

ANNO I - Ottobre 2007

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

CCT

M A G A Z I N E

LA MISSIONE IN CINA

LA STORIA DI AUGUSTA

NELLA RICERCA DA PROTAGONISTI

IL SERVIZIO INFERMIERISTICO

L'ASSOCIAZIONE SAMORÌ



Augusta, 3 anni, raggiante dopo la guarigione



Rio Bo, installazione di Mario Veragouth
lungo il corridoio di accesso al CCT



CARDIOCENTROTICINO

Sommario - n. 3 ottobre 2007

SINERGIE	4
• <i>La missione in Cina</i>	
CONGRESSI	6
• <i>A Lugano il gotha della cardiocirurgia</i>	
SOLIDARIETA'	9
• <i>La piccola Augusta e il suo cuore guarito</i>	
• <i>Il nostro impegno per i bambini</i>	
LA RICERCA	12
• <i>Una nostra ricercatrice a New York</i>	
• <i>Il punto sulla terapia cellulare per l'infarto miocardico</i>	
CCT NEWS	16
• <i>Nella ricerca da protagonisti</i>	
SANITA'	18
• <i>Medicina di punta: e in Ticino?</i>	
L'OSPITE	20
• <i>Mario Dondero fotografo per Emergency</i>	
ORGANIZZAZIONE	21
• <i>Il servizio infermieristico del CCT</i>	
FORMAZIONE	24
• <i>Kinaesthetics nell'assistenza terapeutica</i>	
SPORT	26
• <i>La mia maratona a Stoccolma</i>	
• <i>Montagna che passione!</i>	
ASSOCIAZIONI	30
• <i>Samorè. La speranza in Guinea Bissau</i>	

All'inizio dello scorso giugno, tutti gli organi di stampa hanno dato conto con una certa enfasi della presentazione del rapporto pubblicato dall'Ufficio Federale di Statistica, concernente le cause della mortalità in Svizzera negli anni 2003-2004. "Meno morti per infarto", titolava il Corriere del Ticino: un bel leggere, per chi fa il nostro mestiere.

Il dato forte del rapporto è proprio la diminuzione di un punto percentuale - sia per quanto riguarda gli uomini, sia per le donne - della mortalità dovuta alle malattie del sistema cardiocircolatorio (e in particolare della principale tra di esse, l'infarto miocardico acuto), che rappresentano comunque, in Svizzera come in tutti i Paesi industrializzati, la principale causa di morte. "Il calo della mortalità complessiva - si legge - è dovuto essenzialmente a una flessione delle malattie cardiocircolatorie". L'analisi dei dati per Cantone evidenzia poi che nel nostro Ticino il tasso di mortalità (standardizzato per età per 100 mila abitanti) è tra i più bassi della Svizzera, inferiore di oltre il 5% rispetto alla media nazionale. Anche qui, un bel leggere, per chi fa il nostro mestiere.

Ma cosa ci dicono questi dati? Be', indubbiamente ci dicono che la rete sanitaria ticinese funziona, che gli sforzi compiuti hanno sortito dei risultati, che la strada intrapresa è quella giusta.

Noi sappiamo che la malattia cardiaca si affronta efficacemente lavorando su tre fronti: la prevenzione, la diagnostica, la cura. La prevenzione, primaria e secondaria, è un lento cammino di consapevolezza culturale che conduce la popolazione a far proprio uno stile di vita sano, finalizzato alla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare. Da questo punto di vista, possiamo solo lodare le campagne di prevenzione lanciate e gestite dal Dipartimento della Sanità e della Socialità (ricordiamo almeno l'iniziativa "Lugano città sana" e lo studio "Monica"). Inoltre, chi ha frequentato o frequenta il nostro servizio di riabilitazione e prevenzione cardiovascolare sa con quanta sagacia il tema della prevenzione venga quotidianamente battuto e ribattuto.

La diagnostica presuppone un costante aggior-



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

*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 pag.4



da pag.3

namento tecnologico e un impegno costante nella formazione. Su questo versante il Cardiocentro ha in questi anni investito in maniera importante e oggi possiamo essere orgogliosi del nostro staff e delle nostre apparecchiature (ricordo il nostro ultimo gioiello diagnostico, la CardioTac multistrato, che ci consente di visualizzare in modo non invasivo le coronarie ed è soprattutto indicato nella diagnostica di pazienti con importante familiarità alla malattia cardiovascolare). Tuttavia, si sa, l'innovazione scientifica e tecnologica procede velocemente, e chi si ferma è perduto.

Infine la cura. La sopravvivenza a un infarto miocardico acuto aumenta in maniera esponenziale riducendo i tempi dei soccorsi e della rivascolarizzazione. Dunque defibrillazione precoce e angioplastica primaria per la disostruzione della coronaria occlusa già nella fase acuta dell'infarto miocardico sono importantissimi e rappresentano i cardini del nostro impegno e del nostro lavoro.

Grazie alla Fondazione Ticino Cuore (che in poco tempo ha creato una rete capillare di 300 defibrillatori sul territorio), grazie alla rete delle ambulanze e del 144 (che assicurano un intervento tempestivo in ogni angolo del cantone), grazie all'impegno e alla professionalità dei medici, specialisti e di famiglia, e della struttura ospedaliera cantonale nel suo insieme, possiamo dire che oggi al paziente ticinese colpito da infarto miocardico si offrono le migliori premesse di salvezza. Certo, si può e si deve fare di più, ma per questo il nostro sempre rinnovato impegno deve essere sostenuto dalla politica. Alla vigilia delle elezioni per il rinnovo delle Camere Federali, rivolgiamo dunque a tutti i candidati del Ticino un appello perché sostengano a Berna tutta la struttura sanitaria ticinese e, soprattutto, il nostro Cardiocentro e l'Ente Ospedaliero Cantonale.

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

SINERGIE

CARDIOCENTRO TICINO 3/07

La missione in Cina

Un bilancio positivo

Una struttura d'avanguardia come il CCT ha l'obbligo di confrontarsi, di allacciare relazioni, di cercare occasioni di crescita.

I

l Polo Scientifico del Cardiocentro Ticino ha come obiettivo principale quello di assicurare al paziente del CCT le terapie più avanzate di cui in futuro potrà disporre. È dunque attento agli sviluppi di medio termine della ricerca, all'individuazione delle terapie di frontiera e alla definizione di quelle che, nell'arco dei prossimi anni, saranno le opzioni terapeutiche più efficaci e sicure. In questo

contesto, e in particolare negli ambiti della ricerca legati alle biotecnologie e all'impiego di cellule staminali, la Cina è ormai una realtà con la quale tutti devono fare i conti, volenti o nolenti e anche se - come nel caso del nostro Ticino - i rapporti oggettivi di scala sono tali da scoraggiare qualsiasi ipotesi di confronto.

Come tutti sanno, la Cina - la sua economia, il suo tessuto sociale, la sua capacità scientifica - ha conosciuto negli ultimi anni uno sviluppo molto repentino e in gran parte inaspettato. Nel settore che ci interessa maggiormente, quello della ricerca medica, filtrano spesso informazioni che annunciano nuove scoperte o nuove cure, informazioni spesso prive di fondamento o quanto meno troppo enfatizzate. Ciò accade soprattutto perché non esiste ancora un controllo serio delle fonti da parte della comunità scientifica internazionale. Uno degli obiettivi della nostra missione in Cina era proprio quello di verificare "lo stato reale dell'arte" nell'ambito della cardiologia. Obiettivo ambi-



Membri della delegazione ticinese insieme le autorità cinesi davanti al Centro Trasfusionale della Provincia di Zhejiang

zioso e certo non perseguibile in così pochi giorni, ma abbiamo aperto una strada, raccolto dati, allacciato relazioni concrete e feconde. Abbiamo toccato con mano l'impressionante potenziale scientifico della Cina, abbiamo visitato strutture modernissime, abbiamo maturato la convinzione che siano possibili collaborazioni, sinergie e scambi. Il percorso è certamente lungo e le difficoltà non sono lievi, ma un primo passo è stato fatto e a noi sembra che quel primo passo fosse doveroso e necessario.

La Cina è anche un mondo culturalmente e socialmente molto complesso, costituito da un intricato sistema di gerarchie politiche che, se non adeguatamente considerate, rischiano di trasformarsi in un freno per le collaborazioni internazionali. La relazione con le autorità è dunque di fondamentale importanza: per questo abbiamo insistito per affiancarci alla delegazione diplomatica recentemente in missione in Cina (giugno 2007) promossa dalla Città di Lugano e dal Cantone Ticino. In questo senso desideriamo ringraziare le autorità cittadine e cantonali che hanno organizzato la missione e hanno accolto il nostro desiderio di parteciparvi.

L'organizzazione è stata perfetta; la maratona degli incontri, con quattro appuntamenti mirati al giorno, assai faticosa ma impeccabile nella scelta delle strutture da visitare e

nella tempistica. In un Paese dalla struttura fortemente dirigista, far parte di una delegazione ufficiale e poter contare sul supporto delle nostre autorità - in primo luogo l'ambasciatore svizzero, il ticinese Dante Martinelli - è stato sicuramente un fattore determinante di successo.

Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente legati alla ricerca e in particolare alle cellule staminali,

appare sempre più evidente che la forza della Cina si deve, oltre che alla potenza della sua economia, alla convergenza di tre fattori: l'ottimo livello tecnologico raggiunto dalle strutture mediche e di laboratorio; l'enorme numero dei casi; un quadro normativo e legislativo che non vincola ma piuttosto incoraggia ad ogni livello la sperimentazione.

Da queste premesse possono venire opportunità per la ricerca ticinese? Possono - in ultima istanza - trarre vantaggi i nostri pazienti? Pur convinti che non si debba rinunciare alle nostre regole, ai controlli, alla doverosa prudenza e ai comitati etici, noi crediamo di sì, e intendiamo lavorare in questa direzione. I contatti avviati prevedono tra l'altro l'avvio di programmi di scambio con importanti istituti scientifici cinesi: presto ricercatori cinesi porteranno la loro esperienza al CCT, e nostri ricercatori potranno effettuare stages nelle strutture cinesi.

Pietro Veragouth
Coordinatore Polo Scientifico CCT

Il Governatore della Provincia di Zhejiang in visita al CCT



Venerdì 14 settembre scorso, abbiamo avuto l'onore di accogliere al CCT la delegazione della Provincia cinese di Zhejiang, guidata dal Governatore Lu Zushan, in visita ufficiale in Ticino.

Con una popolazione di oltre 46 milioni di abitanti e un'economia che galoppa a un tasso di crescita annua superiore al 10%, la provincia di Zhejiang è una delle regioni più sviluppate e dinamiche della Cina. La scelta di far tappa al Cardiocentro, dove la delegazione ha potuto rendersi conto di persona della qualità e della modernità del nostro ospedale, è stata per noi motivo di grande soddisfazione.

Nel corso della visita, il Governatore ha ribadito di auspicare a breve l'avvio di progetti di collaborazione in campo medico e soprattutto sul fronte della ricerca sulle cellule staminali e sulle nuove terapie cellulari.

A Lugano il gotha della cardiocirurgia mondiale

Organizzato dal
Cardiocentro,
il congresso farà il
punto sull'insuffi-
cienza cardiaca.



**LuganoCardiosurgical
Postgraduate
Course**
**Sabato 13 ottobre '07
a Lugano**

di Linda Siclari

I

l prossimo 13 ottobre avrà luogo al Palazzo dei Congressi di Lugano un meeting internazionale con la partecipazione di eminenti esperti nel campo del trattamento dell'insufficienza cardiaca. Saranno presenti specialisti provenienti dalla Germania, Stati Uniti, Gran Bretagna, Italia e naturalmente Svizzera. Tra gli ospiti più attesi, due tra i personaggi che maggiormente hanno contribuito alla divulgazione del sapere scientifico in Cardiocirurgia: il prof. Sir Magdi Yacoub e il prof. Francis Robicsek.

Il prof. Yacoub è un insigne cardiocirurgo inglese di origine egiziana, universalmente conosciuto per aver introdotto e codificato diverse tecniche operative per le patologie della valvola aortica, per essersi dedicato con passione al trapianto cardiaco e, recentemente, anche alla attività di ricerca nel campo delle cellule staminali. La sua relazione sarà dedicata ai limiti e alle possibilità del cuore artificiale.

Il prof. Robicsek appartiene alla generazio-

ne dei pionieri della Cardiocirurgia e ha contribuito in modo fondamentale con il suo lavoro e le sue pubblicazioni allo sviluppo di questa branca della chirurgia. I suoi contributi in campo medico, tuttavia, rappresentano solo una parte della sua attività, che si è estesa con notevole successo anche all'arte e alla archeologia. Il prof. Robicsek è autore di diverse pubblicazioni dedicate alle civiltà centroamericane precolombiane di cui è un profondo conoscitore e collezionista. La sua collezione privata di sculture in legno ispano-americane risalenti al XVI secolo è straordinaria, e pure notevole sono quelle di pittura olandese medievale e di icone russe.

**Tra gli ospiti più attesi,
il prof. Sir Magdi Yacoub e il
prof. Francis Robicsek.**

L'eccellenza di quest'uomo e la sua sete di sapere lo avvicinano idealmente al personaggio storico su cui il prof. Robicsek ha tenuto una lezione magistrale nel 1992 a Milano: Leonardo da Vinci. Questa sua abilità di essere cultore di scienza e di umanesimo al tempo stesso lo ha reso il personaggio ideale per interpretare la coscienza della medicina dei tempi moderni che sarà il tema della sua lezione magistrale al congresso di Lugano.



Un'immagine della precedente edizione del congresso di cardiocirurgia

Il prof. Francis Robicsek

Il professor Francis Robicsek è nato nel 1925 a Miskolc, in Ungheria. Laureatosi in medicina, a soli 28 anni è diventato capo del dipartimento di Cardiocirurgia dell'Università di Budapest, città dalla quale è fuggito - insieme con la moglie, anche lei medico e incinta del loro primo figlio - nei giorni immediatamente successivi all'invasione sovietica del 1956.

Ottenuto il visto per gli Stati Uniti, la famiglia Robicsek emigra a Charlotte, nel Nord Carolina, dove viveva uno zio di Francis, grazie al quale Francis ottiene un incarico come cardiocirurgo al Carolinas Heart Institute di Charlotte. In quel periodo, egli mette a punto nel proprio garage una macchina cuore-polmone, iniziando un programma di chirurgia a cuore aperto che lo avrebbe reso uno dei più famosi cardiocirurghi degli Stati Uniti.

Dell'ospedale in cui ha iniziato a lavorare, il prof. Robicsek è diventato più tardi direttore.

Membro di numerose società scientifiche e autore di oltre seicento pubblicazioni scientifiche nel campo della chirurgia cardia-

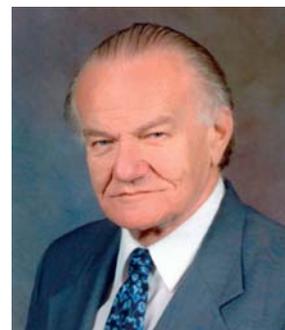
ca, toracica e vascolare, il prof. Robicsek è certamente un uomo dai molti talenti: a seguito di una sua ricerca nel campo dell'emodinamica è stato nominato professore aggiunto di Bioingegneria presso l'Università del Nord Carolina; in riconoscimento ai suoi studi delle culture centro-americane (in particolare Maya) ha ottenuto la nomina a professore aggiunto di Antropologia.

L'interesse per la cultura Maya - assai più di una passione dilettantesca, tanto che si devono a lui alcuni importanti contributi all'interpretazione dell'iconografia Maya - nasce all'inizio degli anni Sessanta, quando il prof. Robicsek si trova in Guatemala per assistere ad un programma di chirurgia cardiaca (nel



Il prof. Francis Robicsek, a sinistra, insieme con il prof. Francesco Siclari

paese centro-americano Robicsek si recherà per 15 anni una settimana ogni sei, portando avanti un progetto di formazione rivolto a chirurghi, infermieri e tecnici locali). Per mancanza di mezzi e strutture, a Guatemala City si poteva eseguire solo un'operazione al giorno: il tempo "libero" è dedicato all'esplorazione e allo studio delle rovine dei Maya. La sua attenzione si focalizza soprattutto sulle ceramiche trovate nelle tombe, ceramiche decorate e dipinte con scene mitologiche, similmente ai vasi greci. Studiando queste scene, accostandole in sequenza e "leggendole" come un fumetto, Francis è stato in grado di ricostruire parecchie leggende, eventi storici, usanze, rituali. Tra questi ultimi, il sacrificio del cuore ci è sembrato "in tema" con la nostra rivista: è stato l'argomento di una conferenza tenuta dal prof. Robicsek il 14 luglio 2003 presso l'Università di Mainz; ne pubblichiamo un estratto in omaggio alla genialità e alla cultura, di un personaggio unico nel panorama della cardiocirurgia mondiale.



Cardiologo di fama mondiale, il prof. Francis Robicsek è anche un noto esperto di antropologia, particolarmente interessato alle culture precolombiane. Lo ringraziamo per aver accolto con entusiasmo la proposta di pubblicare sulla nostra rivista l'estratto di una sua conferenza sul popolo Maya.

Il sacrificio del cuore presso i Maya. Rilevanze etnografiche e anatomiche.

Presso le popolazioni centro-americane precolombiane i sacrifici avevano grande importanza nell'ambito delle cerimonie religiose. I sacrifici spaziavano da semplici offerte di cibo e di ornamenti a offerte di animali ed esseri umani. I sacrifici umani in generale, e in particolare l'asportazione del cuore, erano molto frequenti, e raggiunsero una diffusione enorme durante il tardo periodo post-classico, quando le stragi durante particolari eventi furono migliaia.

Poiché solo pochi degli antichi centri Maya possedevano un'architettura difensiva, fino all'inizio del XX secolo si credeva che durante il periodo classico prevalessero pace e concordia e che i Maya vivessero in armonia, praticando solo di rado il crudele rituale del sacrificio umano. Al contrario, ora sappiamo che i principi Maya non disdegnavano né i sacrifici dei propri sudditi, né le incursioni contro i loro vicini finalizzate alla cattura di personaggi di alto rango, inclusi alcuni degli stessi governanti, in seguito offerti in sacrificio.



A giudicare dai reperti archeologici, specialmente dai dipinti sui vasi, l'attività sacrificale del periodo classico e del primo periodo post-classico Maya, anche se diffusa, non si avvicina al numero di uccisioni praticate dalle popolazioni del centro Messico o a quello dei Toltec-Maya del tardo periodo post-classico. Da reperti rinvenuti si deduce che i sacrifici del cuore venivano praticati nel corso di una cerimonia "alta", probabilmente nella piazza principale del centro cerimoniale e accompagnati da gran pompa. Col passare dei secoli anche la cerimonia del sa-

crificio del cuore subì profondi cambiamenti. Durante il periodo classico il rituale si caratterizzava per l'alto rango del celebrante (il sacerdote che effettuava il sacrificio), come pure della persona sacrificata. L'asportazione del cuore avveniva con la vittima in posizione supina, forse utilizzando la tecnica della toracotomia anteriore trasversale. Nel tardo periodo post-classico il numero dei sacrifici di cuore crebbe notevolmente e la cerimonia si contaminò con elementi e attributi di provenienza messicana, come lo scorticamento della vittima e il cibarsi della sua carne. In questa fase, alcuni dei rituali che prevedevano l'asportazione del cuore erano celebrati con la vittima in posizione eretta, usando un approccio intercostale anteriore sinistro. Sappiamo che queste cerimonie sacrificali proseguirono per un tempo significativo anche dopo la conquista spagnola, e che acquisirono elementi peculiari della religione cristiana.

Una storia a lieto fine



Augusta in braccio al direttore del CCT, Fabio Rezzonico. Insieme con loro, medici e membri della Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo: da sinistra, il dr. Bidonga, il dr. Pedrazzini, la signora Cameroni e, in secondo piano, il signor Luciano Gilardoni. Accanto al direttore Rezzonico, il prof. Moccetti, il signor Spiess e il signor Veragouth

La piccola Augusta e il suo cuore guarito



Il sorriso ritrovato di Augusta, pochi giorni dopo l'intervento chirurgico

L

a storia è di quelle che fa piacere raccontare. C'è la guarigione dopo la malattia, ci sono pianti e sorrisi e i sorrisi stanno alla fine, c'è una bella bambina nel ruolo di protagonista e poi ci sono delle brave persone che aiutano questa bambina. Sotto il cielo accade anche questo, per fortuna e per certo assai più spesso di quanto crediamo.

Ma procediamo con ordine. Incominciamo dai personaggi della storia, in ordine di comparizione.

Augusta Indi, 3 anni, della Guinea Bissau. È la nostra protagonista, dapprima molto malata, viene curata e guarisce grazie a una serie di felici e provvidenziali incontri con e tra persone di buona volontà.

Il dr. Augusto Bidonga. È lui, giovane pe-

diatra di Bissau, a fare la diagnosi della malattia di Augusta: Tetralogia di Fallot. Serve un intervento chirurgico e a Bissau non c'è una struttura adatta, né chirurghi in grado di intervenire.

La dr.ssa Fanny Rankin, dell'Associazione Cielo e Terre. L'associazione è attiva in Guinea Bissau con progetti di intervento in ambito sanitario, specialmente orientati alla lotta contro la diffusione dell'AIDS. Il dr. Bidonga parla di Augusta con la dr.ssa Rankin.

La signora Patrizia Cameroni, dell'Associazione Samorì. La signora Cameroni è amica della dr.ssa Rankin; l'associazione Samorì si occupa di adozioni a distanza e ha sede a Castagnola (ne parliamo a pag.30). Ed eccoci finalmente in Ticino.

La Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo. Ha sede presso il Cardiocentro Ticino e lavora a stretto contatto con l'omonima as-

La piccola Augusta e il suo cuore guarito

sociazione di Milano. L'avvocato Max Spiess, presidente della Fondazione, ce ne illustra in queste pagine l'attività e gli obiettivi.

Cardiologi, cardiocirurghi, anestesisti e infermieri. Tra il Cardiocentro Ticino, il Civico di Lugano e l'ospedale San Donato di Milano, una clinica attrezzata per la cardiocirurgia pediatrica, si prendono amorevolmente cura di Augusta tante persone, troppe per citarle tutte.

Bisogna però ricordare almeno il prof. Alessandro Frigiola, che esegue l'intervento, il prof. Tiziano Moccetti e il dr. Giovanni Pedrazzini, che seguono Augusta sotto il profilo cardiologico.

In fondo la storia è tutta qui, la si racconta ricordando le persone, e infatti sono le persone a fare la storia, anche la storia a lieto fine di Augusta.

Oltre alle persone ci sono i luoghi: qui l'Africa, la Guinea Bissau.

È piccola, la Guinea Bissau, più piccola della Svizzera, ed è tra i venti paesi più poveri del mondo. Per dare un'idea, il prodotto interno lordo della Guinea Bissau, cioè la sua ricchezza globale, supera di poco il miliardo di dollari. Quello della Svizzera è di circa 240 miliardi di dollari. A Bissau manca un po' tutto e ovviamente mancano anche i medici. Il dr. Bidonga ci dice che oltre la metà dei già pochi medici del Paese (sono in tutto 270) è costretta a lavorare all'estero, ed emigra soprattutto in Portogallo. "Io ho potuto studiare grazie a un accordo tra l'allora presidente della Guinea Bissau e il Governo di Cuba. Era il 1992 e a Bissau si era costituita una sezione distaccata dell'Università dell'Avana, con professori cubani". La facoltà purtroppo chiude nel 1998, anno terribile per la Guinea Bissau. Un'insurrezione dell'esercito porta alla destituzione del presidente e alla guerra civile, secondo un copione



Augusta in "visita" al Cardiocentro dopo l'intervento chirurgico

che l'Africa sembra recitare a memoria. La guerra porta stragi e devastazioni, e ovviamente i più colpiti sono i più deboli, che poi vanno avanti a pagare per generazioni, perché il tessuto sociale è distrutto, l'economia soffocata... e Bissau perde la sua facoltà di medicina. Così il Augusto Bidonga non sarebbe diventato un pediatra e non avrebbe potuto

diagnosticare alla piccola Augusta la tetralogia di Fallot se un programma di aiuti finanziato Conferenza episcopale italiana non gli avesse consentito di completare i suoi studi all'Avana, nella Cuba di Fidel Castro.

Questo però Augusta non lo può sapere. Dal giorno della sua nascita, il 1° luglio 2004, vive a Bissau insieme con i suoi 5 fratelli. Ogni tanto qualche crisi sembra portarsela via, ma resiste, Augusta, e intanto

il suo caso è "rimbalzato" tra Bissau, Lugano e Milano. Quando arriva in Ticino, il 2 giugno 2007, è tutto organizzato e pronto per lei. La serietà del suo caso appare subito evidente, il viaggio è stato faticoso e le crisi si fanno più frequenti. Occorre affrettare l'intervento, che ha luogo cinque giorni dopo e che corregge i difetti cardiaci di Augusta.

La Tetralogia di Fallot

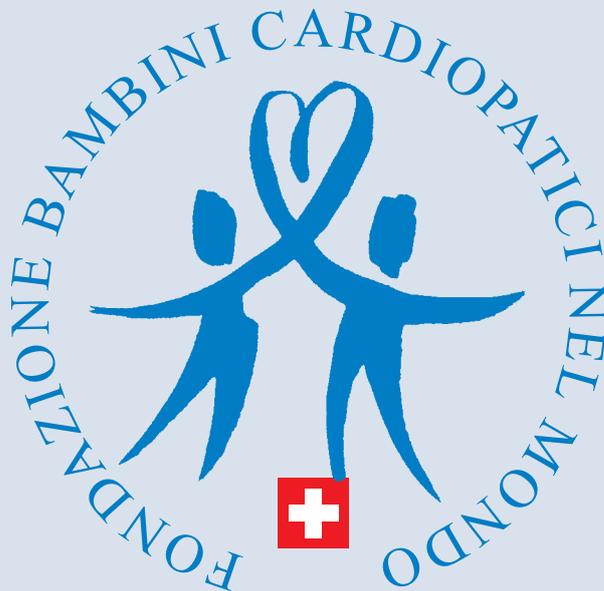
La Tetralogia di Fallot è una malformazione cardiaca complessa caratterizzata, come fa intuire il termine "tetralogia", da quattro elementi anatomici fondamentali:

- la comunicazione fra i due ventricoli, le due parti pompanti del cuore (difetto interventricolare).
- l'origine biventricolare dell'aorta, che si trova a cavaliere fra i due ventricoli, sopra il difetto interventricolare.
- una stenosi (restringimento) sottovalvolare e valvolare polmonare.
- un'ipertrofia (cioè ingrossamento muscolare) del ventricolo destro, come conseguenza degli altri difetti.

Questa patologia si manifesta perché, già in fase embriologica, la parte superiore e quella inferiore del cuore non combaciano, provocando una ostruzione all'efflusso verso l'arteria polmonare con le conseguenze sopra indicate. Nota già alla fine del 1600, la definizione moderna di questa cardiopatia si deve al medico francese Étienne-Louis Arthur Fallot, che nel 1888 pubblicò su una rivista scientifica la descrizione del caso clinico di un paziente affetto da questa malformazione. Da allora la cardiologia pediatrica ha fatto molta strada e della Tetralogia di Fallot si sa ora tutto, compreso come correggere con soddisfazione gli errori anatomici da cui è composta.

Il nostro impegno per i bambini

Intervista a Max Spiess, presidente della Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo.



Signor Spiess, la Fondazione Bambini Cardiopatici nel Mondo ha svolto un ruolo fondamentale nella vicenda della piccola Augusta. Ci può raccontare come ne siete venuti a conoscenza, e come vi siete attivati?

Siamo venuti a conoscenza di Augusta e della sua malattia tramite il dottor Giovanni Pedrazzini, che fa parte della nostra Fondazione e che a sua volta era stato contattato dalla signora Cameroni dell'Associazione Samorì. Quest'ultima è stata davvero impagabile e straordinaria per l'impegno organizzativo, il calore umano, l'affetto e la passione con cui ha seguito Augusta per tutto il periodo della sua permanenza qui da noi. E visto che siamo in tema di ringraziamenti, va senz'altro citato il reparto di Pediatria dell'Ospedale Civico e va dato atto all'Ente Ospedaliero Cantonale di aver sostenuto incondizionatamente la nostra iniziativa.

Bisogna anche dire che Augusta è stata operata all'Ospedale di San Donato Milanese perché – purtroppo – il Cardiocentro non è attrezzato per la cardiocirurgia pediatrica. Tra parentesi, quest'ultimo è un argomento che prima o poi bisognerà affrontare, valutando se abbia un senso che i bambini ticinesi che hanno bisogno di un intervento al cuore debbano migrare oltre Gottardo. Comunque sia, anche la collaborazione con l'ospedale milanese è stata ottima: un esempio di sinergia "insubrica" molto positivo.

L'impegno consueto della Fondazione è quello di sostenere e finanziare progetti nei Paesi del terzo mondo; in questo caso invece avete accolto una bambina cardiopatica qui in Ticino. Perché questa novità e che bilancio se ne può trarre?

È vero, normalmente il nostro compito è quello di valutare e finanziare progetti che ci vengono sottoposti dalla Associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo, che ha sede a Milano e dalla quale in qualche modo noi "deriviamo". Abbiamo la massima fiducia nell'Associazione, nel prof. Frigiola e nella sua équipe. Insieme con loro abbiamo affrontato diversi progetti a favore dei bambini: un esempio di sinergia "insubrica" molto positivo. I cardiopatici del terzo mondo: voglio qui ricordarne due, uno quasi ultimato – la costruzione di un ospedale pediatrico in Siria, che ci ha visti partecipare con una somma importante – e uno in fase di avvio in Camerun.

Dunque sempre meno "missioni" operatorie e sempre più investimenti in loco?

Sì, la tendenza è questa. D'altra parte ed evidentemente la scelta migliore, la più economica e la più corretta, è proprio quella di creare strutture, attrezzarle e formare cardiocirurghi, cardiologi, tecnici, infermieri. L'intervento "spot" non è certo inutile, ma il rapporto costo-benefici è ben diverso e quando la missione è finita non rimane quasi

nulla... Formare un'équipe e metterla in condizione di operare è evidentemente un'altra cosa.

La Fondazione si finanzia grazie alle contribuzioni di privati. Come si comportano i Ticinesi?

I Ticinesi sono generosi ma anche comprensibilmente diffidenti. Noi abbiamo la certezza che i fondi raccolti vengono spesi bene (tra l'altro la nostra Fondazione non ha nessun costo perché lavora su basi totalmente volontaristiche), ma capisco che è importante "far vedere" qualche risultato concreto. Anche per questo l'esperienza con la piccola Augusta è stata molto importante e positiva, e non rimarrà un caso isolato.



Augusta è guarita e felice tra le braccia del suo papà, a Bissau

Grazie a un accordo di collaborazione con il New York Medical College-Valhalla, prestigiosa istituzione statunitense, una nostra collega è da qualche mese al lavoro nell'équipe del prof. Anversa. In queste pagine il racconto della sua esperienza.

Una nostra ricercatrice a New York

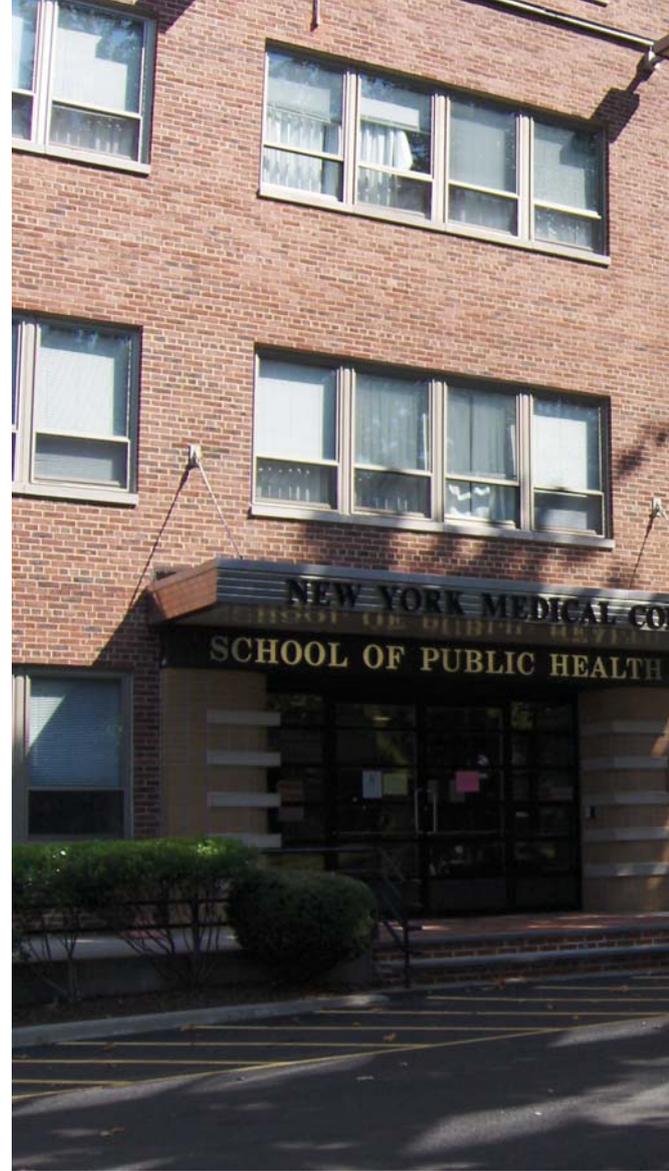


Dr.ssa Ph. D.
Silvana Bardelli

D

a un po' di tempo non lavoravo nella ricerca di base, dato che noi al CCT andiamo più al sodo, allo studio clinico. E di sicuro nella mia vita mai avrei pensato di poter arrivare in questo laboratorio oltreoceano, dove di ricerca di base se ne fa e di eccellente livello... Solo il nome del luogo dove si trovano i laboratori qui a New York incute timore: "New York Medical College-Valhalla". Ecco perché al momento della partenza da Lugano, alla fine di maggio, un po' di timore credo sia stato comprensibile.

Nove ore abbondanti di volo ed eccomi a New York. A Newark viene a prendermi Carola, una ragazza italiana che non conoscevo, ma che da quasi tre mesi condivide con me la casa e l'esperienza di laboratorio. Il giorno do-



L'ingresso della School of Public Health, dove ha sede il New York Medical College - Valhalla

po si comincia davvero. E si comincia sul serio: *lab meeting* alle 8 del mattino, esatte. Vengo presentata dal prof. Piero Anversa con tutti gli onori al gruppo e cerco di carpire i vari progetti di ricerca su cui stanno lavorando, ovviamente basati sulla rigenerazione cardiaca. Al termine del *lab meeting* eccomi a girare i laboratori, tutti occupati da persone estremamente brillanti. E conosco così quelli che sono e saranno i miei colleghi per i prossimi sei mesi: ricercatori, post-doc, dottorandi italiani, due polacchi (il dr. Jan Kajstura, braccio sinistro del nostro Piero) e il dr. Konrad Urbanek (silenzioso e molto produttivo), due americani (Bobby e Nicole) che stanno imparando il peggio della nostra lingua al pari di quanto noi di lingua italiana stiamo imparando il peggio dello slang americano, e tre immancabili giapponesi (Toru, Katsuja e Saori), che sono soliti schiacciare il loro riposino dopo pranzo direttamente sulla sedia dell'ufficio. Fa effetto essere in mezzo



Nei laboratori diretti dal prof. Piero Anversa, ricercatrici e ricercatori da ogni parte del mondo.

a tutti questi nomi altisonanti della comunità scientifica per le eccellenti pubblicazioni. Vedi gli autori dell'articolo che stavi leggendo sulla scrivania e te li trovi nell'ufficio a fianco... non mi ci sono ancora abituata. E comunque scopri che sono persone tutte alla mano, come la dr.ssa Annarosa Leri, vera mente pulsante del laboratorio, braccio destro del Prof. Anversa da parecchi anni. Una persona davvero amabile e indubbiamente un'eccellente e brillante scienziata.

Ma non c'è tempo da perdere; siamo in America, e anche se è il primo giorno qui a Valhalla mi mettono subito a lavorare sotto cappa, seguita

Claudia (una ricercatrice di Udine, presso il laboratorio del prof. Anversa da ormai cinque anni, che con le cellule umane ci sa davvero fare), recentemente prima autrice di un interessantissimo articolo sulla celebre rivista scientifica PNAS. Mi ci vuole un po' di tempo per capire come girare qui nel New York Medical College, che sembra più un intricato labirinto. Nella pausa pranzo usciamo finalmente dai laboratori e possiamo (anche se non dovremmo) finalmente parlare italiano. E così il momento del pranzo diventa un miscuglio colorito di dialetti e modi di dire da tutte le parti d'Italia (Roma, Milano, Bologna, Napoli per citarne

per il primo periodo da Arantxa (una ragazza spagnola di Pamplona) e da

alcuni), Spagna, Polonia e un pizzico di Giappone. A noi si uniscono ricercatori italiani di altri dipartimenti del college ed anche americani, ovviamente... Quando si dice un'esperienza davvero internazionale!

Passata la prima settimana giusto per ambientarmi un po', il prof. Anversa decide di assegnarmi un progetto di ricerca vero e proprio, che riguarda gli effetti dell'aging (invecchiamento) sulla quantità e "qualità" delle sue preziose cellule staminali cardiache. Nel primo mese imparo a isolarle efficientemente da campioni di tessuto cardiaco umano, che otteniamo grazie a una collaborazione con l'Ospedale Montefiore nel Bronx. Raccolti i campioni, ci stiamo ora focalizzando sullo studio comparativo degli stessi, utilizzando saggi di attività enzimatiche, test molecolari e di proliferazione cellulare che ci permetteranno (speriamo) di ottenere interessanti risultati.

Alla fine di luglio mi viene poi assegnato un altro importante progetto, anche più interessante del primo:

si tratta di uno dei tre campioni che faranno parte di un "pilot study" che testa la fattibilità dell'utilizzo clinico delle cellule c-kit+ isolate e rese note dal prof. Anversa. È in assoluto il primo studio sull'uomo che si conduce in questi laboratori. E con grande sorpresa (e notevole responsabilità) il prof. Anversa e il dr. Kajstura decidono di affidare proprio a me il primo di questi preziosissimi campioni. Ne sono rimasta colpita, ma allo stesso tempo mi sono sentita orgogliosa del fatto che apprezzino il mio lavoro.

Confesso che quando ho iniziato l'isolamento ho dovuto fare un bel respiro... ma tutto è andato bene e anche questa esperienza fa parte del bagaglio prezioso che mi porterò a casa quando tornerò a Lugano, alla fine di novembre. In effetti, il tem-



La dr.ssa Bardelli nel laboratorio di colture cellulari umane del New York Medical College



Una nostra ricercatrice a New York

po passa qui a New York e ridendo e scherzando siamo ormai quasi giunti al mio terzo mese in questo laboratorio: siamo a metà del percorso.

Per essere sinceri, il tempo libero è molto poco; durante la settimana passiamo tutta la giornata il laboratorio e anche il sabato mattina il Piero ci tiene legati ai banconi di Valhalla. Ma appena usciti, ci muoviamo verso Manhattan per il fine settimana, dove ho anche la possibilità di "sfruttare" l'ospitalità di due miei carissimi colleghi che abitano nel quartiere caratteristico di Harlem. E così anche l'affascinante e sempre unica Grande Mela non ha più segreti per noi ricercatori delle cellule staminali...

Questi tre mesi sono passati in fretta, tutto sommato. Soprattutto ora che sto lavorando su un campione ad uso clinico e vedo una sua immediata applicazione anche a Lugano, il tempo si è fatto più veloce. Per essere sincera, ho avuto la fortuna di non essermi mai sentita sperduta, nemmeno nei primi momenti (il primo mese è di solito il più duro per chi arriva), l'accoglienza è stata ottima. E mi rendo conto che questa esperienza è e sarà senza dubbio preziosa per il nostro centro, ma soprattutto per me. Sia professionalmente che umanamente parlando. Non ho parole per ringraziare chi mi ha dato la possibilità di venire qui. Sono sicura che ciò che qui sto imparando mi lascerà un segno, come le persone che qui ho avuto la fortuna di conoscere e apprezzare. Perché dietro a tanta scienza e tante pubblicazioni ci sono delle persone che lavorano duro e che sanno dare tanto, grazie alla loro passione per la ricerca. Ma non crediate che non mi manchi il nostro amato Cardiocentro... tutti i miei colleghi, il nostro laboratorio, il lago e... i piatti gustosi del nostro Sandro, che ormai li sogno di notte.



Uno dei laboratori del Cardiovascular Research Institute

RICERCA AL CCT

La ricerca con
le cellule staminali
è un punto di forza
del Cardiocentro.



Dr. Med. Daniel Sürder

Il punto sulla terapia cellulare per l'infarto miocardico

N

e abbiamo già riferito nelle precedenti edizioni di "CCT Magazine" ma ci sembra importante ribadire qui cosa stiamo facendo e perché. A seguito di un infarto miocardico

esteso, nonostante una ricanalizzazione immediata del vaso coronarico occluso e nonostante una terapia medicamentosa sofisticata, alcuni pazienti subiscono un danno al muscolo cardiaco permanente e variamente esteso. In alcuni studi, le cellule staminali hanno dimostrato di avere il potenziale di limitare il danno e quindi di migliorare le condizioni del paziente dopo l'infarto. Quello che ancora non sappiamo con certezza è come fanno le cellule staminali a guarire il tessuto cardiaco dopo un infarto. La ricerca sta dunque ora cercando di capire se le cellule staminali (cellule progenitrici)

Novità da ESC, Vienna, 1-5 settembre 2007

Al recente congresso di Vienna dell'European Society of Cardiology (ESC) sono state presentate ben 4929 tra relazioni, comunicazioni e abstract. Impossibile dare conto di tutte le novità emerse nel congresso. Ne abbiamo selezionate alcune, certamente tra le più interessanti.

- Lo studio svedese WENBIT (3090 pazienti) ha dimostrato che le vitamine del gruppo B e l'Acido Folico non hanno alcun beneficio a lungo termine sulle malattie cardiovascolari, come del resto già dimostrato da precedenti studi.
- Lo studio tedesco get-ABI (6880 pazienti) ha messo in evidenza che il rapporto pressorio tra la pressione cavigliare e la pressione branchiale può identificare il paziente con arteriopatia periferica anche asintomatica. Il test è molto importante se si considera che queste arteriopatie portano in 5 anni a una mortalità superiore al 20% e che individuarle consente un efficace e intenso trattamento farmacologico.
- Lo studio ADVANCE mette in evidenza una riduzione della mortalità nei pazienti diabetici anche normotensivi con la combinazione farmacologica di Perindopril (ACE-inibitore) e Indapamide (diuretico). Si tratta di un importante risultato a beneficio di tanti pazienti diabetici.
- Il registro EUROSPIRE mostra un decorso deludente dei fattori di rischio cardiovascolare tra 1995 e 2007, eccezion fatta per le ipercoleste-

rinemie efficacemente trattate con statine. In aumento il diabete, permangono gli allarmi tabagismo, obesità e ipertensione.

- Lo studio COURAGE evidenzia che in una parte dei pazienti con angina stabile, una terapia conservativa con dosaggio elevato di medicinali anti-ischemici e statine può essere altrettanto valida di una terapia aggressiva con angioplastica.
- Per lo studio CARESS l'angioplastica primaria rimane la scelta ideale nel trattamento dell'infarto miocardico acuto, anche dopo fibrolinosi. Independentemente dalla riapertura del vaso, una angioplastica è indicata entro poche ore.
- Nel trattamento dell'insufficienza cardiaca, l'introduzione dell'inibitore della renina Aliskiren e l'inibitore della vasopressina Tolvaptan mostra risultati interessanti sia nella clinica che nella reazioner neuro-ormonale
- Lo studio PROSPECT valuta i parametri ecocardiografici della risincronizzazione cardiaca. La durata del QRS (larghezza dell'impulso di stimolazione del cuore) rimane il criterio di scelta per identificare la dissincronia e per selezionare i pazienti candidati a terapia di risincronizzazione. Attualmente non è disponibile una singola misura di dissincronia meccanica, pertanto nella selezione dei pazienti l'analisi della dissincronia deve essere eseguita con tutti i metodi ecocardiografici disponibili.

si trasformano esse stesse in cellule del muscolo miocardico oppure se stimolano "soltanto" un processo di autoriparazione del cuore.

Su questo fronte il Cardiocentro è una struttura all'avanguardia. Siamo co-promotori del protocollo svizzero SWISS-AMI, nell'ambito del quale svolgiamo un ruolo di primaria importanza. Infatti, nel nostro laboratorio vengono processate le cellule staminali per conto di tutti i centri che aderiscono al protocollo di studio: oltre al nostro cardiocentro, le Università di Zurigo, Berna e l'Ospedale di Lucerna. Il protocollo SWISS-AMI si propone



Il dr. med. Daniel Sürder, la dr.ssa Elena Passotti e il dr. Giuseppe Astori impiantano le cellule staminali nel cuore di un paziente nell'ambito dello studio clinico SWISS-AMI

di indagare e capire quale sia il momento migliore per somministrare al paziente che ha subito un infarto miocardico esteso le cellule staminali. Ad oggi, nel protocollo sono stati inclusi 32 pazienti, di cui 3 dal Cardiocentro.

Al di là del prestigio che ciò arreca al nostro Cardiocentro, alla ricerca e alla medicina ticinese (anche se la strada da percorrere è ancora lunga, siamo tutti molto orgogliosi di poter partecipare ad un eventuale progresso della medicina), è importante sottolineare i vantaggi che i nostri pazienti ricavano da questo studio. Infatti ai pazienti colpiti da un infarto miocardico esteso offriamo la possibilità di essere trattati con le terapie più moderne, tra le quali appunto le loro proprie cellule staminali, prelevate dal loro sangue midollare e isolate nel nostro laboratorio.

Nella ricerca da protagonisti

Il CCT è tra i soci fondatori dell'Insubrias BioPark, una struttura all'avanguardia nel settore delle biotecnologie.



Gerenzano (Varese),
24 settembre 2007, inaugurazione
dell'Insubrias Biopark.
Da sinistra, l'assessore alla Sanità
della Regione Lombardia, dr. Luciano
Bresciani, amico da anni del CCT,
dove è stato in visita numerose volte,
Fabio Rezzonico, direttore amministrativo
del CCT e membro del consiglio di
Fondazione della Fondazione Istituto
Insubrico di Ricerca per la Vita,
il prof. Tiziano Moccetti,
direttore medico e primario di
cardiologia



Inaugurazione dell'Insubrias Biopark: il palco dei relatori

A

lo scorso 24 settembre a Gerenzano (Varese) - di fronte a un folto pubblico - il primo parco biotecnologico del territorio Insubrico.

autorità lombarde e ticinesi, Università dell'Insubria, rappresentanti del mondo delle imprese e della ricerca, hanno inaugurato ufficialmente

Il polo tecnologico - oltre 15.000 mq di superficie coperta, con laboratori perfettamente attrezzati e operativi - è stato fortemente voluto dalle principali istituzioni della Regio Insubrica allo scopo di sostenere concretamente la ricerca applicata nell'ambito delle biotecnologie, in un contesto transfrontaliero di grandi potenzialità.

Produzione, ricerca scientifica applicata, formazione sono i cardini intorno ai quali ruoterà l'attività del Parco, che intende svolgere



Veduta dall'alto dell'Insubrias Biopark: una struttura di oltre 15 mila metri quadrati immersa nel verde

un ruolo di incubatrice per la nascita e la crescita di nuove imprese in un settore certamente strategico per lo sviluppo del territorio. La Fondazione Cardiocentro Ticino figura tra i soci fondatori di questa iniziativa, della quale rivendica con orgoglio la paternità di un'idea che si è concretizzata in un lasso di tempo straordinariamente breve grazie al sostegno e all'entusiasmo delle istituzioni, sia nel Ticino che nella vicina Lombardia.



Da sinistra, il dr. Ario Conti, membro del consiglio di Fondazione della Fondazione Istituto Insubrico di Ricerca per la Vita, Dante Moccetti, direttore aggiunto del CCT, l'avv. Gabriele Gendotti, Consigliere di Stato e direttore del DECS

In consultazione presso i Cantoni un nuovo concordato sul coordinamento e la concentrazione della medicina altamente specializzata.

Medicina di punta: e in Ticino?



Un intervento cardiocirurgico al CCT



Dr. med.
Ignazio Cassis

C

on 7,5 milioni di abitanti la Svizzera è un piccolo paese. Per sviluppare centri medici capaci di offrire prestazioni d'avanguardia, biso-

gna disporre di un "bacino d'utenza" abbastanza grande. Due sono le ragioni: da un lato la medicina di punta si rivolge a un numero ristretto di pazienti, dunque ci vuole una grande popolazione per fornire abbastanza malati da permettere ai medici una pratica quotidiana. Dall'altro queste tecnologie costano molto: dunque più pazienti sono trattati, minore è il costo unitario. Fino a 10 anni fa, in Svizzera potevamo permetterci il lusso di avere una medicina di

punta in ogni ospedale universitario (GE, VD, BE, BS e ZH): trapianti d'organi, terapia con protoni, cardiocirurgia pediatrica, cura dei gravi ustionati, neurochirurgia dell'ipofisi, ecc. erano prestazioni eseguite in ogni centro, con apposite équipes di specialisti e macchinari costosi. Con lo sviluppo tecnologico sono ulteriormente aumentati i costi e, con essi, la difficoltà per la popolazione a pagarli. Poiché i Cantoni sono responsabili per garantire alla popolazione una medicina di qualità a costi sopportabili, a partire dal 1999 i

I Cantoni sono responsabili per garantire alla popolazione una medicina di qualità a costi sopportabili.

26 "ministri" cantonali della sanità, riuniti nella "Conferenza dei direttori sanitari" (CDS), hanno dovuto affrontare la questione. Per rispondere alla domanda la CDS istituisce nel 1999 un apposito gruppo di lavoro "medicina di punta", nel quale ho avuto il privilegio di rappresentare il Ticino. Nel



Dr. med. Ignazio Cassis
Consigliere nazionale

*Medico cantonale
FMH prevenzione
e salute pubblica
FMH medicina interna*

2003 abbiamo consegnato la nostra proposta: raggruppare determinate specialità in 2-3 centri, coordinare meglio il lavoro tra i centri svizzeri e aprirci alla cooperazione transfrontaliera. Chiarivamo compiti e responsabilità e ottimizzavamo costi e qualità. Abbiamo anche elaborato un elenco di criteri per scegliere le specialità da coordinare e proposto l'istituzione di un'apposita commissione di pilotaggio. Quale strumento giuridico per regolamentare la questione abbiamo proposto un concordato intercantonale.

La CDS approva le nostre proposte e nel 2004 costituisce la commissione intercantionale «Concentrazione della medicina altamente specializzata»: iniziamo subito i lavori. Nel 2005 il concordato intercantonale è inviato ai Cantoni per ratifica. A sor-

presa però il Canton Zurigo rifiuta di ratificare e blocca il processo. Ritiene che il concordato elaborato sia troppo «elvetico», troppo attento cioè agli equilibri intercantionali e troppo poco alla competizione internazionale. Per Zurigo un centro può definirsi «di punta» solo se capace di essere competitivo sul piano internazionale. Propone perciò d'istituire soltanto due centri: uno a Zurigo e uno a Losanna/Ginevra, entrambi aperti ai ticinesi. La proposta – com'è immaginabile – è vissuta come una provocazione da Berna e Basilea, che si schierano unite contro Zurigo. Inizia un periodo di stallo politico.

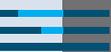
Soltanto nel 2007 la CDS ritrova al suo interno il necessario consenso politico. Durante l'estate nasce un nuovo concordato sul coordinamen-

to e la concentrazione della medicina altamente specializzata, attualmente in consultazione presso i Cantoni. Nel marzo 2008 si dovrà decidere sul seguito da dare.

La medicina ha fatto passi da gigante; lo stesso vale purtroppo per i costi. Diventa perciò urgente coordinare e concentrare i servizi particolarmente costosi. Nel sistema federale svizzero si tratta di un compito politico che compete in prima battuta ai Cantoni. Dal 1999 al 2007 sono stati compiuti alcuni timidi passi, ma molto lavoro resta da fare e i tempi stringono.

Anche gli ospedali acuti ticinesi che propongono tecniche all'avanguardia – come per esempio il Cardiocentro e alcuni reparti dell'EOC – dovrebbero creare alleanze con istituti svizzeri e stranieri, per consentire un impiego ottimale delle risorse e migliorare ulteriormente le competenze, anche in ambito di ricerca e sviluppo.

Soltanto guardando avanti insieme, con coraggio e fiducia nelle nostre capacità, possiamo garantirci una medicina di elevata qualità compatibile con le nostre risorse finanziarie. È quanto mi propongo di sostenere in Consiglio nazionale a Berna.



Mario Dondero

fotografo per Emergency



Una delle foto di Mario Dondero esposte in mostra



Il prof. Moccetti durante l'inaugurazione della mostra.

Foto Remy Steineger / Poestate 2007 Lugano

D

allo scorso mese di giugno, e ancora per tutto settembre, lungo il corridoio di accesso al CCT sono esposte circa 40

straordinarie fotografie di Mario Dondero, un maestro del fotogiornalismo contemporaneo. La mostra è stata ospitata al CCT nell'ambito della rassegna Poestate - primo festival di poesia e laboratorio culturale del Cantone Ticino, a Lugano dal 1997, giunto all'undicesima edizione e diretto con molta passione da Armida Demarta - e con il patrocinio della Città di Lugano.

Le fotografie fanno parte di un reportage realizzato nel corso del 2004 in Afghanistan sulle attività di Emergency, l'associazione diretta da Gino Strada, già ospite del nostro Cardiocentro. Immagini intense ed eloquenti, capaci di raccontare la vita dei bambini, delle donne e degli uomini afgani e insieme di documentare lo sforzo esperto e continuo compiuto da medici ed infermieri e dai loro collaboratori in condizione di estrema difficoltà.

L'evidente contrasto tra quella realtà e la nostra diventa per tutti noi un'occasione per riflettere sul significato più profondo e autentico della medicina e del lavoro del medico.

Mario Dondero



Il fotografo Dondero con il prof. Moccetti
Foto Remy Steineger / Poestate 2007 Lugano

Mario Dondero, di origini genovesi, nasce a Milano il 6 maggio 1928. Inizia a lavorare nei primi anni Cinquanta collaborando con "L'Unità", "L'Avanti", e poi come cronista a "Milano Sera". Nel 1955 si trasferisce a Parigi da dove collabora con diverse testate italiane ("L'Espresso", "L'Illustrazione Italiana", fra gli altri), e anche con "Le Monde", "Le Nouvel Observateur", "Le Figaro".

Nella capitale francese frequenta molti scrittori e intellettuali francesi, ai quali dedica celebri ritratti (Roland Topor, Claude Mauriac, Daniel Pennac, Jeshar Kemal). Collaboratore delle riviste "Jeune Afrique", "Afrique-Asie", "Demain l'Afrique", Dondero ha mantenuto costante un vivo interesse per l'Africa con ripetuti soggiorni in diversi paesi prevalentemente dell'area occidentale. Si è cimentato anche con il documentario cinematografico, realizzando come autore alcuni documentari e collaborando a programmi televisivi italiani e stranieri. Mario Dondero è tuttora in attività e, come sempre, va controcorrente, preferisce la libertà di scelta alla convenienza, e se decide di fare buon giornalismo con la macchina fotografica è proprio perché sa che è un compito difficile. Il suo è uno stile personale, difficile da classificare, che emerge nel reportage come nel ritratto, che per lui è frutto di lunghe frequentazioni con le persone riprese per sottolineare che la fotografia non è il fine ma il mezzo per avvicinarsi alla vita.

Il servizio infermieristico del CCT

Per tutti valgono il concetto di cura olistica e il valore della centralità del paziente.

I

l servizio infermieristico del CCT gestisce il lavoro di un centinaio di persone ed è organizzato gerarchicamente in reparti o servizi, ciascuno dei quali ha un suo caporeparto o caposervizio. Al vertice della piramide, la responsabilità complessiva è affidata a Stefano Bernasconi, al quale chiediamo di illustrarci le peculiarità di un lavoro così importante e delicato.



Stefano Bernasconi
Resp. servizio infermieristico

Signor Bernasconi, come si è articolato il servizio infermieristico del CCT?

Il servizio ruota intorno alle due degenze: il reparto e le cure intensive. A queste si aggiungono importanti servizi di supporto: il Day Hospital a livello ambulatoriale, la sala operatoria con gli infermieri anestesisti, gli strumentisti e i cardiotecnici, l'emodinamica e infine i fisioterapisti.

Lavori anche piuttosto diversi uno dall'altro.

Sì, ma tutti inquadrati, a livello organizzativo, nell'ambito del servizio infermieristico. Per tutti valgono il concetto di cura olistica e il valore della centralità del paziente, ma poi ci sono delle specificità. Così, per esempio, nella terapia intensiva prevalgono gli aspetti di tecnicità e sorveglianza, mentre nel reparto contano di più gli aspetti relazionali, le qualità psicologiche e il rapporto umano.

Qui da noi, competenza medica e infermieristica sono valori ben distinti ma anche assolutamente integrati.

Cosa si chiede a un infermiere che lavora al CCT?

Nella selezione del nostro personale infermieristico, abbiamo l'orgoglio di pretendere un livello professionale molto alto, ma anche l'umiltà di capire che le competenze non le si può tutte e solo esigere: bisogna anche darle, trasmetterle. Per questo per noi è importante poter contare su un gruppo affidabile, una sorta di "zoccolo duro", sul quale innestare un certo numero di "nuovi" volenterosi, da formare insegnando il nostro modo di lavorare.

Intende dire che c'è una specificità del CCT relativamente al lavoro infermieristico?

Certamente, una competenza acquisita in un altro ospedale, magari anche di cardiologia, può non essere sufficiente qui da noi, perché nel tempo abbiamo sviluppato un modo nostro di lavorare, non dico necessariamente migliore, ma certamente con delle caratteristiche specifiche. Queste caratteristiche si sono sviluppate grazie a un rapporto molto

particolare e intenso tra tutta l'équipe curante, un rapporto di osmosi continua facilitato da alcune caratteristiche proprie della nostra struttura.

Possiamo citarne alcune?

Certo. Il CCT è un ospedale non troppo grande, è una struttura relativamente giovane, è una clinica acuta, è sempre in evoluzione. Questi sono i principali elementi che a mio parere caratterizzano il DNA del CCT. In un ospedale acuto, dove si affrontano quotidianamente le emergenze, l'interdisciplinarietà e la collaborazione sono più spiccate. Qui da noi, competenza medica e infermieristica sono valori ben distinti ma anche assolutamente integrati; tra medici e infermieri non c'è competizione ma dialogo costruttivo.

Che formazione deve avere l'infermiere del CCT?

Al momento dell'assunzione, all'infermiere si richiede un titolo di base riconosciuto. A questo proposito, mi sembra positivo che con gli ac-



La centrale infermieristica del reparto degenza

cordi bilaterali la Svizzera abbia accolto la parificazione europea dei titoli di studio, stabilita dalla Convenzione di Bologna del 1999. Nel nostro settore, il desiderio condiviso è quello di arrivare a un bachelor riconosciuto, una laurea triennale. Se cerchiamo competenze, il percorso di studi e il curriculum professio-



Personale infermieristico in servizio nel reparto cure intensive

Congresso infermieristico

Sabato 1° dicembre 2007, presso la Sala Aragonite di Manno si terrà il Secondo congresso infermieristico organizzato dal CCT.

Il tema del congresso saranno le patologie delle valvole cardiache, che per numero di casi trattati al Cardiocentro sono al secondo posto, dopo le malattie coronariche.

Sarà un'occasione di confronto e un importante aggiornamento a disposizione di tutto il personale curante.



di formazione, sulla qualità dell'ambiente e sulle condizioni di lavoro, sulla valorizzazione del personale.

D'altra parte, e dal nostro punto di vista, è chiaro se siamo gli unici in Ticino ad avere alcune specializzazioni (la cardiologia invasiva, la cardiocirurgia) l'infermiere qualificato o lo formiamo noi o lo cerchiamo fuori dai nostri confini regionali.



Nella centrale infermieristica del Day Hospital al secondo piano



Si prepara l'accoglienza di un paziente in una delle sale di cateterismo cardiaco

nale devono essere in ordine.

Ciò premesso, noi offriamo anche la possibilità di accedere a una formazione interna. Si incomincia in reparto (per almeno un paio d'anni) e poi eventualmente ci si specializza. Se si sceglie la specializzazione in cure intensive, la formazione continua con un'ulteriore periodo di due anni, necessario per acquisire le competenze.

Ma le terapie intensive sono anche molto diverse.

Sì, ogni terapia intensiva ha la sua particolarità, per questo l'Associazione svizzera degli infermieri ci riconosce una competenza formativa limitata all'ambito cardiologico e cardiocirurgico. Il percorso formativo ufficiale in terapia intensiva dura in totale 4 semestri e viene gestito in collaborazione con l'Ospedale Regionale di Lugano, il Civico, dove si completano tutti gli aspetti di terapia intensiva. Oltre al nostro, è previsto un semestre in neurochirurgia,

uno in medicina interna e uno in traumatologia.

Come si sceglie generalmente un reparto piuttosto che un altro?

Dipende molto dalle motivazioni e dalle ambizioni di ciascuno. È chiaro comunque che si sceglie una clinica acuta come il CCT se si hanno ambizioni di lavoro "in prima linea".

Colpisce l'aspetto cosmopolita del personale infermieristico...

Non solo del personale infermieristico: è un aspetto che tocca tutti i servizi del CCT, anche perché si punta ad avere il meglio delle competenze.

Nel nostro settore, poi, la ricerca dell'eccellenza deve fare i conti con una relativa scarsità delle risorse umane a disposizione. Non è un mistero che ci sia questo problema, che è un problema generale, riguarda noi e riguarda la Sanità nel suo complesso. Per questo va affrontato insieme, insistendo sui programmi



Un esame ecocardiografico in Day Hospital

L'infermiere migliore?

Al di là del sapere tecnico, per il quale ci sono validi percorsi formativi dappertutto, in Svizzera come all'estero, per noi l'infermiere migliore è quello che arriva qui con l'ambizione di fare bene da noi e con l'umiltà di adattarsi al nostro contesto e al nostro modo di lavorare. Un contesto e un modo di lavorare che vanno sempre migliorati, con il contributo e anche con la critica di tutti, ma in partenza è molto importante la capacità di integrarsi nel gruppo, perché il lavoro al CCT è soprattutto un lavoro di squadra.

Kinaesthetics

nell'assistenza terapeutica

Muovere il paziente o accompagnare il movimento del paziente?



Paula Deelen, Stefano Bernasconi e Paola Rusca



Un'esercitazione durante il corso di Cinestetica

L

a mobilitazione del paziente – specie del paziente reduce da un importante intervento chirurgico – rappresenta un momento assai delicato nella quotidiana pratica infermieristica.

Per il paziente, muoversi è evidentemente una necessità, e in genere il tempo del ricovero si identifica con il tempo del movimento passivo, subìto e sofferto.

Per contro, la progressiva conquista di autonomia nel movimento è una tappa importantissima nel processo di guarigione, sia dal punto di vista organico, sia dal punto di vista psicologico: significa superamento del dolore o capacità di controllarlo, accresce la fiducia in se stessi, segna l'avvicinarsi del ritorno a casa e alla vita attiva.

Se d'altra parte spostiamo l'attenzione sul lavoro dell'infermiera, o dell'infermiere, la problematica connessa alla mobilitazione dei pazienti si sintetizza in un dato: le patologie dell'apparato locomotore, e le lombal-

gie in particolare, rappresentano la causa prevalente delle domande di cambio di mansione nell'ambito delle professioni paramediche, dove i casi di lombalgia acuta hanno un'incidenza dalle 5 alle 6 volte superiore rispetto alla popolazione normale.

Dunque la mobilitazione del paziente è un tema sensibile e centrale, tanto più in un reparto come la terapia intensiva che si prende a carico il paziente nell'immediata fase postoperatoria.

Con l'obiettivo di migliorare costantemente la qualità del servizio offerto al paziente, e insieme di migliorare la qualità del lavoro del personale infermieristico, nel 2006 e nel 2007 si sono svolti presso al CCT due corsi di introduzione ai principi della Cinestetica, una formazione rivolta in particolare al servizio di cure intensive.

La Kinaesthetics per migliorare la qualità del lavoro nel reparto di cure intensive.

Paula Deelen e Paola Rusca – rispettivamente capo reparto e vice capo reparto alle Cure intensive al CCT – sono state le promotrici di questi corsi, tenuti dalla signora Luise Müller-Steger, trainer di kinaesthetics livello 2.

Perché questo corso?

Crediamo che sia una nostra responsabilità quella di cercare risposte e soluzioni alle domande e ai problemi del nostro reparto. Il carico di lavoro del personale è un problema grave e sentito da tutto il personale e noi dobbiamo impegnarci nella prevenzione degli infortuni alla schiena. C'è insomma una crescente domanda di qualità del servizio. La Cinestetica offre delle risposte che certamente vale la pena di indagare.

Quale il bilancio dell'esperienza, quali le prospettive future?

Il bilancio è molto positivo soprattutto perché l'insegnante è riuscita a trasmettere alcuni concetti molto

importanti, come la possibilità concreta di aiutare il paziente valorizzandone al massimo le risorse di movimento. Abbiamo visto con molta soddisfazione che è stata superata da tutti i partecipanti quel po' di diffidenza iniziale, dovuta alla difficoltà di accettare un approccio al problema non di natura tecnica.

Certamente, d'altra parte, un'infarinatura è utile ma non basta. Cosa fare, dunque? Vale la pena di approfondire il discorso? Senza dubbio sì: abbiamo toccato con mano i vantaggi di questo approccio e d'altra parte il crescente successo della Cinestetica nell'ambito dell'assistenza terapeutica testimonia la validità dei concetti su cui si fonda. Ma proprio perché non si tratta di una

tecnica che può essere insegnata con un manuale di istruzioni, il percorso di apprendimento non può fermarsi alla fase propedeutica. A questa fase, giustamente rivolta a tutti, dovrebbe probabilmente fare seguito la formazione più approfondita di una o due persone del reparto, in modo tale da avere sempre una presenza competente di riferimento in Cure intensive.

Inizialmente, sarebbe anche auspicabile la supervisione saltuaria di un "trainer", che ci permetta di immaginare la soluzione migliore per la mobilitazione in una precisa situazione vissuta in reparto (insegnamento e applicazione pratica della Cinestetica).

Kinaesthetics è un sistema di apprendimento finalizzato all'acquisizione di consapevolezza e competenza in merito al movimento.

Il termine stesso "Kinaesthetics" – "Cinestetica" in italiano – risulta dalla combinazione di due parole greche: "kinesis", che significa movimento, e "aisthesis", che significa "sensazione", "percezione". Sviluppato in California a partire dal 1972 dal dr. Frank Hatch e dal dr. Lenny Maietta, il metodo si è diffuso soprattutto nei paesi europei di lingua tedesca e ha trovato accoglienza in particolare nell'ambito dell'assistenza terapeutica. Già nel 1998 si contavano oltre 80 mila operatori sanitari in grado di mettere in pratica i principi della Kinaesthetics.

Non si tratta di una tecnica, ma appunto di un più generale e profondo sistema di apprendimento, fondato sull'assunto della centralità del movimento attivo nel processo biologico e dunque nella vita. Alla base del sistema Kinaesthetics sono alcuni principi di facile comprensione:

- La vita è un continuo processo di adattamento. Tutti gli esseri umani regolano questo processo attraverso il movimento personale nelle attività quotidiane.
- Tutti i processi interni, come la respirazione, la circolazione, la digestione ecc., sono processi di movimento, anch'essi regolati dal movimento personale nelle attività quotidiane.

- Gli esseri umani sviluppano le proprie capacità di movimento seguendo il movimento di altre persone.
- Persone malate, ferite, o bisognose di assistenza devono imparare a riscoprire la possibilità di controllare il loro peso in relazione alla forza di gravità. Lo fanno scoprendo nuove possibilità di movimento che consentono loro di svolgere le attività quotidiane.
- Il modo in cui gli assistenti terapeutici sostengono i pazienti nel movimento durante le attività quotidiane influenza il processo di apprendimento del paziente.
- L'accompagnamento competente (competenza di movimento) è al centro della relazione tra paziente e assistente terapeutico.
- La necessaria competenza di movimento del personale terapeutico non è innata: deve essere studiata.
- La competenza di movimento è un processo che si articola in diversi livelli e segue tappe formative organizzate e gestite dall'istituto europeo di kinaesthetics.

Luise Müller-Steger
trainer di kinaesthetics livello 2

La mia maratona a Stoccolma

SPORT

CARDIOCENTROTICINO 3/07

di **Cristiana
Crivelli Demertzis**

Correre per me è come vivere un'altra vita, un'immersione totale in uno spazio esclusivo e privato.

P

reparare una maratona (42 km) è già di per sé un'impresa. I fattori di cui bisogna tener conto sono talmente numerosi, che se non si è ben convinti di volerla portare a termine ci si

perderà durante i lunghi mesi di preparazione. Imperativo, prima di iniziare un'attività sportiva, è sottoporsi a un check-up generale, a un elettrocardiogramma a riposo, un'ecocardiografia e a una cicloergometria. L'ideale sarebbe sottoporsi a un test di Conconi su tapis roulant, cyclette o in pista (presso un medico sportivo, o al nostro centro di riabilitazione con Antonello Molteni) per poter definire la soglia anaerobica, cioè il limite superiore dei battiti per minuto (bpm) oltre il quale il nostro corpo inizia a produrre acido lattico, dannoso per i muscoli e controproducente per l'allenamento.

Prima di mettersi in testa di partecipare a una maratona, è consigliabile essere in grado di correre per 90 min consecutivi e aver partecipato almeno a un paio di mezze-maratone, che sono un ottimo test per capire a che punto si è della preparazione. Se si arriva al traguardo in condizioni accettabili, allora si può prevenire di correre la "madre" di tutte le corse nei successivi sei mesi.

La mia esperienza

Nasco in una famiglia di corridori e alpinisti, quindi ho masticato il linguaggio dello sport e della fatica da sempre. Ho praticato pallavolo e beach volley in giovane età, poi

arrampicata sportiva, sci, snowboard, escursionismo, mountainbike e corsa. L'idea di correre una maratona mi frullava per la testa da un paio d'anni, ma non riuscivo a decollare con la preparazione. Poi a novembre, al compimento dei 40 anni, ecco l'idea trasformarsi in obiettivo da raggiungere nel corso dell'anno.

A febbraio, rincuorata già da un buon stato di allenamento grazie all'inverno mite, mi iscrivo alla maratona di Stoccolma.

- Data: sabato 9 giugno 2007
- Partenza: ore 14.00
- Partecipanti: 17500
- Clima: temperatura prevista 15°/22°
- Percorso: prevalentemente pianeggiante in città e nei parchi lungo il mare, 40 m di dislivello

La data della maratona è assolutamente perfetta per portare a termine la mia preparazione, inoltre Stoccolma è una bella città, la temperatura è ideale e gli atleti al via sono molti ma non tantissimi come a New York, dove per diversi chilometri non riesci nemmeno a correre.

Avere un obiettivo più concreto mi è stato senz'altro d'aiuto per superare momenti difficili durante gli allenamenti, che ho svolto sempre "in solitaria".

Ho suddiviso la mia preparazione in tre fasi: un periodo di costruzione e potenziamento (4 settimane); un periodo specificamente dedicato all'incremento resistenza aerobica (12 settimane); un periodo di scarico (3 settimane) con l'obiettivo di ripristinare il danno muscolare provocato dal lavoro intenso, ridurre il rischio di infortunio, migliorare la prestazione finale.



Cristiana Crivelli Demertzis in azione durante la maratona di Stoccolma

Non è stato facile conciliare le 4-5 sedute previste a settimana con il lavoro - impiego al 70% in laboratorio di cateterismo cardiaco, con picchetti notturni e nei fine settimana - la casa, un marito molto impegnato e una figlia adolescente.

Gli allenamenti lunghissimi (25-35 km) mi sono serviti anche per testare l'abbigliamento: scarpe, calze, pantaloncino, canottiera, occhiali e soprattutto la cintura con un paio di borracce con bibita ipotonica e gel di carboidrati.

Nel corso degli anni ho imparato ad ascoltare i segnali del corpo. Quando ci si sente stanchi, si soffre d'insonnia, la corsa diventa un'ossessione, le pulsazioni il mattino a riposo sono più alte del solito, si può supporre che ci stiamo allenando troppo, il nostro organismo è in

sovraccarico e allora una pausa è sicuramente la medicina migliore!

Il riposo è necessario ed è pure allenante.

Alimentazione

L'argomento è delicato e complesso e le scuole di pensiero diverse.

Da parte mia ho seguito un'alimentazione variata. Frutta, verdura, carboidrati, proteine e grassi in misura ragionevole. L'eccesso va evitato e ovviamente anche le diete dimagranti. Bevande isotoniche per reintegrare la perdita di sali minerali attraverso la sudorazione.

Non sono sempre riuscita a controllare il consumo dei dolci, soprattutto cioccolato, ma penso che sia concesso gratificarsi dopo tanta fatica! Mi è anche capitato di alzarmi in piena notte coi crampi allo sto-

maco per la fame e un forte bisogno di mangiarmi un panino o un pezzo di pizza! Nelle ultime tre settimane sono stata un po' più attenta aumentando il consumo di proteine, mentre durante i tre giorni che precedevano la gara ho consumato in prevalenza carboidrati e ho bevuto molto.

Preparativi e gara

Raggiungo Stoccolma il giovedì pomeriggio. Nello zaino che porto come bagaglio a mano, ci infilo la divisa e le scarpe che indosserò per la corsa. Smarrire la valigia e non avere le scarpe sarebbe un dramma incredibile, che potrebbe causare addirittura il ritiro dalla competizione.

Serata rilassante alla scoperta di una città splendida, con i suoi canali, i parchi, la zona vecchia molto suggestiva e le serate lunghissime e sorprendentemente miti.

Venerdì, la vigilia, mi reco nella zona partenza per il ritiro del pettorale, del pacco gara e per farmi un giro fra gli stand degli sponsor, una sorta di villaggio multietnico. Si respira un'aria particolare, mi sento agitata, impaziente di partire e molto preoccupata per la temperatura decisamente troppo elevata: 28° all'ombra, mentre il termometro nel grande piazzale segna i 34°!

L'organizzazione è perfetta. Nel pacco gara trovo il microchip che permette il rilevamento del tempo nei diversi punti di controllo lungo il percorso (partenza, 5 km, 10 km, mezza maratona, 30 km, e finale), una piantina del percorso con l'altimetria e le indicazioni dei punti di ristoro, barrette e bibite energetiche, un asciugamano, una borraccia, una spugna da portarsi lungo il percorso da immergere nelle grandi vasche d'acqua, e vari gadget pubblicitari.

Un volantino ricorda a tutti i corridori di idratarsi bene e regolarmente lungo il percorso, viste le alte temperature previste.

Nel pomeriggio esco per una corsetta breve con l'obiettivo di scaricare la tensione e provare l'effetto

La mia maratona a Stoccolma

calura. Me ne torno in camera rassicurata dal punto di vista fisico perché le mie gambe "giravano" bene, ma preoccupatissima per il gran caldo. Inizio a bere bevande ipotoniche, succhi e acqua anche durante la notte.

Penso alla strategia di gara: mi impongo di bere ad ogni rifornimento, rallentando fino a camminare per poter ingerire per bene i liquidi. Niente cibi solidi perché so che non li digerisco.

Preparo la divisa e la cintura esattamente come nel test dei 35 km. Sistema il microchip alla scarpa, nello zaino prevedo i vestiti di ricambio e un paio di borracce da usare prima della partenza.

Ripeto ad alta voce i miei obiettivi: terminare la gara, stare sotto le 4 ore, possibilmente in 3h45. Mi concedo anche di pensare a un tempo cronometrico da sogno di 3h30, che però vedo molto improbabile a causa della temperatura.

La notte riesco sorprendentemente a dormire.

Sabato sveglia alle 8.30. Colazione alle 9.30 a base di pane integrale, marmellata, caffè, frutta secca e spremuta di frutta fresca. Ho testato questo tipo di colazione più volte prima di gare importanti e di allenamenti lunghissimi e mi sono sempre sentita bene.

L'apparato digerente è molto sollecitato durante la corsa, a causa sia dello stress emotivo che meccanico: è quindi importantissimo mangiare fra le 4 e le 3 ore (al più tardi) prima della partenza, e non sperimentare alimenti nuovi. Non è raro essere vittime di forti nausea, vomito, crampi addominali e diarrea.

Alle 12.30 sono sul grande campo della pre-partenza insieme a mio marito e altre migliaia di atleti. Il caldo è allucinante. Tutti quanti si rifugiano all'ombra di grandi alberi in cerca di frescura. L'attesa è snerbante, le code alle toilette sono lunghissime e in pieno sole. Tutti bevono: ognuno il proprio intruglio magico!

Ci si reca nella zona di partenza attribuita in base ai tempi "stimati" o "desiderati" d'arrivo. Nella zona A partono i primi 100 uomini e donne, sono i top-runner e poi via via fino la zona F. Io parto più o meno a metà, nella zona D, proprio al nastro.

Mi sento bene, l'entusiasmo è alle stelle, il mio sogno si è avverato!

Si parte. La scia di corridori davanti a me è impressionante, così come gli applausi e le grida dei tifosi accalcati lungo i bordi delle strade.

I primi chilometri li corro un po' più veloci della mia tabella di marcia, ma ho troppa voglia di uscire dalla massa per correre la mia gara in compagnia dei miei pensieri e della musica che mi sono scelta con cura... e poi mi sento una tigre, piena di energia e una gioia che non riesco a domare! Tutt'intorno è una grande festa, di musica, colori, voci.

Correre per me è come vivere un'altra vita, un'immersione totale in uno spazio esclusivo e privato. È un momento di dialogo col mio io più inti-

Curiosità

- **Partenti:** 14'319
- **Classificati:** 12'435
- **Ritiri:** 1884, la maggior parte dei quali dopo il 21 km
- **Primo classificato:** Philip Bandawe, 1973, Zimbabwe, 2h20'
- **Prima classificata:** Kirsten Melkevik Otterbu, 1970, Norvegia, 2h37'
- **Il record del mondo della maratona maschile** è di 2 ore 4 minuti e 26 secondi, stabilito nella Maratona di Berlino da Haile Gebrselassie (Etiopia), il 30 settembre 2007.
- **Il record del mondo femminile** appartiene a Paula Radcliffe (GB) che lo stabilì nella Maratona di Londra il 13 aprile 2003, col tempo di 2 ore 15 minuti e 25 secondi

La felicità di Cristiana al traguardo nello stadio di Stoccolma



Montagna che passione!

mo, di creatività, di fantasia, riflessione e piacere assoluto di vivere.

Mi fermo ai ristoranti, bevo acqua e bibite isotoniche, immergo la spugna e mi rinfresco il viso bollente. Lungo il percorso si trovano una ventina di docce nebulizzanti, che portano un gran sollievo sulla pelle caldissima!

Al ventesimo riesco a vedere Stefano, lo saluto felicissima e lo rassicuro sul mio stato fisico. Passo alla mezza maratona in 1h50, sono un po' lenta ma ancora in gara per raggiungere i miei obiettivi.

Tra il 25 km e il 30 km ho una crisi fortissima. Sento dei forti crampi addominali, comincio a fissare tutti i miei pensieri sul mio malessere e sento di non voler più continuare. Mi viene da piangere. Cerco un bagno ma non so se devo veramente fermarmi. Sono in panico. Cerco Stefano con gli occhi per dirgli che non ce la faccio, che voglio smettere... ma fortunatamente non lo trovo. Ho la nausea, non riesco nemmeno più a bere. Vedo gente fermarsi per i crampi, camminare, abbandonare. No, non voglio essere una di loro. Lotto. Non sto così male. Le gambe vanno bene, devo solo togliere il pensiero dalla pancia.

Mi concentro, cerco di distrarmi, ricordo a me stessa tutti i sacrifici che ho fatto per arrivare sin lì, penso a Gabriele e gli chiedo una spintarella dall'alto... ecco, sì, lo sento fare il tifo per me e allora volo, corro fino al traguardo nell'antico stadio olimpico del 1912.

È una gioia immensa, ti si apre l'anima. Vengo accolta da una miriade di tifosi, lo speaker annuncia il mio arrivo come prima donna svizzera ed io esplodo di gioia, salto, saluto, grido... taglio il traguardo col sorriso sulle labbra e il crono a 3h45'.

Stefano è lì, felicissimo anche lui, ci abbracciamo: ce l'abbiamo fatta!!!

Mio fratello Gabriele era un grande podista e uno dei miglior orientisti ticinesi. Ho corso con lui le mie prime gare. È morto a 43 anni per un carcinoma polmonare.



Il gagliardetto del CCT sulle vette della Bolivia

Nell'estate del 2007, ho organizzato e realizzato una spedizione alpinistica in Bolivia. Insieme con me, hanno partecipato alla spedizione quattro alpinisti, tutti come me istruttori della Scuola di Alpinismo e Scialpinismo "Cirillo Floreanini" del Club Alpino Italiano di Tolmezzo (UD), Italia.

Abbiamo centrato i nostri obiettivi, raggiungendo 5 vette: Picco Austria (5300 m), Condoriri (5648 m), Alpamajo chico (5430 m), Illimani (6438 m), Sajama (6542 m), sulle quali ho simbolicamente portato anche il nostro Cardiocentro, il cui logo ho voluto presente sul nostro gagliardetto, insieme a quello della nostra scuola di alpinismo.

Preparando la spedizione, non ho ovviamente trascurato di valutare la mia efficienza cardiovascolare, con la competente e qualificata supervisione della Servizio di riabilitazione e prevenzione cardiovascolare, diretto da Antonello Molteni, che ringrazio di cuore.

Giuseppe Astori



Direttore tecnico dell'Unità di terapia cellulare del Cardiocentro, Giuseppe Astori è istruttore di Alpinismo e Scialpinismo del Club Alpino Italiano. In oltre 20 anni di attività alpinistica conta 165 ripetizioni di vie in parete fino al VII grado, 134 discese di scialpinismo fino a 45°/OSA, e 51 vie di ghiaccio fino al D+.

Nelle Alpi Giulie, gruppo del Kanin, ha eseguito la prima ripetizione con gli sci della discesa del monte Laska Plagna (OSA). Nel gruppo del Clap Grànt (Dolomiti orientali) ha aperto assieme a M. Bertossi una nuova via sulla parete Nord-ovest del Creton di Culzei, 2458 m (V).

Prima della Bolivia, ha partecipato a spedizioni extraeuropee salendo (tra le altre) nella Cordillera Blanca in Perù la via Ferrari all'Alpamajo (5947 m, AD+), in Africa il Mt. Kenja (5199 m) per la via Firmin-Hicks (V), in Tanzania il Mt. Kilimanjaro (5895 m) per la Marangu Route



Samorì

La speranza in Guinea Bissau

Tra gli scopi principali di questa giovane associazione quello di sostenere finanziariamente i bambini di famiglie in difficoltà, per permettere la loro integrazione nelle scuole private locali.



La dottoressa Fanny Renkin mentre visita una giovane mamma e la sua bambina. A Bissau Fanny è molto rispettata, viene considerata alla stregua dello stregone, una delle figure più importanti della società di questo paese. La gente ha molta fiducia in lei e questo è molto importante per il lavoro dell'associazione

Un sole cocente colora ogni cosa di colori che si possono ammirare soltanto in Africa, fa molto caldo in dicembre in Guinea-Bissau, ma è un caldo piacevole. Da lontano si sentono delle voci allegre di bimbi; stanno intonando in coro una canzone dai toni vivaci, "Samorì", si sente ripetere. Mi hanno detto che Samorì è il nome di un eroe africano, ma per me è soprattutto il canto di bambini ed il canto dei bambini ti scalda il cuore. Vorrei che tutti i bambini del mondo potessero avere una ragione di cantare spensieratamente, vorrei che tutti i bambini del mondo potessero andare a scuola e giocare a pallone, sognare di diventare dottori, maestre o grandi calciatori. Io ho avuto tutte queste opportunità, senza mai chiedere niente. Mi sono state date e basta. Per i bambini della Guinea-Bissau non è così. La Guinea-Bissau è uno dei cinque paesi africani più poveri, uno dei paesi più poveri al mondo. Alla povertà si aggiungono terribili malattie, come l'HIV, che costituisce uno dei più grossi problemi della Guinea-Bissau e che sta dilagando spaventosamente, anche a cau-

sa del mancato accesso all'istruzione del popolo guineense.

Dal 6 ottobre del 2006, Samorì significa anche speranza, speranza per il popolo guineense di uscire dalla sua crisi e speranza per il mondo, perché ci ricorda che ognuno di noi ha in sé il potere di cambiare il mondo.

L'associazione Samorì è nata per volontà una donna ticinese, allo scopo di affiancare e complementare il lavoro dell'associazione locale "Céu e Terras Bissau" coordinata dalla dottoressa Fanny Rankin, che da anni si batte in Guinea-Bissau contro la diffusione del virus HIV.

Tra gli scopi principali di questa giovane associazione quello di sostenere finanziariamente i bambini di famiglie in difficoltà, per permettere la loro integrazione nelle scuole private locali, che assicurano la continuità e la qualità dell'insegnamento. Concretamente Samorì si prende carico delle rette trimestrali di questi giovani allievi nelle migliori scuole disponibili sul territorio, le famiglie in più grave difficoltà beneficiano pure di un sostegno alimentare che viene distribuito di norma in base al numero dei loro componenti. Inoltre Samorì contribuisce al progetto della dottoressa Fanny Rankin "Per la salute e la



Mi permetto di aggiungere alcune informazioni utili per chi fosse interessato ad aiutare Patrizia ad aiutare i bambini della Guinea-Bissau:

Associazione Samorì



ASSOCIAZIONE SAMORI-GUINEA BISSAU

c/o Patrizia Cameroni
Via Campagna 17 - 6926 Montagnola
ccp no. 65-210725-7
tel. 079.444.23.29
email: assamori@gmail.com

lotta contro l'AIDS in Guinea-Bissau" assumendosi parte delle spese per l'acquisto di latte pediatrico, uno strumento fondamentale per impedire il contagio del virus dell'AIDS dalle madri sieropositive ai propri neonati tramite l'allattamento al seno.

Attualmente Samorì sta sostenendo 62 ragazzi di cui 22 alle scuole elementari, 14 all'asilo, 12 alle scuole medie, 12 fra liceo e scuole professionali ed infine due studenti che hanno ottenuto delle borse di studio per l'Università in Brasile, uno studia diritto e l'altra economia e turismo.

L'attività di Samorì in Guinea-Bissau è principalmente finanziata con gli introiti di un sistema di adozione a distanza, 45 benefattori, padrini e madrine, sostengono con un contributo mensile di 30 CHF un bambino o ra-

gazzo. La fondatrice e presidentessa di Samorì si occupa personalmente di seguire i bambini e gli studenti sostenuti dal progetto, assicurandosi che frequentino regolarmente la scuola, ed informa regolarmente i padrini e le madrine dei risultati scolastici dei loro figliocci.

Un'altra fonte di finanziamento è costituita dalla quota annuale di 25 CHF versata dai soci sostenitori di Samorì. Infine vi sono le generose

donazioni estemporanee ed i proventi di vari mercatini natalizi del Luganese, dove ogni anno potete trovare la nostra presidentessa tremante per il freddo, ma non per questo meno sorridente, ed i suoi apprezzatissimi pezzi di artigianato.

Sento ancora in lontananza le note ed i colori della canzone africana Samorì e il cuore si scalda con il calore dell'Africa in dicembre, con la consapevolezza nuova che delle piccole

persone possono fare grandi cose e la speranza che altri raccolgano l'invito racchiuso in questo messaggio d'amore, l'invito a fare qualcosa per il prossimo, anche un piccolissimo gesto. Fosse solo una canzone.

Elisabetta Cameroni



La squadra di calcio São Paulo di Bissau indossa i completi dono personale del cassiere dell'associazione Samorì. Il dono è stato particolarmente apprezzato dagli allievi e dai docenti, che ci hanno offerto un saggio calcistico.

