.

Ogni paziente è un'avventura che potrà portarci a vivere sensazioni straordinarie; sta a noi decidere fino a dove vogliamo addentrarci in questa avventura. Sant'Agostino non poneva limiti a questo viaggio dentro il prossimo.

Come si integra una visione fortemente polarizzata sul paziente e sulla persona con gli aspetti tecnologici della medicina, sempre più determinanti per curare e salvare vite, ma anche sempre più preponderanti?



Giovanni Pedrazzini, Calcutta. Diario d'Amore, Fontana Edizioni, Lugano 2006, pp.110, CHF 18.-

Anche in una medicina altamente tecnologica e strumentale, in una medicina dove il paziente tende a trasformarsi in cliente, credo che ci sia ancora spazio (anzi direi che c'è grande necessità) per una medicina che sappia recuperare nella sua integrità e valore il rapporto medico-paziente.

Spetta a noi, medici, gestire e dominare la sofisticatissima tecnologia che ci viene proposta, spetta a noi saperla cavalcare nell'interesse del paziente, evitando che diventi un indomabile cavallo pazzo.

Sappiamo di un recente viaggio in Etiopia... C'è in cantiere un altro libro?

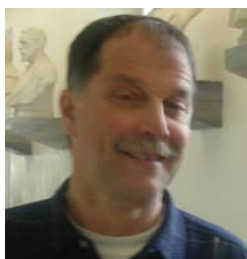
Nei miei sogni l'avventura continua, che poi ne nasca qualcosa è davvero ancora troppo presto per dirlo.



Disegno di Michele Pedrazzini da "Storie d'amicizia"

Ci sono anziani soli che non riescono più a pagare le fatture e senza accorgersi, in poco tempo non arrivano più a pagare la cassa malati.

Il disagio della porta accanto



Fausto "Gerri" Beretta-Piccoli
Assistente sociale



S

pesso si sente dire: "Non mando più soldi per la solidarietà, tanto non arrivano a chi ha bisogno...". Forse qualcosa di vero c'è, ma non bisogna generalizzare. Sarebbe troppo facile.

Personalmente penso che si può sempre solo criticare. Ognuno può dare una mano, e neppure bisogna guardare troppo lontano. Qui in Ticino, per esempio, i problemi sociali ci sono. Ci sono persone che non ce la fanno, che loro malgrado si sono trovate con l'acqua alla gola, in un attimo. Di queste persone si occupano le Commissioni Tutorie Regionali, o CTR, che intervengono e cercano di trovare soluzioni e persone disponibili ad aiutare chi è in difficoltà.

Per poter avviare un percorso di aiuto, infatti, ci vogliono dei curatori o dei tutori. I curatori o i tutori non sono sempre persone specializzate in psicologia o in assistenza sociale, sono spesso semplici cittadini volente-



rosi, che sanno fare un piccolo libro cassa, pagare le fatture delle persone che hanno sotto curatela e dialogare con loro, dando un aiuto concreto e una reale speranza.

Ci sono anziani soli che non riescono più a pagare le fatture, richiedere il 10% di rimborso alla PC (prestazione complementare)... senza accorgersi, in poco tempo non arrivano più a pagare la cassa malati, così que-

st'ultima non li accetta più perché sono in ritardo con i pagamenti. Le conseguenze ognuno di noi oramai le conosce bene. In quella situazione non si può più andare dal medico e se malati si viene accolti solo in pronto soccorso, con spese interamente a carico dello

Quando si parla di solidarietà non bisogna pensare solo a paesi lontani

Fausto “Gerri” Beretta-Piccoli

Nato il 20 aprile 1946 a Lugano, dove risiede, Fausto “Gerri” Beretta-Piccoli ha un certificato federale di capacità quale disegnatore edile e un diploma di assistente sociale conseguito presso l'Istituto degli Studi Sociali di Ginevra.

Sposato e padre di tre figli, da quindici anni lavora come assistente sociale presso l'Ospedale Regionale di Lugano. In passato si è dedicato per dieci anni al teatro per bambini in Ticino e all'estero, terminando la propria carriera teatrale all'Opera di Parigi quale attore (con tanto di foto sul programma e camerino con nome) in un'opera di Italo Calvino e musiche di Luciano Berio.

L'attività politica risale al 1966, con un impegno in Consiglio comunale a Lugano (sindaco Paride Pelli) per il partito del lavoro. Dalla legislatura 1995-99 siede in Gran Consiglio, dove attualmente è deputato unico per il PDL.

Tra i temi concreti affrontati in Gran Consiglio, ha proposto per primo il problema dell'educatore di strada (prossimità), come pure ha sollevato per primo il problema del sovraindebitamento personale.

Membro di “SOS debiti” un'associazione che aiuta a riordinare la contabilità e se è il caso aiuta alle pratiche dell'auto fallimento, Fausto “Gerri” Beretta-Piccoli è curatore e tutore di alcune persone con problemi di dipendenza e casi psichiatrici, e definisce questo impegno “una missione nostrana di solidarietà”. È membro del comitato di “Equilibrium Ticino”, un gruppo di auto-aiuto per persone depresse, rappresentante del personale nel consiglio amministrativo del fondo dell'Ente Ospedaliero (400.- fr annui in gettoni di presenza), allenatore della scuola calcio AC Lugano, capitano della squadra di calcio del Gran Consiglio, socio del gruppo sportivo “Monte Generoso”.



Foto Tiptess

Stato. Quello dell'anziano solo è un esempio tra i tanti, e però descrive una situazione reale e ci fa capire che tutti noi possiamo aiutare il nostro prossimo. Non è necessario avere particolari competenze, in genere le cose da fare non sono complicate ma semplici. Si prova anche una certa soddisfazione a scoprire che il contatto umano e il dialogo sono ancora possibili in un mondo fatto di elettronica e che se non sai accendere un computer non sei un cretino ma una persona che certamente ha altre capacità di relazione.

Per un comunista come me, essere curatore o tutore significa mettere in pratica le mie idee politiche, che coincidono con il mio modo di in-

tendere la vita. È vero che certe situazioni sono difficili e magari senza speranza, ma mi viene sempre in mente la frase di un mio “curatela-to”. “Sai Gerri - mi diceva - sono solo, ho amici che non sono amici. Una cosa però mi rende tranquillo e fiducioso, malgrado la mia malattia, che non dà speranza, so che tu mi starai vicino fino alla morte, non sono così solo come un cane”.

Quando si parla di solidarietà non bisogna pensare solo a paesi lontani; qui, alla porta accanto, c'è qualcuno che ha bisogno e spesso non chiede aiuto solo per orgoglio. Ma se desideriamo un Paese davvero legato alle nostre tradizioni, dobbiamo ricordare che i tre sul praticello era-

no uno per tutti tutti per uno. Ora il prato è più grande ma la solidarietà abbiamo paura ad esprimerla.

Provare è già un passo.

L'invito che rivolgo a tutti e allora questo. Recatevi al vostro Comune e chiedete: “Scusi, per fare il curatore cosa serve?”. Vedrete che in poco tempo sarete convocati.

Termino con delle cifre; il Malcantone ha 600 persone seguite dalla CTR di Agno; Lugano ovest - il fiume Cassarate divide l'ovest con l'est - ne ha 750 persone da seguire.

Solo con queste cifre ci si accorge che il disagio sociale non è altrove ma è qui.

