

ANNO IV - dicembre 2010

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

CCT

M A G A Z I N E

LA NUOVA RISONANZA MAGNETICA

**IL NUOVO SERVIZIO
INSUFFICIENZA CARDIACA**

TERAPIE CELLULARI AL CCT

IL SORRISO RITROVATO DI ADULAI

SERVIZIO: I PRIMI 28 ANNI DELL'EOC

Carlo Maggini, economista e Direttore generale dell'EOC sin dalla sua fondazione.

Cardiocentro da Lügan

Dedicata al personale del CCT. Anche in momenti delicati si può trovare conforto nel buon umore, specialmente quando tutto si conclude bene.

Se ta capita un quai di
d'avegh màa propi sù chì,
se 'l to cör al batt tropp fort,
e che gh'è quaicoss da sctort,

sintomi

se ta salta i pülsazion,
o g'het alta la pression,
o che sübit dopu un scforz
ta sa sentat istracch mort:

consiglio

se qualcosa non va dentro!
Fa un esam al Cardiocentro.
Il migliore che ci sia
per qualsiasi terapia!

entrata

La réception cui tusan:
tücc carin cul cör in man.
I 'mpieniss ul furmülari
e i ta fissa già l'urari.

*"La mandiamo senza fretta
a sgranchirsi in bicicletta!
E se arriverá in orario
può parlare col primario".*

primario

Ul primari l'è un artiscta,
scvelt da man e güzz da viscta.
Un gran mago da qui seri
che 'l ta sclargga fö i arteri!

Dèss, se resctuv un pù atent,
A va scpieghi l'intervent
e anca un zicch da teuria,
sü la coronografia.

preparazione

Infermier, cumè velin
i fa mila surisin
e i ta mett u la vesctina
dala nōna Caterina

In dal brasc una quai gügia
e dumand una gran mügia.
*"Quanto pesa lei, signore?
Che le disse il suo dottore?"*

allergie

*Ha per caso un allergia?
O da nott al dörma mia?"...*
I ta manda a fà 'n pisin
e pö giò sül to letin.

*"Siamo pronti in un momento,
si prepari all'intervento;
ma ancor prima d'andar via
dobbiam far tricotomia".*

Che l'è un termin medical
par rasàt sü l'inguinal.
Fatt la barba giò li 'n bass
che sett pü duva vultass...

lettino

Pö la cursa cul letin
par nà sota in di cantin.
Lì gh'è i sal operatori
e fin anca l'ubitori.

Se l'è l'ura dal desctin
a sett lì, sübit visin.
Sü da cò 'n pù d'alegria!
l'è dumà un'angiografia!

Anca chì gh'è scia i velin,
cui camis e i mascherin.
I ta porta in un sctanzon
cun di grand television.

intervento

Tücc ta fan i cumpliment
e gh'è in gir un mücc da gent
Sa capiss a prima viscta
che set ti ul prutaguniscta.

Eco, i pizza i machinari;
ul dutur a l'è in urari
e 'l cumincia l'intervent,
cun ul so incuragiament.

procedura

*"Oh paziente stia tranquillo
la buchiam con uno spillo.
E attraverso quel buchino
le infiliamo su un sondino,
senza neanche farle male,
nell'arteria femorale,
E poi su fin sopra il cuore
per curare il suo malore".*

E i va sü cun na caneta.
E nal gir da mezz'ureta
scatan foto a profusion
e i g'ha in mann la situazion!

diagnosi e terapia

*"Caro amico, le sue arterie,
son partite... per le ferie.
Hanno chiuso un po' la porta,
al gran flusso dell'aorta.*

*Qui ci tocca intervenire
e le stenosi riaprire.
Le mettiamo un palloncino
che gonfiamo un pochettino.*

*Poi inseriamo una struttura
che farà da impalcatura.
Cosicché per un po' d'anni
lei vivrà senza malanni".*

stent

E i ta infila denta un sctent!
Ma tranquill, ta sentat nient.
La tua arteria l'è sclargada,
la tua vita prolüngada.

E inscì in quatar e quatrott,
comè füss sücess nagott,
sa tritrövat nala sctanza
cun un pés in sü la panza.

postoperatoria

La pression, un cardiograma,
che sctavolta l'è pü 'n drama.
I dutur i guarda atent
ma i surid e i è cuntent.

A l'è naia propi ben
ema senti ammò seren.
Em fregaat ul gran basctart
quell viglico d'un infart.

ringraziamenti

E ul di dopu sum già a cà
e sa po' ricumincià.
Ul me cör l'è lì, 'l sa sent;
sum migliur anca dadent.

Sum cuntent g'hu la salüt
un tesor ch' evi perdüü
A ringrazi 'l me Signur,
'l Cardiocentro e i so Dutur.

23-26 aprile 2007

tratto da:

Lügan ul tram e i marzian
di Silvano Montanaro
(silvan@ticino.com)
Fontanaedizioni, Lugano



CARDIOCENTRO TICINO

Sommario - n.9 / dicembre 2010

SPECIALE EOC	4
I primi 28 anni dell'EOC, raccontati dai suoi protagonisti	
• <i>La nascita della Legge Ospedaliera e il tramonto dei "Leonardo Da Vinci"</i>	5
• <i>Gli equilibrismi e le sfide politiche del neonato Ente</i>	8
• <i>Camillo Jelmini: il politico carismatico che immaginò e guidò l'Ente nei suoi primi giorni</i>	11
• <i>Lo "Zar" alpinista e i suoi 27 anni in vetta all'Ente Ospedaliero</i>	12
<hr/>	
CCT NEWS	16
• <i>La nuova risonanza magnetica</i>	16
• <i>Il nuovo servizio Insufficienza Cardiaca</i>	21
<hr/>	
NOMINE	23
• <i>Auguri ai nuovi vicedirettori</i>	
<hr/>	
Finalmente l'asilo nido	24
<hr/>	
RIABILITAZIONE	24
• <i>Il training fisico in modalità eccentrica</i>	
<hr/>	
STAMINALI	27
• <i>Terapie cellulari al Cardiocentro</i>	
<hr/>	
INCONTRI	28
• <i>Una terza media al Cardiocentro</i>	
<hr/>	
SOLIDARIETÀ	30
• <i>Il sorriso ritrovato di Adulai</i>	

Un numero, questo CCT Magazine, che ruota intorno a due temi che ci sono particolarmente cari: la Ricerca e la Formazione.

Altrettanto importante era però ricordare che la fine dell'anno segnerà l'abbandono del Direttore Carlo Maggini, che dopo 27 anni lascerà la guida dell'Ente Ospedaliero Cantonale. Ci è sembrato che il modo migliore per rendere omaggio al Direttore Maggini fosse quello di ricordare la nascita dell'EOC e le persone e le motivazioni e le spinte che la determinarono. Pur di fronte a tante difficoltà, il Ticino e le forze che ne detenevano la rappresentanza politica seppero allora immaginare e organizzare una struttura unica nel panorama svizzero. Una realtà che in questi anni ha saputo offrire un servizio indiscutibilmente valido alla popolazione ticinese e che ha pure esercitato una funzione di stimolo per la crescita di un polo sanitario privato, in un equilibrio basato sul confronto. Va dunque reso omaggio ai promotori di quel progetto, soprattutto alla visione politica di Camillo Jelmini e all'abile organizzazione che il Direttore Carlo Maggini ha saputo esprimere nel corso della sua lunga reggenza. L'auspicio è quello che anche la classe politica di oggi riesca a dare il meglio di sé nelle scelte che si impongono, indicando chiare e lungimiranti linee di sviluppo ed evitando di indebolire il sistema sanitario avallando la coesistenza di inutili doppioni che finirebbero per ridurre il peso del Ticino proprio in vista del fatidico 2012, quando l'offerta sanitaria svizzera dovrà misurarsi in un confronto aperto e trasparente.

Anche in quella prospettiva, Ricerca e Formazione sono per noi impegni prioritari, e tanto più perché sappiamo quanto gli sforzi in quelle direzioni si traducano pressoché immediatamente in vantaggio per il nostro paziente: maggiore accuratezza diagnostica, miglioramento delle terapie, approcci sempre meno invasivi. I nostri sforzi si concentrano dunque nella ricerca "spinta": tecnologie dell'immagine - ed ecco la nuova Risonanza magnetica -, terapie di assoluta avanguardia (MitraClip e Revalving), nuovi avanzati trattamenti per l'insufficienza cardiaca. Per quest'ultima, che si prospetta come una delle più impegnative sfide della medicina a fronte dell'invecchiamento



**Prof. Dr. med.
Tiziano Moccetti**

*Direttore medico
e Primario di
Cardiologia*

Consiglio di Fondazione:

Presidente: Arch. Giorgio Giudici

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

Editore: Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano

Direttore responsabile: Fabio Rezzonico

Redazione: L. Gilardoni, A. Boneff, M. Boneff

Stampa: Fontana Print, Lugano

Impaginazione: studio grafico Boneff, Lugano

Copyright: Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano

Continua
a pagina 4



della popolazione, vi è oggi una diffusa consapevolezza circa la necessità di un nuovo e più globale approccio. Per questo abbiamo strutturato un servizio specifico, capace di gestire le più diverse situazioni e di offrire le risposte più adeguate, compresi gli interventi con dispositivi di resincronizzazione o di assistenza ventricolare per i casi più gravi. Non viene meno, d'altra parte, l'impegno del nostro Servizio di Ricerca Cardiovascolare nella partecipazione a ricerche e studi nazionali e internazionali, insieme con centri di eccellenza e con l'industria farmaceutica.

Numerosi progetti di ricerca sono attualmente in corso con istituti accademici di eccellenza, come la Mayo Clinic e la Harvard University, le Università di Zurigo e di Basilea, l'Università di Maastricht e altre, senza dimenticare i progetti locali con l'USI e la SUPSI.

Passando al capitolo Formazione, voglio segnalare con molta soddisfazione che i nostri medici assistenti hanno valutato e segnalato in forma anonima alla FMH - Società Svizzera di Cardiologia il valore della loro formazione al CCT con un lusinghiero 5.8 su 6, valore superiore alla media svizzera. Formazione, educazione, prevenzione sono alla base anche della nostra costante disponibilità a illustrare l'attualità del Cardiocentro ai ragazzi più giovani - si veda l'articolo relativo alla graditissima visita della scolaresca di Morbio - o a sostenere l'importante lavoro svolto da Ticino Cuore nella formazione dei giovani alla defibrillazione e alla rianimazione.

Manca un anno solo: dal 1° gennaio 2012 cambieranno le regole di finanziamento e l'offerta sanitaria non avrà più confini. Sarà una sfida importante, che intendiamo affrontare non certo da una posizione di sudditanza, ma mettendoci tutto l'entusiasmo, la curiosità, la professionalità e la disponibilità di cui siamo capaci. Siamo pronti al confronto e sosteniamo con forza il già segnalato progetto di una facoltà di medicina - master clinico dell'Università della Svizzera Italiana. Dovrà essere un master innovativo e di alta qualità, con lezioni in lingua inglese, aperto ai più fecondi scambi internazionali e pieno di entusiasmo. Vogliamo esserci anche noi!



I primi 28 anni dell'EOC, raccontati dai suoi protagonisti

EOC

Servizio di
Marco Boneff, M.Sc.
Collaboratore
di Direzione



D

opo 27 anni alla direzione dell'Ente Ospedaliero Cantonale, al termine di questo mese, il dottore in economia Carlo Maggini lascerà per sempre la propria

scrivania, dalla quale in quasi trent'anni d'attività, ha traghettato gli ospedali pubblici del nostro Cantone in una nuova era, quella della specializzazione medica, dell'ospedale multisito e della ricerca. La partenza di Maggini non rappresenta solamente il coronamento di una fruttuosa carriera. Con essa si chiude anche un'importante fase storica della sanità del nostro Cantone. Una storia di rinascita, di emancipazione e maturazione che abbiamo voluto ripercorrere ricordando la figura di Camillo Jelmini, vero e proprio "padre fondatore" dell'Ente e colloquiando con alcuni altri protagonisti che in quei primi anni ottanta ne accesero la scintilla: l'ex Consigliere di Stato avv. Benito Bernasconi, il suo successore avv. Rossano Bervini e, naturalmente, lo storico Direttore, ormai a pochi giorni dal suo congedo. Con loro cercheremo di esplorare il passato, capire il presente e fare luce sul futuro, un avvenire ancora tutto da scrivere ma di cui già si intravedono alcuni contorni.

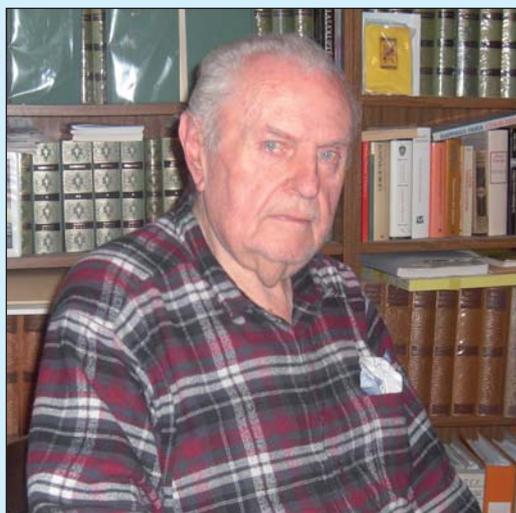
La nascita della Legge Ospedaliera e il tramonto dei “Leonardo Da Vinci”

Avvocato Bernasconi, quando nell’82 il Gran Consiglio votò la legge che diede vita all’Ente Ospedaliero Cantonale lei era Consigliere di Stato e direttore del Dipartimento delle Opere Sociali. Si ricorda com’era la situazione ospedaliera cantonale prima della nascita dell’EOC? Come maturò la decisione di riformare il settore ospedaliero?

Quando sono stato eletto in Consiglio di Stato nell’aprile 1971 l’organizzazione degli ospedali, se di organizzazione si può parlare, si basava su un decreto che prevedeva che i 10 ospedali esistenti all’epoca, benché autonomi, ricevessero un contributo cantonale in base ai posti letti occupati. Era un sussidio minimo che andava fino ad un massimo di 3 franchi al giorno per letto occupato.

L’incidenza del Cantone sulla spesa sanitaria degli ospedali era dunque davvero ridotta: nel 1970 tutti i sussidi del Cantone versati ai 10 ospedali non superavano nell’insieme i 2 milioni e 300 mila franchi, nei quali erano compresi anche i contributi per l’acquisto delle apparecchiature mediche.

Tutti gli ospedali versavano in una condizione di assoluta precarietà che si traduceva in una disorganizzazione sia amministrativa che medica. Le uniche eccezioni riguardavano forse l’ospedale Civico di Lugano che poteva contare sul finanziamento della città e l’ospedale di Bellinzona che percepiva dei contributi extra poiché in ristrutturazione. In generale, comunque, si trattava di una situazione “Medievale”



Intervista a
Benito Bernasconi
già Consigliere di Stato
dal 1971 al 1983

Benito Bernasconi, avvocato e Consigliere di Stato per il PST e direttore del DOS dal 1971 al 1983, è stato uno dei protagonisti che hanno reso possibile il varo della Legge Ospedaliera del 1982, vera e propria pietra angolare che segnò la fine di un’epoca e suggellò la nascita dell’EOC.

come la definì un medico granconsigliere del tempo.

A quel punto non era necessaria una grande visione per constatare che la situazione era diventata insostenibile. I contributi non bastavano a salvare gli ospedali dalla bancarotta e il Cantone in questo modo non riusciva a far valere la propria voce in materia di salute pubblica. Per questo motivo, una delle mie preoccupazioni nell’ambito del DOS fu appunto quella di iniziare una nuova e completa riorganizzazione degli ospedali cantonali.

Vi furono opposizioni al suo tentativo di riforma?

La mia idea iniziale era quella di concentrare gli sforzi finanziari del Cantone su quattro ospedali ritenuti principali (il Civico di Lugano, il San Giovanni di Bellinzona, l’ospedale di Locarno e quello di Mendrisio) e di ridurre poco a poco tutti gli altri a case per anziani medicalizzate od ospedali di primo intervento.

Fu come andare a stuzzicare il cane che dorme: tutti gli istituti che secondo i miei piani avrebbero dovuto assumere nel tempo una funzio-

ne secondaria non volevano essere declassati e la loro opposizione suscitò una forte reazione anche in Gran Consiglio. Mi ci vollero tutti i miei primi 4 anni di mandato per spiegare le mie motivazioni e creare il consenso necessario per poter procedere.

E in consiglio di Stato? Vi era litigiosità?

Non è che ci fosse litigiosità ma com’è ovvio c’erano consiglieri di Stato che tenevano di più alla situazione della propria regione di origine. Non dimentichiamo che molti di questi ospedali esistevano da decenni se non da secoli (il Beata Vergine di Mendrisio aveva appena festeggiato i 150 anni). Era comprensibile che tutti volessero continuare a giocare un ruolo importante per la regione dov’erano stati costruiti. Alla fine fu comunque l’evidente situazione di inadeguatezza degli ospedali a convincere i miei colleghi di governo che occorreva agire. Anche da un profilo tecnico-sanitario era chiaro che gli istituti esistenti, così com’erano, non potevano più far capo alle sfide della nuova medicina, che in quegli anni

stava evolvendo a un ritmo esponenziale, producendo una sempre maggior specializzazione. Gli ospedali non avevano le risorse per assumere e assecondare gli avanzamenti della medicina. Occorreva una riorganizzazione.

Come nacque l'idea di un Ente Ospedaliero? Se non sbaglio si trattava di un progetto assolutamente pionieristico a livello svizzero.

Nel febbraio del 1976 avevo pronti due progetti di legge: il primo era calcolato grossomodo sull'organizzazione già vigente negli altri cantoni svizzero francesi e tedeschi in cui il Consiglio di Stato insieme al Gran Consiglio assumeva il controllo completo della conduzione amministrativa e politica degli ospedali. In questo caso, si sarebbero designati 4 ospedali principali (Lugano, Bellinzona, Locarno e Mendrisio) riducendo progressivamente l'importanza degli altri istituti che avrebbero assunto il ruolo di ospedali locali. Parallelamente, l'ospedale Civico di Lugano e l'ospedale di Bellinzona avrebbero assunto il ruolo di ospedali cantonali.

Il secondo progetto era invece qualcosa di nuovo e andava incontro alle varie rivendicazioni cantonali. Prevedeva che gli ospedali fossero riuniti e diretti da un "Ente Ospedaliero Cantonale", una società di diritto pubblico a cui il Consiglio di Stato affidava il mandato di gestire gli ospedali del Cantone. Era una struttura di principio eguale a quella oggi esistente, in cui il Consiglio di Stato ha un suo rappresentante all'interno del consiglio di amministrazione, ma che di fatto si gestisce autonomamente.

Se devo esser sincero in quegli anni propendevo maggiormente per la prima soluzione. L'efficacia dell'Ente come organizzazione non era in discussione, ma temevo che potesse sfuggire, salvo che per le questioni puramente finanziarie, al controllo dell'autorità politica. A lasciarmi

perplesso non era tanto il fatto che il governo o il parlamento non potessero dirigere direttamente ogni singolo ospedale. Temevo più che altro che così facendo non si sarebbe prestata sufficiente attenzione all'andamento della politica sanitaria generale, che non deve rispondere unicamente ad esigenze cantonali ma deve anche tenere conto di quanto avviene nel resto della Svizzera. In questo modo l'autorità politica non avrebbe potuto rispondere della responsabilità politica affidatagli dai cittadini.

Nonostante queste considerazioni la commissione sanitaria che esaminò il messaggio preferì sostenere il secondo progetto, forse immaginando erroneamente che in questo modo gli ospedali avrebbero potuto conservare una maggiore libertà. Nei fatti la legge prevedeva invece un'esautorazione dei consigli di amministrazione dei singoli ospedali.

Da un semplice progetto, nell'83 l'Ente divenne realtà. Da quel giorno sono passati 27 anni. L'opera del direttore Maggini corrisponde ancora al progetto iniziale?

Nella sostanza devo dire di sì. Il concetto fondamentale dell'Ente non è cambiato. Negli anni si sono naturalmente introdotti dei cambiamenti circa l'organizzazione interna ma la linea direttrice è rimasta la stessa. Il cambiamento forse più importante rispetto al progetto iniziale concerne lo statuto dell'ospedale Italiano di Lugano che nel progetto originale non doveva far parte dell'Ente e avrebbe dovuto continuare a ricevere contributi solo per un periodo limitato di tempo.

Pur non avendo avuto l'opportunità di lavorare col direttore Maggini (il mio mandato terminò prima della sua effettiva entrata in carica) devo dire di essere stato ai tempi abbastanza fiducioso che potesse fare un buon lavoro e il fatto che provenisse da un mondo completamente diverso da quello della sanità

non mi ha mai preoccupato molto.

Con la sicurezza di avere il supporto finanziario del Cantone alle spalle e la sua esperienza di economista, il nuovo direttore avrebbe avuto la possibilità di prendere questa nuova creatura e plasmarla come lui riteneva più giusto. Per certi versi creare qualcosa di nuovo è molto più facile che non ereditare un'organizzazione con tutti i suoi sedimenti tradizionali. Questo non significa che il suo lavoro fosse ovvio o semplice. Maggini aveva sicuramente le competenze necessarie per creare una nuova organizzazione, in grado, con il supporto del consiglio di amministrazione, di funzionare secondo quanto previsto dalla legge. Il giudizio che posso dare dall'esterno dal suo operato è sicuramente molto positivo. In questi anni ha saputo ben affrontare le sfide dello sviluppo della moderna medicina e questo anche grazie ai suoi ottimi collaboratori.

Quali aspetti la colpiscono di più della situazione ospedaliera odierna?

Beh, se ripenso agli ospedali di cinquant'anni fa non posso che stupirmi quando oggi, entrando in un istituto moderno (generalmente, per fortuna, non come paziente) vedo all'ingresso la designazione di tutti i reparti, con i primari, i vice-primari i medici assistenti, medici specialisti e consulenti. Si parla di centinaia di medici in un solo ospedale! Prima dell'enorme sviluppo della medicina, avvenuta nel nostro Cantone a partire dalla seconda metà degli anni 70, in tutti gli ospedali, salvo forse al Civico di Lugano, vi erano generalmente solo un primario per la medicina generale e un chirurgo, che operava letteralmente "dalla testa ai piedi". Questi due medici, talvolta coadiuvati da qualche assistente appena uscito dall'università, dovevano far fronte all'intera medicina ospedaliera. Questi personaggi, che io chiamavo i "Leonardo da Vinci" della medicina, era-

no dei veri artisti che oggi con la specializzazione medica non esistono più.

Secondo lei questo ente continuerà ad esistere così com'è oppure cambierà qualcosa? Come immagina l'ospedale nel 2050?

Per quanto sia difficile immaginare quali saranno gli avanzamenti dell'arte medica, secondo me, nel 2050, avremo una medicina ancora più razionalizzata e specializzata. La tendenza sarà quella di innalzare la speranza di vita dell'uomo dagli 80 agli oltre 100 anni, un obiettivo secondo me realistico... guerre permettendo. Dato l'invecchiamento della popolazione, credo che gli ospedali non potranno più permettersi di essere delle strutture principalmente di ricovero, anche per una questione di costi. Per me l'ospedale del futuro consisterà in piccole organizzazioni sanitarie locali, dei "mini ospedali" magari dotati di unità mobili, che interverranno in caso di necessità e cureranno i pazienti a domicilio, ricorrendo ai ricoveri solo in casi straordinari. Non ho idea della forma che assumeranno queste piccole organizzazioni, ma secondo me non ci saranno più i grandi complessi ospedalieri ai quali siamo abituati oggi: se non nei centri universitari all'interno dei quali si concentreranno tutte le specialità e dove gli spazi saranno perlopiù attribuiti alla formazione e alla ricerca e solo in minima parte al ricovero.

Tra le sfide da affrontare e che certamente ci daranno qualche grattacapo vedo la crescente concorrenza nella medicina che, come nel settore della scuola, non ho mai visto di buon occhio. Salvo che lo Stato si carichi di somme ragguardevoli, intravedo inoltre come una possibilità abbastanza concreta la nascita di una medicina a due a o a tre velocità, uno scenario più volte ipotizzato ma che per fortuna oggi non si è ancora verificato.

Con un'iniziativa parlamentare

Ospedali allo Stato propone Jelmini

Al termine della seduta di lunedì del Gran Consiglio, il deputato e consigliere nazionale Camillo Jelmini ha presentato, insieme con altri deputati popolari-democratici, un'iniziativa parlamentare circa la costituzione di un ente ospedaliero cantonale che dovrebbe incamerare le proprietà degli attuali ospedali.

Le caratteristiche dell'istituto proposto sono le seguenti. L'Ente ospedaliero cantonale avrà personalità giuridica propria, ma lo Stato ne garantirà gli impegni. Ciò significa che gli darà i mezzi per svolgere i suoi compiti, che saranno: 1) l'apprestamento, l'ammodernamento e il miglioramento delle strutture ospedaliere pubbliche del cantone; 2) l'assunzione delle strutture ospedaliere esistenti, mediante cessione del patrimonio degli istituti ospedalieri pubblici o privati attuali; 3) l'organizzazione, la gestione e il coordinamento degli ospedali pubblici del cantone. Tra gli ospedali considerati entrano, accanto agli attuali istituti riconosciuti dalla legge (Mendrisio, Lugano Civico, Lugano italiano, Castelrotto, Bellinzona, Locarno, Faido Distrettuale, Faido S. Croce e Acquarossa, Cevio), i gerontocomi, gli istituti neuropsichiatrici, i convalescenziari, le maternità. L'Ente sarà proprietario del patrimonio (generalmente beni immobiliari) degli istituti che vi aderiranno. Sarà governato da un consiglio d'amministrazione di 9 membri, rinnovato ogni quattro anni dal governo; questo ente designerà un consiglio sanitario di 9 membri scelti fra persone che esercitano le arti sanitarie, e che fungerà da organo di consulenza tecnica. Vi saranno inoltre dei comitati ospedalieri nominati dal citato consiglio d'amministrazione, uno per ogni ospedale, composto da 5 a 9 persone del comune o della regione interessati, cui competeranno alcune nomine e l'amministrazione spicciola degli istituti. Vi sarà un ufficio di revisione nominato dal Gran Consiglio e i conti dovranno essere sottoposti al legislativo cantonale: l'Ente ospedaliero sarebbe cioè amministrato analogamente alla Banca dello Stato e all'Azienda elettrica ticinese.

Questo in sintesi il progetto. Ora alcune note esplicative. Si nota anzitutto un trapasso integrale delle proprietà degli ospedali allo Stato. Gli ospedali saranno obbligati a questo passo? La legge non lo dice, ma siccome è previsto che questa legge sostituisca quella in vigore attualmente agli istituti si porrà la alternativa: rinunciare all'indipendenza o rinunciare ai sussidi dello Stato. Per questo l'adesione sarà quasi («quasi» per modo di dire)

l'unica via possibile per gli istituti maggiori: Mendrisio, Bellinzona, Locarno e i due di Lugano; i minori potrebbero eventualmente trasformarsi in cliniche del tutto private. L'adesione però, secondo i promotori, sarà libera: una volta costituito per legge l'Ente ospedaliero cantonale, si proporrà loro di aderire, e in tal modo verrebbe esclusa qualsiasi idea di espropriazione. L'ultimo articolo della proposta Jelmini contiene una disposizione transitoria intesa a permettere la coesistenza temporanea del nuovo e del vecchio ordinamento, soprattutto per dar tempo di risolvere la spinosa questione finanziaria.

Infatti, nelle attuali precarie condizioni delle finanze dello Stato, la prospettiva di assumere tutti gli oneri della gestione, ricostruzione, ampliamento, costruzione a nuovo degli ospedali è tale da atterrire qualsiasi ministro delle finanze, anche dopo la revisione della legge federale che consentirà alla Confederazione di intervenire con aiuti cospicui. I promotori non escludono tuttavia un ricorso ai comuni perché partecipino in misura adeguata a coprire le spese dell'Ente, risp. dello Stato cantonale. Si rileva tuttavia che di sussidi e di oneri non è fatta parola, nel testo dell'iniziativa. I promotori spiegano quest'assenza nel senso che non intendono imporre una nuova scala di partecipazione comunale per questo solo scopo: essi vorrebbero arrivare a una revisione completa degli attuali rapporti finanziari tra comuni e cantone, in modo che il complesso conto di dare e avere possa essere gestito secondo una legge unica e chiara.

La proposta presentata con iniziativa parlamentare da Camillo Jelmini supera dunque, e nettamente, tutte le proposte attualmente in discussione. Si tratta insomma di una nazionalizzazione (sia pure con la «n» minuscola, come dice il promotore) delle strutture ospedaliere. Il progetto liberale (cf. CdT del 2 maggio 1973) era più modesto; così pure l'iniziativa parlamentare elaborata presentata il 18 giugno 1973 da P. Monetti e confirmata.

Il «Popolo e libertà» già la definisce «storica»: certo essa è importante. Apre almeno tanti problemi quanti ne intende risolvere, ma attorno a questo progetto potrebbero formarsi interessi e alleanze decisivi. C'è anche chi parlerà di «fuga in avanti». Ma al ritmo vertiginoso con cui si evolve oggi questo problema, le prospettive a lungo termine possono rivelarsi più realiste di quel che pare oggi. **E. M.**

Gli equilibristi e le sfide politiche del neonato Ente

Intervista
a Rossano Bervini
già Consigliere di Stato
dal 1983 al 1991



Rossano Bervini, avvocato e Consigliere di Stato per il PST e direttore del DOS dal 1983 al 1991, è stato il primo ministro della sanità a sedere come partner "alla pari" nel Consiglio di Amministrazione del neonato EOC. Alle prese con un progetto pionieristico senza eguali in Svizzera, Bervini ha contribuito a calibrare e a definire l'assetto del nuovo Ente.

Avvocato Bervini, lei fu il primo consigliere di Stato a lavorare con Maggini all'interno del Consiglio di amministrazione del neonato Ente ospedaliero cantonale. Come lo ricorda all'inizio della sua carriera come direttore?

Io lo ricordo come una persona competente, motivata ed entusiasta di raccogliere questa sfida che tutti sapevamo essere imponente e che a maggior ragione doveva esserlo per lui, dato che era completamente nuovo al settore sanitario. Si trattava di un'esperienza istituzionale completamente nuova per il Ticino e che non aveva mai avuto un ente autonomo di diritto pubblico incaricato di gestire un'azienda così grande. C'era quindi il problema iniziale di come ripartire le responsabilità determinando quale dovesse essere il ruolo del direttore, quale livello di autonomia avrebbe dovuto avere e che tipo di autorità sarebbe stato chiamato ad esercitare. Al momento della nomina, per me era chiaro che il futuro direttore dell'Ente, per poter diventare una figura dominante, non avrebbe dovuto essere soltanto un buon manager ma avere anche la capacità di mediare tra i contrapposti interessi

cercando quindi il consenso attorno alle riforme che era chiamato a realizzare. Maggini piacque subito a tutti per il suo comportamento professionale: pronto all'ascolto ma non succube, competente ma non arrogante. Ci sembrò subito la persona giusta a cui affidare questo mandato. Anche a me era sembrato da subito una persona molto seria e competente e il fatto che non provenisse dal settore sanitario non costituiva affatto un handicap. Aveva anzi un'ottima capacità manageriale e soprattutto di ascolto, abilità che lui aveva la furbizia di usare per trattenere in modo particolare quelle informazioni che poi gli sarebbero state utili per la formulazione delle sue proposte. Con lui ho sempre avuto un'ottimo rapporto sia personale che istituzionale: era una persona affidabile, di cui ci si poteva fidare.

In quegli anni l'Ente costituiva una novità a livello svizzero, dove invece la norma prevedeva che gli ospedali dipendessero direttamente dai dipartimenti della sanità. Il fatto che in Ticino la situazione fosse diversa le dava in qualche modo fastidio? Si sentiva desautorato?

No, per niente. Direi anzi che ero entusiasta di avere avuto l'opportunità straordinaria di poter partecipare in prima persona alla creazione e al consolidamento di questa creatura, che per sua natura era qualcosa di completamente nuovo. Era una sfida pionieristica e interessante ma di cui bisognava curare il funzionamento. Da una parte l'Ente doveva funzionare come un'azienda autonoma mentre dall'altra doveva svilupparsi in accordo con le linee direttrici tracciate dal dibattito politico, un concetto teoricamente molto semplice ma che nella pratica è molto più complesso poiché i confini non sono sempre così ben definiti: chi gestisce gli ospedali ha infatti senz'altro uno sguardo più approfondito sulle questioni e le persone coinvolte nella sua gestione (politici) finiscono comunque – com'è giusto che sia – per influenzare il dibattito.

Da un punto di vista istituzionale la sfida consisteva quindi nel mantenere la situazione in costante equilibrio, facendo in modo che l'Ente non diventasse un mero esecutore di quanto deciso dal Consiglio di Stato o dal Dipartimento ma che conservasse un'ampia autonomia senza però slegarsi dalle que-

stioni di politica sanitaria cantonale. Questo equilibrio bisognava conquistarselo ogni giorno nei dibattiti interni al consiglio di amministrazione nel quale, oltre al direttore del Dipartimento delle Opere Sociali, siedevo molte persone ripartite in base alla loro appartenenza politica e alla forza del loro partito in Ticino. C'è da dire che pur essendo dei laici del settore sanitario e di opinioni politiche diverse, erano tutti molto competenti ed animati dall'idea del "ben fare". Quindi, anche se a volte ci si trovava in disaccordo, le discussioni erano sempre orientate alla ricerca di una soluzione. Le decisioni da prendere non erano né scontate né semplici e spesso l'intesa veniva raggiunta a tavola, durante i pranzi che coronavano le riunioni del Consiglio di Amministrazione. Le persone ragionano in modo diverso in situazioni di convivialità e si sviluppa una maggiore empatia. Questo fattore era molto importante in quei primi giorni: eravamo pionieri e stavamo creando qualcosa di nuovo. Bisognava capirsi bene.

E da fuori Cantone? Com'era osservata l'esperienza dell'Ente?

Beh, nell'ambito della conferenza dei direttori sanitari, sicuramente tutti sapevano di questa nuova esperienza ticinese e la osservavano con tiepido interesse. Non è che le interazioni fossero intensissime: dato che il nostro modello era diverso da quello di tutti i nostri vicini per noi non era molto utile cercare consiglio oltre Gottardo e gli altri Cantoni non venivano certo a cercarci per imparare: a quel tempo non potevamo certo dire di essere i migliori! Solo con gli anni abbiamo saputo dimostrare di aver concepito un modello in grado di funzionare bene. Oggi credo addirittura che con degli adattamenti lo si potrebbe applicare anche ad altri settori, come ad esempio quello della scuola.

Lei manca dal consiglio d'amministrazione dell'Ente da quasi vent'anni. Quando guarda a quel-

Nessun «no» alla legge ospedaliera

La nuova legge ospedaliera è stata accettata ieri dopo le dichiarazioni di voto dei gruppi parlamentari e di qualche deputato, con 60 voti favorevoli, nessun contrario e 9 astenuti (6 PSA, 2 PdL e il liberale Balmelli). Il dibattito degli scorsi giorni è stato «di valore assoluto» ha detto Alberto Bottani. Non è però mancato chi ne ha lamentato i «cedimenti» (Righinetti, PLR, che ha però dato la sua adesione al testo finale) mentre il PST, che pure ha accettato la legge come aveva promesso, non ha mancato di dolersi perché nessuna delle sue proposte alternative è stata presa in considerazione. L'UDC ha dato la sua adesione essenzialmente per i freni finanziari e pianificatori sanciti dalla legge, mentre l'estrema sinistra ha giustificato la sua estensione con un discorso assai critico (per il PdL si tratta di «una riformetta»), preannunciando che riprenderà i suoi postulati non accolti (poliambulatorio e uguaglianza della cura riferita alla classe di degenza) con un'iniziativa popolare.

Tutti gli oratori hanno evidenziato gli elementi essenziali della legge. Il passaggio della proprietà allo Stato («l'incameramento sui generis» ha detto Bottani) non ha fatto discutere ma era l'aspetto basilare. La creazione di un Ente con gli opportuni strumenti operativi ha trovato tutti d'accordo: il problema è ora la nomina delle 7 persone responsabili che dovranno essere «indipendenti e competenti» (Buffi). La classificazione degli ospedali in regionali e di zona, nonché una pianificazione tecnica vincolante dovrebbero contenere l'esplosione delle spese: l'Ente del resto è tenuto a rispettare i preventivi votati dal Gran Consiglio. Tutto sommato marginali, per il relatore, la battaglia per salvaguardare le strutture degli ospedali di valle: un riconoscimento che il PPD ritiene «doveroso». Molto rammarico invece per aver dovuto negare lo statuto spe-

ziale all'Ospedale Italiano, del quale tutti hanno riconosciuto i grandi meriti: ma se anche il Civico avesse chiesto questo statuto speciale che sarebbe successo? Tutta la nuova organizzazione si sarebbe sfasciata (Buffi).

Il finanziamento è assicurato con soddisfazione di tutti, anche del PPD, per il quale la partecipazione dei comuni costituisce una «rinuncia» dolorosa ma necessaria e tutto sommato contenuta entro limiti accettabili. Il PST ha proiettato la sua adesione un po' sofferta sui tempi lunghi: questa legge era un passaggio obbligato, un primo passo (seguiranno la sociopsichiatrica e la sanitaria), una presa di coscienza indispensabile, collettiva e politica, verso una soluzione globale del problema della salute: e ciò passa anche per altre vie, la protezione dell'ambiente e del mondo del lavoro.

Un riconoscimento unanime è andato alla commissione speciale che, modificando le proposte iniziali del Consiglio di Stato, ha costruito una legge definita dal relatore «coerente e credibile». Un omaggio speciale è stato rivolto appunto al relatore e presidente della commissione, il dott. Giorgio Noseda (PST) di cui il portavoce liberale Buffi ha riconosciuto «l'impegno, la pulizia intellettuale e morale»: anche l'apporto dei commissari PSA è stato definito da Buffi «un contributo critico di assoluto valore». Bottani infine non ha voluto dimenticare Camillo Jelmini che, con la sua iniziativa parlamentare elaborata dell'8 ottobre 1973, aveva dato avvio all'iter di questa legge (qualche mese prima vi era stata un'iniziativa generica del compianto deputato comunista Monetti). Bottani ha felicitato infine il consigliere di Stato Benito Bernasconi, direttore del Dipartimento delle opere sociali, che oggi finalmente «si toglie una grossa spina dal cuore» alla vigilia di lasciare la carica.

Camillo Jelmini: è una buona legge

Fra il pubblico in tribuna sedeva, per l'atto finale del dibattito sulla legge ospedaliera, uno spettatore particolarmente attento: il consigliere nazionale Camillo Jelmini, che si può ritenere il «padre» dell'Ente ospedaliero cantonale ticinese. Ne aveva infatti chiesto la creazione con la sua iniziativa parlamentare dell'8 ottobre 1973, che ha costituito il punto d'avvio di questa nuova legge. Gli abbiamo chiesto un parere sull'atto legislativo che conclude, dopo dieci anni, l'iter della sua proposta. Ritiene che il Ticino si sia dotato di una buona legge?

«La soluzione che è stata adottata è buona se si tiene conto delle diverse difficoltà sorte per raggiungere il consenso e se si tiene conto delle possibilità insite nella legge di poterla adattare alle future esigenze. Dopo un primo periodo di esperienza, si potrà stabilire se occorreranno ulteriori adeguamenti. V'è da augurarsi che gli organismi che saranno chiamati ad applicare la legge saranno scelti con senso di responsabilità, e saranno formati da persone sufficientemente preparate e motivate per affrontare le molteplici problematiche che, specialmente all'inizio, si presenteranno».

— È l'Ente al quale pensava al momento della sua mozione?

«Allora si trattava soprattutto di portare avanti una nuova idea circa l'organizzazione ospedaliera nel nostro Cantone. Nel complesso ritengo una buona soluzione quella di sostituire un ente pubblico parastatale agli attuali enti privati che non sono più in grado, per mancanza di mezzi, di adempiere alle loro funzioni. Ritengo anche giusto che la nuova organizzazione non sia andata ad accrescere la burocrazia statale. Aver assegnato ampi poteri all'Ente non rappresenta, a mio modo di vedere, un atto di sfiducia nei confronti del Consiglio di Stato: non si è voluto gravare l'amministrazione cantonale di ulteriori oneri che non è in grado di assumersi, ma si lascia operare un organo pubblico intermedio in modo autonomo, applicando rettamente il principio di sussidiarietà. Alla legge farei solo una critica: si sarebbe potuto evitare una sua eccessiva complicazione, ma capisco che si sono dovuti accettare dei compromessi per ottenere il massimo consenso».

lo che l'Ente è diventato in questi anni, riconosce ancora il progetto che aveva avviato nel 1983?

Sì, in realtà già dopo 8 anni, quando io lasciai il Consiglio di Stato, era evidente che l'ente ospedaliero stava diventando il motore della politica ospedaliera ticinese. Già allora, anche se non c'era un mandato preciso, avevamo iniziato ad introdurre la ricerca facilitando l'assunzione di ricercatori e questo perché si intuiva che ciò avrebbe portato ad una crescita e ad un miglioramento della qualità nel tempo. In futuro credo l'Ente dovrà fare in modo di diventare un centro di competenza universitario, cercando magari a diventare un punto di riferimento non solo per la Svizzera ma anche nell'Italia del Nord. Chiaramente questo disegno dovrà maturare col tempo, non dimentichiamoci che poche decine di anni fa non eravamo altro che una vallata povera ed emarginata dal resto della Svizzera che non aveva ancora realizzato l'importanza che poteva significare la sua centralità rispetto all'Europa. Quando il Ticino sarà maturo, realizzerà che quello della sanità è un settore economico particolarmente importante e, come spero, inizierà a capitalizzare su questa ricchezza.

Come sarà, secondo lei, la sanità ticinese nel 2050?

In futuro mi piacerebbe che il settore sanitario diventasse uno dei motori principali dell'economia ticinese. Si tratta infatti di un settore che mette bene a frutto il nostro benessere, è qualificante e ha un enorme potenziale a livello economico.

Il Ticino dovrà continuare a creare dei poli di eccellenza sanitaria sia nel settore pubblico che nel privato e diventare una meta in grado di attrarre utenti non solo dalla Svizzera ma anche dal Nord Italia e, grazie alla vicinanza con gli aeroporti internazionali, anche da tutta l'area del mediterraneo. Studi recenti han-

no dimostrato che, dopo il Giappone, il Ticino è la seconda regione al mondo per longevità, una verità sicuramente favorita, almeno in parte, dal fatto che da noi esistono quelle condizioni ambientali che permettono un invecchiamento sereno e in salute. Unire l'efficienza, l'organizzazione e la bellezza del paesaggio ampliando l'offerta di servizi per il mantenimento della salute, potrà secondo me trasformarci in una meta ambita e conosciuta internazionalmente proprio per la nostra eccellenza sanitaria. Parlando di sanità non possiamo limitarci sempre e solo a discutere dei costi. Se è vero, infatti, che la malattia e la cura delle malattie genera inevitabilmente un aumento delle spese, non dobbiamo dimenticarci di con-

siderare che esiste una seconda faccia della medaglia che è costituita dal settore del mantenimento della salute che è invece estremamente fruttuoso. Pensiamo solo alle case per anziani medicalizzate: creandole non abbiamo solamente fatto una scelta giusta dal punto di vista etico: abbiamo dato vita ad un settore che non conoscerà mai disoccupazione. Nel futuro io vedo un Ticino in grado di sfruttare meglio le sue capacità per arrivare ad offrire prestazioni sanitarie d'eccellenza e un contorno socioculturale interessante per chi vuole invecchiare serenamente e mantenersi in salute.

DALLE TRIBUNE DEL GRAN CONSIGLIO

Camillo Jelmini ha seguito il voto finale sugli ospedali

Camillo Jelmini «pater legis»? E' forse eccessivo dire così ma dev'essere scritto che Jelmini è nello stretto numero di coloro che hanno dato un apporto decisivo all'elaborazione iniziale della nuova legge ospedaliera, soprattutto con la proposta — allora, 1973, rivoluzionaria — dell'Ente cantonale. Ieri era sulle tribune del Gran Consiglio e l'abbiamo avvicinato per una impressione «a caldo». Si è detto sostanzialmente soddisfatto del testo uscito dalle deliberazioni parlamentari, rendendosi conto che qualche concessione è dovuta essere fatta per raccogliere il più ampio consenso possibile, in specie tenendo conto dei desideri delle varie regioni, degli addetti ai lavori ed anche delle varie tendenze politiche.

«Una grossa novità rispetto alla proposta iniziale, in particolare alla mia iniziativa parlamentare nella quale si proponeva l'istituzione di un Ente parastatale sufficientemente autonomo che assumesse la proprietà e la gestione degli ospedali pubblici, è data dalla partecipazione dei Comuni alle spese, che in tempi assai diversi neppure si immaginava».



Abbiamo chiesto a Jelmini come intravede il futuro: «Il successo dell'operazione dipende molto dalla scelta delle persone che dirigeranno l'Ente e che comporranno il Consiglio di amministrazione: dalla loro formazione, dalle loro qualifiche, dall'entusiasmo, dal tempo che potranno e vorranno mettere a disposizione; un discorso che, in parallelo, vale pure per i Consigli ospedalieri».

Giornale del Popolo, 21 dicembre 1982.

Camillo Jelmini: il politico carismatico che immaginò e guidò l'Ente nei suoi primi giorni



Avv. Giovanni Jelmini.



Avv. Camillo Jelmini, 16.6.1997.

Il ricordo di suo figlio, avv. Giovanni Jelmini, oggi membro del Consiglio di Amministrazione dell'EOC nonché presidente di partito e deputato in Gran Consiglio

Avvocato Jelmini: suo padre è considerato uno dei veri "padri fondatori" dell'EOC. Per chi non l'ha conosciuto, può ricordarci che tipo di persona era?

Mio padre aveva due grandi passioni: la sua famiglia e il suo Paese. Da mia madre e dalla sua numerosa famiglia – sono il quinto di sei figli – mio padre acquisiva la forza e l'energia per potersi occupare degli innumerevoli impegni istituzionali e politici. È stato municipale del Comune di Lugano, deputato in Gran Consiglio e, dal 1971 al 1991, deputato al Consiglio nazionale prima e al Consiglio degli Stati successivamente. Ha servito il Paese anche come colonnello dell'esercito. Nel suo lungo impegno politico si è occupato in particolare di problemi legati ai lavoratori, agli inquilini, alle persone meno favorite. È stato anche Presidente dell'OCST. La creazione dell'Ente è stata sicuramente una delle sue più grandi opere, alla quale ha dedicato gran parte delle sue forze e del suo tempo. Oltre alla passione per la politica, mio padre mi ha trasmesso anche il senso dell'umorismo e dell'ironia – era un grande lettore del poeta romano Trilussa – e il piacere di condividere momenti di vita con gli amici.

Come mai, secondo lei, suo padre preferiva che il controllo degli ospedali fosse affidato ad un Ente autonomo invece che passare direttamente sotto il controllo del Governo?

Lo scopo dell'EOC era inizialmente quello di riunire i numerosi ospedali sparsi nel Canton Ticino che non erano più in grado di assolvere ai propri compiti sia per problemi finanziari che di organizzazione. Si è ritenuto di non passare direttamente sotto il controllo del CdS per dotare l'ente di una struttura più agile, funzionale e indipendente nella direzione e nella gestione degli ospedali pubblici. Questo modello ha dato risultati molto soddisfacenti ed è stato poi imitato da altri Cantoni.

Suo padre parlava qualche volta dei suoi progetti a casa?

Quando era a casa mio padre si dedicava generalmente alla sua famiglia, lasciando fuori dalla porta i problemi legati alla sua professione e alla sua attività politica. Ricordo tuttavia come a mio padre stesse veramente a cuore il progetto dell'EOC. Il suo impegno per questo progetto non aveva limiti di tempo e di orario, soprattutto all'inizio, quando i problemi da risolvere erano numerosi e la sfida era ancora tutta da vincere. Ricordo pure che durante i primi anni, quando era stato designato Presidente dell'EOC, oltre ai lavo-

ri preparatori dedicava all'Ente l'intera giornata di venerdì. Lui e gli altri membri del Consiglio di Amministrazione si trovavano insieme già il mattino, pranzavano insieme e lavoravano anche nel corso del pomeriggio. Il momento dei pasti vissuto insieme, per mio padre ha sempre rappresentato un momento informale di convivialità indispensabile per rafforzare i rapporti interpersonali e per un utile scambio di informazioni e di opinioni.

Che cosa ha reso importante l'EOC e che rapporto c'era tra suo padre e il direttore Maggini?

Il successo di ogni impresa – e questo è un ulteriore insegnamento ricevuto da mio padre – dipende in larga misura dalle persone che realizzano tale impresa. Non vi è ombra di dubbio che una delle scelte vincenti dell'EOC, a quel momento tutto da inventare e da realizzare, è stata la nomina del suo Direttore Carlo Maggini al quale l'Ente deve gran parte della sua realizzazione e del suo sviluppo. Carlo Maggini è stata una figura determinante per l'EOC, che ancora oggi è considerata una delle opere più interessanti realizzate in Ticino. Ricordo che mio padre ha sempre avuto una profonda stima e una grande fiducia nei confronti del Direttore Maggini; stima e fiducia, credo di poter affermare, sempre ricambiata.

Lo “Zar” alpinista e i suoi 27 anni in vetta all’Ente Ospedaliero

Intervista
a Carlo Maggini,
direttore dell’EOC
in partenza

Direttore Maggini, ci siamo. Alla fine di dicembre, con la sua partenza, lei consegnerà definitivamente ai posteri l’Ente Ospedaliero Cantonale. Oggi lei è sicuramente uno dei più grandi conoscitori del sistema sanitario e ospedaliero, ma se non sbaglia 27 anni fa il suo inizio all’EOC fu un vero e proprio “battesimo” nella sanità...

Sì, in effetti io provenivo da tutt’altro campo: mi occupavo di autostrade e trasporti. Per la verità al momento della nomina si cercava proprio qualcuno che fosse dotato di competenze tecniche senza essere legato a strutture particolari, qualcuno che potesse essere più o meno equidistante nell’acceso dibattito politico che aveva coinvolto la sanità negli anni precedenti la mia nomina.

Questo però significa anche che all’inizio ho dovuto imparare tutto da zero sugli ospedali, rimboccandomi le maniche per conoscere le strutture ma soprattutto le persone che secondo me sono il vero elemento centrale che fanno la forza di un’istituzione. I primi mesi li passai proprio cercando di instaurare un rapporto positivo con i medici, le autorità politiche, il Consiglio di



Carlo Maggini, economista e Direttore generale dell’EOC sin dalla sua fondazione, ne ha diretto e orchestrato la crescita e l’evoluzione fino ad oggi. Alpinista, maratoneta e manager di grande esperienza, lo “Zar” degli ospedali ticinesi lascerà il suo trono alla fine del 2010, firmando un’importante pagina della sanità del nostro Cantone.

Stato, il Gran Consiglio e le relative commissioni. Naturalmente tutto sarebbe stato molto più difficile senza il grande aiuto dell’avvocato Camillo Jelmini, primo presidente del Consiglio di amministrazione e vero e proprio “padre fondatore” dell’Ente (fu sua nel ’73 l’idea di riunire tutti gli ospedali del Cantone sotto un unico “cappello”). Jelmini, che ricorderò sempre con grande stima e affetto, è stato per me un vero e proprio mentore, una persona di grande carisma e charme. Fu lui ad introdurmi al mondo della sanità e a “sgrezzarmi” nella fine arte

della politica (intesa nel senso più nobile del termine), arricchendomi dunque anche a livello personale.

Quali erano le sue principali preoccupazioni in quei giorni?

Beh, direi che erano molte: c’era prima di tutto quella di farsi accettare dall’autorità politica, di darsi una credibilità. A parte il Civico di Lugano, che era nuovo e che grazie alla città stava finanziariamente bene, la gran parte degli istituti di cui noi avevamo assunto la gestione era sull’orlo del fallimento e non era in grado di pagare gli stipendi alla fi-

ne del mese. Bisognava quindi concretamente trovare le più immediate risorse finanziarie per poter mandare avanti l'azienda. Avevamo inoltre in programma un totale rifacimento di una buona parte delle strutture ospedaliere cantonali. Alcuni ospedali, come quello di Mendrisio, l'Italiano di Lugano e l'ospedale di Locarno erano infatti assolutamente fatiscenti e bisognava ricostruirli quasi da zero con oneri imponenti, che facevano venire i brividi. All'inizio del nostro mandato avevamo più di 250 milioni di debiti e ciononostante bisognava convincere i finanziatori e le banche che eravamo credibili e affidabili. Tutto questo, chiaramente, non mi lasciava dormire la notte.

Quale fu il primo compito a cui si dedicò una volta avviata questa nuova avventura?

La prima operazione a cui mi dedicai fu quella di riunire, mettere assieme le dieci realtà totalmente diverse degli ospedali cantonali. Si trattava di organizzazioni che avevano poco o nulla in comune e che erano abituate a contare solo sulle proprie forze o ad essere in concorrenza l'uno con l'altra. Il caso di Lugano con i suoi due ospedali è un esempio emblematico del regime di concorrenza vigente all'epoca. Se posso essere un po' pretenzioso direi che mi sono ispirato un po' ai principi di Eraclito di "mettere insieme" completo e incompleto, concorde e discorde, armonico e disarmonico unificando un complesso mosaico di realtà autonome e creando un clima positivo di lavoro in squadra e di collaborazione.

È più facile lavorare con i politici o con i medici? C'è qualche osso duro che più di altri ricorda di aver dovuto affrontare durante la sua carriera?

Non credo si possa dire che è più facile lavorare con gli uni o con gli altri: sono tutte persone, anche se abituate a ragionare in modo diver-

Carlo Maggini presidente dell'Ente ospedaliero

Il Consiglio d'amministrazione dell'Ente ospedaliero cantonale ha incontrato oggi a Mendrisio l'amministrazione e la direzione dell'Ospedale della Beata Vergine per l'esame della situazione attuale e dei problemi conseguenti all'adesione all'Ente.

La visita delle strutture dell'ospedale mendrisiense e dei cantieri della costruzione del nuovo ospedale hanno evidenziato le carenze degli attuali edifici e la necessità di affrontare sollecitamente l'esame dell'intera problematica relativa alla nuova costruzione. Il Consiglio ha nominato alla direzione dell'Ente il dottor Carlo Maggini di Bellinzona.

Gazzetta Ticinese, 3 settembre 1983.

so. Nei medici, forse anche per formazione, tende a prevalere qualche individualismo in più e bisogna dunque impegnarsi un po' per imparare a conoscerne la cultura e il pensiero. Una volta capito il meccanismo però, poi le cose funzionano.

Di politici e di medici ne ho dovuto affrontare parecchi ma devo dire che mi sono sempre piaciuti e continuano a piacermi i personaggi forti, quelli che hanno fatto un po' la storia della medicina pubblica di questo Cantone. Ricordo, senza voler sminuire gli altri, il prof. Moccetti, il prof. Cavalli e il prof. Nosedà, tutti personaggi affascinanti e abbastanza "tosti" con i quali è sempre necessario ricercare l'intesa.

Quali ricordi si porterà nel cuore dopo la sua partenza?

Sicuramente non dimenticherò mai il grosso lavoro che c'è stato con il Consiglio di amministrazione nei primi giorni. C'era questo rito della riunione del venerdì che durava l'intera giornata. Si andava a pranzo tutti quanti insieme e si faceva "gruppo". L'avvocato Jelmini teneva molto a questo aspetto sociale anche perché poi bisognava la-

vorare molto e ci voleva unità e un'adesione completa alla causa.

Ricordo anche la mia prima visita all'Ospedale Civico, nel 1983. L'avvocato Jelmini mi accompagnava per farmi conoscere il corpo medico e i primari (io non conoscevo assolutamente nessuno). Ad un certo punto mi venne incontro un medico estremamente gentile, che con tono garbato mi disse: "Lü al diventerà al Zar di ospedaa". Si trattava del prof. Moccetti. Spero col tempo di essere diventato uno zar un po' più democratico di quegli ultimi e innominabili zar della storia.

La creazione dell'EOC è stata sicuramente un processo lungo e tortuoso. C'è mai stato un momento buio in cui ha pensato di abbandonare la nave e abbracciare nuove opportunità? Ha mai dovuto fare uso delle sue risorse da maratoneta?

Di opportunità effettivamente in trent'anni ce ne sono state parecchie anche fuori Cantone. Il settore sanitario è però talmente appassionante che mi sarebbe stato difficile staccarmi da questo mondo. Ho sempre dunque deciso di rimanere, anche se all'Ente di momenti bui ce ne sono senz'altro stati. Ricordo in particolare quando il popolo ticinese bocciò severamente il progetto di unificazione dell'Ospedale Civico e dell'Italiano a Lugano. Fu un momento di scoramento sia per il Consiglio d'amministrazione che per la Direzione generale e ci volle davvero forza in quel momento per non abbattersi e ripartire con un nuovo progetto senza mostrare un atteggiamento negativo. In quel momento sì, credo di aver dovuto far capo alle mie risorse di maratoneta.

Di strada però ne è stata fatta parecchia. L'esperienza dell'Ente è stata imitata da qualche altro Cantone?

Certamente, l'esperienza dell'Ente ha preceduto di circa 20 anni quello che è avvenuto col tempo anche

Carlo Maggini direttore dell'Ente ospedaliero

La nomina è avvenuta ieri, all'unanimità, del Consiglio di amministrazione dell'Ente



Carlo Maggini.

Carlo Maggini di Bellinzona, 36 anni, è il primo direttore del neo costituito Ente ospedaliero cantonale. La nomina, all'unanimità, è avvenuta ieri a Mendrisio dove era riunito il Consiglio di amministrazione dell'Ente per esaminare tra l'altro, con la direzione dell'Ospedale della Beata Vergine, la situazione ed i problemi conseguenti all'adesione del nosocomio mendrisiotto all'Ente stesso.

Il dott. Carlo Maggini è attinente di Biasca, ma, come detto, è domiciliato a Bellinzona; è sposato e padre di un figlio di quattro anni. Ottenuta nel 1967 la maturità commerciale presso la Scuola cantonale superiore di commercio di Bellinzona, nonché la licenza in scienze commerciali presso la Facoltà di scienze economiche e sociali dell'Università di Ginevra, nel 1971, seguì corsi d'informatica presso la IBM di Ginevra e nel 1978 conseguì il dottorato in scienze economiche, menzione economia

commerciale e industriale, con una tesi di laurea elaborata nel quadro delle ricerche del Fondo nazionale svizzero per le ricerche scientifiche all'Università di Ginevra. Il dott. Maggini seguì anche corsi di organizzazione e di gestione del personale, organizzati dallo Stato del Canton Ticino.

Il neo direttore dell'Ente ospedaliero cantonale ha pure buone esperienze professionali avendo lavorato per sei anni, dal 1972 al 1978, presso l'Ufficio cantonale delle Strade nazionali, in qualità di capo della Sezione per il coordinamento economico e successivamente presso il dipartimento delle pubbliche costruzioni in qualità di capo dell'Ufficio cantonale delle espropriazioni e del catasto con responsabilità nella conduzione di tutte le attività connesse con le procedure giuridiche, finanziarie e tecniche di acquisizione dei terreni, degli stabili e dei diritti per

la realizzazione delle opere cantonali e la protezione dell'ambiente; la gestione amministrativa, economica e giuridica di tutto il patrimonio fondiario dello Stato, delle sue aziende e del dominio pubblico; la gestione logistica e dei contratti di locazione dell'intera amministrazione cantonale e del settore scolastico, la consulenza, infine, su problemi finanziari e giuridici attinenti al diritto fondiario e all'estimo immobiliare, con la partecipazione in particolare a gruppi di studio preposti alla elaborazione di leggi e allo studio di problemi interdipartimentali.

Un curriculum di tutto rispetto, a garanzia di una nomina felice per il giovane Ente ospedaliero cantonale dal quale i cittadini si attendono non miracoli ma una politica sanitaria migliore di quella attuale. La nuova legge ospedaliera, ricordiamo, era stata approvata il 20 dicembre dello scorso anno con voto massiccio del Gran Consiglio.

Al neo direttore dell'Ente, che discende dal noto casato dei Maggini — il nonno era stato direttore de «Il Dover» per diversi anni e fino al 1940 — le felicitazioni per la brillante nomina insieme con l'augurio di molte soddisfazioni nell'espletamento delle importanti funzioni assegnategli.

Il Dover, 3 settembre 1983.

È quanto ci ha confermato in un'intervista esclusiva il neo-direttore dr. Carlo Maggini

Dirigere l'Ente ospedaliero non sarà una impresa facile

Gazzetta Ticinese, 6 settembre 1983.

negli altri Cantoni. Il Canton Giura fu il primo a seguire la nostra esperienza, seguì quindi il Canton Vallese, il Canton Neuchâtel, e il Canton Friburgo dove oggi si utilizzano modelli di Ente assolutamente simili al nostro (anche la legge è praticamente una traduzione in francese di quella in vigore in Ticino). Nei Cantoni della Svizzera tedesca si sono compiute scelte analoghe (ospedali multisito) anche se con piccole differenze dal punto di vista giuridico e organizzativo. Direi che se una volta la regola era quella dell'ospedale indipendente oggi lo standard è rappresentato dell'ospedale in rete, anche perché è effettivamente difficile che un ospedale pubblico che rimane da solo possa sopravvivere in un settore che va aprendosi sempre più alla concorrenza. Anche i nostri ospedali di valle non avrebbero potuto continuare ad esistere se non fossero entrati a far parte dell'EOC.

Se con una macchina del tempo potesse tornare a 28 anni fa conservando l'esperienza di oggi, pensa che rifarebbe le stesse scelte? Cosa cambierebbe?

Beh, con il senno di poi mi viene da dire che forse si sarebbe potuto procedere con diversi ritmi di crociera. Allo stesso tempo, però, l'esperienza mi ha insegnato che con le decisioni affrettate e imposte, senza investire il tempo per creare il consenso, non si arriva da nessuna parte, specie in un settore dall'alto contenuto emozionale come questo. In fondo tutte le grandi sconfitte dell'Ente sono nate laddove non si è riusciti a creare consenso. Il caso già citato della mancata unificazione di Civico e Italiano ne è l'esempio emblematico.

Immagini di poter viaggiare nel futuro, come immagina la sanità ticinese nel 2050?

Probabilmente si arriverà ad un si-

stema ancora più integrato, dove l'ospedale e le altre strutture stazionarie saranno sempre più inserite in una fitta rete di strutture ambulatoriali e medici di famiglia. Questo modello, che è in definitiva quello del *managed care* in cui io credo molto, prevede una collaborazione sempre più importante tra i vari attori della sanità e una maggiore ricerca di integrazione e collaborazione. Credo molto di più nella cooperazione che non nella concorrenza, anche se sul piano federale le istituzioni sembrano piuttosto determinate ad instaurare un sistema che punti su quest'ultima. Io credo che in questo modo non solo non si risolveranno i problemi dei costi, ma si introdurrà il rischio di ledere al principio universale che regge anche il nostro sistema sanitario che è quello dell'equità dell'accesso alle cure. In fondo, di buoni ospedali ce ne sono ovunque nel mondo. Ciò che ci differenzia, è che da noi que-

sti ospedali sono a disposizione di tutti senza nessun tipo di discriminazione. Io temo che il mercato e la concorrenza finiscano per nuocere un po' a questo principio.

La LAMal ha introdotto principi di solidarietà tra uomini e donne, giovani e anziani, sani e malati ma non ha ancora sufficientemente considerato la solidarietà tra abbienti e meno abbienti per i quali lo psicodramma dell'annuncio dei premi al mese di novembre è sempre più insostenibile, nonostante i sussidi. Non credo che la soluzione sia quella di pagare il premio in funzione del reddito, però un po' più di solidarietà ridurrebbe di colpo ridurrebbe molti problemi.

Se dovesse avesse pochissimo spazio a disposizione e dovesse dare un unico consiglio al suo prossimo successore, quale sarebbe?

Quello di accordare grande attenzione non solo all'aspetto legato all'assistenza e alla clinica, ma di prestare particolare attenzione, interesse ed entusiasmo agli altri due pilastri dei nostri ospedali: la formazione e la ricerca.

L'ospedale moderno e di punta è quello che crea conoscenza e trasferimento di competenze. La ricerca alimenta la didattica ma, come dimostrano numerosi studi, anche la qualità dell'assistenza.

Tutti i centri di eccellenza che abbiamo nel Cantone, come il Cardiocentro, lo IOSI o il Neurocentro stanno puntando sulla stessa formula: buona assistenza e grande attenzione alla ricerca. In quest'ottica diventa per tutti decisivo il progetto della medical master school, che ci consentirà come Cantone di prendere parte al progetto universitario, ottenendo più facilmente finanziamenti e permettendoci di effettuare un vero e proprio salto di qualità.

Già oggi, in condizioni piuttosto precarie, la regione del Ticino può vantare più di 250 pubblicazioni su riviste scientifiche di punta ma questo è possibile solo grazie ad un enorme sforzo da parte di alcuni primari che oltre ad impegnarsi nella

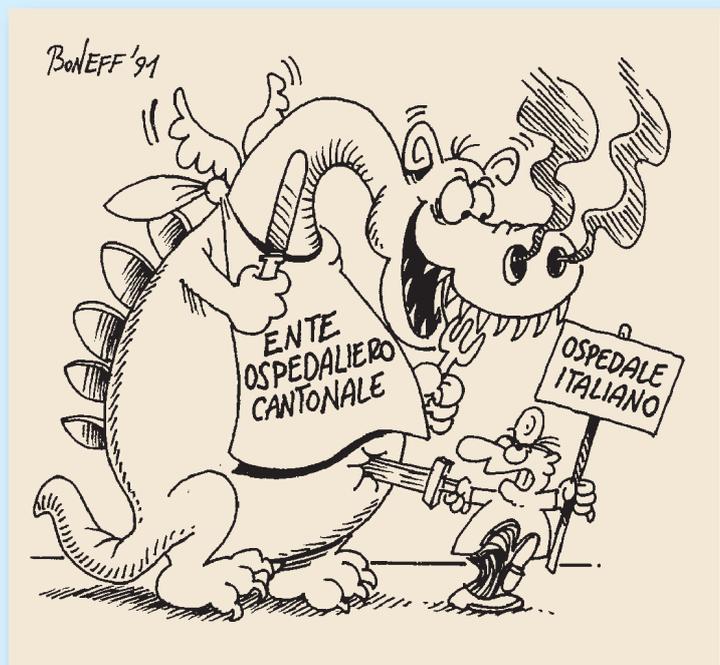
clinica e nella ricerca devono anche adoperarsi per la ricerca di fondi, cosa che certamente non avviene nei centri universitari della Svizzera interna.

E secondo lei quanto tempo ci vorrà prima che si riesca a creare una Medical Master School ticinese?

Credo sia ragionevole pensare a 5 anni purché si eviti di entrare nelle tipiche discussioni campanilistiche a cui siamo abituati in questo Cantone. Non è ad esempio né saggio né utile perdersi in infiniti dibattiti per trovare per forza una "casa" del master a Lugano o a Bellinzona. Credo che il master debba crescere come un progetto in rete. Dobbiamo mettere assieme le competenze e l'entusiasmo chiamando tutti a raccolta dietro questo progetto. Cardiocentro, Neurocentro, IOSI e IRB sono un ottimo punto di partenza e costituiranno le torpediniere su cui appoggiare il progetto. Il fatto di avere il prof. Martinoli come presidente del gruppo di progetto mi rassicura molto: è una persona dalla grande visione e determinazione.

In conclusione: lei sta per terminare la sua carriera quale direttore dell'Ente, cosa farà nei prossimi anni?

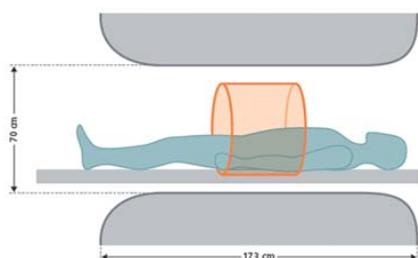
Continuerò a dedicarmi alla formazione e alla ricerca, in modo particolare al progetto della medical school assieme all'USI. Sono inoltre membro del Consiglio della SUPSI, presidente dell'European school of oncology e faccio ancora parte del consiglio del comitato esecutivo dell'IRB. Penso poi di continuare ad adoperarmi per aiutare le organizzazioni come la Lega contro il cancro e Hospice Ticino in cui credo molto. Oltre a questo, spero di riuscire a trovare il tempo di dedicarmi anche alle mie grandi passioni, prima tra tutte la montagna che mi ha sempre attratto e che credo fornisca grandi insegnamenti anche per le attività di management: in montagna, come nella conduzione, bisogna avere le competenze tecniche (i ramponi bisogna usarli e i nodi bisogna saperli fare), valori condivisi (altrimenti la cordata non va distante) ed entusiasmo nell'impresa: la vetta va desiderata e bisogna essere determinati a raggiungerla.



Giornale del Popolo, 18 novembre 1991.

La nuova risonanza magnetica

La risonanza magnetica cardiaca.
Una tecnologia sofisticata ed evoluta,
uno strumento indispensabile per la
moderna cardiologia.



Dr. med.
Gaetano Nucifora

L rapido progresso tecnologico nella risonanza magnetica (RM) cardiaca degli ultimi dieci anni ha confermato questo strumento come affidabile e clinicamente importante per l'accertamento della funzione, della struttura e della vitalità del cuore.

Rispetto ad altre tecniche, la RM è certamente un esame non invasivo, che evita l'uso di agenti di contrasto potenzialmente nefrotossici e di radiazioni. Poiché le patologie cardiache sono in costante aumento questa tecnica offre l'opportunità di diagnosi ottima e con un buon bilancio di costo-efficacia.

Aspetti tecnici

La tecnica usa campi magnetici e impulsi a radiofrequenza per produrre immagini rap-



La nuovissima RM al Cardiocentro. Foto Alessandro Tomei.

presentative del cuore, non utilizzando, a differenza della radiologia convenzionale, radiazioni ionizzanti (raggi-X) dannose per l'organismo.

Nei casi in cui è richiesto l'uso del mezzo di contrasto non si registrano particolari effetti collaterali come può accadere con i mezzi di contrasto iodati usati in radiologia.

Il tomografo a risonanza magnetica è formato da un tavolo porta-paziente e dal magnete, che somiglia a un grande cilindro aperto da entrambi i lati per permettere il passaggio dell'aria e della luce al suo interno. Per alcune condizioni (quali malattie della aorta, pericardite costrittiva, malattie con-



genite, ecc.), può essere considerata l'esame di riferimento.

L'esame è eseguito posizionando il paziente dentro il magnete. Precauzioni particolari devono essere assunte nel caso di pazienti portatori d'impianti metallici perché la posizione e il funzionamento di questi dispositivi possono essere influenzati dall'esposizione a forti campi magnetici. Pacemakers, defibrillatori impiantabili, neuro-stimolatori e clips metalliche cerebrali costituiscono controindicazioni assolute a una RM. La possibilità di eseguire

una RM in pazienti portatori di altri tipi d'impianti metallici è valutata caso per caso.

Pazienti con claustrofobia vera (disturbo fobico caratterizzato da paura per gli spazi chiusi) possono presentare difficoltà a rimanere all'interno del magnete per l'intera durata dell'esame. In molti casi, una blanda sedazione è sufficiente a controllare i sintomi e solo in casi di claustrofobia severa l'esame può essere controindicato. I pazienti per i quali è programmata una premedicazione con sedativi sono invitati a

raggiungere il Laboratorio con un accompagnatore che possa assisterli nel rientro a casa.

Uno stato di gravidanza non costituisce una controindicazione assoluta all'esecuzione di una RM. Tuttavia, gli effetti sul feto dei forti campi magnetici impiegati non sono ben conosciuti e un esame RM dovrebbe essere eseguito solo in casi di estrema necessità. Le pazienti in età fertile sono invitate a informare il personale del Laboratorio nel caso di una possibile gravidanza in corso.

L'esame può essere particolarmente difficoltoso e spesso dallo scarso contenuto diagnostico in pazienti con aritmie, con impossibilità a mantenere brevi apnee o scarsamente collaboranti. Condizioni di marcato sovrappeso (>135 kg) possono impedire un corretto posizionamento del paziente all'interno del magnete.

Nelle fasi di acquisizione delle immagini è necessario rimanere fermi in espirazione forzata per breve tempo. Per evitare i fastidi provocati dal rumore della macchina il paziente è fornito di cuffia attraverso la quale è possibile rimanere in contatto con gli operatori. Un esame completo dura in media cinquanta minuti.

Applicazioni cliniche

Gli ambiti d'impiego della RM cardiaca, in alcuni casi di eccellenza, nel settore cardiovascolare sono numerosi. In primo luogo, la risonanza magnetica è usata per eseguire valutazioni morfologiche delle anomalie cardiache e dei grandi vasi sanguigni. L'ampio campo visivo, il numero illimitato di piani di scansione e il buon contrasto di tessuto permettono di misurare la funzione sistolica e diastolica ventricolare destra e sinistra. E tramite un modello geometrico è possibile stimare la massa e il volume dell'organo. Insomma è possibile studiarne forma, dimensioni e funzionamento. La tecnica si rivela molto efficace anche per lo screening, la diagnosi e il controllo delle patologie aorti-

che e permette di avere immagini di ateromi e ulcere e di differenziare un ematoma intramurale da una placca aterosclerotica.

Per i problemi legati alle valvole cardiache si ricorre principalmente all'ecocardiografia o al cateterismo cardiaco (una metodica invasiva che comporta l'introduzione di cateteri nei vasi e nelle cavità), tuttavia anche la risonanza magnetica sta conquistando credito come metodo di acquisizione d'immagini. Si ricorre, come standard, a queste due tecniche anche nella gestione delle malattie cardiache congenite per definire la morfologia e le alterazioni dell'emodinamica, cioè del flusso sanguigno. La risonanza magnetica può subentrare per valutare la morfologia cardiaca, le connes-

Tecnologia e conoscenza al top. Il valore di una collaborazione virtuosa CCT-EOC



Fabio Rezzonico
Direttore
Amministrativo
Cardiocentro
Ticino.

Come già per la nuova TAC, alla quale è stato dedicato ampio spazio sul precedente numero di CCT Magazine, anche a proposito della risonanza magnetica RMI da poco installata al Cardiocentro vanno evidenziati il significato e il valore della piena collaborazione tra Fondazione Cardiocentro Ticino e EOC, alla quale si deve l'acquisizione di queste apparecchiature ad altissima tecnologia, congiuntamente utilizzate dalla due strutture.

Alle valutazioni espresse a questo proposito dal Direttore Rossi nell'articolo sulla TAC, valutazioni che condivido totalmente, mi preme qui aggiungere un breve riflessione a proposito del salto di qualità, in termini di acquisizione di conoscenze e di incremento di competenze, che il sistema sanitario ticinese ricava di fatto dalla sinergia CCT-EOC. Insieme, unendo le forze, abbiamo ottenuto un contratto di fornitura più completo e vantaggioso, non solamente in termini economici. Grazie a questo partenariato e all'accordo sottoscritto con la multinazionale che ha fornito la RMI, un nostro medico caposervizio si trova mentre scrivo a Londra per uno

stage di formazione avanzata che ci consentirà di disporre a breve, accanto e insieme al top della tecnologia, anche il top della conoscenza. Non solo. Posizionarsi al top tecnologico significa oggi far parte di una rete ed essere meta di visite di medici e specialisti provenienti da altri Paesi, in un crescendo di scambi certamente preziosi. Questo si tradurrà in immediato vantaggio per il paziente ticinese e offrirà anche un valore aggiunto per i giovani medici che vorranno specializzarsi sul territorio, in quel contesto di Medical Master School per il quale i tempi sono oramai maturi.

Vorrei concludere citando due righe dell'intervista che ci ha concesso il direttore dell'EOC e che pubblichiamo in queste pagine. "L'ospedale moderno e di punta è quello che crea conoscenza e trasferimento di competenze. La ricerca alimenta la didattica ma, come dimostrano numerosi studi, anche la qualità dell'assistenza". Carlo Maggini lascerà il suo incarico alla fine dell'anno; nel rendergli i meriti omaggi formuliamo l'auspicio è che il suo successore sappia partire da quella consapevolezza per continuarne l'opera difficile e importante.



sioni tra vene e atrio e le anomalie extracardiache. Nell'ambito delle cardiomiopatie, in particolare, la tecnica permette di fare diagnosi di cardiomiopia ipertrofica, di distinguere le forme ischemiche da quelle non-ischemiche e di differenziare l'ispessimento del pericardio, che causa pericardite costrittiva, dalla cardiomiopia restrittiva, con una sensibilità dell'88%, specificità del 100% e accuratezza del 93%.

La risonanza magnetica sta conquistando spazio anche nell'oncologia cardiaca, in cui già in caso di mixoma (raro tumore che colpisce il cuore) e tumori valvolari l'ecocardiografia è inadeguata. In altre forme tumorali, per esempio il lipoma, permette di definire i margini della lesione circondata da tessuto adiposo. Va ricordato, infine, che questa tecnica è molto efficace nella valutazione delle malattie cardiache ischemiche non soltanto per la definizione dell'anatomia coronarica ma anche per determinare la morfologia ventricolare, la perfusione del miocardio e il flusso coronarico.



La Fondazione Cardiocentro Ticino, nata per la generosità d'un donatore, potè offrire e offre alla nostra popolazione servizi di qualità anche per il contributo spontaneo di enti, società e concittadini: ciò anche ora, per l'importante introduzione di due moderne apparecchiature, concordate e ripartite tra noi e l'EOC in virtuosa collaborazione. In quest'ambito, abbiamo acquistato la nuova RMI con il sostegno della Fondazione Ferdinando e Laura Pica Alfieri, che, proprio come auspicò il defunto suo fondatore, sopporta una parte significativa dei costi: ad essa e al suo Consiglio di Fondazione, presieduto dall'avv. Franco Masoni, la gratitudine dei pazienti e nostra.

La nuova risonanza magnetica

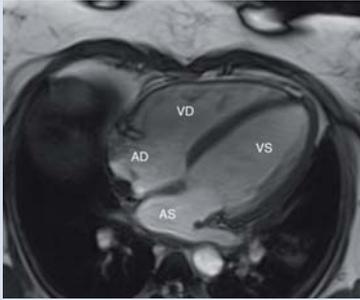


Figura 1
Immagine di cine-MR cardiaca in asse lungo orizzontale; si possono apprezzare il ventricolo sinistro (VS), il ventricolo destro (VD), l'atrio sinistro (AS) e l'atrio destro (AD).

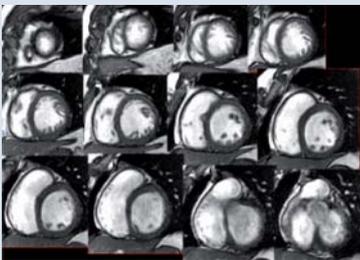


Figura 2
Serie d'immagini in asse corto del cuore utilizzate per il calcolo dei volumi ventricolari (da sinistra a destra, dall'apice alla base).



Figura 3
Immagini di perfusione acquisite a diversi intervalli temporali, che evidenziano il progressivo arrivo del mezzo di contrasto alla cavità ventricolare destra, alla cavità ventricolare sinistra e, infine, al miocardio (fase miografica).

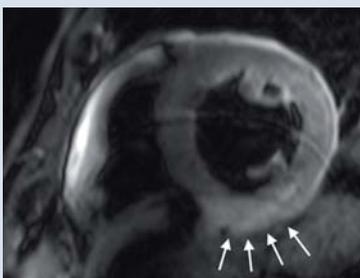


Figura 4
Immagine MR in asse corto del ventricolo sinistro, che evidenzia un'iperintensità di segnale a carico della parete inferiore (freccie bianche), espressione di edema miocardico.

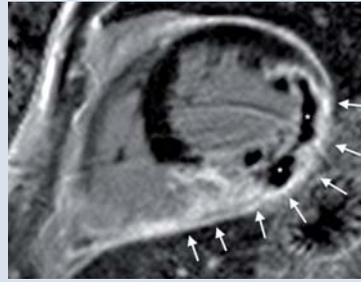


Figura 5
Immagine MR in asse corto del ventricolo sinistro, acquisita dopo circa dieci minuti dalla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (gadolinio) che evidenzia un'iperintensità di segnale a carico della parete inferiore (freccie), espressione di necrosi miocardica; le aree ipointense (*) all'interno delle aree di necrosi sono espressione di danno microvascolare.

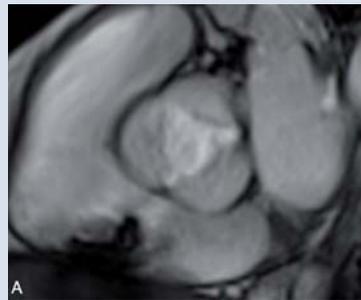


Figura 6
Immagine cine-MR in asse corto della valvola aortica, in telastole (pannello A) e in telediastole (pannello B). Si può osservare una normale morfologia della valvola, con tre cuspidi; la non completa coaptazione delle cuspidi condiziona, in telediastole, un lieve rigurgito. La freccia bianca nel pannello B mostra l'orifizio di rigurgito.

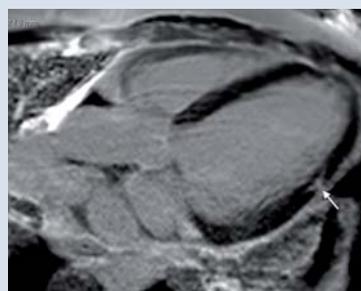


Figura 7
Immagine MR in asse lungo orizzontale del ventricolo sinistro, acquisita dopo circa dieci minuti dalla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (gadolinio) di un paziente affetto da cardiomiopatia dilatativa ad eziologia non nota. La presenza di fibrosi miocardica (freccia bianca) a carico della parete anterolaterale del ventricolo sinistro con distribuzione intramurale permette di escludere un'origine di tipo ischemico della cardiomiopatia.

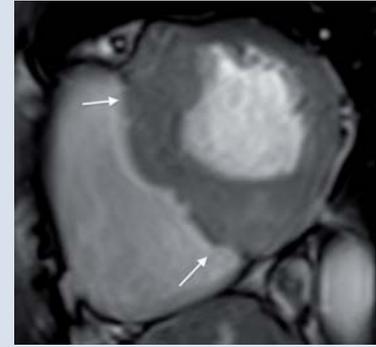


Figura 8
Pannello A. Immagine cine-MR in asse corto del ventricolo sinistro che mostra un'importante ipertrofia del setto interventricolare (freccie bianche).
Pannello B. Immagine MR in asse corto del ventricolo sinistro, acquisita dopo circa dieci minuti dalla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (gadolinio), che evidenzia una fibrosi del setto interventricolare (freccie bianche).

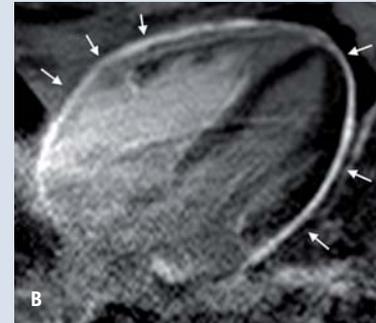
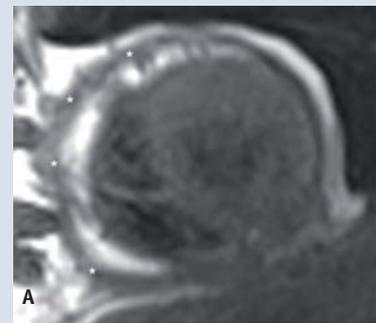
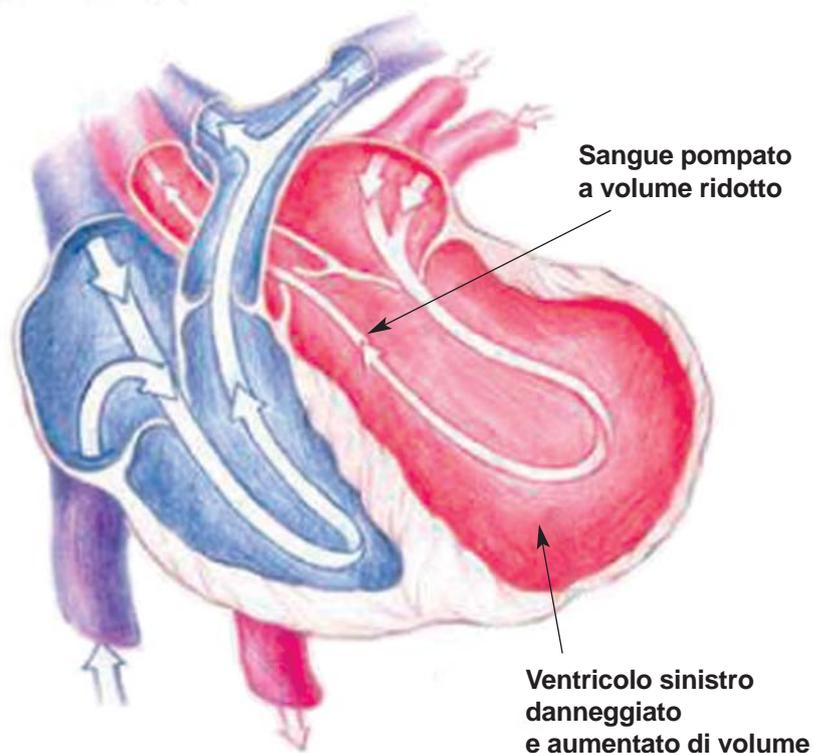


Figura 9
Pannello A. Immagine MR in asse corto del ventricolo sinistro che mostra un'importante ispessimento pericardico (asterischi).
Pannello B. Immagine MR in asse lungo orizzontale del ventricolo sinistro, acquisita dopo circa dieci minuti dalla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (gadolinio), che evidenzia una fibrosi del pericardio (freccie bianche).

Il nuovo Servizio

Insufficienza Cardiaca

L'insufficienza cardiaca si sta imponendo in tutti i paesi occidentali come un'emergenza epidemiologica destinata ad aggravarsi, soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione. Occorre organizzarsi per gestirla al meglio.



Dr. med.
Stefanos Demertzis,
Caposervizio di
Cardiochirurgia,
Coordinatore
del Servizio Insuf-
ficienza Cardiaca

L'

insufficienza cardiaca, o scompenso cardiaco, definisce una condizione patologica caratterizzata dall'incapacità del cuore di pompare sangue in maniera sufficiente ai fabbisogni dell'organismo. È una malattia debilitante, grave e a prognosi fortemente infausta. È anche una malattia in netto e costante aumento, in quanto associata all'invecchiamento della popolazione e alla riduzione della mortalità in fase acuta di molte affezioni cardiovascolari.

I sintomi più comuni riferiti dai pazienti con insufficienza cardiaca sono difficoltà a respirare soprattutto durante sforzi di modesta entità, per esempio salire le scale o portare pesi modesti, pesantezza e gonfiore alle caviglie e/o alle gambe, aumento di peso re-

pentino senza motivo apparente, disturbi del ritmo di varia natura (dalle palpitazioni, alla percezione di un battito irregolare o addirittura alla mancanza improvvisa di coscienza).

Si stima che il numero di persone affette da insufficienza cardiaca nelle popolazioni europee e nord-americane vari tra l'1 e il 2% della popolazione generale, ma che raggiunga il 15-20% nelle fasce più anziane della popolazione. Quindi, nel solo Cantone Ticino, il numero di pazienti affetti da questa malattia è considerevole e probabilmente superiore alle 20.000 unità. Recenti dati europei indicano che il numero di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco è cresciuto negli ultimi 8-10 anni del 50%, e che solo poco più della metà dei pazienti con tale diagnosi sopravvive oltre i 5 anni dal primo ricovero per scompenso cardiaco. Dunque è anche un problema socio-economico di grandissima portata.

Il team dell'ambulatorio dedicato all'insufficienza cardiaca



Monica Ranzi,
Infermiera specializzata.



Dr. med. Nicola Ferrari,
Capoclinica di Cardiologia.

L'evoluzione statistica della malattia lascia intendere che in un futuro molto prossimo l'insufficienza cardiaca si imporrà come un'emergenza epidemiologica ed è proprio sulla base di questa consapevolezza che il CCT ha recentemente attivato un servizio specificamente dedicato a fronteggiare questo problema. Ne parliamo con il PD Dr. med. Stefanos Demertzis, viceprimario di Cardiocirurgia e coordinatore del nuovo servizio.

Dr. Demertzis, perché questo nuovo servizio?

Perché abbiamo percepito le difficoltà in cui si trovano i medici curanti, ma in cui noi stessi al Cardiocentro a volte ci troviamo, di fronte ad un paziente con una lenta ma progressiva evoluzione della sua malattia cardiaca verso l'insufficienza cardiaca. Sappiamo quanto sia difficile offrire le migliori cure possibili a questi pazienti quasi vicini a "fine corsa" e sappiamo che il numero di questi pazienti aumenterà anno per anno.

Da un paio d'anni si sa che per affrontare l'insuf-

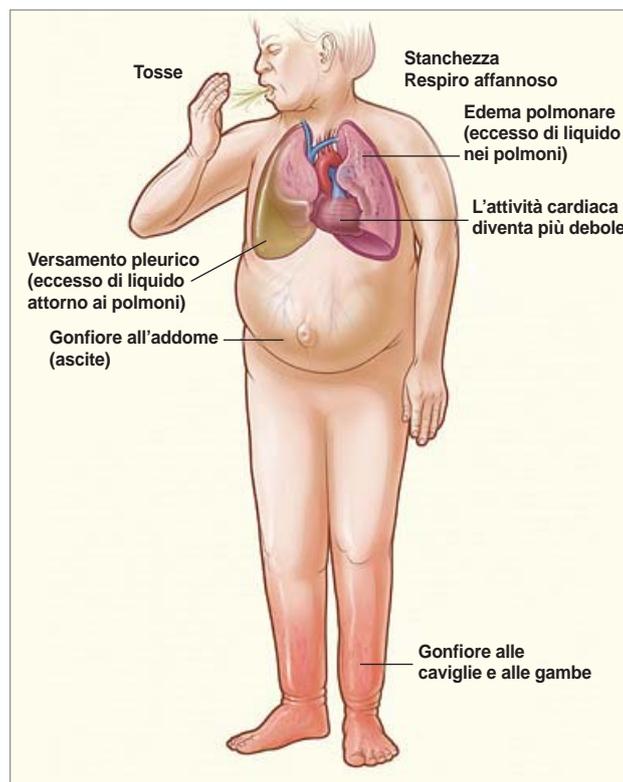
ficienza cardiaca è necessario che il paziente venga seguito in maniera globale e integrale. Occorre anche "formare" il paziente e la sua famiglia, far loro capire l'importanza dei vari sintomi, del controllo quotidiano del peso corporeo, della disciplina alimentare, di conoscere i vari farmaci. È insomma fondamentale rendere il paziente e la sua famiglia partecipi di uno sforzo comune fina-

lizzato a ottimizzare il trattamento e a migliorare la qualità di vita. Occorre anche scegliere da una vasta gamma disponibile la modalità di trattamento giusta da offrire in quel particolare momento del percorso singolare e individuale di ogni paziente. Ma soprattutto occorre *seguire* il paziente, nel senso pieno della parola.

La qualifica di "coordinatore" lascia intendere che si tratti di un servizio strutturato in diverse competenze. È così?

Certamente. L'insufficienza cardiaca è una patologia complessa che esige una pluralità di approcci. Oltre all'ottimizzazione della terapia medica, che a volte richiede scelte di farmaci e di dosaggi che possono anche a prima vista sembrare oltre limite, è richiesto anche l'impiego di approcci complementari, come per esempio la riabilitazione sotto stretto controllo cardiologico, varie modifiche dietetiche, un supporto psicologico. Sono importanti non solo aspetti medici: la conoscenza della famiglia, del modo di vita, delle difficoltà sociali che nascono dall'autonomia ridotta del paziente.

Ciò fa capire la necessità di creare una rete di supporto per il paziente, sia per le cure in degenza, sia e soprattutto per quelle ambulatoriali, ma una rete che faccia capo a un'unica struttura di riferimento e di coordinazione. Proprio questo è l'obiettivo del Servizio di Insufficienza Cardiaca. Le competenze necessarie non difettano certo in Ticino, all'interno del Cardiocentro o nell'ambito dell'EOC, ma vanno messe in rete e coordinate per offrire le migliori opportunità di cura. Per quanto riguarda le professionalità coinvolte all'interno del Cardiocentro, desidero citare specificamente il contributo dell'equipe del Prof. Auricchio



Il quadro clinico tipico dell'insufficienza cardiaca.

per quanto riguarda il trattamento specifico con i sistemi impiantabili di re-sincronizzazione cardiaca e defibrillazione, il supporto fondamentale nella fase acuta del Servizio di Cardioanestesia e Cure intensive e del suo Primario Dr. Cassina e il Servizio di Riabilitazione sotto la guida medica del Dr. Capoferri.

Come è organizzato il nuovo servizio?

Quando non direttamente individuato durante la sua degenza nei reparti del Cardiocentro, il paziente arriva da noi su indicazione del medico curante o del cardiologo, che di fronte a un quadro di insufficienza cardiaca severa avvertono l'esigenza di un supporto altamente specialistico. Una prima valutazione ambulatoriale del problema, a cura del cardiologo Dr. Nicola Ferrari coadiuvato dall'infermiera specializzata Monica Ranzi, consente di inquadrare il caso, che viene quindi discusso e nuovamente valutato da due supervisori, la cardiologa Dr.ssa Elena Pasotti e il sottoscritto.

Approfonditi accertamenti diagnostici e consentono infine di fornire le più idonee indicazioni terapeutiche che vengono coordinate dal servizio. Il paziente viene seguito regolarmente (anche tramite "visite telefoniche" a casa) per poter riconoscere tempestivamente anche i minimi cambiamenti del suo stato di salute, cambiamenti che a volte indicano la necessità di adeguare o ampliare la terapia.

Quali le terapie possibili nei casi gravi?

L'insufficienza cardiaca grave può comportare la necessità di un trattamento invasivo, per esempio l'impianto di un dispositivo di resincronizzazione cardiaca oppure anche chirurgica come ad esempio un intervento di valvuloplastica mitralica. Nei casi più gravi la risposta può essere il trapianto cardiaco - e dunque la preparazione e l'invio del paziente a uno dei centri della rete nazionale di trapianti.

NOMINE

Auguri ai nuovi vicedirettori

Il Consiglio di Fondazione del Cardiocentro Ticino ha formalizzato l'attribuzione della nuova carica di vicedirettore a Moreno Bernasconi e a Cristina Largader, con delega rispettivamente all'area amministrativa e all'area finanziaria. A Cristina e Moreno congratulazioni e auguri.



Tiziano Cassina riconfermato alla presidenza della SSAR-SGAR



Il Dr. med. Tiziano Cassina, primario di Cardioanestesia e Cure intensive, è stato riconfermato alla presidenza della Società svizzera di anestesia e rianimazione (SSAR-SGAR). Il rinnovo della carica è stato deliberato nel corso dell'assemblea generale della Società, che si è svolta a Losanna il 5 novembre. Per la cronaca, e a maggior gloria del Dr. Cassina e del Cardiocentro, segnaliamo che si tratta della prima volta nella storia

della SSAR-SGAR che il Presidente viene riconfermato per un secondo mandato.

Né finisce qui l'elenco degli onori (e degli impegni) del Dr. Cassina. Lo scorso 25 novembre, infatti, è stato nominato membro del comitato centrale dell'ISFM, Istituto svizzero per la formazione medica post-graduatoria e continua (organo indipendente dell'FMH).

I nostri complimenti.

Finalmente l'asilo nido

Grazie all'impegno congiunto dell'Ospedale Regionale di Lugano (Civico) e del Cardiocentro Ticino (in particolare del Direttore aggiunto Dante Moccetti), dallo scorso settembre è aperto l'asilo nido **IL Trenino**, gestito dall'associazione "Il Bianconiglio" e a disposizione delle famiglie dei collaboratori delle due strutture ospedaliere.

Il Trenino è situato nelle immediate vicinanze dell'Ospedale Civico e del Cardiocentro, in una posizione facilmente raggiungibile anche con i mezzi pubblici, dispone di ampi e luminosi locali e, prossimamente, di uno spazio esterno.

- L'asilo ospita bambini nella fascia di età tra i 4 mesi e i 4 anni
- È aperto dalle 06.30 alle 19.00 da lunedì a venerdì, 12 mesi all'anno con una pausa natalizia (2 settimane)
- Può ospitare fino a 22 bambini
- Lo staff di gestione è composto da una pedagoga, due educatrici formate e un accompagnatore pedagogico
- Gli orari di entrata e di uscita dal nido e la frequenza delle presenze del bambino sono concordate con i genitori tenendo conto delle loro esigenze e dei bisogni del bambino, così come delle disponibilità dell'asilo nido
- Per i bambini che seguono una dieta particolare è possibile riscaldare le pietanze portate dal domicilio

Per ulteriori informazioni contattare direttamente

L'Associazione Bianconiglio Asilo nido

"IL Trenino"

Responsabile signora

Chiara Martignoni

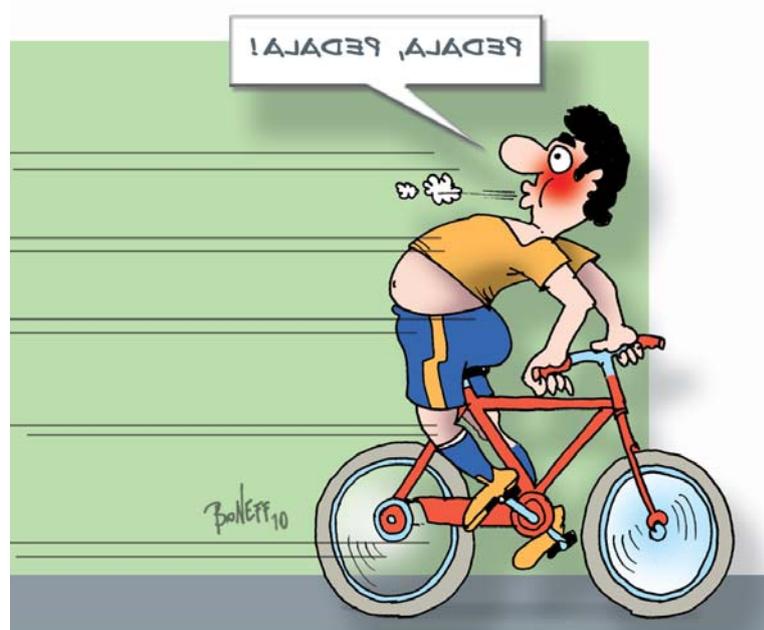
telefono 079-6791669.

RIABILITAZIONE

CARDIOCENTRO TICINO 2010

Il training fisico in modalità eccentrica

Una nuova prospettiva per il paziente con insufficienza cardiaca: pedalare all'indietro fa solo sorridere o serve davvero?



N

Premessa

ell'ambito della cardiologia riabilitativa (ma anche in altre specialità della medicina) innumerevoli evidenze dimostrano la correlazione

tra esercizio fisico e riduzione del rischio.

Nel senso che un corretto, regolare, individualizzato e controllato esercizio fisico (gli aggettivi lo distinguono

dal generico movimento o dallo sport, che non sono per nulla sovrapponibili) sviluppa molteplici benefici sull'organismo che si traducono in una migliore qualità di vita e conseguentemente in una riduzione del rischio di malattia.

In un percorso riabilitativo il paziente che ha subito un evento cardiocircolatorio prova ad organizzare un insieme di cambiamenti che gli permettano di recuperare adeguatamente una funzione fisiologica, di ridurre le possibilità di recidiva, di poter apprezzare un rapporto con il proprio corpo in una condizione di protezione più alta; per far questo, diventa indispensabile poter agire congiuntamente sulla corretta diagnosi, sull'appropriazione di una terapia farmacologica ottimale, su di un rapporto strutturato con il cibo vissuto in chiave protettiva, sulla gestione dello stress e, come già detto, sull'esercizio, che diventa una terapia somministrata con molta scientificità.

Credo che ognuno di noi, se ha avuto esperienze di continuità sull'esercizio fisico, abbia apprezzato anche solo a livello soggettivo la sensazione di benessere che questo può produrre: in medicina, gli effetti positivi che l'esercizio fisico provoca sull'organismo sono apprezzabili con diversi "markers", ad esempio esprimibili con il test ergospirometrico (il $\dot{V}O_2$ max o massimo consumo di ossigeno, la soglia anaerobica ventilatoria $\dot{V}CO_2/\dot{V}O_2$, il carico massimo in watt o il rapporto watt/kg sono solo alcuni esempi), oppure con la riduzione dei parametri infiammatori (si sa che per un corretto esercizio fisico preventivo non è tanto l'incremento della prestazione che conta, quanto l'effetto di riduzione dei meccanismi aggressivi per le placche aterosclerotiche, come l'aumento delle HDL, la riduzione del rischio ossidativo, la riduzione di sostanze pro infiammatorie come l'acido arachidonico e le citochine).

Ai nostri pazienti che frequentano le sedute riabilitative insegniamo

che un esercizio che corrisponde a questi requisiti si sviluppa realizzando un adeguato riscaldamento (6'-8'), un periodo di 40' consecutivi sollecitati "in frequenza cardiaca target" (l'intensità di frequenza cardiaca ricavata dall'analisi del test da sforzo) e un defaticamento finale di 4'-5' seguito da esercizi di rilassamento e stretching. Ovviamente questo varrebbe anche per chiunque fosse motivato ad investire sulla propria salute, anche senza un precedente di evento acuto.

E siccome l'evidenza medica insegna che l'esercizio ha l'efficacia e l'importanza di un farmaco, come un farmaco deve essere assunto (realizzato) sempre con regolarità che corrisponde a tre-quattro volte per settimana.

L'insufficienza cardiaca

Ma tra i pazienti con problemi cardiaci esiste una particolare classificazione che tiene conto della riduzione dell'efficienza cardiaca e per i quali valgono considerazioni differenziate, anche per quanto riguarda la prescrizione dell'esercizio fisico.

Se il danno ricevuto dall'evento cardiaco ha ridotto notevolmente la capacità di efficienza del muscolo cardiaco significa che la forza con cui il cuore deve pompare il sangue può risultare notevolmente ridotta: si parla dunque di insufficienza cardiaca.

Lo stesso muscolo cardiaco, oltre ad avere diminuito la sua efficienza e a non garantire più completamente il suo compito (ci si stanca molto in fretta, si è molto più intolleranti allo sforzo, si ha spesso la sensazione di affanno o dispnea, si aumenta velocemente di peso per ritenzione di acqua nei tessuti e non raramente nei polmoni), rischia di manifestare potenziali

variazioni di dimensione (cardiomegalia dilatativa) o di rimodellamento morfologico (letteralmente cam-



Antonello Molteni
Responsabile del Servizio di Riabilitazione cardiovascolare

bia la forma), con possibili gravi conseguenze sul piano della cinetica contrattile (ipocinesia-acinesia-discinesia) e innescare disturbi di conduzione elettrica.

La tolleranza allo sforzo (cioè la possibilità di sostenere adeguatamente durante la giornata attività fisiche congruenti al bisogno soggettivo, professionale e sociale) è il risultato di un insieme di efficienze che si sommano e permettono il miglior risultato: nel caso dell'espressione cardiaca, la tolleranza allo sforzo si oggettiva nell'efficienza congiunta del sistema polmonare (rifornimento di ossigeno), dell'efficienza della pompa cardiaca, del meccanismo di trasporto del sangue e infine della capacità dei muscoli di estrarre l'ossigeno e di utilizzarlo per renderlo in energia.

Il parametro che descrive questa somma di efficienze si chiama $\dot{V}O_2$ max (massimo consumo di ossigeno) che si traduce nella formula:

$$\dot{V}O_2 \text{ max} = \text{GS} \times \text{FC} \times (\Delta \text{A-V})$$

Dove GS = gittata sistolica

FC = frequenza cardiaca

($\Delta \text{A-V}$) = differenza artero-venosa

Nel soggetto con insufficienza cardiaca risulta evidente che i primi due parametri sono ridotti dalla patologia e inoltre spesso la mancanza di allenamento fisico riduce l'espressione a carico dei muscoli sollecitati.

Per questi soggetti l'esercizio fisico sopradescritto risulterebbe inap-

Il training fisico

plicabile sia per evidente intolleranza soggettiva (il paziente con insufficienza cardiaca si stanca molto in fretta), sia per il rischio di indurre modificazioni peggiorative sia sul muscolo cardiaco, sia sulla risposta pressoria, sia sui metabolismi energetici stimolati, diventando quindi più negativo che utile.

A dimostrazione che se l'esercizio è un farmaco e deve essere prescritto con cognizione e appropriatezza in ogni singolo caso, è facilmente intuibile che in queste situazioni bisogna agire diversamente

Per ovviare a questi limiti, fino ad oggi l'esercizio applicabile a questi soggetti viene descritto come

“intervallato”, consiste cioè in brevi fasi (30"-60") di carico sostenuto (al cicloergometro o al treadmill) si aumenta lo sforzo sempre con intensità ricavate dall'elettrocardiogramma da sforzo) seguite da fasi di recupero attivo (normalmente il doppio del tempo) a carico bassissimo, proprio per evitare che la richiesta a livello cardiaco ed emodinamico diventi troppo aggressiva e rischiosa.

In questo senso la frequenza cardiaca non ha materialmente il tempo di crescere troppo (motivo per il quale si instaurerebbe un debito di ossigeno miocardico) e nemmeno la pressione arteriosa ha un andamento aggressivo. L'obiettivo è quello dunque di stimolare al meglio la componente muscolare periferica a sostegno di una componente centrale deficitata.

Il training eccentrico una novità clamorosa?

In fisiologia dell'esercizio, l'allenamento in modalità eccentrica è ben noto da molti decenni: alcune discipline sportive lo utilizzano regolarmente a beneficio dell'incremento della forza muscolare.

La definizione eccentrica si riferisce alla modalità con cui le fibre che costituiscono il muscolo si contraggono per realizzare la forza necessaria a produrre il movimento.



- **Contrazione concentrica:** contrazione del muscolo che accorcia le fibre
- **Contrazione isometrica:** massima intensità di contrazione delle fibre muscolari senza variazione di lunghezza delle stesse
- **Contrazione eccentrica:** le fibre muscolari contratte vengono allungate da una resistenza più forte

L'antica amicizia e la collaborazione che mi lega al prof. Aldo Sassi, direttore dell'Human Performance Center della Mapei, ha permesso di utilizzare – per uno studio attualmente in corso al Cardiocentro su un gruppo di pazienti con insufficienza cardiaca – una strumentazione allo stesso tempo curiosa e geniale: un ergometro su cui si applica una bicicletta le cui resistenze sono programmabili preventivamente (carico costante, coppia costante) e mosse da un motore elettrico che... spinge i pedali all'indietro!

Letteralmente il soggetto deve tentare di resistere ai pedali che girano all'indietro (ma viene vinto dalla forza eccedente) realizzando così una contrazione muscolare di tipo eccentrico ed ottenendo di conseguenza uno sviluppo della forza maggiore che nel cosiddetto “usual training” (nell'esercizio tradizionale)

Il fenomeno più eclatante che stiamo studiando è relativo al fatto che, contrariamente ad ogni aspettativa fisiologica, la risposta della frequenza cardiaca e della pressione sono contenutissime, molto e molto più che nell'usual training, riducendo quindi drasticamente gli effetti potenziali negativi. I pazienti sostengono con ottima tolleranza soggettiva le sedute, e il monitoraggio dei dati dello studio (attualmente sono 15 i pazienti arruolati) dimostra attraverso gli esami ecocardiografici eseguiti all'inizio e alla fine delle sedute che la morfologia cardiaca rimane immutata e i parametri funzionali (VO₂ max, VC0₂/VO₂, Watt max) al test ergo spirometrico migliorano rispetto al gruppo di controllo.

La letteratura scientifica cita un solo studio effettuato con il training eccentrico sui pazienti cardiopatici (Steiner-Meyer-Schmid-Saner-Lippuner-Hoppeler, European Journal Applied Physiology, 2004), ma su di una popolazione diversa (coronariopatici con frazione di eiezione conservata).

Anche in questo caso il Cardiocentro lancia un'esperienza innovativa, facendosi referente per una ricerca di sicuro interesse.

Prof. Aldo Sassi

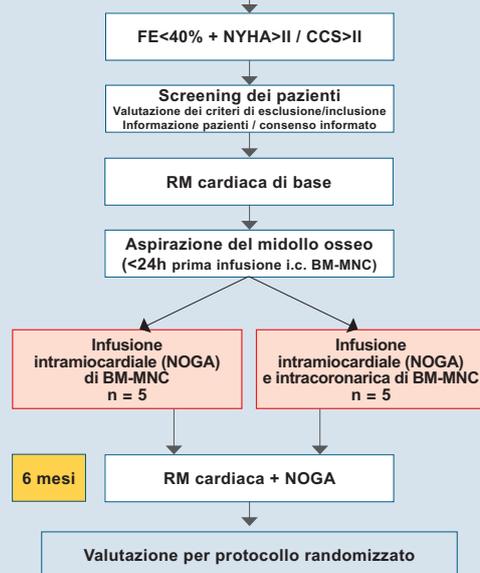
Proprio mentre davamo alle stampe questo numero di CCT Magazine è arrivata la notizia, triste ma tutt'altro che inattesa, della morte del prof. Aldo Sassi, 51 anni, Direttore scientifico del Centro Mapei di Castellanza. Ad Aldo, una bandiera del ciclismo sano e pulito, mi legava un'amicizia più che ventennale. Era stato tra i protagonisti del nostro congresso “Sport e cuore” e ci aveva tra l'altro fornito parte della strumentazione grazie alla quale stiamo conducendo lo studio sul training eccentrico, oggetto di questo articolo.

Alla famiglia di Aldo Sassi esprimo il cordoglio mio personale, della Direzione e di tutto il Cardiocentro.

A.M.

Terapie cellulari al Cardiocentro

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA



Flow chart dello studio METHOD:

FE = frazione d'eiezione;

NYHA >II / CCS >II = sintomi d'insufficienza cardiaca secondo la classificazione della New York Heart Association di > classe II / Angina pectoris secondo la classificazione della Canadian Cardiovascular Society di > classe II;

RM = risonanza magnetica; ic = intracoronarica;

BM-MNC = "bone marrow derived mononuclear cells" (cellule staminali mononucleate dal midollo osseo).

Avviato lo studio METHOD



Dr. med.
Daniel Sürder,
Capoclinica di
Cardiologia,
Coordinatore clinico
Unità di Terapia
Cellulare

G

razie al lavoro dell'Unità di Terapia Cellulare, operante sotto la responsabilità medica e scientifica del Prof. Dr.

med. Tiziano Moccetti e del Dr. Gianni Soldati, e potendo contare su una clean room autorizzata da Swissmedic, il Cardiocentro Ticino è oggi certamente uno dei centri svizzeri più attivi sul fronte delle nuove terapie con cellule staminali.

Oltre allo studio SWISS-AMI che si indirizza a pazienti con infarto miocardico in fase acuta è ora finalmente avviato anche il protocol-

lo METHOD. Si tratta di uno studio per pazienti con cardiopatia ischemica cronica in esito di uno o più infarti miocardici e una funzione del ventricolo cardiaco sinistro ridotta ("frazione d'eiezione" < 40%), pazienti che si trovano nella fase stabile della malattia ma che lamentano sempre sintomi di debolezza del cuore oppure angina pectoris e per i quali non sono possibili altre terapie classiche per migliorare la situazione. A questi pazienti vengono somministrate cellule staminali ricavate dal midollo osseo; la somministrazione avviene attraverso un'iniezione diretta nel muscolo cardiaco, utilizzando un catetere speciale che viene inserito dall'inguine (come alla coronarografia). Questo catetere viene gui-

dato nel cuore tramite un sistema di mappaggio elettromeccanico (detto "NOGA") che aiuta a individuare l'area ischemica nella quale intervenire. 18 iniezioni vengono praticate in diversi punti nelle zone ischemiche, nella speranza di stimolare così una crescita di nuovi capillari e arterie. L'efficacia di questo trattamento verrà valutata utilizzando la nuova apparecchiatura di risonanza magnetica cardiaca.

L'autorità federale (Swissmedic) ha approvato la prima fase di questo protocollo, fase che coinvolge il trattamento di 10 pazienti. In seguito si dovrà valutare l'avvio di una fase avanzata coinvolgendo anche altri centri svizzeri di cardiologia.

Una Terza media al Cardiocentro

Non è mai troppo presto per conoscere e per capire



L'esperienza dei ragazzi della III F di Morbio Inferiore

Il programma di III media contempla lo studio del corpo umano. In qualità di docente mi sono chiesta come potevo coinvolgere i miei allievi e renderli partecipi in questo processo di apprendimento. D'altra parte la scuola, proprio per la sua natura, deve essere aperta sul territorio e fare in modo che gli allievi possano conoscere ed interagire con questa realtà socio/culturale, economica e sanitaria.

Per parlare dell'apparato circolatorio mi è sembrato opportuno e interessante integrare le lezioni in classe con una visita ad un istituto d'avanguardia attivo nel nostro Cantone: il Cardiocentro.

In questo modo l'apprendimento teorico si alimenta e si consolida confrontandosi con situazioni concrete e applicazioni in ambito medico.

Di seguito si riportano le testimonianze degli allievi di III F che hanno preparato e partecipato a questa esperienza.



Linda Vanetta,
docente di scuola media

AUGURI ai nostri cinquantenni!

Il 1960 fu un anno ricco di avvenimenti: Breznev diventava presidente dell'Unione Sovietica, mentre Congo, Benin, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Cipro, Gabon, Nigeria, Camerun e Mauritania proclamavano la loro indipendenza. Nei negozi di musica uscivano i dischi di Mina (Il Cielo in una stanza), Elvis (Elvis is back!), Domenico Modugno (Domenico Modugno) e nelle sale da ballo spopolava il singolo "Tintarella di Luna". Nei cinema esordiva il capolavoro di Fellini "La Dolce Vita" vincitore a Cannes della Palma d'Oro lo stesso anno.

Oltre che per questi motivi, il 1960 verrà ricordato per aver dato alla luce 11 nostri preziosi collaboratori e colleghi: il neo promosso vicedirettore amministrativo **Moreno Bernasconi**, il caposervizio di cardiologia e sostituto del primario dr. med. **Giovanni Pedrazzini**, la caposervizio di cardiologia e ricerca cardiovascolare dr.ssa med. **Elena Pasotti**, il caposervizio di cardiologia Prof. dr. med. **Angelo Auricchio**, il medico aggiunto di cardiologia dr. med. **Alessandro Del Bufalo**, l'infermiere caporeparto del laboratorio Horten **Franco Ruda**, gli infermieri di cure intensive **Manuel Acero** e **Paul Van den Heiden**, gli infermieri di cure generali **Gabriele Bertolassi** e **Elisabeth Baumann Pawlowski** e l'assistente di cura **Filomena Dalla Favera**.

A tutti rinnoviamo i nostri più fervidi auguri!

Siamo gli allievi di III F della scuola media di Morbio Inferiore.

Siccome il programma di scienze di quest'anno tratta il corpo umano, la nostra docente di classe (e di scienze) Linda Vanetta ha organizzato, grazie alla collaborazione con Stefano Bernasconi e Camillo Bianda, un'entusiasmante visita al Cardiocentro di Lugano, svoltasi lo scorso ottobre.

Durante le lezioni precedenti all'uscita, ci siamo preparati, assieme alla docente, interessandoci maggiormente al tema dell'infarto e del sistema circolatorio.

Abbiamo visto come avviene un infarto, cioè quando il "grasso" eccessivo ottura una coronaria non permettendo l'afflusso di nutrienti e ossigeno a una certa parte del cuore, facendola così "morire". Abbiamo studiato due tecniche per prevenire e curare ciò, il bypass e la "tecnica del palloncino". Il bypass consiste nell'oltrepassare l'occlusione mediante l'innesto di una parte di una vena meno importante come ad esempio la vena safena. La tecnica del palloncino libera invece l'arteria, attraverso la quale il sangue non faticherà più a circolare. È possibile effettuare questa tecnica solo se il vaso sanguigno non è ancora chiuso completamente. Per quanto riguarda l'apparato circolatorio, la professoressa ci ha spiegato che il sangue è fondamentale perché apporta a tutte le cellule le sostanze necessarie a vivere. Esso viene pompato dal cuore e scorre fino alla periferia attraverso le arterie, mentre

torna al cuore grazie alle vene.

Giovedì 21 ottobre ci siamo dunque recati al Cardiocentro, con l'intenzione di approfondire quanto visto a scuola. Siamo stati accompagnati dalla docente Vanetta e dal vicedirettore, il professor Fontana. Durante il viaggio in treno eravamo tutti ansiosi delle attività che avremmo svolto il pomeriggio, ma anche molto eccitati. Quando siamo arrivati, abbiamo pranzato alla mensa della clinica, dove già si trovavano molti medici. Avevamo molta voglia di cominciare. Finalmente nel pomeriggio il capo degli infermieri del Cardiocentro Stefano Bernasconi ci ha accolti e ci ha presentato il Cardiocentro e le sue funzioni. Eravamo molto felici ed emozionati di poter visitare la clinica anche perché per noi era la prima volta. Durante la presentazione abbiamo anche trattato l'infarto, come viene curato e da cosa è causato (stress, alimentazione malsana, fumo, diabete, ipertensione,...). Abbiamo anche confrontato alcuni dati statistici sull'argomento, come la percentuale dei decessi causati da infarto degli anni passati. Data la nostra preparazione non è stato troppo complicato seguire le spiegazio-

ni dell'infermiere Stefano Bernasconi e quindi abbiamo approfondito l'argomento.

Dopo una breve pausa abbiamo visitato le sale operatorie dove alcuni di noi hanno potuto assistere ad una coronografia su paziente. Lì ci sono stati mostrati diversi cateteri, che sono degli strumenti utilizzati, ad esempio, nella tecnica del palloncino, di diverse forme e misure.

Successivamente il dottor Camillo Bianda ci ha mostrato la macchina per l'ecografia del cuore. Un nostro compagno si è offerto per essere sottoposto all'ecografia e questo ci ha permesso di guardare l'immagine del suo cuore. È incredibile come si vedeva bene la sua frequenza cardiaca sebbene fosse molto veloce e le varie parti del cuore. È stato davvero entusiasmante per noi.

Dopo questa bell'esperienza ci è stato presentato il direttore del Cardiocentro, il signor Rezzonico. Lui ci ha mostrato il progetto Guinea-Bissau; consiste nell'aiutare le donne e le loro famiglie affette dall'AIDS. Ci ha colpiti particolarmente l'iniziativa di aiutare i bambini con problemi cardiovascolari, curandoli personalmente al Cardiocentro e in Africa.



Un lavoro di classe realizzato a seguito della visita al Cardiocentro.

Una Terza media al Cardiocentro

Questa visita è stata istruttiva, interessante e ci è piaciuta molto. Ci ha fatto riflettere sull'importanza del cuore. Per il progetto Guinea-Bissau anche noi vorremmo impegnarci a sostenere una parte delle spese mediche di Adulai, un bambino africano operato recentemente a Lugano, vendendo durante l'intervallo della frutta e delle bibite agli allievi della nostra scuola.

Concludendo vogliamo ringraziare tutto il personale del Cardiocentro e per la disponibilità e simpatia con la quale ci hanno accolto e ci hanno permesso di conoscere questa importante struttura.



Viva Niccolò!



È nato il 24.09.2010 alla Clinica Sant'Anna di Sorengo. Si chiama Niccolò ed è il primogenito del nostro Direttore Fabio Rezzonico. Tutto il Cardiocentro partecipa alla gioia di papà Fabio e mamma Sandra.

SOLIDARIETÀ

Il sorriso ritrovato di Adulai



Adulai tra il Dr. Fernando Assaiemo e il Dr. Giovanni Pedrazzini.

Si chiama Adulai, ha 13 anni e vive in Guinea Bissau. Affetto da una grave valvulopatia, la vita di Adulai era appesa a un filo. Nel piccolo ospedale di Bor, in Guinea Bissau, Adulai incontra le nostre "vecchie" conoscenze Dr. Augusto Bidonga e Dr. Fernando Assaiemo, che inquadrano correttamente il caso e ci chiedono di intervenire. Dopo due tentativi di trasferimento rimandati a causa della gravità delle condizioni del paziente, che si temeva non avrebbe sopportato il lungo trasferimento, finalmente lo scorso mese di agosto Adulai arriva da noi, accompagnato dal suo medico Fernando Assaiemo. È esausto e in condizioni critiche; a Lugano subisce un arresto cardiaco. Rianimato, viene operato con successo dall'équipe del nostro primario PD Dr. med Francesco Siclari, come sempre supportato dal team dei cardioanestesiisti. La lettera che segue, tradotta dal portoghese, è stata scritta dal Dr. Fernando Assaiemo al rientro in Guinea Bissau insieme con Adulai perfettamente ristabilito.

Una lettera dalla Guinea Bissau



**Fondazione Bambini
Cardiopatici nel Mondo**

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



Cari fratelli medici,
Desidero esprimervi la mia gratitudine per tutto quanto ho ricevuto da voi. Grazie per questo miracolo che si chiama Adulai, impossibile nella nostra terra priva di ogni mezzo. Avete fatto in modo che questo bambino potesse stare di nuovo bene. Presto sarà in grado di stare con i suoi compagni e andare a scuola, poter studiare è il suo sogno!

Nessuno di noi oramai sperava più che un giorno potesse ritornare alla vita. Da cinque anni viveva in un continuo andirivieni tra un villaggio molto lontano dalla capitale (Samba- Taco-Pirada-Gabu) chilometri e chilometri per recarsi al posto sanitario più vicino, impossibile per una famiglia povera come quella di Adulai, comperare le medicine per curare il figlio o pagare il viaggio all'estero che gli avrebbe consentito di essere operato! Per questo lo abbiamo trasferito al nostro "Hospital pediatrico São José in Bor" dove è rimasto per un anno. Nessuno di noi poteva immaginare che potesse stare bene come oggi e questo grazie all'impegno del Dr. Giovanni a di (Mama d'Africa) Patrizia Cameroni, che desidero ringraziare di cuore per tutto quanto fanno, aiutandoci ad evacuare decine di bambini che saranno poi restituiti alla salute e alla vita e che una volta rientrati in Guinea saranno poi sostenuti negli studi. Ringrazio il collettivo medico, cominciando dal "jefe maximo" di cardiologia Dr. Prof Tiziano Moccetti, il Dr. Giovanni Pedrazzini, perché i suoi meriti non sono scritti in nessun luogo, ma il suo contributo per il soccorso di Adulai è stato enorme. Grazie agli infermieri e ai soccorritori dell'ambulanza per la loro efficienza e umanità. Con grande ammirazione voglio ringraziare il Dr.

Siclari e a tutta la sua squadra di cardiocirurgia, gli anestesisti e il personale della terapia intensiva. Grazie a tutti i compagni medici, infermieri, del pronto soccorso e del Day Hospital che hanno contribuito alla mia formazione. Questo mi dà il coraggio di continuare il mio impegno a Bissau in questo difficile periodo che il nostro paese sta purtroppo attraversando. Dio benedica loro e il loro lavoro. Grazie al dir. Fabio Rezzonico e a Moira, al personale amministrativo per il lavoro burocratico per il trasferimento dei bambini, alla "Fondazione bambini cardiopatici nel mondo"; al personale di pulizia che ogni giorno fa in modo che questo Centro sia sempre al massimo dell'igiene e della pulizia, un esempio per il mondo intero! Grazie al personale della cucina per preparare gustosi pasti per i pazienti e i dipendenti, al personale del Baricentro, grazie per la vostra cura e gentilezza. Grazie ai pediatri e al personale infermieristico dell'Ospedale Civico per il loro esempio di carità e dedizione. Un ringraziamento particolare al mio maestro Dr. Faletra, per l'impegno nel farmi conoscere in un tempo così breve, il mondo della tecnologia delle immagini, grazie al giovane medico Marco che mi ha dedicato con pazienza tutto il suo tempo. Grazie a tutte le persone di buona volontà che ci

hanno tanto aiutato, con visite, regali e tanto affetto. Chiedo scusa se non ho nominato tutti, ma quando si è emozionati si rischia sempre di dimenticare qualcuno. Chiedo che Dio Onnipotente vi benedica sempre. Da parte mia vi assicuro che porterò nel continente nero le immagini di tutti voi e coltivo la speranza che un giorno io possa tornare per poter fare la specializzazione che tanto desidero e che ancora non ho avuto modo di fare. Colgo l'occasione per ringraziare anche i miei compagni medici (Augusto e Mariotti) che condividono con me questo immane lavoro alla clinica Bor, con i pochissimi mezzi che abbiamo a disposizione.

Non voglio dimenticare il grande regalo che mi avete fatto con l'apparecchio di Eucardiografia di ultima generazione e che porterò con me in Guinea Bissau! A nome mio e a quello dei miei compagni vi dico GRAZIE. Vi prometto che sarà usato con estrema cura e a beneficio di tutte le persone che ne hanno bisogno.

Dr. Fernando Assaiemo
*Medico de Clinica General
Guinea-Bissau*

Il più bel regalo di Natale, è la felicità di questi bambini.
Grazie di cuore a tutti!



I bambini della Guinea Bissau che il Cardiocentro ha contribuito ad aiutare.



Adulai, l'ultimo bambino curato al Cardiocentro, sta bene e vi augura Buone Feste!



Adulai in compagnia del suo medico Dr. Augusto Bidonga accompagnato dalla moglie.