



Associazione per l'Assistenza e la
Ricerca in Cardiocirurgia (ONLUS)
C/o Cardiocirurgia di Parma
Via Gramsci, 14 – tel. 0521/291042
e-mail: info@aacparma.it
www.aacparma.it

Parma, aprile 2011

NOTIZIARIO N. 19 – “PIU’ SAREMO PIU’ POTREMO”

La voce dell’A.A.R.C.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE ENRICO MEZZADRI

Anche nell’anno appena trascorso è proseguito il nostro impegno nel campo della prevenzione e dell’assistenza ai cardiopatici.

Particolare significato ha assunto l’opera di prevenzione fatta durante la cosiddetta “Settimana del cuore”. Nella tenda da noi allestita a Parma, nella centralissima piazza Garibaldi, numerosi cittadini hanno potuto usufruire di un controllo all’apparato cardiovascolare, eseguito gratuitamente dai cardiologi del nostro Ospedale, sapientemente coordinati dalla D.ssa Morozzi. Il successo conseguito da questa iniziativa ci gratifica e ci invoglia ripeterla con rinnovato impegno.

Abbiamo continuato a sostenere le iniziative nell’ambito degli scambi culturali ed il perfezionamento professionale fra cardiocirurghi a livello internazionale. Su segnalazione del Prof. Beghi Cesare, nel 2010 abbiamo erogato una borsa di studio al cardiocirurgo cubano Dr. Alejandro Villar Inclan, dell’Ospedale “Hermanos Ameijeiras” dell’Avana, per consentire allo stesso la sua venuta in Italia.

Dopo la sperimentazione fatta nel 2009, visti i buoni risultati soprattutto nei cardioperati anziani, abbiamo proseguito con la fornitura di fasce elastiche che favoriscono la saldatura dello sterno dopo l’intervento chirurgico, oltre alla fornitura dell’ormai collaudato e indispensabile cuscinotto.

Come sempre, non manchiamo di esprimere un sentito grazie ai nostri volontari di corsia per la loro preziosa opera, al Consiglio Direttivo ed a tutti gli associati per il generoso contributo e per le attività svolte a favore dei cardiopatici.

RELAZIONE DEL PROF. TIZIANO GHERLI *Direttore Dipartimento Cardiopolmonare*

l’azione svolta, per fare il punto sulle iniziative intraprese nel corso dell’anno trascorso ed esprimere un caloroso saluto ed un affettuoso augurio a tutte le sue componenti.

Anche in tutto lo scorso anno l’impegno dell’Associazione a favore della Cardiocirurgia di Parma è stato all’altezza della sua tradizione e, come sempre in passato, si è dimostrato prezioso per sostenere le attività dei medici e del personale della Cardiocirurgia e di tutto il Dipartimento.

Come sempre l’impegno dell’A.A.R.C. è stato prezioso per sostenere il programma di scambi culturali internazionali e lo scorso anno ci ha permesso di rinnovare la collaborazione con un medico cubano, il Dott. Alejandro Villar Inclan, che già era stato nostro ospite nel corso del 2007.

Anche quest’anno il Notiziario darà conto delle attività dell’AARC, numerose e come sempre mirate al soddisfacimento di bisogni dei cardiopatici operati e non (fasce elastiche di contenimento toracico, deambulatori per persone con difficoltà motorie, allestimento ed organizzazione della tenda per la settimana del cuore) ed anche di coloro che si occupano dei bisogni dei cardiopatici (poltrone per la sala ristoro del comparto operatorio della Cardiocirurgia).

Non bisogna poi trascurare di raccontare in modo completo e con dovizia di particolari l’opera capillare di sostegno morale che i Volontari esercitano quotidianamente in reparto verso i nuovi ricoverati.

Come Direttore del Dipartimento del Cuore, non solo della Cardiocirurgia, desidero rivolgere un pensiero di ringraziamento a tutti coloro i quali svolgono l’opera di volontariato in corsia.

Con grande piacere rivolgo anche a nome dei miei collaboratori i più calorosi auguri per un felice 2011.

Ogni anno il notiziario dell’A.A.R.C. rappresenta l’occasione per rinnovare il contatto con l’Associazione ed i suoi Volontari, per esprimere la gratitudine per

PERCHE' PROMUOVERE I CORSI DI BASE PER I CITTADINI

L'arresto cardiaco extraospedaliero rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica nei Paesi Occidentali. In Europa l'incidenza di tale evento è di circa 1/1000 abitanti all'anno e la percentuale di sopravvivenza è circa il 4%. In Italia l'incidenza di tale evento è circa 0,3-1,3 casi/1000 abitanti all'anno, con valori di sopravvivenza che oscillano tra 3.1% quando il ritmo cardiaco iniziale del paziente è non defibrillabile e 15.4% quando il ritmo cardiaco iniziale è defibrillabile.

L'arresto cardiaco si verifica quando il cuore cessa di pompare sangue e la circolazione al cervello e al resto del corpo si blocca. Si manifesta improvvisamente e i segni caratteristici sono rappresentati dalla perdita di coscienza, dall'assenza di respiro e di segni vitali. La causa più frequente dell'Arresto Cardiaco è un'aritmia chiamata fibrillazione ventricolare durante la quale il muscolo cardiaco si contrae in modo estremamente irregolare e caotico, risultandone di fatto una assenza di motilità delle pareti cardiache. Fibrillazione ventricolare e conseguente arresto cardiaco sono nella maggioranza dei casi dovute all'infarto miocardico acuto. Tale evento si verifica quando una delle arterie coronarie che portano sangue al cuore si occlude e non è più in grado di portare nutrimento ed ossigeno in un determinato distretto cardiaco. Senza ossigeno il muscolo cardiaco inizia a soffrire (fino alla necrosi) provocando dolore ed altri sintomi. I segni di allarme dell'infarto sono spesso così tipici da essere inconfondibili. Generalmente sono rappresentati da dolore costrittivo al centro del torace che dura da vari minuti a ore, talora irradiato ad entrambe le braccia, alla schiena, al collo, alla mandibola e allo stomaco. Al dolore toracico si possono associare difficoltà di respiro, sudorazione fredda, stanchezza ingiustificata, nausea e capogiri. In alcuni casi tuttavia l'infarto miocardico si manifesta con sintomi sfumati e lieve dolore toracico o malessere e la persona colpita spesso sottovaluta i sintomi ed aspetta troppo a lungo prima di chiedere aiuto. L'infarto miocardico e l'Arresto Cardiaco che ne può conseguire, sono eventi che possono condurre a morte in pochi minuti. Ogni minuto di ritardo nel prestare soccorsi ad un paziente in arresto cardiaco determina una riduzione del 10% delle possibilità di sopravvivenza.

La probabilità di sopravvivenza è direttamente correlata alla rapidità degli interventi rianimatori. Tali interventi sono definiti "Catena della Sopravvivenza" e sono rappresentati in ordine cronologico dal riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco, dall'attivazione del sistema di emergenza (118), dalla rianimazione di base, dalla defibrillazione precoce, dalla rianimazione avanzata e, per terminare dalla postrianimazione. Il paradosso epidemiologico dell'arresto cardiaco è rappresentato dal fatto che esso si può verificare non solo in una ristretta e ben individuabile popolazione di cardiopatici, ma imprevedibilmente anche nell'ampia popolazione di soggetti con molteplici fattori di rischio. L'impossibilità di prevedere l'arresto nella maggior parte dei pazienti costituisce un serio problema sul piano della prevenzione. L'ampiezza della popolazione a rischio di attacco cardiaco, costituita prevalentemente da fumatori,

dislipidemicici, diabetici, ipertesi, e l'incompleta conoscenza dei meccanismi scatenanti l'attivazione del processo che culmina con l'occlusione coronarica non consente, a tutt'oggi, una prevenzione primaria completa ed efficace. La rapidità dell'attacco cardiaco è dipendente dalla vulnerabilità aritmica del miocardio ischemico, pur essendovi dissociazione tra durata/estensione dell'ischemia ed aritmia fatale. Nel corso di un episodio ischemico l'innescò di un'aritmia ipercinetica ventricolare è improvviso, imprevedibile, frequentemente irreversibile e letale. Nelle sindromi coronariche acute gli interventi mirati a ridurre il ritardo evitabile e quelli volti a fronteggiare la morte improvvisa rappresentano due facce della stessa medaglia.

Aumentare la percentuale di pazienti che ricevono soccorsi immediati dopo un arresto cardiaco è una delle strategie suggerite dalle linee guida internazionali per aumentare la percentuale di sopravvivenza.

Dai dati epidemiologici italiani ed internazionali è possibile rilevare che meno di 1/3 delle vittime riceve manovre di rianimazione da parte dei testimoni e ancora minore è la percentuale di pazienti che riceve manovre rianimatorie di buona qualità.

E' stato ipotizzato che l'effettiva esecuzione delle manovre rianimatorie da parte dei laici possa essere ostacolata dalla riluttanza nell'esecuzione della ventilazione bocca a bocca e dalla complessità della tecnica rianimatoria con conseguente difficoltà nel suo apprendimento e quindi anche nella sua diffusione.

Le nuove Linee Guida Internazionali, pubblicate nell'ottobre scorso, hanno semplificato le manovre di rianimazione per i laici sulla base delle evidenze scientifiche che hanno mostrato come l'utilizzo delle sole compressioni toraciche rispetto alla tecnica standard, che prevede anche le ventilazioni, si associa ad una percentuale di sopravvivenza non significativamente differente. Questa semplificazione elimina potenzialmente alcuni ostacoli all'ampia diffusione delle manovre di rianimazione nella popolazione generale ovvero la barriera della ventilazione bocca a bocca e la facilità di apprendimento.

Accanto alla sensibilizzazione e alla formazione della popolazione generale per le manovre di rianimazione di base un ulteriore elemento di notevole importanza è la diffusione dei defibrillatori semiautomatici che permette la "cura" degli arresti cardiaci da fibrillazione ventricolare. I defibrillatori vengono usati dai medici da lungo tempo, ma i recenti progressi tecnologici hanno reso possibile un riconoscimento automatico del ritmo cardiaco del paziente e l'erogazione della scarica elettrica solo quando è necessaria. Tali moderni apparecchi sono di facile utilizzo anche da parte di personale non medico, dopo un breve corso di addestramento tecnico associato all'insegnamento dei rudimenti della rianimazione cardiopolmonare. Tale dispositivo, attraverso indicazioni verbali, guida durante la procedura, indica gli errori, avverte di eventuali pericoli e, dopo essere intervenuto, fornisce indicazioni sullo stato di salute del paziente, se lo stesso si è ripreso oppure se necessita di altre scariche.

La defibrillazione può far ripartire il cuore, tuttavia in attesa della scarica il tempo di sopravvivenza e la soglia di defibrillazione (quanta energia deve scaricare il

defibrillatore per far ritornare il cuore alla sua funzionalità normale) sono influenzate dal massaggio cardiaco esterno: più è eseguita correttamente la rianimazione cardiopolmonare, più a lungo il paziente può essere tenuto in vita. In definitiva, il riconoscimento immediato di un arresto cardiaco, l'allertamento del 118, le manovre di rianimazione iniziali rappresentate dalle compressioni toraciche, il numero di defibrillatori, la loro immediata identificabilità, determinano una importante riduzione delle morti da arresto cardiaco, di quelle morti cioè che nessun sistema di emergenza tradizionale (ambulanze, elicotteri, moto ecc.) può evitare

Dr. Gianluca Gonzi
U.O. di Cardiologia

BREVE STORIA DELLA CARDIOCHIRURGIA

Spesso ci vengono poste domande sull'esito di un intervento che si sta per intraprendere o sulla futura evoluzione di una terapia o di una patologia.

La domanda legittima, perché legittima e comprensibile è l'ansia di chi vuole sapere di più sul proprio destino, trova una bella risposta in una frase di un famosissimo e valente chirurgo, Billroth, autore di tecniche chirurgiche in voga fino ai tempi moderni, che sentenziava nel 1880 "... qualsiasi medico che operasse sul cuore perderebbe la propria rispettabilità..."

Oggi sappiamo come è andata e il clamore, la fama e gli onori andati ad alcuni cardiocirurghi che hanno sfondato le barriere dell'ignoto con interventi mai tentati prima, basti pensare al Dr. Barnard dopo il primo trapianto cardiaco .

Ma l'intervento di sostituzione di un cuore malato con uno sano non avrebbe mai avuto luogo se prima non ci fosse stato chi si è dedicato a studi lunghi e faticosi e a dolorosi tentativi di ideare, costruire, provare e perfezionare una macchina che potesse sostituire il cuore ed i polmoni per il tempo necessario. Risalgono agli anni '30 i primi studi su un sistema che potesse prelevare il sangue dal corpo di un essere vivente senza farlo coagulare, riossigenarlo e reimmetterlo nell'organismo il tutto in maniera ritmica e continuativa e senza provocare danni eccessivi. I problemi biologici e pratici da superare sono stati enormi, basti pensare alla necessità di avere un sistema che deve ogni volta essere smontato pulito e sterilizzato. Tutto questo si deve agli studi e alla tenacia di un medico di Filadelfia il dottor John Gibbon che vide i suoi sforzi coronati da successo il 6 maggio 1953 quando per la prima volta utilizzando la sua macchina cuore e polmoni operò felicemente " a cuore aperto ". La notizia fece molto scalpore negli ambienti medici ma l'informazione mediatica non era ancora iniziata ed il nome del dottor Gibbon viene raramente ricordato negli ambienti specialistici ed è sconosciuto al mondo profano. Cinquanta anni fa si aprì così negli Stati Uniti, l'era della moderna cardiocirurgia e si iniziava un cammino che gradualmente e poi via via in modo sempre più impetuoso, tanto da far pensare ad una corsa al primato,

portò nel 1955 in Inghilterra alla prima sostituzione di una valvola del cuore ad opera di Judson Cheesterman, al primo trapianto cardiaco di Barnard nel 1967, Nello stesso anno, il chirurgo argentino René Favaloro che allora lavorava in America alla Cleveland Clinic eseguì per la prima volta sull'uomo il by-pass aorto coronarico; ma il clamore e l'emozione mondiale suscitato dalla notizia del trapianto di cuore oscurò l'evento che milioni di pazienti sofferenti di angina pectoris attendevano: l'inizio della fine delle loro sofferenze.

E in Italia? La nascita della cardiocirurgia italiana è legata alla città di Torino e ad un nome Achille Mario Dogliotti il cui nome insieme a quello di Angelo Actis Dato sono collegati ad una tecnica di correzione a "cuore chiuso" di una malattia valvolare allora molto frequente: la stenosi mitralica . La cardiocirurgia italiana soffrì per circa un ventennio di un notevole ritardo organizzativo che alimentò i viaggi della speranza e che venne colmato solo nel corso degli anni '70 con la progressiva apertura di nuovi centri di cardiocirurgia. Il centro di Parma nasce proprio agli inizi degli anni '70 sull'onda di una domanda non più differibile di interventi cardiocirurghi. La prima operazione a cuore aperto viene effettuata a Parma ad opera del fondatore della cardiocirurgia parmense Francesco Fesani il 1 marzo 1973. Da allora sono stati effettuati più di 25.000 interventi.

Nel tempo il reparto ha occupato sedi diverse all'interno dell' Ospedale di Parma e anche all'esterno. Per un breve periodo l'equipe cardiocirurgica di Parma ha operato in trasferta in una Casa di Cura romagnola, fino all'attuale sede inaugurata nel 1992 per l'accorpamento al Dipartimento Cardiopolmonare, attuale denominazione della Cardiocirurgia, dell'Unità Operativa di Cardiologia. Nel frattempo si è verificato il pensionamento del primo dirigente della cardiocirurgia di Parma che è stato sostituito dal Prof. Tiziano Gherli.

EVENTI

COLLABORAZIONE INTERNAZIONALE



Nella foto sopra, la cerimonia di consegna della borsa di studio al cardiocirurgo cubano Dr. Alejandro Villar Inclan (al centro della foto).

IL CALENDARIO DEL CUORE



La prevenzione delle malattie cardiovascolari è una delle principali attività della nostra associazione. Uno stile di vita corretto può dimezzare le malattie cardiovascolari e le morti da loro causate. Nell'intento di coinvolgere in questo tema anche le nuove generazioni, la nostra associazione ha distribuito nelle scuole di Parma e provincia il "calendario del cuore" (raffigurato nella foto in versione da tavolo e da parete). Il calendario riporta in ogni mese alcune indicazioni sullo stile di vita da tenere per allontanare i problemi cardiovascolari, che colpiscono ormai anche persone in giovane età. Cogliamo l'occasione per rivolgere un sentito e doveroso ringraziamento alla Fondazione CARIPARMA per il prezioso contributo dato a sostegno di questa nostra iniziativa.

RICORDO DELLA PROF. GIOVANNA CENTENARI



Con la riservatezza e la dolcezza che da sempre l'aveva caratterizzata, ci ha lasciato la Prof. Giovanna Centenari destando vivo cordoglio nelle persone che avevano avuto il piacere di conoscerla.

Professoressa amata e stimata aveva insegnato nelle scuole per diversi anni riscuotendo grande considerazione di studenti e colleghi.

Pur in presenza di problemi cardiovascolari si è prodigata nelle svolgere attiva azione di volontariato sia presso pazienti colpiti dalla stessa patologia, contraddistinguendosi per disponibilità, generosità e capacità di infondere sicurezza e fiducia sul prossimo di ciascuno, sia all'interno della nostra Associazione dove ha svolto funzioni di Segretario poi di Sindaco revisore. Grati e addolorati per la grave perdita, l'A.A.R.C. ne conserverà un caro ricordo.

RINNOVO ISCRIZIONI

Anche quest'anno Le rivolgiamo un cordiale appello per il versamento della quota associativa. Il Suo gesto di solidarietà ci permette di sostenere e di allargare le iniziative per supportare sempre meglio la Cardiocirurgia di Parma ed i pazienti che vi vengono curati. L'invito al versamento non riguarda i nuovi soci che hanno già versato la quota associativa per il 2011. Il versamento della quota associativa si effettua in qualunque ufficio postale utilizzando l'allegato bollettino. La ricevuta del versamento attesta la qualifica di socio.

INFORMAZIONI UTILI

La nostra sede è aperta il lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 10 alle 12. Per qualsiasi necessità è possibile telefonare oppure inviare un fax al n. 0521/291042.

E' inoltre possibile trasmettere un messaggio all'indirizzo di posta elettronica info@aarcparma.it

I versamenti/bonifici relativi a donazioni, beneficenze e quote associative possono essere effettuati tramite:
c/c postale IBAN IT59D0760112700000011427432
c/c bancario IBAN IT85V0623012710000010527124
aperto presso CARIPARMA – Ag. 10 di Parma.

ASSEGNAZIONE 5 PER MILLE DELLE IMPOSTE

La legge ha introdotto la possibilità di offrire un contributo economico alle associazioni che, come la nostra, operano in nome della solidarietà e senza fini di lucro (ONLUS). **Senza alcun aggravio economico da parte Vostra**, è possibile destinare il 5 per mille delle imposte pagate, semplicemente indicando il codice fiscale della nostra associazione nell'apposito spazio dei modelli CUD, 730 e UNICO. Come già accennato, l'operazione è "a costo zero" poiché non produce nessun aggravio di imposta e non è alternativa all'8 per mille.

Dateci la vostra adesione. Il nostro codice fiscale, da indicare sulla dichiarazione dei redditi è: **92042040342**.



Con l'occasione vogliamo ringraziare le persone che nella precedente dichiarazione dei redditi hanno devoluto alla nostra Associazione il 5 per mille per la tangibile dimostrazione di solidarietà.

LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30/6/2003 n. 196, si informa che i dati raccolti (nome cognome e indirizzo) sono archiviati elettronicamente o manualmente nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di A.A.R.C. e non saranno comunicati a terzi né diffusi. Ai sensi dell'art. 7 D. lgs. 196/2003, Lei potrà esercitare i relativi diritti, fra cui consultare, modificare e cancellare i Suoi dati oppure opporsi al loro trattamento: I dati raccolti potranno essere utilizzati al fine di informarLa in merito a prossime iniziative, fino a Sua esplicita opposizione.

Titolare del trattamento A.A.R.C. onlus, Parma, Via Gramsci n. 14, tel. 0521/291042.

BOLLETTINO POSTALE

IL CONSIGLIO DIRETTIVO



Associazione per l'Assistenza e la Ricerca in Cardiocirurgia (ONLUS)
C/o Cardiocirurgia di Parma
Via Gramsci, 14 – tel. 0521/291042
e-mail: info@aarcparma.it www.aareparma.it

Codice Fiscale da inserire nella casella del 5 per mille dei modelli CUD, 730 e UNICO

92042040342

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Tutti i soci sono invitati a partecipare all'assemblea ordinaria annuale che si terrà in prima convocazione il 15 aprile 2011 ore 13,00 ed in **SECONDA CONVOCAZIONE** presso: **Azienda Ospedaliera di Parma - Aula Annaloro - il 15 APRILE 2011 ALLE ORE 15**

per discutere e deliberare sul seguente ordine del giorno:

- relazione del Presidente**
- relazione del presidente dei revisori**
- bilancio consuntivo 2010**
- varie ed eventuali**

.....

N.B.

- *E' consuetudine intervenire direttamente alla seconda convocazione.*
- *Durante l'assemblea sarà svolta una relazione dettagliata degli avvenimenti che hanno caratterizzato l'anno passato e verranno proiettati i dati relativi al bilancio consuntivo dell'anno 2010.*
- *Per raggiungere l'aula **Annaloro** si entra dal Monoblocco dell'Ospedale Maggiore di Parma e si seguono le indicazioni a pavimento "Torre delle medicine" sino a giungere al PDA (Punto di Accoglienza) della cardiologia nelle cui vicinanze si trova l'aula.*

BOLLETTINO POSTALE

DELEGA PER LA VOTAZIONE IN ASSEMBLEA

Io sottoscritto _____

delego il sig. _____

a rappresentarmi alle votazioni dell'assemblea annuale dell'A.A.R.C. del 15 aprile 2011.

Data _____ firma _____

Ricordiamo che, secondo il disposto dell'art. 22 dello Statuto, ciascuno associato può farsi rappresentare in assemblea da altro socio mediante delega scritta e che ogni delegato non può rappresentare più di tre iscritti.

La legge ha introdotto la possibilità di offrire un contributo economico alle associazioni che, come la nostra, operano in nome della solidarietà e senza fini di lucro (ONLUS).

Senza alcun aggravio economico da parte Vostra, è possibile destinare il 5 per mille delle imposte pagate, semplicemente indicando il codice fiscale della nostra associazione, riportato sul rècto, nell'apposito spazio dei modelli CUD, 730 e UNICO.

