



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA A. DE GASPERIS
Niguarda Ca' Granda

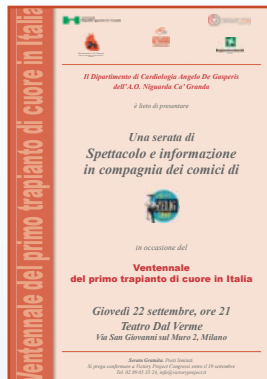
La voce del cuore

Anno 10 - N. 3
Novembre 2005

Al Cuore non si Domanda

Una testimonianza di Enrico Bertolino

Introduzione di Ettore Vitali - Direttore del Dipartimento A. De Gasperis



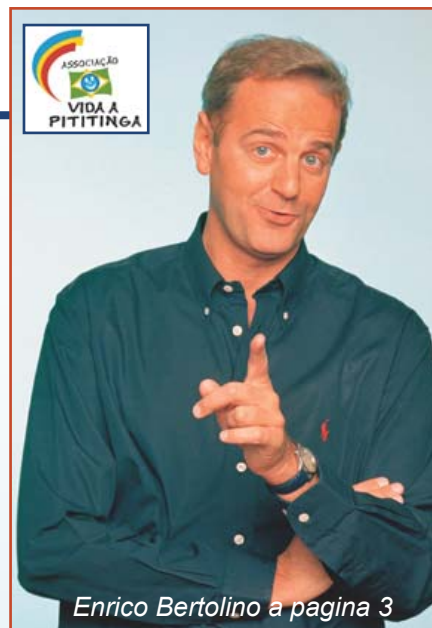
Il **22 Settembre** il Dipartimento Angelo De Gasperis ha organizzato, in occasione del **Ventennale del Primo Trapianto di Cuore** in Italia, una serata di spettacolo ed informazione in compagnia di **Enrico Bertolino** e dei comici di **Zelig**.

Una serata di grande successo, che ha permesso di comunicare sorridendo le tematiche del **trapianto** e della **donazione** che tutti noi conosciamo bene, ma solo come sofferenza e speranza. Il messaggio che ne è derivato ha raggiunto tutti i modo semplice e sicuramente la cultura della donazione ha oggi una diffusione maggiore. Il merito di tutto questo va agli artisti che hanno partecipato **volontariamente** e **gratuitamente** alla serata. Devo quindi ringraziare

pubblicamente tutti, non solo per la loro prestazione professionale, ma anche per la positività che mi hanno trasmesso con il loro coinvolgimento emotivo e la loro generosità. Tutto ciò non è affatto scontato. Credo personalmente di avere scoperto dei nuovi amici per tutti noi che ci occupiamo quotidianamente di fare la guerra alle malattie, per cercare di dare salute. Un pensiero particolare va ad **Enrico Bertolino** che ha scritto un articolo per la nostra newsletter. Uomo **"vero"**, oltre che comunicatore eccezionale e grande professionista, Enrico è particolarmente attento a realtà lontane dalla luce dei riflettori; ha fondato una onlus che si occupa di alcune realtà difficili in Brasile.

Conoscendovi, non mi vergogno di chiedervi, oltre a quanto già fate per il De Gasperis, di sostenere anche, per quanto potrete, ciò che lui e la sua compagna Edna, hanno fortemente voluto e creato. Sono certo della vostra generosità.

Grazie!



Enrico Bertolino a pagina 3

La Risonanza Magnetica Cardiovascolare è arrivata al Dipartimento Cardiologico A. De Gasperis

E' arrivata la **Risonanza Magnetica Cardiovascolare!** Si chiama **AVANTO** e sarà la protagonista di molti importanti progetti che vedranno coinvolti la **Fondazione De Gasperis**, il **Dipartimento Cardiologico**, l'**Azienda Ospedaliera** e tutti coloro che si schiereranno dalla parte della ricerca scientifica.

Anche i lavori nel nuovo reparto procedono rapidamente e vi terremo aggiornati sullo stato di avanzamento di questo nostro importante progetto. Il Dipartimento De Gasperis, sarà il **Primo Dipartimento Cardiologico in Italia** ad avere ad uso esclusivo questo **"gioiello della nuova tecnologia"** e noi siamo fieri di essere riusciti a poter portare a Niguarda questa grande innovazione.

Benito Benedini
Presidente Fondazione A. De Gasperis





MIRACOLO A MILANO Fermato il cuore per salvare una vita

La piccola protagonista si chiama **Lucia Marongiu**: è una bella bambina di quattro anni dagli occhi scurissimi come i suoi capelli, che incorniciano un visino pallido dai lineamenti fini. Sono nata a Genova nel Luglio del 1955 da genitori provenienti dalla Sardegna. Essi si stabilirono in un paesino dell'entroterra. Ero molto vispa e precoce ma mi ammalavo in continuazione. Mia madre era preoccupata e dopo una brutta broncopolmonite decise di farmi visitare da una pediatra dell'ospedale Gaslini. Fui immediatamente ricoverata e dai primi accertamenti fu evidente che il mio cuoricino non funzionava a dovere. Da quel momento in poi non avrei più camminato da sola né tanto meno corso, venivo portata sempre in braccio. La pediatra consigliò a mio padre di fare subito un altro figlio e così mia madre rimase incinta. Io ero felice, mi sarebbe nata una sorellina, non sospettavo certo che forse mi avrebbe sostituita. Dovevo essere operata al più presto ma l'ospedale genovese allora non possedeva né le strutture e neppure un cardiocirurgo in grado di operarmi. I medici consigliarono a mio padre l'ospedale Niguarda dove lavorava il **Prof. De Gasperis**. Era l'ultima speranza, altri medici di diverse città avevano rifiutato. In effetti pesavo dodici chilogrammi e nessuno aveva mai osato operare la patologia di cui soffrivo. Pensate all'angoscia dei miei genitori. Fui portata a Milano dal **Prof. De Gasperis**. Ricordo che in quell'occasione ero stata monella, gli avevo messo a soqquadro lo



studio, avevo toccato tutto, parlato a più non posso e lui per riuscire a parlare con i miei genitori mi diede carta e penna (la sua) perché rimanessi buona a disegnare. Spigò a mio padre e a mia madre che il mio cuoricino aveva un grosso buco. Non avrei potuto crescere, le mie prospettive di vita erano ridotte a pochi anni, forse anche meno. Fu molto chiaro, l'operazione a cuore aperto era molto rischiosa. Dovevano essere pronti anche al peggio. Poi mi prese in braccio e mi disse: "Tu mi sei troppo simpatica, vedrai, noi due ce la faremo". I miei genitori accettarono i rischi e mio padre firmò la liberatoria per l'intervento. E poi arrivò il gran giorno. Era il 27 ottobre 1959. Mi tagliarono le mie bellissime trecchine, mi fasciarono la testa e mi addormentarono tra le braccia di mio padre.

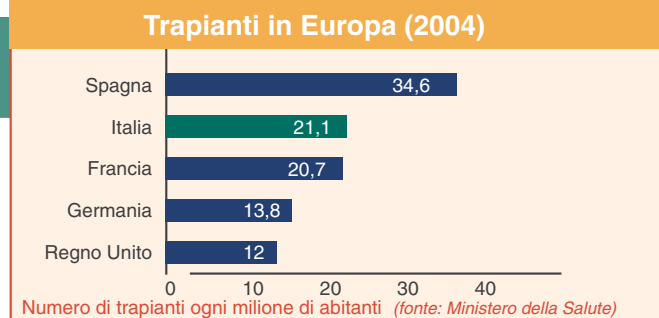
L'intervento durò dieci ore, ventiquattro persone si alternarono in sala operatoria per donarmi il sangue direttamente. Il **Prof. De Gasperis** cucì il mio cuore. Quando uscì dalla sala abbracciò mio padre. Lo stesso giorno mia madre a Genova dava alla luce mia sorella Rita. Ma i problemi non erano finiti. All'indomani il Prof. convocò mio papà e gli disse che durante l'operazione aveva trovato un'altra malformazione. Passò qualche mese e il Professore decise che ero pronta per il secondo intervento. Il giorno della Befana del 1960. **27 Luglio 2005: oggi è il giorno del mio compleanno. Compio 50 anni! Grazie professore!!!**

NOTIZIE IN BREVE TRAPIANTI IN AUMENTO

di Patrizia Valentina Arcuri

L'Italia si colloca al terzo posto, dopo Stati Uniti e Spagna, per numero di trapianti eseguiti. Riferisce il Ministero della Salute che il dato di fine 2004 risulta essere molto positivo, un grande passo avanti se pensiamo che dieci anni fa il nostro Paese era, invece, tra gli ultimi posti. Va sottolineato, però, che anche le liste di attesa si sono allungate e a fine 2004 sono stati censiti:

- circa **6.500** pazienti in attesa di un rene (tradotto significa tempi medi di attesa superiori ai tre anni);
- circa **1.500** per il fegato (un anno e mezzo di attesa);
- circa **630** per il cuore (oltre due anni di attesa).



Nel corso del 2004 sono stati eseguiti complessivamente **3.216 trapianti** con un incremento del 16,7%, pari ad un numero di donatori superiore a 30/milione di abitanti. **A Niguarda**, da vent'anni a oggi sono stati effettuati **751** trapianti e nel 2005 sono stati effettuati **26** trapianti.

Ventennale del Trapianto di Cuore pag 1
 La Risonanza Magnetica Cardiovascolare pag 1
 Miracolo a Milano pag 2
 Trapianti in aumento pag 2
 Al Cuor non si Domanda pag 3
 Associazione Vida a Pititinga pag 4

Prevenzione Accidenti e Incidenti pag 5
 Cooperazioni Internazionali pag 6
 Prevenire è meglio che curare pag 6
 Salute e forma fisica pag 7
 L'influenza si cura anche a tavola..... pag 8



TESTIMONIAL “Al Cuor non si Domanda”

- segue da pag 1 -

Ci sono vari modi per pensare al proprio **Cuore**; prima dei 40 anni lo si considera come ricettacolo per i sentimenti e le delusioni amorose, dai 40 in su ci si accorge che è soprattutto una meravigliosa pompa idraulica che, se funziona a dovere, ci garantisce il prosieguo per tutto il resto. Personalmente mi reputo molto fortunato dato che a tutt'oggi, se si fa eccezione per qualche Extrasistola da stress quotidiano, il mio cuore si è presentato sempre in forma alle revisioni ed ai tagliandi, che più si va avanti e più assomigliano al Bollino Blu che si fa alle vecchie auto. Ovvero si va sperando di non essere rottamati, o che si trovi il problema prima che ciò accada senza preavviso. Alla serata del **22 Settembre 2005**, la celebrazione dei **20 anni dal Primo Trapianto di Cuore** eseguito dall'Equipe del **Prof Pellegrini**, sono andato un po' perché me lo ha chiesto una cara amica ed anche perché, nonostante i 40 li abbia superati da un pezzo, ho lasciato ancora un ventricolo aperto nel cuore per i sentimenti e per le emozioni e debbo dire che la serata me ne ha date tante.

La prima è stata quella di poter parlare con delle persone che svolgono un lavoro, come tante direte voi, si ma con una sola differenza che il loro lavoro fa **rivivere delle persone**, permette alla speranza di un malato di non spegnersi mai, aiuta la gente a non mollare mai, insomma fa quello che un tifoso dell'Inter come me sta facendo da 14 anni: **Permette alla speranza di superare la rassegnazione**. Un'altra emozione forte è stata quella di poter parlare con delle persone che il trapianto lo hanno già fatto anni fa, per cui hanno superato il primo stadio ed hanno affrontato la parte secondo me più complicata; tornare a vivere normalmente. Quello che mi ha colpito nell'intervistarli è la loro incredulità, ancora oggi a distanza di anni, circa l'accaduto, ovvero sanno perfettamente cosa è successo, ma ancora oggi non si spiegano come sia stato possibile superarlo. Ho visto sui loro volti alla mia domanda **“Ma come è stato possibile superare la malattia?”** lo stesso stupore del saltatore con l'asta quando, dopo il salto, si rialza incredulo dal tappeto e vede che l'asticella trema ancora, è rimasta la... non è caduta. Anche io nel mio piccolo ho fatto uno sforzo, dato che, essendo un po' ipocondriaco, ad ogni racconto di sintomi, problemi ed operazioni, iniziavo a sentirmeli addosso, e mi sono tranquillizzato solo pensando che, con tutto il personale medico e paramedico presente nel **Teatro Dal Verme**, in caso di malore sarei stato accudito meglio che in qualsiasi Ospedale anche meglio dei medici in prima linea di ER.

Un'altra cosa che mi ha notevolmente impressionato è stata la meticolosità con cui i miei colleghi, cioè i **comici di Zelig** e non, che conosco ormai da anni, si sono preparati per la serata. **Ale e Franz**, una coppia di successo con un repertorio vastissimo e collaudato e con anni di serate alle spalle, erano lì dal pomeriggio a provare e riprovare tempi ingressi e battute, e così tutti gli altri.

Io che frequento serate da un bel po' posso garantire che non succede tanto spesso, soprattutto nelle serate dove non c'è Cachet, se non quello per il mal di testa, e dove non ci sono le telecamere della TV a riprendere l'evento.

Insomma è stata una bella serata e, quando il **Dr. Vitali** mi ha donato il portafortuna a forma di cuore, essendo anche io molto superstizioso non mi sono dato una toccatina solo per rispetto,

ma nello stesso tempo mi sono ripromesso di continuare ad usare il cuore anche in un terzo modo. Come stimolatore non solo di battiti ma di motivazioni, e quella che è adesso la più importante, la prioritaria è la **Onlus Vida a Pititinga**, laggiù nel Nord Est del Brasile, dove ho deciso di esportare speranza e motivazione, che forse non è così considerata come la democrazia che gli USA cercano, un po' a modo loro di esportare in Iraq, ma che è altrettanto importante nella vita delle persone, a qualsiasi latitudine esse si trovino.



Pititinga è un borgo di pescatori a 70 km da Natal, la capitale del Rio Grande del Nord, una delle regioni più decentrate e povere del Brasile. In un'area di circa 20 km quadrati vivono, si fa per dire, circa 2500 persone, di cui quasi 1.100 bambini tra gli 0 ed i 15 anni. Si sa che la Tv lì non arriva dappertutto per cui ci si ingegna a passare la serata in altri modi, che non possono essere leggere un libro visto che la maggioranza degli adulti a malapena sa fare la sua firma. Nell'Ottobre 2004, dopo tre anni di vacanze spensierate in loco osservando la vita degli abitanti ho notato che la situazione a **Pititinga** non era poi così grave dal punto di vista della sopravvivenza, in quanto la natura in Brasile, anche nelle regioni più povere, un pesce un cocco o una banana non le nega a nessuno; ma era gravissima sotto un altro punto di vista, la mancanza di speranza e di conseguente felicità nei volti dei bambini e ragazzi. Se è vero che la speranza è il nutrimento dell'anima, possiamo parlare di denutrimo morale, che spesso porta ad un'inedia dello spirito ed ad una vecchiaia precoce del cervello; altro strumento che, con il cuore, ci mantiene vivi, ma che soprattutto va tenuto vivo da noi per non trovarselo atrofizzato alla prima caduta dei Neuroni (più o meno concomitante a quella dei capelli). Così abbiamo intrapreso una strada nuova, si è fondata la **Onlus**, con sede in **Italia** ed in **Brasile**, si sono coinvolte le persone in loco in base al principio che la solidarietà non è la sola beneficenza. Ovvero si cerca di procurare le canne da pesca per chi vive lì, invece di rifornirli di pesce e basta. Il lavoro è duro, ma lo stiamo facendo tutti con il cuore e nessuno si chiede perché, nemmeno quando gli stessi locali ci guardano con sospetto, perché stiamo realizzando in meno di un anno ciò che i politici

locali (in questo molto simili ai nostri) promettono da anni prima di ogni elezione e poi regolarmente dimenticano una volta eletti. Un **Asilo nido**, un **pulmino** per portare i bambini a scuola ed in gita, una **scuola di calcio** (ovviamente dell'Inter ci mancherebbe, ma accettiamo anche tifosi del Flamengo e con qualche difficoltà del Botafogo per via della maglietta rossonera), una sede per fondare una **scuola di sartoria ed artigianato** che offra alle ragazze un'alternativa alla prostituzione o ad una vita che passi tra una gravidanza e l'altra. Insomma creare le premesse per costruire una comunità che non debba chiedere aiuto a nessuno, che possa vivere dignitosamente senza dipendere dalla carità per sempre, e che possa realizzare il sogno di ciascuno di noi.



La libertà di scegliersi la propria vita, e di potersela vivere senza dover dipendere da nessuno. Io non ce l'ho ancora fatta, ma ogni volta che incontro persone come il **Prof. Pellegrini**, come **Vitali**, come **Gino Strada di Emergency** e come tutti coloro che hanno dato il loro contributo alla serata del 22, penso che la direzione sia quella giusta e che nel cuore il ventricolo del sentimento e della partecipazione vada lasciato aperto a tempo indeterminato.

Concludendo a tutti voi un grazie di Cuore e a chi volesse contribuire per l'Associazione un grazie ancor più forte, ma nessuna richiesta né bollettino allegato per **Vida a Pititinga**, dato che **al Cuor non si Domanda**.

Enrico Bertolino

(www.enricobertolino.com - www.pititinga.org)



ASSOCIAZIONE VIDA A PITITINGA ONLUS

Finché c'è VIDA c'è Speranza progetto di solidarietà per bambini e famiglie della comunità di Pititinga, Nordest del Brasile.

L'iniziativa è a favore della associazione Vida a Pititinga una piccola comunità di pescatori a 55 km da Natal, capitale del Rio Grande del Nord, dove esiste un campo di calcio con una porta sola perché l'altra porta è il mare, qualche casa, alcune capanne e una piccola chiesetta. Nient'altro.

I bambini non hanno una scuola dove studiare, quella più vicina si trova a 6 Km di distanza.

Non esiste un centro assistenziale né un centro sociale né mezzi di trasporto con cui provvedere perlomeno alle emergenze.

Là vivono di quanto pescano e di quanto offre la natura, tutto ciò che hanno e che a loro basta.

L'Associazione Vida a Pititinga si autofinanzia e svolge attività filantropiche e di beneficenza senza finalità di lucro.

Nasce il 14 ottobre 2004 con lo scopo di dare Vita, speranza e solidarietà alle famiglie carenti; sostegno, sviluppo e promozione di opere sociali, sanitarie, ambientale; promuovere attività educative e culturale difendendo il diritto umano.

L'Associazione Vida si attiene alle disposizioni legali, incluse nelle norme specifiche dello statuto e per l'operatività amministrativa, legale ed organizzativa fa riferimento alla sede legale in Rua do Morro s/n Praia di Pititinga municipio do Rio do Fogo dove risiede anche il foro giuridico di competenza.

Pititinga è una comunità di 1.200 persone e gran parte di bambini, facili prede di umiliazioni e abusi da parte di organizzazioni dedite allo sfruttamento e al turismo sessuale. Vida a Pititinga è stata creata da pochi mesi, proprio per affrontare la realtà specifica descritta.

Non ha la pretesa di intraprendere grandi progetti ma si basa sul concetto dei piccoli interventi concreti e su quello di "amare il prossimo come se stessi".

I principali obiettivi

- 1) Costruire la sede dell' Associazione Vida con allestimento di una biblioteca, corsi di informatica, ricerca e realizzazione di corsi professionali. Preparare i giovani per un futuro nel quale possano essere competitivi, aprendo loro le porte a nuove opportunità di crescita ed apprendimento.
- 2) Acquistare un mezzo di trasporto per i bambini, per consentire loro ad andare e tornare da scuola.
- 3) Coinvolgere la popolazione femminile in attività artigianali e sartoriali con corsi professionali.
- 4) Costruire un centro sociale e sportivo con attività ricreativa, educativa, per la promozione e lo sviluppo dello sport attraverso la formazione di gruppi, squadre di calcio, basket, atletica e ginnastica per coinvolgere i giovani, tenendoli lontani della strada.
- 5) Costruire un centro di assistenza medico e odontologico, in grado di offrire alla comunità di Pititinga i primi soccorsi e le prime cure in caso di necessità.



ASSOCIAZIONE
VIDA A PITITINGA ONLUS

Viale Premuda, 12
20129 Milano

Banco do Brasil Ag.Milano

ABI 03465 CAB 1600 c/c 1000007208

CIN IT 32S03465000001600001000007208



PREVENZIONE ACCIDENTI E INCIDENTI

Dopo il caffè, tocca all'**automobile**. La scaletta degli argomenti più frequentemente oggetto di domande da parte dei pazienti ricoverati al De Gasperis prosegue con un altro dei "piaceri" dell'italiano medio: dopo la dimissione, quando potrò ricominciare a guidare l'automobile?

Tralasciando la condizione di chi li utilizza per lavoro (materia, questa, oggetto di complesse valutazioni medico-legali), colpisce l'assenza di specifiche disposizioni di legge concernenti il rapporto tra conduzione di veicoli a motore e malattie cardiache nel cosiddetto "guidatore ordinario".

È ovvio, infatti, che qualsiasi patologia in grado di esporre un individuo al rischio di un improvviso "**black-out**" delle funzioni cerebrali costituisce di per se un pericolo per la sicurezza stradale. In assoluto, tra le patologie spontanee (cioè non legate all'abuso di alcol o di sostanze chimiche) le **crisi epilettiche** rappresentano il più temibile nemico del guidatore; anche le **malattie cardiache** rientrano, tuttavia, nel novero delle condizioni potenzialmente pericolose: se non tout-court, almeno in alcune fasi della loro storia naturale, durante le quali la probabilità di complicazioni improvvise è maggiore.

Non è possibile stimare con certezza la percentuale di incidenti stradali imputabili ad un evento cardiaco acuto ma, essendo elevata la prevalenza di malattie cardiovascolari nella popolazione adulta e cospicuo il tempo trascorso al volante dal "guidatore ordinario" (circa 250 ore, mediamente, in 1 anno), appare chiara la dimensione del problema.

Una **aritmia** è più spesso il determinante ultimo del "black-out" e la sua origine è solitamente ischemica. Altre, meno frequenti, possibili cause di natura cardiovascolare includono la presenza di un aneurisma aortico e gli incidenti cardio-cerebro-vascolari (per esempio, l'ictus).

Esiste una ormai ampia letteratura scientifica dedicata a questo tema ed anche la **Società Europea di Cardiologia** (così come altre nel mondo) ha stilato un documento che riassume lo stato attuale delle conoscenze in merito alla conduzione di veicoli a motore da parte di individui cardiopatici.

Una considerazione di fondo è che un certo numero (sia pur piccolo) di eventi cardiaci al volante si verifica in persone fino a quel momento asintomatiche e prive di una "storia cardiologica": da ciò deriva che non è possibile prevenire la totalità degli incidenti stradali "**cardio-indotti**".

In generale, sappiamo che esistono potenti predittori del rischio di andare incontro ad uno di tali eventi: l'insufficienza cardiaca ed una ridotta attività contrattile del cuore (FE inferiore al 40%), precedenti episodi di aritmie minacciose, una malattia coronarica in fase di instabilità, la scarsa capacità di esercizio ad un test da sforzo (completare 9 minuti di esercizio al tappeto rotante senza che compaiano sintomi, aritmie o modificazioni elettrocardiografiche indicative di ischemia miocardica è, infatti, un fattore prognostico favorevole, sia per quanto riguarda complessivamente la sopravvivenza, sia per lo specifico argomento di cui stiamo parlando).

Un'ultima considerazione. Stando alle statistiche, i paesi europei più sicuri dal punto di vista stradale sono **Gran Bretagna, Norvegia e Svezia**; l'**Italia** si colloca a centro classifica; chiudono la lista Grecia (chiunque sia

In sintesi, è oggi accettato che il "guidatore ordinario" cardiopatico si metta al volante:

- 4 settimane dopo un episodio di sindrome coronarica acuta (infarto o angina instabile) o dopo un intervento di bypass aortocoronarico;
- 1 settimana dopo una angioplastica coronarica programmata;
- possibilmente dopo un test ergometrico che escluda la presenza di ischemia miocardica inducibile secondo i criteri precedentemente riportati, in caso di ostruzioni coronariche note e non trattate;
- 1 settimana dopo l'impianto di un pace-maker o una procedura di ablazione transcatetere;
- 6 mesi dopo l'ultimo episodio di tachicardia (o fibrillazione) ventricolare che ha motivato l'impianto di un defibrillatore (ICD), se nel frattempo non si sono verificate recidive di aritmia e se l'eventuale intervento dell'ICD, cioè la scarica elettrica che interrompe l'aritmia minacciosa, non ha determinato movimenti incontrollabili o sincope (sono invece richieste solo 4 settimane di attesa se si è trattato dell'impianto profilattico di un ICD in un paziente che non ha ancora avuto aritmie gravi ma mostra un elevato profilo di rischio specifico);
- 6 mesi dopo l'ultimo episodio di aritmia ventricolare minacciosa non dovuta ad una causa reversibile oppure dopo l'intervento di un ICD che sia risultato invalidante;
- In generale, non prima che sia stata identificata e corretta la causa di episodi sincopali;
- 6 settimane dopo un intervento cardiocirurgico di sostituzione o riparazione valvolare;
- 6 settimane dopo la dimissione nei pazienti sottoposti a trapianto cardiaco, se non sono presenti sintomi a riposo o indotti dallo "stress" della guida;
- non sono previste restrizioni, in linea di massima, per i casi di angina stabile, fibrillazione atriale permanente (purché il paziente sia efficacemente scoagulato), insufficienza cardiaca cronica controllata dalla terapia, cardiomiopia ipertrofica asintomatica, fatta eccezione per il caso che l'attività generi eccessiva tensione emotiva;
- Non è consentita la guida ai portatori di disturbi maggiori della conduzione intracardiaca dell'impulso elettrico (blocchi atrioventricolari distali, alternanza di blocchi di branca sinistra e destra) ed ai portatori di "cuore artificiale".

stato a bordo di un taxi in quel pur meraviglioso Paese ne conserva intatto il ricordo...) e Portogallo, buon ultimo. Che siate cardiopatici o no, quindi, quest'estate scegliete bene la vostra meta e... occhio agli incroci!



COOPERAZIONI INTERNAZIONALI

Il sodalizio tra il **Centro Cardiologico "A. De Gasperis"**, da me allora rappresentato e la **Cardiologia Bulgara** che faceva riferimento al **Prof. Grigorov di Sofia**, prende inizio nei primi anni '90.

Fino al 2004 questo rapporto collaborativo ha prodotto **7 Congressi Internazionali di Cardiologia** svolti essenzialmente a Sofia ma anche nelle città di Plovdiv e Varna. Nell'ottobre 2000 è stata costituita la **Società Italo-Bulgara di Cardiologia** con l'intento di intensificare, promuovere e creare occasioni per scambi culturali, didattici, scientifici sempre in tema di Cardiologia. Nello stesso periodo è stato firmato dall'Assessore alla Sanità Lombarda Carlo Borsani e dal Direttore per la Politica Sanitaria Bulgara Dr. Saiko Assenov Koulaksazov, un **"protocollo d'intenti"** che, praticamente confermava gli scopi per cui si era costituita la Società Italo-Bulgara di Cardiologia.

Sulla base di queste premesse e, soprattutto, facendo riferimento ai punti del protocollo d'intenti, all'inizio di questo anno, per iniziativa dell'Assessore alla Sanità Lombarda, Borsani, del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda, Dr. Cannatelli e del sottoscritto, in perfetta intesa e concordanza col Prof. Grigorov e col Dr. Rumen per la parte bulgara, veniva deciso di formalizzare la collaborazione culturale, scientifica, didattica e formativa in campo cardiologico tra il Dipartimento Cardiologico A. De Gasperis ed il Secondo Ospedale Cittadino di Sofia unitamente alla Università di Plovdiv. Questa iniziativa si sostanziava successivamente in un **protocollo di "Cooperazione e Gemellaggio"** tra le suddette Istituzioni. Nella seconda settimana di ottobre (2005) una commissione italiana composta dal Direttore Dr. Cannatelli, dal Dr. Nicora della direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda, dal Dr. Ettore Vitali Direttore del Dipartimento A. De Gasperis, dal Dr. Tersalvi dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia e dal sottoscritto come coordinatore scientifico, si è recata a Sofia per incontrare i Colleghi Bulgari, precisare i termini del protocollo di

Cooperazione e Gemellaggio e quindi passarne alla firma. In un clima di gentilezza e garbo e di reciproca cordialità sono state discusse e precisate le varie tematiche riguardanti la futura collaborazione tra le nostre Istituzioni, Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda-Secondo Ospedale Cittadino di Sofia e Università di Plovdiv. È stato fissato un calendario operativo per lo svolgimento del programma concordato. Il primo atto dovrebbe concretizzarsi con la venuta in Italia, entro la prossima primavera, di circa **20 medici bulgari**



ospitati dall'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda, per uno stage di più giorni. Nel corso dei quali visiteranno alcune strutture dell'ospedale, con particolare riguardo a quelle Cardiologiche, e saranno intrattenuti con lezioni e conferenze su temi di Cardiologia e Cardiochirurgia. Nel prosieguo dello svolgimento del Programma sono previsti incontri, corsi, simposi su argomenti di cardiologia o cardiocirurgia da svolgere in Bulgaria in collaborazione tra i medici di entrambe le Istituzioni. È anche previsto che professionisti italiani, specificatamente cardiocirurghi o emodinamisti, su richiesta delle Istituzioni bulgare, possono recarsi presso gli Ospedali che hanno accettato il Protocollo per operare o aiutare i Colleghi a perfezionare tecniche interventive o interventistiche. Le premesse ci sono tutte perché questa collaborazione dia i migliori risultati non soltanto per lo sviluppo della Cardiologia, ma anche per rafforzare i rapporti di stima ed amicizia tra persone di diverse culture e provenienza.



PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE!

Online due opuscoli sull'influenza aviaria e stagionale

Il **Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)** del Ministero della Salute ha realizzato due opuscoli sull'influenza aviaria e stagionale allo scopo di fornire informazioni pratiche: **"L'influenza aviaria, istruzioni per l'uso"** e **"Preveniamo l'influenza"**. Le due mini-guide sono state stampate in 360 mila copie e saranno distribuite gratuitamente negli ambulatori di medicina generale e nelle farmacie. "L'influenza aviaria, istruzioni per l'uso" è un breve opuscolo che, senza volersi affatto sostituirsi al Medico di Famiglia, che è pur sempre il punto di riferimento principale, ha

lo scopo di fornire a tutti i cittadini alcune essenziali informazioni pratiche per evitare di farsi trovare impreparati di fronte ad una eventuale emergenza. "Preveniamo l'influenza" si presenta, invece, come una preziosa guida per affrontare efficacemente le sindromi da virus A e B, ottimamente articolata in una serie organica di capitoli e paragrafi. Inizia a spiegare cos'è l'influenza, come arriva, come si manifesta; la prevenzione, il vaccino, chi deve vaccinarsi, quando; le cure ed infine il fai da te con i rimedi della nonna.

Sito Web: http://governo.it/governoinforma/dossier/influenza_opuscoli/index.html



SALUTE & FORMA FISICA

Secondo l'ultima indagine Istat, gli **obesi** sono aumentati del **25%**; sono soprattutto uomini del Sud Italia (dove vive il 46% della popolazione obesa). Inoltre, sempre secondo i dati Istat, il 35% dei bambini di tutta Italia è in sovrappeso mentre il 10% è obeso. L'obesità è considerata uno dei più importanti fattori di rischio per malattie come diabete e iperglicemia.

Da un recente studio italiano che ha valutato la qualità della vita del paziente obeso, l'epidemiologia della sindrome metabolica negli obesi e i motivi che spingono i pazienti ad abbandonare la dieta, E' emerso che l'obesità interessa il dieci per cento della popolazione: soprattutto sopra i 40 anni, sposati e, a differenza dei dati Istat, sembra che la malattia interessi prevalentemente le donne.

Per il 60% mangiare è una droga e meno del 15% fa sport con regolarità. Oltre ai chili in più il 56% russa durante il sonno, accusa sonnolenza diurna e spesso, soprattutto tra le donne, soffre di problemi psicologici; il 53% dei pazienti soffre di ipertensione, diabete, colesterolo e trigliceridi alti.

L'insieme di queste alterazioni, **definito sindrome metabolica**, è considerato uno dei più importanti fattori di rischio per cuore e arterie ed è anche la patologia cronico-degenerativa più costosa dei paesi occidentali. Secondo lo studio la sindrome metabolica colpisce oltre il 20% della popolazione e più del 60% degli ultrasessantenni, copre il 20% della spesa sanitaria e aumenta di circa il doppio la probabilità di avere un incidente cardiovascolare.

Per distinguere le persone in sovrappeso da quelle obese la medicina basata sulle prove (Clinical Evidence Based Medicines) definisce l'obesità in base all'indice di massa corporea. Sono in sovrappeso quelle con indice di massa corporea tra 25 e 30. Sono obese quelle sopra i 30.

La relazione tra peso corporeo e mortalità ha un andamento a U: è maggiore negli adulti sottopeso cioè con indice di massa corporea inferiore a 18,5 e in quelli con obesità grave (**indice di massa corporea** superiore a 35).

Lo studio del Centre for disease and control (Flegal 2005) pubblicato ad aprile su JAMA dimostra che il maggior rischio per la vita lo corre chi è **sottopeso** o chi è obeso con indice di massa corporea superiore a 35, non corrono pericolo invece le persone **sovrappeso** e anche quelle **obese** ma con indice di massa corporea compreso tra 30 e 35.



Gli obesi, quindi, non sono tutti uguali: bisogna valutare attentamente ogni singolo profilo per poter calcolare il reale rischio.

E' richiesta precisione anche per definire le persone con la sindrome metabolica. In base alle nuove linee guida dell'American Heart Association si parla di sindrome metabolica quando sono presenti almeno tre dei seguenti fattori di rischio: circonferenza addominale superiore a 88 cm nelle donne e 102 cm negli uomini, trigliceridi alti, colesterolo HDL ridotto, pressione arteriosa alta (sistolica sopra i 130 mmHg e diastolica sopra gli 85 mmHg) glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl. L'obesità quindi predispone alla sindrome ma le persone più a rischio sono quelle con **molto grasso** distribuito sull'**addome** e per emettere una diagnosi è necessario considerare la misura della circonferenza addominale oltre agli altri fattori di rischio.

L'Associazione americana per il diabete e l'Associazione europea per gli studi sul diabete hanno messo in dubbio l'esistenza di questa sindrome, molto studiata dall'industria farmaceutica. In un articolo pubblicato su Diabetes Care and Diabetologia affermano che la sindrome metabolica ha una definizione poco accurata, incoerente e necessita di ulteriori studi per capire come potrebbe essere affrontata. Si invitano i medici a non diagnosticare e curare la sindrome metabolica come se fosse una unica malattia con un'unica soluzione. La sindrome metabolica, fino a che non saranno disponibili dati precisi, è semplicemente un nome dato all'insieme di più fattori di rischio per cuore e vasi: non c'è nessun vantaggio clinico ad affrontarli come se fossero una unica entità anziché singolarmente, ciascuno con una specifica soluzione (riduzione di peso tramite dieta e attività fisica, abbandono del fumo).



Calcolo dell'IMC

L'IMC mette in rapporto il peso corporeo con l'altezza: Peso corporeo espresso in chilogrammi diviso altezza in metri al quadrato.

Esempio: persona di 70 kg alta 160 cm ha un IMB uguale a: $70 : (1,6 \times 1,6) = 27,34$



Alimentazione L'INFLUENZA SI CURA ANCHE A TAVOLA

L'influenzato non deve digiunare perché, debilitato dal virus, ha bisogno di energie per riprendersi bene. E' buona norma assumere **4-5 pasti al giorno**, scegliendo cibi leggeri e digeribili (riso o pasta in bianco, pesce, verdure cotte). E' necessario bere tanto (succhi di frutta, spremute, tè), specie in caso di nausea e vomito, per evitare la disidratazione.

Ma vediamo in dettaglio quali sono le sostanze che non devono mancare e dove attingerle.

La **Vitamina C**, rafforza le difese naturali dell'organismo. Sono molto indicati alimenti come gli agrumi, i kiwi, le albicocche, il melone, le fragole, e le carote.

Lo **Zinco** è un minerale molto importante per il buon funzionamento del sistema immunitario, favorisce la formazione di anticorpi. Alimenti che lo contengono sono: germe di grano, carne, cereali integrali, pesci di mare, molluschi.

La **Vitamina A** Stimola il sistema immunitario e la resistenza

dell'apparato respiratorio. La troviamo nel latte, nelle uova, nel burro, nell'olio di fegato di merluzzo, nelle carote, negli spinaci, nei pomodori.

Le **Vitamine del gruppo B** favoriscono la formazione degli anticorpi. Le troviamo nel fegato, lievito di birra, cereali integrali e latticini.

Il **Ferro** è indispensabile per la formazione dell'emoglobina, che trasporta l'ossigeno nelle cellule. Potenzia la risposta immunitaria soprattutto negli anziani.

Verza, broccolo, cavolfiore, rafano, senape, ravanella, rapa, rucola favoriscono l'escrezione del muco, riducendo la permanenza del virus all'interno dell'apparato respiratorio.

Il peperoncino facilita la respirazione, in quanto aiuta il movimento delle cellule cigliate dei polmoni che servono ad espellere gli agenti irritanti. Il peperoncino contiene capsaicina, che ha un potere espettorante.



*Ringraziamo veramente di cuore
tutti coloro che ci hanno sostenuto quest'anno.*

*Grazie anche al loro aiuto abbiamo intrapreso un percorso importante
di progetti ed iniziative che ci accompagnerà anche nel nuovo anno!*

A tutti un caro augurio per le prossime festività.

La Fondazione A. De Gasperis ed il Dipartimento di Cardiologia A. De Gasperis

Se vuoi partecipare...

quote annuali

Simpatizzante	da Euro	25,00
Ordinario	da Euro	50,00
Promotore	da Euro	100,00
Benemerito	da Euro	150,00
Quota libera	

come contribuire:

Versamento Postale: C/C postale n° 36580207
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Assegno Bancario: N.T. intestato alla Fondazione
Centro di Cardiologia e Cardiochirurgia Angelo De Gasperis

Bonifico Bancario: C/C n°6250120274/16 - Banca
Intesa Fil. 4226 Viale Cà Granda, 2 - 20162 Milano
ABI 03069 CAB 09456

Carta di credito: telefonare ore 9 -13 o inviare un fax
al numero 02. 66109134



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA A. DE GASPERIS
Niguarda Ca' Granda

Novembre 2005

La voce del cuore

DIRETTORE RESPONSABILE Patrizia Valentina Arcuri

EDITORE Fondazione Angelo De Gasperis
Piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano – Niguarda

PRESIDENTE Benito Benedini

SEGRETARIO GENERALE Sabrina Sperotto

COSTITUITA DAL 1° DIC. '85.
RICONOSCIMENTO GIURIDICO DALLA REGIONE LOMBARDIA CON
D.P.G.R. N. 013353 DEL 29/07/2004

EDITING Direct Channel s.r.l. - Milano
PROGETTO GRAFICO E STAMPA Tipografia Vigrafica s.r.l. - Monza

Tel./Fax: 02 66109134 - 02 64444069
adgcuore@degasperis.it - http://www.degasperis.it