



**BOLLETTINO**  
**SOCIETÀ ITALIANA DI**  
**CHIRURGIA CARDIACA**

**FEBBRAIO 2016**





# CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

**President**

Roberto Di Bartolomeo

**Vice President**

Francesco Musumeci

**General Secretary**

Piersilvio Gerometta

**Scientific Secretary**

Alessandro Parolari

**Treasurer**

Vittorio Creazzo

**Councillors**

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Gabriele Iannelli

Domenico Paparella

Giuseppe Speziale

**Financial Auditor**

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



# EDITORIAL BOARD

## **Coordinatore Editoriale**

Michele Di Mauro

## **Staff Editoriale**

Guglielmo Actis Dato , Claudio Russo, Roberto Lorusso  
Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Marco Pagliaro

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Francesco Paolo Tritto

*Le nostre radici*

*Stats: always facts?*

*Contenzioso Medico-legale*

*Italian Literature Watch*

*Tough and Monster Cases*

*Commento "al libro"*

*quando il chirurgo abbraccia l'arte*

## **SICCH Social Networks**

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

*Linkedin*

*Social4med*

*Facebook*



# INDICE

## **SICCH 2016: FIRST REMINDER**

Alessandro Parolari

**pag. 4**

## **Avviso pubblico - direttore della s.o.d. Cardiochirurgia Az. Ospedaliera - Universitaria, Ancona**

Task-Force sulla Trasparenza

**pag. 7**

## **News dal mondo: E' morto l'uomo nel cui petto da 33 anni batteva il cuore di un altro**

Michele Di Mauro

**pag. 8**

## **Contenzioso Medico-Legale:**

### **La Responsabilità Professionale del personale sanitario il testo approvato dalla camera**

Gian Piero Piccoli

**pag. 10**

## **Le dritte del Maestro**

### **una chiacchierata con il Maestro Francesco Musumeci**

Giuseppe Raffa e Fabrizio Sansone

**pag. 19**

## **Stats: always facts: la regressione ordinale**

Fabio Barili

**pag. 23**

## **Italian Literature Watch: Gennaio 2016**

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano,  
Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

**pag. 27**

# SICCH 2016

## FIRST REMINDER



**Alessandro Parolari**  
**Segretario Scientifico**

### **REGOLE PER INVIO ABSTRACT - XXVIII CONGRESSO NAZIONALE SICCH 25/27 NOVEMBRE 2016**

Cari soci, colleghi ed amici,

Vi ricordo che a partire dal 2 gennaio scorso fino al 1 aprile 2016, è attivo l'indirizzo [sicch2016@gmail.com](mailto:sicch2016@gmail.com) dove potete inviare i vostri abstract per il Congresso SICCH 2016.

Di seguito potete trovare il form di invio ed il template per le diapositive, necessari al fine di inviare i vostri contributi scientifici al XXVIII Congresso Nazionale SICCH che si terrà a Roma da venerdì 25 a domenica 27 novembre 2016. Vi ricordo che il titolo/tema del Congresso è "Translational cardiovascular science meets standard and innovative therapies". La compilazione del form di invio e del template delle diapositive è volutamente semplice ed autoesplicativa e, come ben ricorderete, l'invio del vostro contributo non consisterà più nel classico abstract bensì in un massimo di otto diapositive da inviare seguendo il template presente qui di seguito.

Qui sotto trovate alcune ulteriori annotazioni per facilitarvi il compito dell'invio dei vostri contributi, che andranno indirizzati alla posta elettronica: [SICCH2016@gmail.com](mailto:SICCH2016@gmail.com). L'invio degli abstracts avrà termine alle ore 24:00 del 1 aprile 2016

Note operative:

1. Le diapositive ed il form di invio corrispondente dovranno essere inviati insieme nella stessa e-mail.
2. I form possono pervenire in formato .doc, .docx.
3. Le slides (vedi template) possono pervenire in formato .ppt, .pptx.

### **Note operative:**

1. Le diapositive ed il form di invio corrispondente dovranno essere inviati insieme nella stessa e-mail.
2. I form possono pervenire in formato .doc, .docx.
3. Le slides (vedi template) possono pervenire in formato .ppt, .pptx.
4. Per invio di più contributi, ogni contributo deve essere inviato in una mail separata (ripetiamo: slides + form nella stessa mail).
5. L'autore riceverà entro massimo 3 giorni dall'invio una mail di notifica della ricezione con l'id assegnato all'abstract.
6. In caso di mancata ricezione della notifica potrà scrivere una mail di sollecito allo stesso indirizzo [sicch2016@gmail.com](mailto:sicch2016@gmail.com) per verificare eventuali errori di posta elettronica.
7. Nelle slides non dovrà esserci nessun cenno all'affiliazione o agli autori.
8. L'autore presentatore dovrà essere "il primo autore"
9. In caso di errata compilazione del form o di mancata aderenza al formato delle slides, l'abstract non sarà valutato e non ci sarà alcuna notifica di errore.

N.B. Vi ricordiamo che le diapositive del Template per la sottomissione delle Comunicazioni Scientifiche, del XXVIII Congresso Nazionale SICCH , dovranno essere redatte in lingua inglese.

Per i video l'invio avverrà via Wetransfer attraverso la stessa casella [SICCH2016@gmail.com](mailto:SICCH2016@gmail.com). Durata video massimo 7 minuti, size massimo 500MB, formato preferito: MPEG4 in alternativa AVI. Il video deve essere accompagnato dallo stesso template delle comunicazioni orali; in pratica nelle diapositive di accompagnamento saranno descritti i presupposti ed i dettagli tecnici presentati nel video.

SCARICA IL FORM

[http://www.sicch.it/files/Authors\\_form.docx](http://www.sicch.it/files/Authors_form.docx)

SCARICA IL TEMPLATE PER LE DIAPOSITIVE

[http://www.sicch.it/files/abstract\\_template\\_2016.pptx](http://www.sicch.it/files/abstract_template_2016.pptx)

Vi aspettiamo tutti a Roma!!!



**SICCH 2016**  
SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA

# TASK-FORCE TRASPARENZA

AVVISO PUBBLICO - DIRETTORE DELLA S.O.D.  
CARDIOCHIRURGIA  
AZ. OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA, ANCONA



Inviando alla vostra cortese attenzione l'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico quinquennale di n. 1 posto di dirigente medico - DIRETTORE DELLA S.O.D. – cardiocirurgia all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ancona

## IL BANDO

<http://www.sicch.it/attachments/article/412/Bando%20Cardiocirurgia.pdf>

## NEWS DAL MONDO

E' MORTO L'UOMO NEL CUI PETTO DA 33 ANNI  
BATTEVA IL CUORE DI UN ALTRO



MICHELE DI MAURO

CLINICA CARDIOCHIRURGICA  
UNIVERSITA' DI CHIETI



“Caro John, non sappiamo quanto possa sopravvivere un paziente trapiantato di cuore, ma i dati attuali ci dicono che dal momento del tuo trapianto avrai un prognosi di circa 5 anni”

“Sarà meglio che morire oggi, Sir”

“Bene, procediamo!”

Ovviamente questo accenno di dialogo è del tutto inventato. In rete c'è poco su quello che Magdi Yacoub disse a John McCafferty, quando nell'ottobre del 1982 al Harefield Hospital si apprestava a trapiantargli un cuore “nuovo” per una cardiomiopatia dilatativa. All'epoca McCafferty aveva quasi 40 anni.

Dopo il trapianto John ha vissuto in Newport Pagnell, nel Buckinghamshire e quel cuore ha battuto ininterrottamente per ben 33 lunghissimi anni, consentendogli di festeggiare lo scorso ottobre i 50 anni di nozze con Ann.... alla faccia della Scienza!!! o se vogliamo essere meno irriverenti, potremmo dire che ha vissuto così a lungo dimostrando ancora una volta che la Medicina non è Matematica o Statistica.

Nel 2013, John McCafferty è entrato nel Guinness dei Primati per il record di longevità di un trapiantato.

“Voglio che questo record del mondo sia un messaggio di speranza per quanti aspettano un trapianto di cuore e per chi, come me, sono stati abbastanza fortunati da averne uno”, aveva detto McCafferty“

“Gli ultimi 30 anni sono stati bellissimi, abbiamo girato tutto il mondo”, ha detto, citata dalla Bbc, la vedova di John McCafferty.

Purtroppo sappiamo bene che il numero di trapianti di cuore è in discesa (per essere ottimisti), altrimenti dovremmo dire in caduta libera. Oggi però, accanto al trapianto ci sono nuove sfide da percorrere per permettere ad un altro “John” in giro per il mondo di vivere 33 anni in più!!!

A John McCafferty dedichiamo la copertina di questo numero del Bollettino della SICCH.



# CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL  
PERSONALE SANITARIO - IL TESTO APPROVATO  
DALLA CAMERA



GIAN PIERO PICCOLI

TASK-FORCE MEDICO-LEGALE SICCH



Nel precedente numero del Bollettino di Gennaio abbiamo trattato di come fossero i principi vigenti nell'epoca della Balduzzi, ovvero "l'era contrattuale". Di seguito, invece, riportiamo il testo approvato dalla Camera in tema di Responsabilità Professionale che andrà al Senato per l'approvazione definitiva, salvo emendamenti che dovessero essere apportati. Nel prossimo numero di Marzo del Bollettino, invece, ci soffermeremo sui commenti relativi agli articoli del testo maggiormente significativi ed alla loro interpretazione critica. Ma lasciatemi finire questa prefazione con l'invito a vedere una recente trasmissione televisiva delle Iene, accedendo al link

[http://www.collegiochirurghi.it/ufficio\\_stampa/interviste.aspx](http://www.collegiochirurghi.it/ufficio_stampa/interviste.aspx)

con una intervista al Prof. Pietro Forestieri, Presidente Emerito del CIC, che illustra in modo secondo me insuperabile il dramma dei chirurghi di fronte alle problematiche relative alla responsabilità professionale che devono affrontare quotidianamente, a causa del pregiudizio che diritto alla salute sia sinonimo di diritto alla guarigione e che ogni complicanza debba essere imputata alla imperizia di chi la abbia prodotta, in tal modo obbligando i medici a trincerarsi nella medicina difensiva, per opporsi al continuo attacco dei pazienti e dei loro legali, con i media che, inesorabilmente, preferiscono schierarsi con i pazienti piuttosto che con noi.

## Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

### ART. 1.

*(Sicurezza delle cure in sanità).*

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

### ART. 2.

*(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinare la struttura organizzativa, che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.

259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155

3. Il Difensore civico acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto lesa con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

#### ART. 3.

*(Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità).*

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e individua idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2010.

#### ART. 4.

*(Trasparenza dei dati).*

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce la documentazione clinica relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dall'articolo 16 della presente legge.

#### ART. 5.

*(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).*

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della

salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate nel sito *internet* dell'Istituto superiore di sanità.

ART. 6.

*(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).*

1. Dopo l'articolo 590-*bis* del codice penale è inserito il seguente:

« ART. 590-*ter*. — *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario)*. — L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ».

ART. 7.

*(Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria).*

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione

intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

ART. 8.

*(Tentativo obbligatorio di conciliazione).*

1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di com-

parizione delle parti; si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, e per tutta la durata del procedimento. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

#### ART. 9.

##### *(Azione di rivalsa).*

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento ovvero dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale.

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei con-

fronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7 deve essere esercitata dinanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei conti. La misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione.

#### ART. 10.

##### *(Obbligo di assicurazione).*

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. La disposizione del primo

periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 9, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio sanitario nazionale, in strutture o in enti privati provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione.

4. Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti

l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.

#### ART. 11.

*(Estensione della garanzia assicurativa).*

1. La garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. Le imprese di assicurazione possono estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche a eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati alla impresa durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

ART. 12.

*(Azione diretta del soggetto danneggiato).*

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa all'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie di cui all'articolo 10, comma 6.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'azienda, la struttura o l'ente medesimo; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione ha diritto di accesso alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura, l'ente assicurato o l'esercente la professione sanitaria.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.

ART. 13.

*(Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).*

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

ART. 14.

*(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria).*

1. Con regolamento adottato con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, è istituito il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera a) del comma 2 del presente articolo.

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, istituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa, risar-

cisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria;

b) qualora la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1 presso la CONSAP Spa, con le modalità stabilite dal decreto di cui al medesimo comma 1, un contributo da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo di cui al comma 4 è determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

6. Per la determinazione del contributo di cui al comma 4, la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì, il funzionamento, le modalità di intervento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

8. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati

per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

#### ART. 15.

*(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).*

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e

adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

ART. 16.

*(Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).*

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari. ».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: « ovvero » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « , in medicina legale ovvero da personale dipendente con

adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore ».

ART. 17.

*(Clausola di salvaguardia).*

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

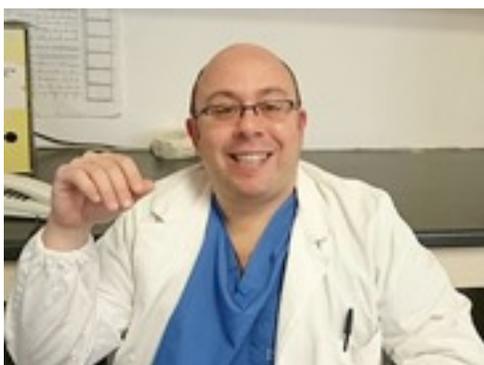
ART. 18.

*(Clausola di invarianza finanziaria).*

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

## LE DRITTE DEL MAESTRO

UNA CHIACCHIERATA CON IL MAESTRO FRANCESCO MUSUMECI



*Giuseppe Raffa  
Cardiochirurgia  
ISMETT  
Palermo*



*Fabrizio Sansone  
Cardiochirurgia  
AO ospedali riuniti Papardo  
-Piemonte, Messina*

Gent.mo Professore, le porgeremo di seguito alcune domande.

**1. Quando ha scelto o ha capito che “da grande” avrebbe voluto fare il cardiocirurgo e perché?**

E' successo per caso. Da studente avevo scelto di fare il chirurgo e infatti la mia prima specializzazione è in chirurgia generale. Volendo andare all'estero dopo la laurea, l'unica opportunità che mi fu prospettata, nel 1980, fu quella di frequentare il centro di cardiocirurgia pediatrica a Liverpool. Quella bellissima esperienza mi fece maturare la decisione di seguire questa strada.

**2. Quale è stato il suo percorso formativo che l'ha portata a raggiungere traguardi ambiziosi in termini professionali e di carriera? Chi è stato il suo “maestro” e come è riuscito a conquistare la sua fiducia e ad imparare i suoi segreti?**

La mia formazione è avvenuta prevalentemente in Gran Bretagna. Lì ho avuto la fortuna di lavorare con alcuni tra i più famosi chirurghi di quegli anni, persone che hanno fatto la storia della

cardiocirurgia quali Magdi Yacoub, Donald Ross e Chris Lincoln, maestri che hanno avuto un ruolo decisivo nel mio percorso formativo.

**3. Quale dovrebbe essere il motivo per cui un giovane laureato debba cimentarsi con una disciplina tanto complicata ed impegnativa come la cardiocirurgia?**

Una grande passione.



4. **Il “past President” della SICCH, Lorenzo Menicanti, nella sua relazione conclusiva all’ultimo congresso di Roma ha riassunto l’essenza dell’essere cardiocirurgo in un concetto molto semplice che riporto per sommi capi, senza pretese di corrispondenza verbale precisa: “Chi decide di fare il cardiocirurgo, dedica tutto il suo tempo alla cardiocirurgia. Chi dedica il 50% del suo tempo alla cardiocirurgia, è un cardiocirurgo al 50%!” Questo concetto penso sia comune a tutti coloro che hanno dedicato e che dedicano la loro vita ad un lavoro così complicato ed affascinante. Cosa pensa Lei a riguardo e come trasmette questi insegnamenti ai “suoi ragazzi”?**

Senza dubbio l’impegno deve essere totale. Per la cardiocirurgia, così come per tutte le altre specialità, per raggiungere livelli di alta professionalità ci vogliono impegno e dedizione totale, impegno e dedizione che devono accompagnare il medico nel corso di tutta sua carriera.

5. **Come può uno specializzando farsi strada e fare esperienza, in una realtà formativa come quella italiana? Ed allo stesso modo, come può un giovane chirurgo, trovare spazio e crescere chirurgicamente in una realtà ospedaliera come quella italiana?**

Il livello qualitativo della cardiocirurgia è in Italia molto elevato. E’ comunque importante costruire sin dall’inizio del corso di specializzazione un percorso formativo che preveda anche degli stage presso diversi centri, anche all’estero. Per chi inizia, ritengo che sia molto importante avere una visione ampia e avere anche prospettive diverse della specialità. Purtroppo la nuova normativa europea che prevede un rispetto rigoroso degli orari di lavoro limiterà le opportunità di formazione dei giovani medici.

6. **Quanto deve avere paura un giovane chirurgo di esporsi in prima persona e di rischiare un risultato non ottimale? Quanto questo deve essere permesso da chi gestisce la sua crescita chirurgica?**

Un giovane chirurgo non si deve esporre in prima persona né tantomeno accettare un risultato subottimale. Il percorso formativo deve essere supervisionato fino al momento in cui il chirurgo diventa autonomo.

7. **Lei aiuta sempre i suoi fellow?**

I giovani chirurghi nei loro primi interventi sono sempre assistiti da me o da altri chirurghi anziani fino al momento in cui c’è la consapevolezza reciproca, di giovane chirurgo e docente, di maturità e autonomia chirurgica.

8. **Cosa pensa delle valutazioni AGENAS e come pensa che queste possano influire sulla formazione di un giovane chirurgo? La prospettiva di rendere noti i risultati per singolo chirurgo, che impatto può avere sulla possibilità di “operare” per chi è alle prime armi?**

Il controllo della qualità sui risultati è indispensabile per mantenere alti gli standard. Peraltro ritengo che questo sia anche un diritto del paziente. Come ho già detto, se vi è una attenta supervisione sull’operato dei giovani chirurghi i rischi di una learning curve sono annullati.

9. **Quando un giovane chirurgo può ritenere di aver effettuato un training adeguato e può passare allo “step” successivo? Quale ritiene possa essere l’intervento chirurgico con cui iniziare e quali possono essere i passi successivi?**

Non si possono dare degli standard di riferimento. Ogni chirurgo ha i suoi tempi di crescita professionale.

**10. Qual è la soglia minima di interventi/anno che può permettere una crescita adeguata e la sicurezza per il paziente? Quando ci si deve render conto di aver sbagliato scelta?**

Credo che almeno 50 interventi/anno debbano essere garantiti ad ogni singolo operatore.

Quando ci si rende conto di avere intrapreso una strada per la quale non c'è una attitudine particolare credo che sia importante riconoscere quanto prima i propri limiti e indirizzarsi su altre specialità piuttosto che alimentare frustrazione e insicurezza.

**11. Quanti sono stati gli interventi da Lei effettuati nei primi anni di carriera?**

Io nasco come cardiocirurgo pediatra. Successivamente ho esteso i miei interessi alla chirurgia valvolare, coronarica e ai trapianti di cuori.

**12. Come si può conciliare la vita di cardiocirurgo con quella di marito/moglie e padre/madre? Che difficoltà aggiuntive incontra una donna col sogno della cardiocirurgia?**

Occorre costruire un rapporto di equilibrio e comprensione ed in aggiunta a questo è fondamentale una interazione col partner per avere stabilità all'interno della famiglia. Per le donne è sicuramente più impegnativo perseguire questa carriera.

**13. La chirurgia mininvasiva. Cosa ne pensa e quanto la ritiene necessaria?**

Nel nostro centro è l'approccio di prima scelta per la chirurgia valvolare salvo controindicazioni

quali per esempio la presenza di coronaropatia che richiede rivascolarizzazione chirurgica.

**14. Tra i vari accessi proposti per la sostituzione della valvola aortica per via miniinvasiva, quale consiglia?**

Mini-toracotomico quando possibile o mini-sternotomico quando la prima opzione non è fattibile.

**15. E' giustificabile una cannulazione femorale per permettere un accesso miniinvasivo?**

La cannulazione femorale è il nostro approccio standard. In presenza di lesioni ateromatose femorali o aorta toracoaddominale, si cannula l'aorta ascendente.

**16. La CO2 è sempre consigliabile?**

Sì, sempre.

**17. Quando può un giovane chirurgo ritenersi pronto per cimentarsi con la chirurgia mini invasiva?**

Bisogna partire dall'approccio mini invasivo, come sostengono alcuni, o si deve fare training con la chirurgia tradizionale per poi passare all'approccio mininvasivo, come sostengono altri?

Converrebbe acquisire una prima esperienza negli approcci tradizionali prima di indirizzarsi verso tecniche mini-invasive. In centri ad alto volume è tuttavia possibile anche per chi inizia utilizzare le tecniche mini-invasive come primo approccio.

**18. TAVI. Transfemorale, transapicale, transaortica o attraverso la succlavia?**

Con gli approcci trans-apicale e trans-femorale è possibile trattare tutti i pazienti con indicazione a TAVI.

**19. Crede che un chirurgo junior possa intraprendere questo percorso “bypassando” la chirurgia tradizionale?**

Assolutamente no. E' indispensabile avere competenze nella chirurgia convenzionale per potere gestire le eventuali complicanze, anche se rare. Le linee guida prevedono che le TAVI siano eseguite in centri con una cardiocirurgia in situ.

**20. Quale pensa possa essere il peggior difetto di un cardiocirurgo e quale invece il miglior pregio?**

Un grande limite, in particolare per i chirurghi più giovani, è il non avere una percezione dei propri limiti, E' fondamentale per un chirurgo avere un background clinico e culturale adeguato.

# STATS: ALWAYS FACTS

## LA REGRESSIONE ORDINALE



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO

Come abbiamo visto, la regressione logistica è una metodologia impiegata per prevedere il valore di una variabile dipendente dicotomica sulla base di un insieme di variabili esplicative, sia di tipo qualitativo che quantitativo. Permette di valutare il rapporto tra fattori di rischio ed esiti clinici (morte, presenza/assenza di malattia, ecc.), di tipo binario (dicotomici) come per esempio la mortalità.

Le variabili categoriche, però, non sono solo dicotomiche, ma anche ordinali (variabile con categorie ordinabili) e multinomiali (in cui cioè le categorie sono più di due, non ordinabili). Un esempio è la classe NYHA. In questo caso è possibile utilizzare la regressione logistica?

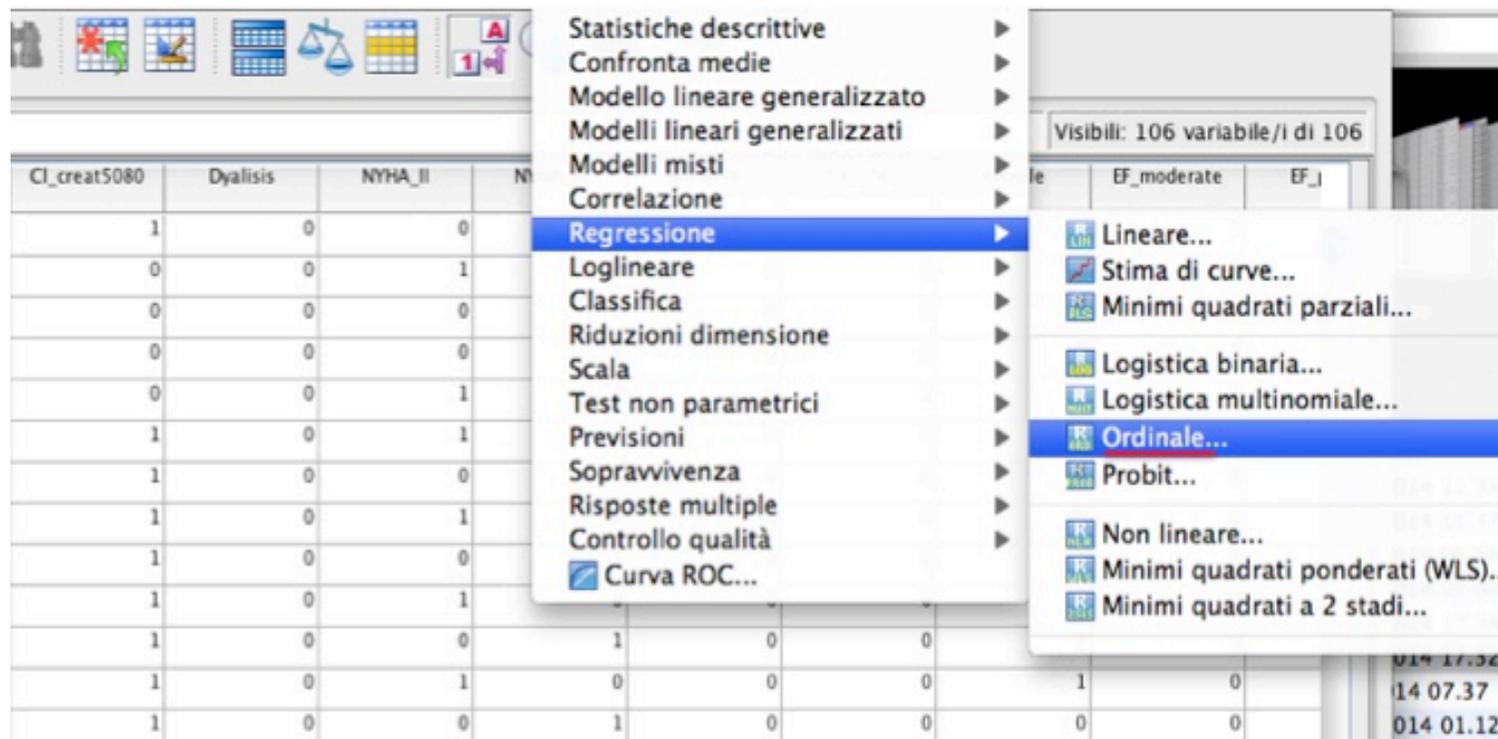
Esistono metodologie sovrapponibili alla regressione logistica, da utilizzare nel caso in cui la variabile dipendente sia categorica ma non dicotomica.

### **Techniche volte a studiare e quantificare gli effetti di una o più variabili indipendenti *continue o nominali* su una variabile dipendente *nominale (qualitativa)***

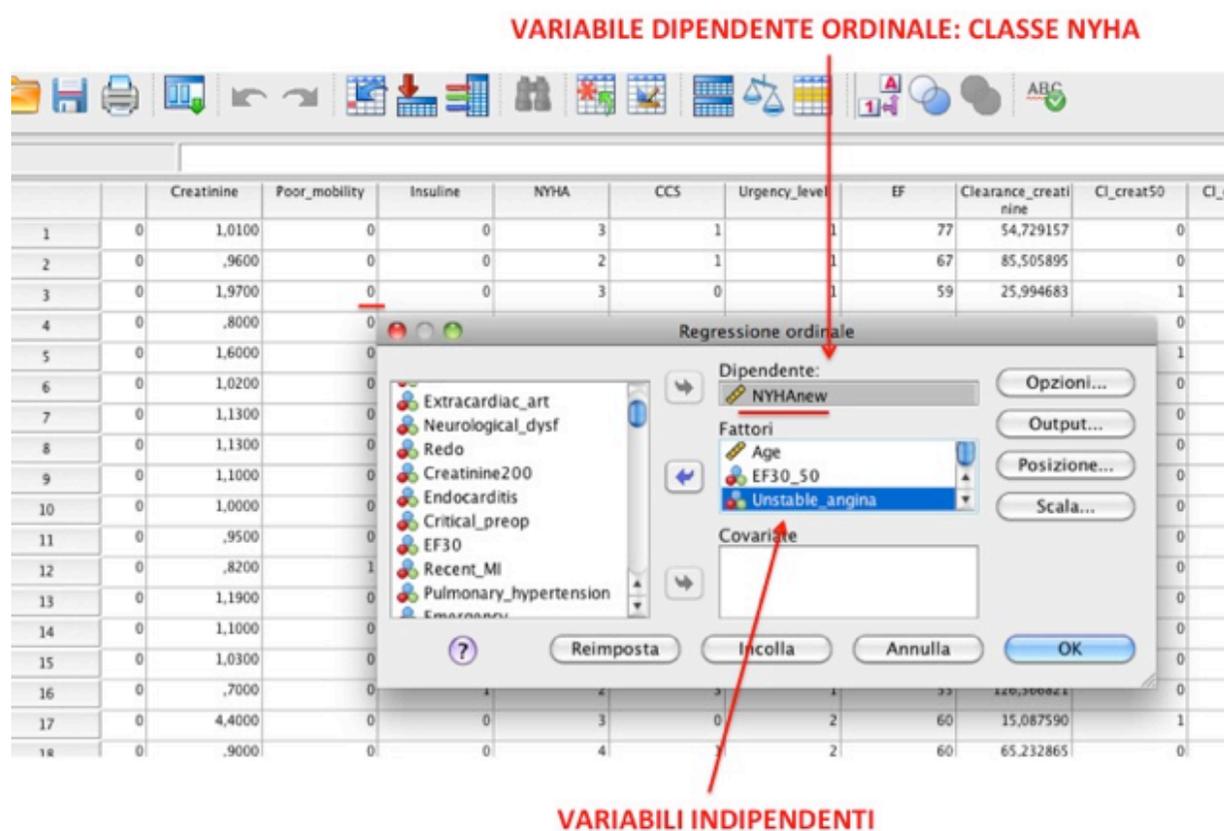
- Tecniche statistiche:
  - La regressione logistica: Variabile dipendente dicotomica
  - La regressione ordinale: Variabile dipendente ordinabile
  - La regressione multinomiale: Variabile dipendente multinomica

Consideriamo, per esempio, di voler condurre uno studio per valutare l'impatto di alcune variabili cliniche sulla classe NYHA. La variabile dipendente in studio è ordinale (4 classi) e il modello di regressione è quello ordinale. Le variabili indipendenti sono i fattori che prendiamo in considerazione per valutarne la relazione con la classe NYHA.

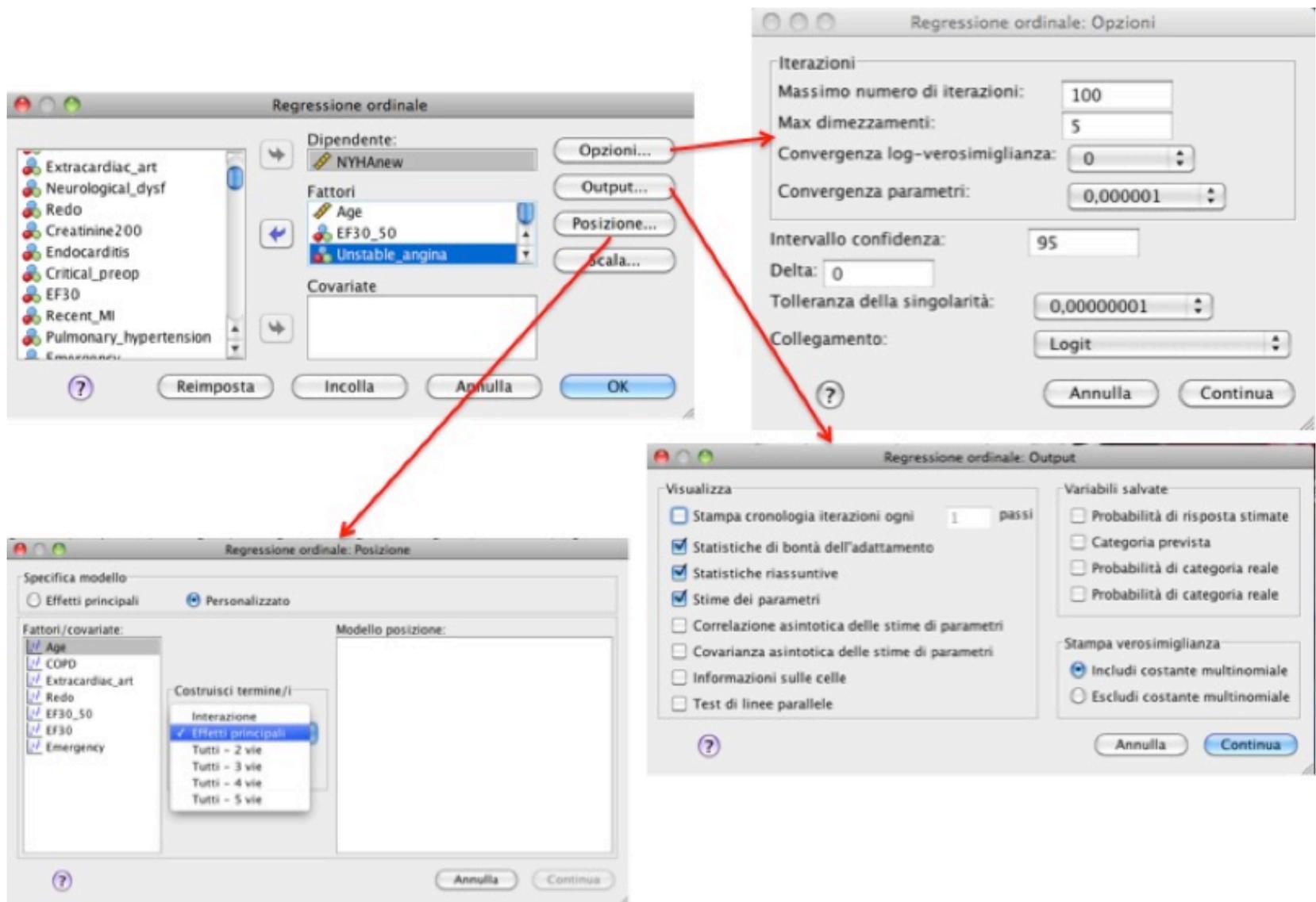
In primo luogo è necessario controllare che la variabile dipendente sia una variabile ordinale. A questo punto, dalla lista si seleziona la regressione ordinale (vedi figura di seguito).



A questo punto, selezioniamo la variabile dipendente (classe NYHA) e le variabili indipendenti.



Nel pannello sono presenti una serie di opzioni da prendere in considerazione per l'analisi:



1) Pannello Posizione: permette di stabilire il modello da utilizzare. Per impostazione predefinita, la procedura crea un modello con variabile dipendente (NYHA) ed effetti principali delle covariate (in pratica non considera le interazioni tra covariate). Tuttavia in questa finestra di dialogo è possibile creare un modello personalizzato per specificare i sottoinsiemi d'interazioni di fattori.

- Effetti principali. Non interazioni considerate.
- Tutti 2-vie. Consente di creare tutte le possibili interazioni a due vie delle variabili selezionate.
- Tutti 3-vie. Consente di creare tutte le possibili interazioni a tre vie delle variabili selezionate.
- Tutti 4-vie. Consente di creare tutte le possibili interazioni a quattro vie delle variabili selezionate.
- Tutti 5-vie. Consente di creare tutte le possibili interazioni a cinque vie delle variabili selezionate.

2) Opzioni: contiene una serie di opzioni riguardanti i criteri per la definizione dell'algoritmo.

3) Pannello Output: consente di stabilire quali informazioni saranno incluse nell'Output del modello.

I risultati del nostro modello di regressione ordinale sono riportati nella seguente tabella:

## OUTPUT

Informazioni sull'adattamento del modello

Modello	-2 log verosimiglianza	Chi-quadrato	df	Sig.
Solo intercetta	291,888			
Finale	85,552	206,337	2	,000

Funzione di collegamento: Logit.

Stime dei parametri

	Stima	Errore std	Wald	df	Sig.	Intervallo di confidenza al 95%		
						Limite inferiore	Limite superiore	
Soglia	[NYHAnew = 1,00]	-3,459	,130	712,818	1	,000	-3,713	-3,205
	[NYHAnew = 2,00]	-,682	,123	30,727	1	,000	-,923	-,441
	[NYHAnew = 3,00]	1,798	,133	182,110	1	,000	1,537	2,060
Posizione	[EF30_50=0]	-,653	,067	93,809	1	,000	-,785	-,521
	[EF30_50=1]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Unstable_angina=0]	-1,172	,115	103,928	1	,000	-1,397	-,946
	[Unstable_angina=1]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.

Funzione di collegamento: Logit.

a. Questo parametro è impostato su zero perché è ridondante.

In questo caso, il pannello dei risultati è composto da 2 parti:

1) Adattamento del modello. In pratica confronta il modello "base" cioè quello senza alcuna variabile indipendente (solo intercetta) con il modello finale. Dal confronto emerge che c'è una differenza significativa a favore del modello Finale ( $p=0.000$ )

2) Stime dei parametri. In questo pannello sono presenti le stime dei parametri presi in considerazione. Nella prima parte (Soglia) sono presenti le categorie della variabile dipendente (manca la Classe IV perché è stata utilizzata dal software come categoria di riferimento; in pratica tutte le altre tre categorie vengono confrontate con la NYHA IV. Nella seconda parte (Posizione) vengono esplicitate le stime dei parametri immesse nell'analisi. Per ogni variabile, una categoria è impostato su 0 perché ridondante. In pratica, si considera come variabile da analizzare quella = 0:

a. il software considera la relazione tra NYHA e per esempio EF 30-50 = 0

b. stima del parametro è negativa, perché non avere EF 30-50 è protettivo nei confronti della classe NYHA (letto in altro modo, un paziente con una EF > 50 sarà più probabilmente in un classe NYHA più bassa)

Per quanto riguarda le colonne, sono le stesse già riportate per la regressione lineare e logistica. Il p value del Wald test è significativo (come si deduce anche dall'intervallo di confidenza, che non include lo 0) e questo indica che i fattori analizzati sono tutti associati alla variabile dipendente.

# ITALIAN LITERATURE WATCH

GENNAIO 2016



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



ANTONIO RUBINO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI CATANIA*



GIOVANNI MARISCALCO

*DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR  
SCIENCES UNIVERSITY OF LEICESTER,  
GLENFIELD HOSPITAL (UK)*



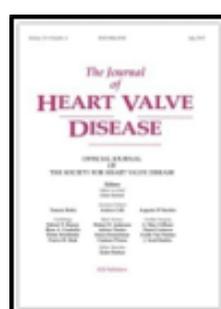
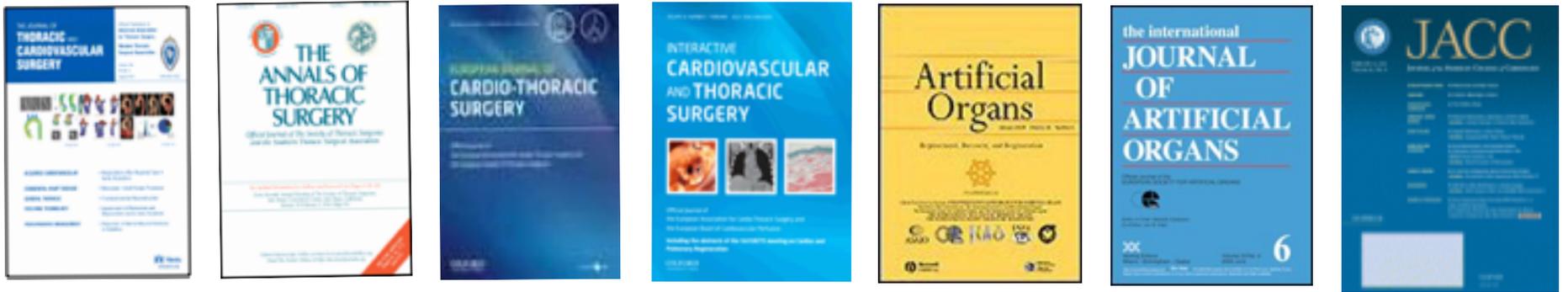
FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
PEDIATRICA  
CNR FONDAZIONE TOSCANA  
"G. MONASTERIO" OSPEDALE DEL CUORE  
MASSA*



### The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

Kowalewski M, Pawlitzak W, Malvindi PG, Boksanski MP, Perlinski D, Raffa GM, Kowalkowska ME, Zaborowska K, Navarese EP, Kolodziejczak M, Kowalewski J, Tarelli G, Taggart DP, Anisimowicz L. Off-pump coronary artery bypass grafting improves short-term outcomes in high-risk patients compared with on-pump coronary artery bypass grafting: Meta-analysis. J Thorac Cardiovasc Surg 2016;151:60-77.

Buzzatti N, De Bonis M, Denti P, Barili F, Schiavi D, Di Giannuario G, La Canna G, Alfieri O. What is a "good" result after transcatheter mitral repair? Impact of 2+ residual mitral regurgitation. J Thorac Cardiovasc Surg 2016;151:88-96.

De Paulis R, Chirichilli I, Scaffa R, Weltert L, Maselli D, Salica A, Guerrieri Wolf L, Bellisario A, Chiariello L. Long-term results of the valve reimplantation technique using a graft with sinuses. J Thorac Cardiovasc Surg 2016;151:112-9.

Tarzia V, Di Giammarco G, Di Mauro M, Bortolussi G, Maccherini M, Tursi V, Maiani M, Bernazzali S, Marinelli D, Foschi M, Buratto E, Bejko J, Gregori D, Scuri S, Livi U, Sani G, Bottio T, Gerosa G. From bench to bedside: Can the improvements in left ventricular assist device design mitigate adverse events and increase survival? From bench to bedside: Can the improvements in left ventricular assist device design mitigate adverse events and increase survival? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2016;151:213-7.

### **Annals of Thoracic Surgery**

Thalmann M, Grubitzsch H, Matschke K, Glauber M, Tan E, Francois K, Amorim MJ, Hensens AG, Cesari F, Feyrer R, Diegeler A, Veit F, Repossini A, Freedom Solo Investigators A European Multicenter Study of 616 Patients Receiving the Freedom Solo Stentless Bioprosthesis *Ann Thorac Surg* 2016;101:100–108

Vola M, Fuzellier JF, Campisi S, Favre JP, Gerbay A, Ruggieri VG. Sutureless 3f Enable Valve Implantation in a Failing Bio-Bentall Conduit. *Ann Thorac Surg* 2016;101:e17–e19

Federici D, Ranghetti A, Merlo M, Terzi A, Di Dedda GB, Marcora S, Marrone C, Ciuffreda M, Seddio F, Galletti L. Coronary Artery Involvement of Williams Syndrome in Infants and Surgical Revascularization Strategy. *Ann Thorac Surg* 2016;101:359–361

Luciani GB, Lucchese G, Hoxha S, Torre S, Treviso O, Faggian G.

Late Endovascular Pulmonary Artery Band Migration. *Ann Thorac Surg*. 2016;101:355-7.

Erlebach M, Lange R, Mazzitelli D. Placement of Neochords in Mitral Valve Repair: Enhanced Exposure of the Papillary Muscles Using a Standard Valve Sizer. *Ann Thorac Surg* 2016;101:378–380

Santarpino G, Pollari F, Caprile M, Fischlein T. Anterolateral Minithoracotomy in Aortic Valve Replacement: The Real World. *Ann Thorac Surg* 2016;101: 413

## European Journal of Cardiothoracic Surgery

Sponga S, Travaglini C, Pisa F, Piani D, Guzzi G, Nalli C, Spagna E, Tursi V, Livi U. Does psychosocial compliance have an impact on long-term outcome after heart transplantation? *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:64-72.

Anselmi A, Guinet P, Ruggieri VG, Aymami M, Lelong B, Granry S, Malledant Y, Le Tulzo Y, Gueret P, Verhoye JP, Flecher E. Safety of recombinant factor VIIa in patients under extracorporeal membrane oxygenation. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:78-84.

Contino M, Mangini A, Lemma MG, Romagnoni C, Zerbi P, Gelpi G, Antona C. A geometric approach to aortic root surgical anatomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:93-100.

Vendramin I, Meneguzzi M, Sponga S, Deroma L, Cimarosti R, Lutman C, Daffarra C, Livi U. Bicuspid aortic valve disease and ascending aortic aneurysm: should an aortic root replacement be mandatory? *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:103-109.

Della Corte A. In search of the right study design for bicuspid aortopathy treatment. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:109-110.

Russo CF, Mariscalco G, Colli A, Santè P, Nicolini F, Miceli A, De Chiara B, Beghi C, Gerosa G, Glauber M, Gherli T, Nappi G, Murzi M, Molardi A, Merlanti B, Vizzardi E, Bonadei I, Coletti G, Carrozzini M, Gelsomino S, Caiazzo A, Lorusso R. Italian multicentre study on type A acute aortic dissection: a 33-year follow-up. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:125-131.

Luciani GB. The Ross procedure in the young: evidence from multicentre registries. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:218-219.

Dalén M, Biancari F, Rubino AS, Santarpino G, Glaser N, De Praetere H, Kasama K, Juvonen T, Deste W, Pollari F, Meuris B, Fischlein T, Mignosa C, Gatti G, Pappalardo A, Svenarud P, Sartipy U. Aortic valve replacement through full sternotomy with a stented bioprosthesis versus minimally invasive sternotomy with a sutureless bioprosthesis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:220-227.

Sponga S, Daffarra C, Pavoni D, Vendramin I, Mazzaro E, Piani D, Nalli C, Nucifora G, Livi U. Surgical management of destructive aortic endocarditis: left ventricular outflow reconstruction with the Sorin Pericarbon Freedom stentless bioprosthesis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:242-248.

De Bonis M, Taramasso M, Lapenna E, Denti P, La Canna G, Buzzatti N, Pappalardo F, Di Giannuario G, Cioni M, Giacomini A, Alfieri O. MitraClip therapy and surgical edge-to-edge repair in patients with severe left ventricular dysfunction and secondary mitral regurgitation: mid-term results of a single-centre experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:255-262.

Trumello C, Pozzoli A, Mazzone P, Nascimbene S, Bignami E, Cireddu M, Della Bella P, Alfieri O, Benussi S. Electrophysiological findings and long-term outcomes of percutaneous ablation of atrial arrhythmias after surgical ablation for atrial fibrillation. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:273-280.

### **Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery:**

Aguiari P, Fiorese M, Iop L, Gerosa G, Bagno A. Mechanical testing of pericardium for manufacturing prosthetic heart valves. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2016;22:72-84

Moscarelli M, Casula R, Speziale G, Athanasiou T. Can we use minimally invasive mitral valve surgery as a safe alternative to sternotomy in high-risk patients? *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2016;22:92-96

Botta L, Merati R, Vignati G, Orcese CA, De Chiara B, Cannata A, Bruschi G, Fratto P. Mitral valve endocarditis due to *Abiotrophia defectiva* in a 14th week pregnant woman. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2016;22:112-114

## **Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery**

Carotti A, Trezzi M. Pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collateral arteries: primary repair. *Multimed Man Cardiothorac Surg* 2016:mmv040.

### **European Heart Journal**

De Bonis M, Al-Attar N, Antunes M, Borger M, Casselman F, Falk V, Folliguet T, Jung B, Lancellotti P, Lentini S, Maisano F, Messika-Zeitoun D, Muneretto C, Pibarot P, Pierard L, Punjabi P, Rosenhek R, Suwalski P, Vahanian A, Wendler O, Prendergast B. Surgical and interventional management of mitral valve regurgitation: a position statement from the European Society of Cardiology Working Groups on Cardiovascular Surgery and Valvular Heart Disease. *Eur Heart J* 2016;37:133-9.

Pozzoli A, Mazzone P, Benussi S, Alfieri O. Incomplete surgical exclusion of the left atrial appendage. *Eur Heart J* 2016;37:188.

Taramasso M, Nietlispach F, Schmid M, Maisano F. Corevalve Evolut R implantation to treat severe left ventricle outflow tract obstruction following mitral valve-in-ring: first-in-man report. *Eur Heart J* 2016;37:317

### **American Journal of Cardiology**

Biancari F, Rosato S, D'Errigo P, Ranucci M, Onorati F, Barbanti M, Santini F, Tamburino C, Santoro G, Grossi C, Covello RD, Ventura M, Fusco D, Seccareccia F; OBSERVANT Research Group. Immediate and Intermediate Outcome After Transapical Versus Transfemoral Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Am J Cardiol* 2016;117:245-51.

### **JACC Cardiovascular Interventions**

Trimarchi S, Eagle K. Thoracic Endovascular Aortic Repair in Acute and Chronic Type B Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol Intv* 2016;9:192-194. (Editorial Comment)

## **International Journal of Cardiology**

La Franca E, Piraino D, Cortese B, Carella M, Buccheri D, Dendramis G, Andolina G, Assennato P, Argano V. Immediate decision making in a case of iatrogenic dissection of left main coronary artery: A successful synergetic treatment. *Int J Cardiol* 2016;202:77-79

Pappalardo F, Regazzoli D, Mangieri A, Ajello S, Melisurgo G, Agricola E, Baratto F, Ruparelia N, Oppizzi M, De Bonis M, Colombo A, Zangrillo A, Della Bella P. Hemodynamic and echocardiographic effects of aortic regurgitation on femoro-femoral veno-arterial ECMO. *Int J Cardiol* 2016;202:760-762

Giuseppe Mario Calvagna, Salvatore Patanè, Fabrizio Ceresa, Alessandro Fontana, Giovanni Sicuso, Eugenio Vinci, Gianfranco Muscio, Ludovico Vasquez, Francesco Patanè. Inadvertent implantation of a pacemaker lead in the left ventricle: a new challenge in cardiology. *Int J Cardiol* 2016;202:914-917

## **Artificial Organs**

Luciani GB, Ündar A. Outcomes of the 11th International Conference on Pediatric Mechanical Circulatory Support Systems and Pediatric Cardiopulmonary Perfusion. *Artif Organs* 2016;40:7-11

Luciani GB, Hoxha S, Torre S, Rungatscher A, Menon T, Barozzi L, Faggian G. Improved Outcome of Cardiac Extracorporeal Membrane Oxygenation in Infants and Children Using Magnetic Levitation Centrifugal Pumps. *Artif Organs* 2016;40:27-33

Di Molfetta A, Amodeo A, Gagliardi MG, Trivella MG, Fresiello L, Filippelli S, Toscano A, Ferrari G. Hemodynamic Effects of Ventricular Assist Device Implantation on Norwood, Glenn, and Fontan Circulation: A Simulation Study. *Artif Organs*. 2016;40:34-42

Gandolfo F, Brancaccio G, Donatiello S, Filippelli S, Perri G, Iannace E, D'Amario D, Testa G, D'Avenio G, Grigioni M, Amodeo A. Mechanically Assisted Total Cavopulmonary Connection With an Axial Flow Pump: Computational and In Vivo Study. *Artif Organs*. 2016;40:43-9.

Hoxha S, Torre S, Rungatscher A, Sandrini C, Rossetti L, Barozzi L, Faggian G, Luciani GB. Twenty-year outcome after right ventricular outflow tract repair using heterotopic pulmonary conduits in infants and children. *Artif Organs* 2016;40:50-55

Torre S, Biondani E, Menon T, Marchi D, Franzoi M, Ferrarini D, Tabbì R, Hoxha S, Barozzi L, Faggian G, Luciani GB. Continuous Metabolic Monitoring in Infant Cardiac Surgery: Toward an Individualized Cardiopulmonary Bypass Strategy. *Artif Organs* 2016;40:65-72

### **Journal of Cardiac Surgery**

Taramasso M, Maisano F, De Bonis M, Pozzoli A, Schiavi D, Benussi S, Grimaldi A, La Canna G, Alfieri O. Prognostic Impact and Late Evolution of Untreated Moderate (2/4+) Functional Tricuspid Regurgitation in Patients Undergoing Aortic Valve Replacement. *J Card Surg* 2016;31:9-14.

Cottini M, Pergolini A, Gentile P, Musumeci F. Primary Cardiac Angiosarcoma. *J Card Surg* 2016;31:63-64.

### **Journal of Cardiothoracic Surgery**

Ranucci M, Di Dedda U, Castelvechio S, La Rovere MT, Menicanti L; Surgical and Clinical Outcome Research (SCORE) Group. In search of the ideal risk-scoring system for very high-risk cardiac surgical patients: a two-stage approach. *J Cardiothorac Surg* 2016;11:13.

### **Journal of Cardiovascular Medicine**

Cresti A, Chiavarelli M, Glauber M, Tanganelli P, Scalese M, Cesareo F, Guerrini F, Capati E, Focardi M, Severi S. Incidence rate of primary cardiac tumors: a 14-year population study. *J Cardiovasc Med* 2016;17:37-43.

Parolari A, Poggio P, Myasoedova V, Songia P, Pillozzi A, Alamanni F, Tremoli E. Molecular pathways activation in coronary artery bypass surgery: which role for pump avoidance? *J Cardiovasc Med* 2016;17:54-61.

Bisleri G, Tononi L, Morgan JA, Bordonali T, Cheema FH, Siddiqui OT, Repossini A, Rosati F, Muneretto C. Separation of mediastinal shed blood during aortic valve surgery elicits a reduced inflammatory response. *J Cardiovasc Med* 2016;17:62-68.

### **The Journal of Vascular Surgery**

Donas KP, Torsello GB, Piccoli G, Pitoulis GA, Torsello GF, Bisdas T, Austermann M, Gasparini D. The PROTAGORAS study to evaluate the performance of the Endurant stent graft for patients with pararenal pathologic processes treated by the chimney/snorkel endovascular technique. *J Vasc Surg* 2016;63:1–7

de Donato G, Setacci F, Bresadola L, Castelli P, Chiesa R, Mangialardi N, Nano G, Setacci C, TriVascular Ovation Italian Study. Aortic neck evolution after endovascular repair with TriVascular Ovation stent graft. *J Vasc Surg* 2016;63:8–15

### **The Thoracic and Cardiovascular Surgeons**

Giordano R, Arcieri L, Cantinotti M, Pak V, Poli V, Maizza A, Melo M, Assanta N, Moschetti R, Murzi B. Custodiol Solution and Cold Blood Cardioplegia in Arterial Switch Operation: Retrospective Analysis in a Single Center. *Thorac Cardiovasc Surg* 2016;64:53-58.

### **World Journal of Pediatric and Congenital Heart Surgery**

Pozzi M, Quarti A, Iezzi F. Reversible Closure of the Ductus Arteriosus. *World J Pediatr Congenit Heart Surg.* 2016;7:93-5.

## LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE

**Russo CF, Mariscalco G, Colli A, Santè P, Nicolini F, Miceli A, De Chiara B, Beghi C, Gerosa G, Glauber M, Gherli T, Nappi G, Murzi M, Molardi A, Merlanti B, Vizzardì E, Bonadei I, Coletti G, Carrozzini M, Gelsomino S, Caiazzo A, Lorusso R. Italian multicentre study on type A acute aortic dissection: a 33-year follow-up. Eur J Cardiothorac Surg 2016;49:125-131.**

Questo mese i redattori della rubrica Italian Literature Watch consigliano la lettura di uno studio multicentrico italiano pubblicato su EJCTS: la sezione “Aortic Surgery” del numero di questo mese di EJCTS è nel suo complesso particolarmente interessante, con diversi contributi da parte autori italiani. Ed in particolare lo studio sopra citato riporta i risultati immediati e a lungo termine della chirurgia per dissezione aortica acuta di tipo A in 1148 pazienti operati consecutivamente in 7 centri italiani in un arco temporale che va dal 1981 al 2013.

Oltre a rappresentare un disamina della performance odierna della chirurgia per dissezione aortica acuta in Italia, lo studio è interessante anche in quanto ha testato il valore predittivo di tre diversi sistemi di punteggio di rischio (“preadmission risk”, basato su fattori di rischio cardiovascolari in generale ed aortici in particolare pre-esistenti rispetto alla dissezione; “admission risk”, basato sulle variabili che descrivono il quadro clinico generale al momento del ricovero; “post-surgery risk”, basato sulle possibili complicanze post-operatorie) sulla mortalità ospedaliera e al follow-up.

Fra i dati di maggior rilievo, l'accesso arterioso per l'istituzione del bypass cardiopolmonare era costituito dall'arteria femorale nel 72% dei casi e dall'arteria ascellare nel 16.7% dei casi. Questo dato caratterizza i centri italiani che hanno partecipato a questo studio rispetto a quanto riportato invece in un “current trends” paper recentemente pubblicato sulla stessa rivista dal “Vascular Domain” dell'EACTS [1], in cui l'uso dell'arteria ascellare o succlavia per l'incannulazione arteriosa e quindi per la perfusione cerebrale selettiva anterograda, era molto più ampio (54% dei casi). La protezione cerebrale nel multicentrico italiano era stata effettuata mediante perfusione anterograda sec. Kazui nel 44% dei casi, con perfusione retrograda nel 26% e con sola ipotermia profonda nel restante 30% dei casi. Una sostituzione della sola aorta ascendente era l'intervento più frequentemente eseguito (58% dei casi), mentre veniva associata la sostituzione dell'emiarco in un ulteriore 30%, o un total arch in un altro 7% dei casi. Solo nel 9% dei casi l'intervento includeva la radice aortica (Bentall o David).

La mortalità ospedaliera era del 25.7%, con un trend in miglioramento nelle ultime due decadi rispetto al periodo precedente (33.5% versus 24%, prima versus dopo il 2000, nonostante una popolazio-

ne di pazienti significativamente più anziana nel secondo periodo). Tali cifre sono nel range della mortalità a 30 giorni riportata nella più recente letteratura per la chirurgia della dissezione acuta tipo A (15-30%) [2]. Tutti e tre i metodi di definizione del profilo di rischio adottati in questo studio (preadmission, admission e post-surgery) risultavano essere indipendentemente associati alla mortalità ospedaliera in analisi multivariata, benché con ampi intervalli di confidenza al 95%, come evidente dalla Tabella 4. La mortalità al follow-up è stata registrata nel 25.8% dei pazienti, con un tempo di follow-up mediano di 70 mesi (range interquartile 34-113 mesi). Per la mortalità al follow-up da qualunque causa, soltanto il pre-admission score (caratteristiche del paziente – in particolare età >70 anni e sesso femminile – e comorbidità croniche) risultava predittivo in analisi multivariata, non gli altri due punteggi inerenti le condizioni cliniche al ricovero e le complicanze postoperatorie. Lo studio riporta inoltre un ottimo rate di sopravvivenza da morte cardiaca a 10 anni del 92.8% e del 52.8% a 20 anni. Il rate di reintervento era non trascurabile (11%), e la presenza di un'insufficienza aortica preoperatoria di grado 3-4+ era associata in analisi univariata ad una libertà da reintervento nel follow-up significativamente inferiore, a 10 anni. Tuttavia il rate di reintervento per disfunzione valvolare aortica era più basso, solo 3.6%.

Nel discutere i loro risultati, gli Autori di questo studio stressano l'importanza dei fattori di rischio considerati nei tre sistemi di score adottati, nel predire l'outcome chirurgico della dissezione acuta di tipo A, suggerendo che tali fattori debbano essere presi in considerazione nella pratica clinica. In merito all'aggressività dell'intervento gli Autori si soffermano sulle differenze osservate nel follow-up fra pazienti che avevano ricevuto la sostituzione della valvola aortica rispetto a quelli in cui era stata eseguita una procedura più conservativa (resuspension o più raramente sparing). Concludono che non si è osservato un peggioramento della prognosi precoce né a lungo termine nei pazienti trattati con sostituzione valvolare aortica, rispetto a quelli trattati in maniera più conservativa, ma il basso rate di reintervento per disfunzione valvolare aortica giustifica l'efficacia della sola risospensione commissurale. Ovviamente lo studio soffre delle limitazioni tipiche degli studi retrospettivi, in particolare delle differenze di management non solo chirurgico fra le diverse epoche cronologiche incluse nell'analisi, come gli Autori stessi ammettono. Inoltre riteniamo che non solo i fattori pre-ricovero, le condizioni alla presentazione e le complicanze postoperatorie possono condizionare l'outcome a breve e lungo termine della dissezione aortica acuta di tipo A, ma anche (ed in maniera importante) i fattori intra-operatori, le scelte di strategia di management che il chirurgo opera ed i criteri che utilizza per selezionare una determinata tecnica rispetto alle altre possibili, nel singolo caso. Rispetto ai fattori analizzati in questo studio, quelli intra-operatori (o correlati al chirurgo) sono probabilmente gli unici "fattori di ri-

schio modificabili” nella storia clinica del paziente dissecato e quindi meriterebbero ulteriori studi, volti ad identificare i migliori criteri di planning operatorio da seguire.

1. De Paulis R, Czerny M, Weltert L, Bavaria J, Borger MA, Carrel TP, Etz CD, Grimm M, Loubani M, Pacini D, Resch T, Urbanski PP, Weigang E; EACTS Vascular Domain Group. Current trends in cannulation and neuroprotection during surgery of the aortic arch in Europe. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015 May;47(5):917-23
2. Krüger T, Conzelmann LO, Bonser RS, Borger MA, Czerny M, Wildhirt S, Carrel T, Mohr FW, Schlensak C, Weigang E. Acute aortic dissection type A. *Br J Surg.* 2012 Oct;99(10):1331-44