

La voce del cuore



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA A. DE GASPERIS

Niguarda Ca' Granda

PERIODICO DI INFORMAZIONE E DI DIVULGAZIONE MEDICA

PUBBLICAZIONE QUADRIMESTRALE - ANNO 23 - N.1 - APRILE 2019

**GRAZIE
DI CUORE**
1968 - 2018
La Fondazione,
50 anni
e molti amici

*L'eccellenza è
nelle persone*
**INTERVISTA A
MARCO BOSIO**

**Arrivederci
a Piano City**



La Voce del cuore è il tuo giornale.
Aiutaci a migliorarlo con le tue opinioni
e i tuoi suggerimenti.
Scrivi a info@degasperis.it

La voce del cuore



Direttore responsabile
PAOLO TEMPO

Coordinamento editoriale
SIMONA MAZZOLINI
redazione@degasperis.it

Comitato di redazione
RENATA BRAGOTTI
ANTONELLA LENCI
GIUSEPPE USUELLI

Coordinatore collaboratori scientifici
MATTEO BARONI

Progetto grafico
ANTONELLA LENCI

Segreteria di redazione
MONICA FUMAGALLI
monica.fumagalli@degasperis.it
Tel. 02 66109134

Segreteria organizzativa
ROSSANA MISSIERI
rossana.missieri@degasperis.it
Tel. 02 64444069

Editore
**Fondazione Centro Cardiologia
e Cardiochirurgia
A. De Gasperis
Niguarda Ca' Granda**
già associazione costituita nel 1968
e fondazione dal 2004

Con D.P.G.R. N. 013353 del 29/07/2004
ha ottenuto il riconoscimento giuridico
dalla Regione Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
info@degasperis.it www.degasperis.it

Presidente
BENITO BENEDINI
Responsabile del trattamento dei dati
(D.Lgs. 196/2003)
MASSIMILIANO SIRONI

Stampa
Tipografia Vigrafica S.r.l. - Monza
Registrazione Tribunale di Milano
n. 107 del 19/02/1996

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte di questa pubblicazione
può essere riprodotta con mezzi grafici,
meccanici, elettronici o digitali
senza l'autorizzazione dell'editore.

Sommario

LETTERA DEL PRESIDENTE

1

DA NIGUARDA

2 *L'eccellenza è nelle persone*
Intervista a Marco Bosio

GRAZIE DI CUORE

4 *I 50 anni della Fondazione*

PERSONE

8 *La storia di Giorgio, campione di pazienza*

PIANO CITY MILANO

10 *La Musica nel Cuore*

MEDICINA

11 *L'approccio terapeutico
allo shock cardiogeno*

PARLIAMONE

15 *La posta del cuore*

PICCOLI CUORI

16 *La malattia reumatica
e il cuore dei bambini*

CURIOSITÀ

17 *Il cuore nascosto di Botticelli*

RIFLESSIONI

18 *Cuore zingaro*
Se la prevenzione fosse un dovere?

DALLA FONDAZIONE

20 *Gli obiettivi raggiunti*

PROGETTO

21 *Obiettivo 2019: formazione sul campo*

GRAZIE AL SOSTEGNO NON CONDIZIONANTE DI

AMGEN[®]

Cara lettrice, caro lettore,

per celebrare i suoi 50 anni, il 20 marzo la Fondazione A. De Gasperis ha realizzato un evento dedicato ai suoi amici e sostenitori. Un momento di festa e convivialità per ritrovarsi tutti insieme; un momento, anche, per incontrare i medici del Dipartimento Cardiotoracovascolare al quale la Fondazione dedica il suo impegno.

L'evento è stato l'occasione per ripercorrere le tante tappe del cammino della Fondazione A. De Gasperis e per condividerne progetti e obiettivi futuri.

Insieme abbiamo dato il benvenuto della Fondazione a Marco Bosio, da gennaio direttore generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Gli abbiamo fatto i nostri auguri di buon lavoro, convinti che saprà valorizzare al meglio quella combinazione di multidisciplinarietà, integrazione e tecnologia - elemento caratterizzante e distintivo dell'Ospedale - che rappresenta l'humus ideale per sviluppare ulteriormente la sinergia tra la nostra Fondazione e il Dipartimento.

Mi fermo qui perché, se anche tu eri con noi, sai già com'è andata. Diversamente, approfitto di queste righe per dire anche a te "Grazie di cuore", il titolo che abbiamo dato all'evento e il modo che abbiamo scelto per ringraziare tutti coloro che condividono gli obiettivi della Fondazione e le permettono di conseguirli, con il loro sostegno e la loro amicizia.

Benito Benedini
Presidente
Fondazione A. De Gasperis



L'eccellenza è nelle persone

Intervista a Marco Bosio

Marco Bosio è Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda dal 1 gennaio 2019: la tappa più recente di un percorso che lo

ha portato a vivere la realtà ospedaliera dall'interno, come direttore sanitario di diverse strutture in Lombardia e a Roma, e dall'esterno, prima nell'ambito

della Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia e, negli ultimi anni, come Direttore Generale della nuova ATS Città Metropolitana di Milano.



Che cosa fa il Direttore Generale di Niguarda?

La direzione di una realtà come questa dev'essere prima di tutto un elemento facilitatore: il nostro obiettivo è far funzionare al meglio la macchina burocratico-amministrativa per mettere chi svolge l'attività medico-sanitaria nelle condizioni di lavoro migliori: è così che i medici e gli altri professionisti riescono a esprimere al massimo la loro professionalità e che l'ospedale ha la possibilità di capitalizzarla.

Se va via un medico o un infermiere, sostituirlo al più presto è compito

nostro; se serve una certa tecnologia, tocca a noi far sì che arrivi prima possibile... I problemi devono essere nostri, non loro.

Lei si esprime al plurale. Cosa intende?

Niguarda è un'organizzazione complessa. Per farla funzionare lavoro in stretta sinergia con il direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario. La direzione è un ruolo che si svolge collegialmente, e non parlo solo di noi quattro: la 'mente pensante' di Niguarda è il collegio di direzione composto dai direttori di tutti i Dipartimenti, il suo ruolo è fondamentale. E poi è importante conoscere le persone e i luoghi in cui operano: nel mio primo mese a Niguarda ho girato tutto l'ospedale, presidi territoriali compresi; quando si tratta di pianificare le attività, prendere decisioni e risolvere problemi, conoscere la situazione, 'vederla', è essenziale.

Che cosa fa di Niguarda... Niguarda?

Il tratto distintivo di Niguarda è la sua cultura multidisciplinare: un approccio alla medicina e alla cura che permette all'ospedale di trattare una casistica quantitativamente molto ampia e qualitativamente molto complessa. Non penso solo al fatto che qui sono presenti tutte le specialità della medicina e che in tutte possiamo contare su ottimi specialisti. Se questi requisiti sono imprescindibili per affrontare la complessità, non bastano. A fare la differenza è una propensione forte e diffusa al lavoro multidisciplinare: quando qualcuno è affetto da più patologie correlate tra loro, questo modus operandi fa sì che il paziente trovi all'interno dell'ospedale

tutte le expertise necessarie che si muovono in armonia. Non è un caso se il nostro ospedale ha un peso medio DRG maggiore di 1,5: si tratta dell'indicatore della complessità della casistica affrontata, e il valore è davvero alto.

Parliamo di ricerca e formazione...

Niguarda non è un istituto a carattere scientifico, ma facciamo moltissima ricerca. La numerosità e la complessità dei casi affrontati e la voglia di ricercare e sperimentare dei nostri professionisti rendono l'ospedale particolarmente interessante per le industrie farmaceutiche e i produttori di device che promuovono e finanziano la ricerca clinica. Noi ne otteniamo due vantaggi: da un lato, possiamo proporre cure innovative a pazienti che altrimenti non avrebbero risposte efficaci; dall'altro, fare ricerca e innovazione si traduce in opportunità di formazione per tutto il personale medico-scientifico: abbiamo dedicato un dipartimento funzionale proprio all'alta formazione e alla ricerca, per capitalizzare la ricerca fatta in determinati ambiti di eccellenza, come l'oncologia, l'ematologia e la cardiologia, e fare in modo che, attraverso un'organizzazione strutturata, anche le altre aree dell'ospedale ne traggano beneficio in termini di crescita professionale.

Perché è importante la cooperazione scientifica internazionale?

Il fatto che realtà internazionali importanti - Stati Uniti, Russia, Cina... - vogliano confrontarsi e lavorare con i nostri professionisti è un riconoscimento significativo delle nostre capacità.

Ma soprattutto permette di innescare uno scambio proficuo per tutti. In alcuni casi, siamo noi ad andare ad apprendere procedure o esperienze fatte in altri Paesi; altre volte è il nostro ospedale a 'fare scuola': accogliamo professionisti da tutto il mondo che vengono qui per imparare e formarsi; ma non è mai una relazione a senso unico, ne traiamo tutti beneficio. Inoltre, ormai la gran parte delle ricerche è multidisciplinare e multicentrica: avere rapporti strutturati con altre realtà significative, europee o più lontane, ci permette anche di prendere parte a filoni di ricerca che magari da soli non riusciremmo ad attivare.

Che ruolo svolge il Dipartimento Cardiotoracovascolare nell'ambito di Niguarda?

Il Dipartimento Cardiotoracovascolare De Gasperis è una delle realtà più significative dell'ospedale. Eccellenza professionale, approccio multidisciplinare, numerosità e complessità delle casistiche affrontate, collaborazioni internazionali nella formazione e nella ricerca... Qui si concentrano le caratteristiche alle quali Niguarda deve la sua reputazione, non solo nell'ambito della cura e della ricerca, ma anche della prevenzione: la sfida più importante che la sanità italiana, oggi, è chiamata ad affrontare.

Un ospedale social

Ospedale Niguarda TV è il canale YouTube ufficiale dell'Ospedale Niguarda di Milano. Una linea diretta sui temi della salute con interviste, tutorial e approfondimenti dal mondo della medicina.

Niguarda compie 80 anni

L'Ospedale Niguarda fu inaugurato il 10 ottobre 1939. La sua concezione, rivoluzionaria per l'epoca, consentì di migliorare il contenimento delle infezioni ospedaliere.

Medicina e arte

Per la sua imponente architettura razionalista, tipica degli anni '30, e per le opere d'arte che custodisce, Niguarda è un luogo tutelato dalle belle arti.



Orgoglio, appartenenza, festa. È un'atmosfera di amicizia quella che si respira all'evento Grazie di cuore 1968-2018 organizzato dalla Fondazione

A. De Gasperis il 20 marzo: un momento per incontrare e far incontrare medici, pazienti, personale infermieristico, benefattori e istituzioni in occasione della

celebrazione di 50 anni di impegno della Fondazione a fianco di quello che oggi è il Dipartimento Cardiotoracovascolare dell'Ospedale di Niguarda.



A dare il benvenuto ai partecipanti e salutare autorità e rappresentanti delle Forze dell'Ordine è **Benito Benedini**, presidente della Fondazione. Le parole più commosse sono quelle che rivolge al professor Fausto Rovelli e ai figli del professor Angelo De Gasperis: i due fondatori di quello che sarà "in nuce" il Dipartimento Cardiotoracovascolare, maestri indiscussi di generazioni di cardiologi e cardiochirurghi.



Benedini richiama le origini della Fondazione, ne ripercorre le linee di azione e ne ricorda gli interventi principali. "Un impegno concreto", sottolinea, "reso possibile dalla generosità di amici e benefattori". Il primo obiettivo della Fondazione per il 2019 è "coltivare eccellenze per una gestione efficace del ricambio generazionale da parte del Dipartimento e della cardiologia italiana". Grazie al sostegno economico della Fondazione aumenterà, quindi, il numero dei giovani medici che potranno formarsi all'interno del Dipartimento.

Tocca a **Marco Bosio**, da gennaio 2019 direttore generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, portare il saluto della struttura milanese e ricordare come il Dipartimento Cardiotoracovascolare rappresenti una delle eccellenze che fanno di Niguarda un punto di riferimento per la sanità italiana, riconosciuto anche a livello internazionale. “Il suo carattere distintivo”, sottolinea Bosio, “è quella cultura della multidisciplinarietà che permette di affrontare casi particolarmente complessi ai quali altre strutture, pur qualificate, non sono in grado di rispondere. Un approccio che è ormai nel nostro Dna, e che il costante sostegno della Fondazione ci consente di sviluppare e diffondere”.



Cristina Giannattasio, direttore del Dipartimento Cardiotoracovascolare, illustra il modo in cui il Dipartimento valorizza a beneficio dei pazienti il supporto fornito dalla Fondazione negli ultimi anni. “Un supporto”, precisa Giannattasio, “che interessa la ricerca e la formazione, la prevenzione delle malattie e la cura della salute, la diagnostica e la riabilitazione dei pazienti”. E cita alcuni casi esemplari: la donazione dell'apparecchiatura per la risonanza magnetica avvenuta nel 2015, quando “questa strumentazione mise ancora una volta il Dipartimento all'avanguardia della cardiologia nazionale”; il progetto di cardiocirurgia pediatrica indirizzato ai bambini dei Paesi in via di sviluppo; l'opportunità di organizzare eventi di richiamo internazionale come l'International Perioperative Tec Symposium.



Claudio Francesco Russo, direttore della Cardiocirurgia, annuncia con legittimo orgoglio l'ennesimo successo di Niguarda in ambito cardiocirurgico: proprio nella stessa data dell'evento, il 20 marzo, il Dipartimento ha realizzato in una sola giornata due trapianti cardiaci e l'impianto di un cuore artificiale. “Già nel 2015 l'ospedale aveva superato la soglia dei mille trapianti di cuore, e anche nel 2018 si è confermato la struttura italiana con il maggior numero di questo tipo di interventi”. Risultati, sottolinea Russo, per i quali è stato ed è fondamentale l'apporto della Fondazione, in termini sia di formazione dei giovani medici, sia di dotazione di strumentazioni innovative.



Fabrizio Oliva, che rappresenta la Cardiologia I, spiega come proprio la complementarità tra “uomini e macchine” abbia permesso alla cardiologia e alla cardiocirurgia di fare passi da gigante. “Negli ultimi decenni il miglioramento della tecnologia, insieme a quello delle conoscenze dei professionisti, ha consentito una riduzione della mortalità che non è stata ottenuta da nessun'altra branca della medicina. Ma in Italia”, precisa, “la mortalità cardiovascolare occupa ancora uno spazio nettamente maggiore rispetto alle altre patologie”. Da qui, il suo ‘grazie di cuore’ alla Fondazione, per il supporto strumentale e, soprattutto, per l'impegno rivolto alla crescita professionale di generazioni di giovani medici.





Maria Frigerio, direttore della Cardiologia 2, richiama a sua volta l'attenzione sul tema chiave delle donazioni, di cuore e di organi in generale. "In una distribuzione dei donatori non uniforme a livello nazionale", fa presente, "la Lombardia si colloca leggermente sopra la media, ma potremmo fare di più". E auspica un impegno più intenso delle organizzazioni sanitarie, delle amministrazioni locali e del sistema dei media nella sensibilizzazione dei cittadini. Frigerio invita quindi sul palco due 'amici del Dipartimento e della Fondazione', perché tutti possano ascoltare le loro testimonianze: esperienze, emozioni, fiato sospeso, momenti difficili, piccoli e grandi successi, vita vissuta.

Due storie molto diverse, quelle di Ivano Saletti e Raffaella Cambria: in comune, l'aver avuto bisogno di un nuovo cuore, l'aver incontrato sulla propria strada i professionisti del Dipartimento Cardiotoracovascolare e, grazie a loro, l'aver "ricominciato a vivere". La vita dopo il trapianto, Luigi l'ha passata in sella a una bicicletta, la sua passione di sempre; ed è arrivato a compiere imprese sportive eccezionali, indossando e portando più volte sul podio la maglia della nazionale. Raffaella, invece, ha scelto una professione dedicata agli altri - oggi è vice direttore della fisica sanitaria dell'Istituto Europeo di Oncologia - e, tiene a sottolineare, è mamma di una ragazza che ha ormai diciott'anni.



Giulio Gallera, assessore regionale al Welfare, sottolinea la vicinanza della Regione Lombardia alla Fondazione A. De Gasperis, “capofila di momenti importanti di formazione e approfondimento in ambito cardiologico”, e riconosce alla partnership Dipartimento-Fondazione “un ruolo di punto di riferimento anche a livello internazionale”. Gallera accenna a un episodio personale, che lo ha visto seguire da vicino la vicenda clinica di una persona che si è affidata al Niguarda per un trapianto di cuore. “Ho rassicurato i suoi familiari e li ho spinti a essere fiduciosi”, ha detto, “proprio perché sapevo che il paziente era nelle migliori mani possibili”.



A conclusione degli interventi, il presidente Benito Benedini rivolge al pubblico un invito. “Abbiamo pensato di consegnarvi un piccolo dono perché questo incontro vi resti nel cuore”, chiosa: “una maglietta, colorata con il nostro messaggio: indossatela con orgoglio e con amore”.



Il momento del “grazie”

Al termine dell’evento, una breve cerimonia di ringraziamento: Benedini, Bosio e Gallera consegnano una pergamena, testimonianza simbolica del “Grazie di cuore” della Fondazione, a una piccola rappresentanza dei tanti amici e sostenitori che in questi anni l’hanno accompagnata nel suo percorso a fianco del Dipartimento.



*Vuoi un ricordo
dell’evento?
Sforgia la gallery su
www.degasperis.it
e chiedi
alla Fondazione
02 66109134
le foto che
ti interessano.*



Se la pressione si mette di mezzo La storia di Giorgio, campione di pazienza.

Giorgio Balduchelli, classe 1957, gestisce un'industria vetraria. Nel 2003, appena tornato da una normale vacanza, non si sente bene. Gli esami del sangue confermano: emoglobina, piastrine, creatinina... tutti i valori sono 'sballati'. Ad un primo ricovero, Giorgio si sente dire che gli resta sì e no una settimana di vita. Ma siccome in quel momento la struttura in cui si trova non ha a disposizione gli strumenti per i necessari trattamenti di aferesi, viene spostato al Policlinico San Matteo di Pavia. Qui, dopo un centinaio di trattamenti, l'organismo di Giorgio comincia a reagire e nel giro di un paio di mesi viene stabilizzato. Ma che cosa è successo?

Quella di Giorgio è una delle tante malattie autoimmuni di cui sentiamo parlare sempre più spesso. La sua, in particolare, è classificata come sindrome emolitico uremica: una cellula impazzita (che a tutt'oggi non è stato possibile identificare nonostante esami estremamente approfonditi) fa spaccare le piastrine e attraversa i reni.

Dopo le aferesi la cellula smette di provocare danni a livello del sangue e si 'addormenta', ma le lesioni subite dai reni impongono la dialisi. Giorgio, che vive in provincia di Como, segue il trattamento nell'ospedale della città. Insieme alla moglie, decide di vendere l'impresa: seguirla come si dovrebbe è diventato impossibile.

A Niguarda arriva nel 2008 per compiere il percorso che dovrebbe portarlo a un trapianto di rene, ma la pressione 'si mette di mezzo': nel 2011 l'ipertensione arteriosa polmonare e una severa riduzione della tolleranza da sforzo lo costringono a una sospensione dalla lista d'attesa per il trapianto, perché il rischio chirurgico sarebbe troppo alto.

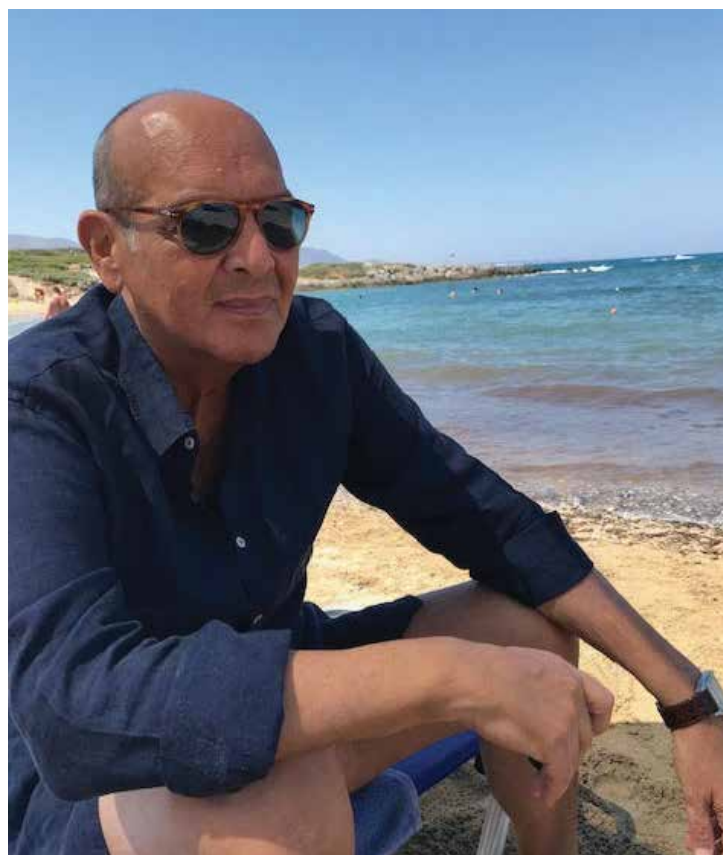
Ma gli anestesisti e chirurghi generali del Niguarda che si occupano di trapianto di rene coinvolgono i colleghi del Dipartimento Cardioracovascolare De Gasperis che decidono collegialmente - dopo tutti gli accertamenti specifici necessari - di intraprendere una terapia mirata con farmaci vasodilatatori polmonari.

La terapia va a buon fine: gli stessi esami ripetuti a distanza di circa sei mesi mostrano un miglioramento della tolleranza allo sforzo, riducendo il rischio chirurgico del paziente. Sempre collegialmente, quindi, si conferma l'indicazione al trapianto: Giorgio rientra in lista e finalmente, nell'ottobre 2012, esce dalla sala operatoria con un nuovo rene.



*Andrea Garascia
Cardiologia 2
Dipartimento
Cardioracovascolare
Ospedale Niguarda*

E poi? Per i primi quattro anni, “nessun problema troppo impattante” - la sensazione, parlando con Giorgio, è che affronti tutto con molta ‘filosofia’ -, ma poco a poco il rene trapiantato smette di fare il suo dovere e lui è costretto a riprendere la dialisi. Ha le idee molto chiare, però: il suo obiettivo è ripetere il trapianto. Sa che non sarà una passeggiata ma, rispetto alle sue abitudini di ‘prima’ e in base alla sua esperienza, la vita da trapiantato è meno complessa della convivenza con la dialisi. “Sono sempre stato abituato a viaggiare molto”, ci spiega. “In teoria potrei farlo anche adesso, ma specie all’estero è talmente laborioso prenotare dialisi che finisce che mi muovo quasi solo tra un trattamento e l’altro, per brevissimo tempo e a raggio ridotto”.



Di sé, Giorgio dice di poter contare su “un carattere che non si piange addosso”. Nessuna problematica di tipo psicologico, insomma: “bisogna comunque guardare avanti e non mollare il colpo. Il problema”, spiega, “è che cambia tutto e la vita va riorganizzata da capo, ci vogliono la forza e la pazienza di cercare un nuovo punto di equilibrio, a prescindere dall’età e dalla situazione”. E a chi si trova in condizioni simili alle sue suggerisce di “guardare avanti, perché comunque la vita non finisce, è solo un po’ diversa. Però... bisogna viverla, assolutamente!”.

In questa fase Giorgio sta completando gli accertamenti ed è quasi in dirittura d’arrivo per l’ammissione alla lista d’attesa. Nel frattempo, i medici del Dipartimento Cardiotoracovascolare continuano a seguirlo - in parallelo ai colleghi chirurgici sul fronte del trapianto di rene - per la problematica cardiologica e del circolo polmonare. Proseguendo la terapia medica, dal loro punto di vista le condizioni del paziente sono rimaste stabili: questa volta, la pressione non dovrebbe mettersi di mezzo.

Arrivederci a presto, con “La Musica nel Cuore” Piano City Milano a Niguarda

Giulio Cassano

Foto di Gabriele Pagani Courtesy WOW! Webmagazine



Sabato 18 maggio il Dipartimento Cardioracovascolare, con il sostegno della Fondazione A. De Gasperis, apre le porte dell’Ospedale Niguarda alla manifestazione *Piano City Milano*, evento che vede la musica risuonare nei luoghi milanesi più inconsueti e conferma la vocazione internazionale della città.

L’evento *La Musica nel Cuore* avrà inizio alle 17.00 e avrà luogo nella hall del Blocco Sud, in modo da favorire la partecipazione dei degenti autonomi e dei loro visitatori a una delle manifestazioni di punta della primavera culturale cittadina.

Protagonista al piano sarà Giulio Cassano, medico in formazione a Niguarda e diplomato al Conservatorio di Milano. Il dottor Cassano proporrà al pubblico composizioni di Ludwig van Beethoven e Fryderyk Chopin.

La partecipazione al concerto è libera, ma si richiede di confermare la propria presenza a infoniguarda@ospedaleniguarda.it.

Chi lo vorrà potrà contribuire alla raccolta fondi a favore della Fondazione A. De Gasperis che sarà attiva in occasione dell’evento.

L'approccio terapeutico allo shock cardiogeno

Lo shock cardiogeno e le sue cause

Lo shock cardiogeno (SC) è una condizione clinica che genera una mortalità ancora elevata nonostante i progressi terapeutici, farmacologici e non. Le sue cause sono molteplici e possono interessare inizialmente il muscolo cardiaco alterandone la contrattilità, o interferire con il precarico e il postcarico.

Negli ultimi anni, la casistica dello shock cardiogeno non conseguente a infarto miocardico acuto (IMA) è in netto aumento e in più del 70% dei casi lo shock cardiogeno è dovuto a sindromi coronariche acute (SCA): la popolazione senza dubbio più studiata nei trial clinici e nei registri, cui fanno riferimento linee guida e position paper.

Le conoscenze su prognosi e modalità di trattamento dello SC derivante da altre cause, invece, sono scarse.



Un approccio terapeutico adeguato

Per mettere in atto un approccio terapeutico adeguato allo shock cardiogeno non conseguente a infarto miocardico acuto sono necessari una diagnosi rapida e multiparametrica, e un trattamento tempestivo e multidisciplinare focalizzato sull'obiettivo.

Per questo:

- suggeriamo alcuni interventi che possono aiutare a ottimizzare la pratica clinica in questo campo, in attesa di avere a disposizione nuove molecole e supporti meccanici sempre più efficaci e insieme più sicuri in termini di effetti collaterali;
- mettiamo a disposizione il protocollo del Dipartimento Cardio-toracovascolare De Gasperis dell'Ospedale Niguarda, incentrato su una tempistica di intervento rapida per migliorare la prognosi dei pazienti.

Interventi che possono migliorare la prognosi

- Mettere a punto un protocollo dipartimentale condiviso per ottimizzare il monitoraggio e il trattamento dei pazienti con sindrome da bassa portata (SBP/SC) - che preveda step terapeutici a progressiva intensità e invasività di cura, insieme a valutazioni ripetute nel tempo di parametri emodinamici, laboratoristici e clinici.
- Identificare precocemente i pazienti affetti da SBP/SC per mettere in atto con il timing più corretto tutte le misure diagnostiche e terapeutiche - farmacologiche e, quando indicato, meccaniche (IABP, MCA, VAM, CVVH) - di sostegno al circolo, per impedire l'instaurarsi di danno d'organo o arrestarne la progressione.
- Creare una rete multidisciplinare (cardiologo di Unità Cardio Coronarica, cardiologo trapianti, rianimatore, cardiocirurgo) anche per la gestione dei pazienti degenti presso altri centri per i quali venga chiesto il trasferimento per aumento dell'intensità delle cure e per valutare l'idoneità al trapianto cardiaco e/o al supporto con dispositivi di assistenza ventricolare sinistra (LVAD). Per queste ultime indicazioni, per quanto possibile, sarà opportuno valutare l'adeguatezza della richiesta con un iter diagnostico clinico-strumentale già "a distanza".



Per attuare questi interventi occorre:

- poter contare su un ambiente di lavoro multidisciplinare e cooperativo che utilizzi una metodologia e protocolli derivati dalla pratica clinica, dalle evidenze internazionali e dalle linee guida;
- identificare dei centri di riferimento secondo il modello Hub & Spoke, che abbiano caratteristiche tecniche specifiche, dotazioni di dispositivi, specialità e professionalità nel campo dello shock cardiogeno.

Sindrome da bassa portata/shock cardiogeno nel contesto dell'insufficienza cardiaca acutamente decompensata

Diagnosi

Per i pazienti con cardiopatia di nuova diagnosi/insorgenza di malattia e/o pazienti affetti da cardiopatia cronica nota acutamente decompensata con un quadro di presentazione da sindrome da bassa portata a rapida evoluzione in shock cardiogeno in atto o imminente, la diagnosi si basa sul riscontro di pressione arteriosa sistolica (PAS) <90 mmHg o pressione arteriosa media (PAM) <60 mmHg nonostante un adeguato riempimento volmico (almeno 1000 ml di cristalloidi o 500 ml di colloidali con pressione atriale destra > 4 mmHg) o in presenza di segni di pressione venosa centrale incrementata (>12 mmHg) o di incremento della pressioni di occlusione capillare polmonare (>14 mmHg).

Deve inoltre presentarsi almeno un fattore tra: obnubilamento del sensorio; cute fredda, sudata; saturazione venosa mista <60%; lattati arteriosi >2; oliguria <0.5 ml/Kg/h.

Monitoraggio multiparametrico

Tutti i pazienti con sospetto shock cardiogeno devono essere trattati in maniera precoce e devono essere sottoposti a:

- valutazione elettrocardiografica ed ecocardiografica per la corretta diagnosi dell'eziologia dello shock cardiogeno stesso;
- misurazione della saturazione dell'ossigeno nel sangue venoso centrale e pressione venosa centrale, attraverso il posizionamento di un catetere venoso centrale in vena giugulare o succlavia;

- monitoraggio continuo della pressione arteriosa (emogasanalisi, lattati e analisi della curva arteriosa), attraverso il posizionamento di un catetere;
- monitoraggio della diuresi oraria, attraverso il posizionamento di un catetere vescicale;
- radiografia del torace;
- esami ematochimici: emocromo (con formula), panel coagulativo, creatinina, urea, bilirubina totale, aspartato amino-transferasi, nt-proBNP, proteina C reattiva, TnT/HS, CK-MB;
- rivalutazione periodica costante di questi stessi parametri per cogliere precocemente i segnali di un andamento sfavorevole e poter mettere in atto strategie di supporto farmacologico/meccanico più avanzate;
- valutazione invasiva dei parametri emodinamici, attraverso il posizionamento di un catetere polmonare;
- monitoraggio emodinamico non invasivo, attraverso controlli ripetuti nel tempo con ecocardiografia transtoracica.

Approccio farmacologico e non

L'approccio multistep prevede un agente inotropo di prima linea: l'inotropo scelto è l'adrenalina; la dose iniziale è 0.03-0.05 mcg/Kg/min con incrementi di 0.02 mcg/Kg/min sino al raggiungimento del target emodinamico (dose massima 0.12 mcg/Kg/min).

Tutti i pazienti dovrebbero essere rivalutati per parametri clinici ed emodinamici ogni due ore per le prime 12 ore.

In assenza di una regressione dello stato di shock con i presidi farmacologici, andrà valutato il ricorso al trattamento con contropulsatore aortico (o IABP) e/o supporto circolatorio meccanico.

La flow chart operativa "Shock cardiogeno" è disponibile a corredo di questo articolo sul sito www.degasperis.it.



*Alice Sacco e Nuccia Morici
Cardiologia 1
Dipartimento
Cardioracovascolare
Ospedale Niguarda*

La posta del cuore

La posta del cuore è un servizio gratuito di consulenza online che la Fondazione A. De Gasperis mette a disposizione dei cittadini per aiutare a prevenire, diagnosticare e curare i problemi cardiologici. Per utilizzarlo basta inviare una domanda attraverso il sito

www.degasperis.it

Risponderanno, nel pieno rispetto della privacy, i medici del De Gasperis Cardio Center. Riproponiamo qui i quesiti più significativi e di utilità più generale, assicurando l'anonimato a coloro che li hanno proposti.

Marino F.

Mio padre, 69 anni, normoteso, è affetto da un grave enfisema polmonare e da un aneurisma di 50 mm nell'aorta ascendente, sotto monitoraggio da un anno. Una Tac cardiaca ha evidenziato un'ischemia delle coronarie al 50% e lui ha iniziato una cura farmacologica. Per controllare al meglio le coronarie è più utile una Tac cardiaca o una Tac coronarica? Quali sono le differenze?

Caro Marino, la coro-Tac è un esame utilizzato per una valutazione anatomica delle coronarie e stima la percentuale di restringimento del lume. A volte può sovrastimare le lesioni coronariche o, meno frequentemente, sottostimarle. Avere una lesione del 50% non significa per forza avere un'ischemia in quel distretto.

Alla luce del referto Tac di suo padre, consiglieri un test d'ischemia inducibile, come un ecocardiogramma da sforzo o una scintigrafia da sforzo, per capire se c'è realmente un'ischemia in quel territorio. L'esame di riferimento per lo studio delle coronarie resta la coronarografia.

Dott. Andrea Buono

Angela R.

Sono in 'dolce attesa' di due gemelli. Trattandosi di gravidanza gemellare, alla 24a settimana ho eseguito un ecocardiogramma fetale. Alla femmina hanno evidenziato una "lieve discrepanza aorta/polmonare con aorta di minori dimensioni", mentre il resto del cuore va bene. Mi hanno fissato un altro ecocardiogramma fetale a distanza di tre settimane perché - mi hanno detto - questa caratteristica

potrebbe risolversi da sola durante la gravidanza, come spesso accade, mentre solo in alcuni casi è necessario intervenire. Se così fosse, a cosa può andare incontro il feto?

Cara Angela, in una gravidanza gemellare uno dei due feti è sempre più piccolo, se l'aorta è di dimensioni leggermente inferiori all'arteria polmonare non è un problema: continui a monitorare i feti come le hanno prescritto. Un'aorta più piccola non si deve operare, specie se la valvola aortica e il ventricolo sinistro sono normali. Solo quando tutto il cuore sinistro è ipoplasico occorrono diversi interventi chirurgici nel tempo, ma non crediamo sia il suo caso.

Dott.ssa Marisa Varrenti
e dott. Stefano Marianeschi

Stefania G.

Ho 21 anni e una stenosi all'arteria polmonare. Vorrei farmi fare un tatuaggio e un piercing. Provocherebbero danni?

Cara Stefania, di per sé la presenza di una stenosi dell'arteria polmonare, associata a stabilità clinica, non rappresenta una controindicazione all'esecuzione di tatuaggi o piercing. È molto importante, però, che queste procedure vengano effettuate in centri specializzati che adottino rigorosamente le norme di sterilità nell'utilizzo degli strumenti.

In assenza di una stenosi della valvola polmonare concomitante, non ritengo necessaria l'esecuzione di profilassi antibiotica, ma su questo aspetto le suggerisco di confrontarsi con il suo medico di fiducia.

Dott. Andrea Buono

La malattia reumatica e il cuore dei bambini



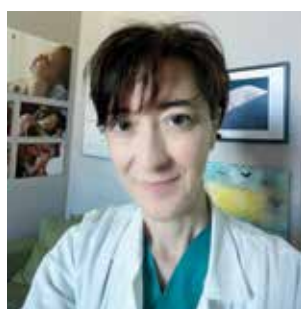
La malattia reumatica, o reumatismo articolare acuto, si manifesta più frequentemente tra i 5 ed i 15 anni di vita. Ogni anno nel mondo colpisce 20 milioni di persone, con tassi di mortalità di circa 200mila morti/anno. Nei Paesi in via di sviluppo è tra le cause principali di malattie cardiovascolari e scompenso cardiaco nei bambini e nei giovani adulti, mentre nel mondo occidentale colpisce annualmente solo circa 4 soggetti ogni 100mila, ma negli ultimissimi anni si è verificato anche qui un nuovo incremento di questa patologia.



*Gabriele Maria Vignati
Cardiologia Pediatrica
Dipartimento
Cardiotoracovascolare
Ospedale Niguarda*

La malattia reumatica si sviluppa in seguito a un'infezione sostenuta dello Streptococco Beta Emolitico di gruppo A, un agente infettivo che - oltre a essere il responsabile della scarlattina - è anche tra i più coinvolti nel causare faringiti e faringo-tonsilliti. Ma va detto che, sebbene le infezioni streptococciche siano molto comuni, solo una piccola quota di soggetti geneticamente predisposti sviluppa la malattia reumatica che può coinvolgere il cuore.

La terapia della malattia reumatica si basa sull'impiego dei farmaci antinfiammatori non steroidei. In presenza di cardite in fase acuta, invece, la terapia da utilizzare è il cortisone.



*Cristina Carro
Cardiochirurgia Pediatrica
Dipartimento
Cardiotoracovascolare
Ospedale Niguarda*

Se la malattia reumatica è riconosciuta e trattata prontamente, è molto difficile che lasci delle sequele (specie se si è trattato del primo episodio), e nei casi di coinvolgimento del cuore spesso la funzione valvolare si normalizza completamente. Una volta risolto l'episodio acuto, devono essere prevenute nuove infezioni da Streptococco somministrando la penicillina ogni 21 giorni. È molto importante che, in presenza di faringite o faringotonsillite, la terapia antibiotica venga iniziata solo dopo aver documentato con tampone faringeo l'origine batterica dell'infezione. Infatti, l'uso indiscriminato degli antibiotici favorisce la selezione di ceppi di batteri resistenti, e questo potrebbe spiegare il nuovo aumento dell'incidenza della malattia reumatica nel mondo occidentale.

La versione integrale di questo articolo è disponibile sul sito www.degasperis.it.

Il cuore nascosto di Botticelli

Tra i capolavori di Sandro Botticelli custoditi alla Galleria degli Uffizi di Firenze vi è un tondo, *Madonna col Bambino e angeli* o *Madonna del Magnificat*, che l'artista eseguì su commissione nel 1478. L'opera è nota anche come *Madonna della melagrana*. Maria e Gesù, poggiato sul suo grembo, reggono insieme uno di questi frutti.

Nell'iconografia artistica, la melagrana ha molteplici significati. È simbolo di fecondità, abbondanza e regalità (si tratta di un frutto con la coroncina). I grani rossi, che richiamano piccole gocce di sangue, prefigurano il sacrificio di Gesù per la salvezza dell'umanità. Il fatto che i chicchi stiano tutti uniti e raccolti all'interno del guscio simboleggia l'unità della Chiesa.



Ma la melagrana di Botticelli nasconderebbe, in più, un piccolo segreto. All'interno del frutto l'artista avrebbe raffigurato l'anatomia del cuore umano. A rivelarlo è lo studio pubblicato a fine 2018 su *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* dal gruppo del chirurgo ed esperto di medicina nell'arte Davide Lazzeri, secondo il quale "La disposizione dei semi e dei setti nel frutto sbucciato disegna i due atri del cuore, i due ventricoli e il tronco polmonare principale". Ma non è tutto: "Perfino la corona della melagrana", ha spiegato Lazzeri all'Ansa, "è separata in due parti che mimano la vena cava superiore e l'arco dell'aorta con le sue tre branche".

Stando ai ricercatori, è possibile che a ispirare Botticelli fossero stati i disegni anatomici dell'amico Leonardo da Vinci. Secondo alcuni studiosi, peraltro, l'artista fiorentino non sarebbe stato nuovo a questo tipo di 'citazioni'. Anche nelle sue opere più note, la *Primavera* e la *Nascita di Venere*, egli avrebbe infatti nascosto dettagli anatomici dei polmoni.

Il cuore è uno zingaro: divagazioni e riflessioni in tema di medicina

Per ragionare sul presente e sul futuro della medicina, ogni numero de “La voce del cuore” ospita un articolo, a cura di Maria Frigerio, che tocca aspetti di natura sociale, antropologica, organizzativa ed etica, oltre che clinica e scientifica.

Se la salute è un diritto, la prevenzione è un dovere?



Maria Frigerio
Direttore Cardiologia 2
Dipartimento
Cardiotoracovascolare
Ospedale Niguarda

Il nostro servizio sanitario compie 40 anni: resta un sistema complessivamente buono in termini di indicatori di salute in rapporto ai costi, e personalmente sono fiera di poter offrire la stessa qualità di cure all’ausiliario dell’ospedale in pensione, che d’estate si presenta in canottiera e infradito, e all’avvocato con l’autista che l’aspetta nella berlina con l’aria condizionata. Però bisogna riconoscerne i difetti: le disuniformità sul territorio nazionale, i tempi di attesa lunghi, una burocrazia abbastanza complessa, l’accesso a volte lento e macchinoso all’innovazione, le difficoltà di integrazione tra medicina di base, cure ospedaliere, riabilitazione, aiuto alla disabilità...

I servizi sanitari universalistici finanziati dalla fiscalità generale, come il nostro, rispettano in parte il principio “da ciascuno secondo le sue possibilità, a ciascuno secondo i suoi bisogni” di ispirazione socialista, e in parte il principio di tutela del rischio di stampo assicurativo (tutti pagano qualcosa, sapendo di poter diventare uno dei pochi che consumeranno più di quanto hanno dato): una questione di solidarietà, ma anche di responsabilità.

DOCUMENTO

TESTO

Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (1946), Preambolo

il godimento delle migliori condizioni possibili di salute fisica e mentale è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano...

Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo (1948), Articolo 25

ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo... alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, e ha il diritto alla sicurezza in caso di... malattia, invalidità...

Costituzione della Repubblica Italiana (1947), Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

L'aspetto solidaristico si rifà al diritto alla salute come diritto primario della persona sancito in diversi documenti programmatici nel secolo scorso. Da notare che, mentre la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo auspica idealmente benessere e salute per tutti, un'organizzazione tecnica come l'OMS fa riferimento più realisticamente alle migliori condizioni di salute possibili (in inglese *attainable*: raggiungibili, ottenibili). La nostra Costituzione riconosce che il bene da perseguire può riguardare l'intera comunità, non solo e unicamente l'interesse del singolo. E forse non è un caso che a chiamare in causa la responsabilità di ciascuno nei confronti della salute individuale e collettiva sia stato un medico diventato ministro nei primi anni 2000, Girolamo Sirchia, che introdusse il divieto di fumo nei luoghi pubblici. Nello stesso periodo nel Regno Unito (dove il sistema sanitario pubblico, considerato per anni un modello, cominciava a dar segni di crisi), ci si interrogava sull'opportunità di negare cure ad alto costo, ad es. la rivascolarizzazione coronarica, ai fumatori ancora attivi.

I progressi della medicina e l'allungamento dell'aspettativa di vita fanno crescere ovunque la spesa sanitaria, ponendo il problema della sostenibilità dei sistemi pubblici o privati. Intanto, sulla scorta dell'evidenza del rapporto tra malattie cardiovascolari, neoplastiche e degenerative e alcuni fattori di rischio (fumo, sedentarietà, sovrappeso, eccesso di zuccheri e grassi nel sangue, dieta povera di fibre...) almeno in parte modificabili con il cambiamento dei comportamenti e dei consumi individuali, si moltiplicano le campagne di promozione e divulgazione degli stili di vita sani. A queste possono affiancarsi politiche di incentivi e disincentivi (es. aumento del prezzo dei cibi ad alto contenuto di zuccheri semplici, giorni aggiuntivi di permesso retribuito per trattamenti presso i centri antifumo...) più o meno efficaci.

In base ai principi di solidarietà e responsabilità, la prevenzione (l'insieme di atti e comportamenti idonei a preservare il più a lungo possibile lo stato di salute) potrebbe essere intesa non solo come un'opportunità per il benessere di ciascuno, ma anche come un dovere sociale, per evitare di gravare la comunità di costi per la cura di patologie che un diverso comportamento avrebbe potuto prevenire o ritardare.

Mettere in capo agli escursionisti che hanno ignorato i divieti i costi per il loro recupero da parte del soccorso alpino, rifiutare il trapianto di fegato agli alcolisti che non si sono liberati dalla dipendenza, sono esempi di "stato etico" che vorremmo veder applicati limitatamente ad ambiti o eventi eccezionali. Anche per questo sarebbe preferibile che gli stili di vita che meglio tutelano la nostra salute venissero assunti volontariamente da un numero sempre maggiore di cittadini, fino a rappresentare le abitudini e il costume prevalente.



Obiettivi raggiunti: ● in arrivo le nuove sonde transesofagee 3d

Grazie all'intervento della Fondazione A. De Gasperis e dei suoi sostenitori, al Dipartimento Cardiotoracovscolare sono in arrivo due nuove sonde ecografiche transesofagee tridimensionali: un sistema che rappresenta la tecnologia più avanzata per lo studio dell'apparato cardiologico e la diagnosi di malattie cardiovascolari. Come funziona? L'esofago al cui interno 'viaggia' la sonda transesofagea 3d si trova a contatto con l'atrio sinistro, permettendo un'indagine approfondita e facilitando l'individuazione di eventuali alterazioni: il cuore e le sue valvole, esaminati da vicino, 'non hanno più segreti'.

Si tratta quindi di strumenti preziosi per i diversi specialisti del Dipartimento, sia per rendere le diagnosi più accurate e il monitoraggio dei pazienti e degli effetti dei trattamenti più puntuale, sia per affrontare i casi di urgenza ed emergenza con una quantità molto più elevata di informazioni rispetto a tecnologie meno innovative.

● un defibrillatore per il territorio



La Fondazione A. De Gasperis ha donato un defibrillatore semiautomatico alla Parrocchia Santa Giustina in Affori di Milano.

Anziani, bambini e adulti di questo centro di aggregazione, situato in un territorio intensamente popolato (la zona conta circa 16mila residenti), hanno ora una tutela in più nella loro vita quotidiana e ricreativa: la presenza di un defibrillatore, infatti, consente di intervenire tempestivamente in caso di arresto cardiaco, dando modo ai soccorritori di arrivare sul posto in tempo utile per praticare l'assistenza necessaria, a cui seguirà il trasporto del malato al vicino ospedale di Niguarda.

Obiettivo 2019: formazione sul campo

Nel 2019 la Fondazione continuerà la sua azione su tutti i fronti già attivi, con un'attenzione particolare alla strumentazione innovativa per il Dipartimento Cardioracovscolare. Ma la priorità sarà potenziare lo sforzo dedicato ai medici più giovani perché possano formarsi 'sul campo' all'interno del Dipartimento stesso.

Un numero maggiore di medici avrà quindi la possibilità di affiancare i maestri, di confrontarsi con casistiche complesse e di assorbire quella cultura multidisciplinare che fa del Niguarda un punto di riferimento per l'intero Paese, in ambito cardiologico e non solo.

È questo il senso del sostegno economico offerto ai giovani medici: dare loro l'opportunità di fare propria questa cultura. E coltivare eccellenze per una gestione efficace del ricambio generazionale da parte del Dipartimento e della cardiologia italiana.

Come puoi aiutarci

• *Per sostenere il nostro progetto:*

"FORMAZIONE SUL CAMPO"

usa il modulo di conto corrente allegato a "*La voce del cuore*" oppure visita il nostro sito dove potrai scegliere altre modalità utili per la donazione.

• *Se ricevi La voce del cuore su carta:*

manda il tuo indirizzo mail a info@degasperis.it e ti invieremo il giornale per posta elettronica.

Tu fai un gesto per l'ambiente e noi devolviamo quanto risparmiato al prossimo progetto a favore del De Gasperis Cardio Center.



Sostieni la Fondazione
Visita il sito www.degasperis.it

DONA IL TUO 5 X 1000 ALLA FONDAZIONE A. DE GASPERIS

PER SOSTENERE LA RICERCA,
LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE MALATTIE DEL CUORE



Fonte ISTAT, ultimi dati disponibili



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA **A. DE GASPERIS**

Niguarda Ca' Granda

CODICE FISCALE:

09536810154

ALLA VOCE VOLONTARIATO