

BOLLETTINO  
 SOCIETÀ ITALIANA DI  
 CHIRURGIA CARDIACA

OTTOBRE 2014





# CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

**President**

Lorenzo Menicanti

**Vice President**

Roberto Di Bartolomeo

**General Secretary**

Piersilvio Gerometta

**Scientific Secretary**

Alessandro Parolari

**Treasurer**

Vittorio Creazzo

**Councillors**

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

**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, Ernesto Tappainer

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Pino Fundarò

Francesco Paolo Tritto

*Le nostre radici*

*Stats: always facts?*

*Contenzioso Medico-legale*

*Italian Literature Watch*

*Tough and Monster Cases*

*Umanesimo e Cardiochirurgia*

*Commento "al libro"*

*quando il chirurgo abbraccia l'arte*

## **SICCH Social Networks**

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

*Linkedin*

*Social4med*

*Facebook*



# INDICE

<b>Si moltiplicano gli errata corrige</b>	
<b>Copertino Gate: di tutta un'erba un fascio</b>	<b>pag. 4</b>
Lorenzo Menicanti e Michele Di Mauro	
<b>Editoriale del mese: Brevi note a Tribunale Milano, SENT.17.7.2014</b>	
<b>Ovvero, può una rondine far primavera?</b>	<b>pag. 10</b>
Marco Materangelo e Marco Pagliaro	
<b>Hot-line SICCH: Position paper SICCH sui futuri criteri governativi di accreditamento delle cardiocirurgie italiane</b>	<b>pag. 13</b>
Lorenzo Menicanti e Alessandro Parolari	
<b>Contenzioso Medico-Legale: il consenso informato "SICCH-approved"</b>	<b>pag. 20</b>
Gian Piero Piccoli e Mario Cingolani	
<b>Le nostre radici: la Scuola Cardiocirurgica Romana</b>	<b>pag. 27</b>
Guglielmo Actis Dato, Roberto Lorusso e Vittorio Creazzo	
<b>Commento al libro: il Professore di Segreti</b>	<b>pag. 35</b>
Francesco Paolo Tritto	
<b>Stats: always facts?: il coefficiente di correlazione di Spearman</b>	<b>pag. 38</b>
Fabio Barili	
<b>Tough and Monster Cases: Endocardite recidivante dopo intervento di Rastelli</b>	<b>pag. 42</b>
Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini e Alessandro Varrica	
<b>Italian Literature Watch: Settembre 2014</b>	<b>pag. 44</b>
Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino	
<b>Announcement: Premio "Angelo Actis Dato" 2015</b>	<b>pag. 45</b>



# SI MOLTIPLICANO GLI ERRORI CORRIGE

COPERTINO GATE: DI TUTTA UN'ERBA UN FASCIO!



LORENZO MENICANTI

*PRESIDENTE DELLA SOCIETA'  
ITALIANA DI CHIRURGIA  
CARDIACA*



MICHELE DI MAURO

*DIPARTIMENTO DI MALATTIE  
CARDIOVASCOLARI  
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA*

Cari Colleghi, Cari Lettori

Questa mia sarà solo una brevissima introduzione all'ennesimo caso giudiziario in cui la Cardiochirurgia Italiana si trova ad essere protagonista, stavolta suo malgrado.

Il 19 ottobre 2014 sul Corriere della Sera usciva un'anticipazione di un reportage di REPORT il cui titolo era "Il rappresentante opera al posto del chirurgo". Nell'articolo poi si faceva riferimento ad un caso accaduto a Copertino, in provincia di Lecce, dove uno specialist avrebbe impiantato un PMK al posto del cardiologo deputato. Ora la problematica investiva stranamente la cardiochirurgia perchè nello stesso articolo si attestava quanto segue che questo specialist o rappresentante avrebbe "operato al posto del primario cardiochirurgo".

Non vado oltre con i commenti perchè sarebbe come sparare sulla croce rossa che in questo

caso sarebbe rappresentata da un giornalista di uno dei maggiori, se non il principale, quotidiano italiano, che non ha avuto nemmeno l'accortezza di verificare semplicemente quale professionalità medica è preposta ad impiantare un PMK. Bastava andare in uno ospedale e chiederlo, oppure bastava "googolare". Una volta i giornalisti d'assalto, quelli che scoperchiavano i casi di una certa rilevanza che avevano davvero la necessità di essere portati all'attenzione dei cittadini, facevano ricerche approfondite... oggi si limitano a ricopiare o a scrivere quattro righe senza verificare se ci sono inesattezze che comportano, come in questo caso, un ulteriore discredito di una categoria che ha già le sue belle gatte da pelare per i casi che in questi anni si sono verificati. Bene, chiudo qui, riportandovi il link dello spot "anti-avvoltoi", realizzato da ANAMI in collaborazione con molte Società Scientifiche.

Di seguito vi riporto le lettere del nostro presidente inviate al Corriere della Sera e alla trasmissione televisiva REPORT e la rettifica dello stesso Corriere datata 20 Ottobre.

Buona lettura!

*Michele Di Mauro*

Al Direttore del Corriere della Sera

Dr. Ferruccio de Bortoli

[segretcor@rcs.it](mailto:segretcor@rcs.it)

[segretdir@rcs.it](mailto:segretdir@rcs.it) Milano, 19/10/14

Egr. Dr. De Bortoli,

sul numero odierno del Corriere della Sera compare un articolo firmato da Fulvio Fiano dal titolo "Il rappresentante opera al posto del chirurgo." dove viene descritto il caso di un impianto di pace-maker che sarebbe stato eseguito da un rappresentante, il quale sembrerebbe non essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia (e della relativa abilitazione all'esercizio della professione medica), invece che dal medico preposto a queste procedure. Nell'articolo si afferma che il rappresentante avrebbe operato al posto del "primario di cardiocirurgia" dell'ospedale stesso (ospedale di Copertino in provincia di Lecce). La Società Italiana di Chirurgia Cardiaca chiede al Corriere della Sera formale smentita, da effettuarsi sul Corriere di domani con il medesimo risalto dell'articolo in questione, del fatto che in questa vicenda sia coinvolto un cardiocir-

rurgo, e stigmatizza la crescente pressione denigratoria che avviene nei confronti della propria professione, specie quella chirurgica e cardiocirurgica. Infatti, nell'ospedale menzionato non è mai esistito un reparto, né tantomeno un primariato di chirurgia cardiaca, bensì tale ospedale è dotato di reparto di Cardiologia (ed abitualmente i cardiologi sono preposti a questo tipo di procedure); e l'impianto in questione è stato quindi effettuato sotto la responsabilità di un cardiologo e non di un cardiocirurgo.

*Cordialmente*

*Lorenzo Menicanti*

*Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca*

# INTERVENTI E REPLICHE

## **Cardiologia all'ospedale di Lecce**

Sul *Corriere della Sera* di ieri compare un articolo firmato da Fulvio Fiano dal titolo «Il rappresentante opera al posto del chirurgo», dove viene descritto il caso di un impianto di pace-maker che sarebbe stato eseguito da un rappresentante, il quale sembrerebbe non essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia (e della relativa abilitazione all'esercizio della professione medica), invece che dal medico preposto a queste procedure. Nell'articolo si afferma che il rappresentante avrebbe operato al posto del «primario di cardiocirurgia» dell'ospedale stesso (ospedale di Copertino in provincia di Lecce). La Società Italiana di Chirurgia Cardiaca chiede al *Corriere*

formale smentita del fatto che in questa vicenda sia coinvolto un cardiocirurgo, e stigmatizza la crescente pressione denigratoria che avviene nei confronti della propria professione, specie quella chirurgica e cardiocirurgica. Infatti, nell'ospedale menzionato non è mai esistito un reparto, né tantomeno un primariato di chirurgia cardiaca, bensì tale ospedale è dotato di reparto di Cardiologia (ed abitualmente i cardiologi sono preposti a questo tipo di procedure); e l'impianto in questione è stato quindi effettuato sotto la responsabilità di un cardiologo e non di un cardiocirurgo.

**Lorenzo Menicanti**

Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca



Gentilissima Dottoressa Gabanelli,

Mi permetto di disturbarla dal momento che leggo sul Corriere della Sera di oggi domenica 19 ottobre di un servizio che Report proporrà ai telespettatori questa sera su un episodio accaduto all'Ospedale di Copertino.

Secondo quanto descritto in questo articolo, un atto medico di impianto di pacemaker sarebbe stato eseguito da un rappresentante di una multinazionale privo della laurea in Medicina e Chirurgia.

Se questo fatto fosse accaduto come descritto nell'articolo sarebbe contro la legge e contro ogni regola deontologica.

Mi preme però fare chiarezza su quanto scritto sul Corriere e spero che nel corso della sua trasmissione questo aspetto risulti chiaro ed incontrovertibile.

Gli attori di questa vicenda NON sono CARDIOCHIRURGHI e nessuna Sala Operatoria CARDIOCHIRURGICA è coinvolta, anche perché a Copertino non esiste una CARDIOCHIRURGIA.

Vi è in questo momento una grande confusione da parte delle persone nel considerare le professioni mediche ed in particolare quando si tratta di malattie cardiovascolari. Per essere CARDIOCHIRURGHICI è necessario essere in possesso di una specialità in CARDIOCHIRURGIA, avere superato un lungo percorso formativo e lavorare in un reparto di CARDIOCHIRURGIA. Il caso in questione coinvolge CARDIOLOGI, in un reparto di CARDIOLOGIA, medici che nulla hanno a che fare con la comunità CHIRURGICA.

I CARDIOCHIRURGHICI fisicamente hanno contatto con il cuore per mezzo di interventi molto delicati che permettono di risolvere patologie anatomiche particolarmente complesse. I CARDIOLOGI raggiungono questo organo, così importante e complesso come il nostro cuore, per via percutanea con cateteri o sonde, senza averne mai un controllo diretto, non è pensabile per questi professionisti arrestare il cuore ed eseguire interventi in circolazione extracorporea, pratiche queste che i CARDIOCHIRURGHICI impiegano ogni giorno nelle loro sale operatorie.

Mi permetta di fare un esempio: se io dicessi che la dottoressa Gabanelli e il proprietario di un edicola fanno lo stesso lavoro perché coinvolti nell'informazione direi una grave inesattezza, lei è una GIORNALISTA il secondo è un EDICOLANTE.

Mi scusi ancora del tempo che le rubo ma avere chiare certe differenze aiuta a capire situazioni e problemi che si presentano in un campo così complesso come la sanità.

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro.

*Dottor Lorenzo Menicanti,  
Direttore II Divisione di Cardiochirurgia  
IRCCS Policlinico San Donato - San Donato Milanese - Milano  
Presidente Società Italiana di CardioChirurgia*



# L'EDITORIALE DEL MESE

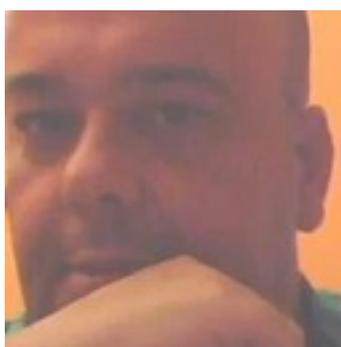
BREVI NOTE A TRIBUNALE MILANO, SENT.17.7.2014  
OVVERO, PUÒ UNA RONDINE FAR PRIMAVERA?



**Avv. Marco Meterangelo**

*Task-Force Medico-Legale SICCH*

*in collaborazione con*



**Marco Pagliaro**

*Cardiochirurgo presso Maria Cecilia  
Hospital, GVM, Ravenna*

La recente riforma in materia di responsabilità professionale degli operatori sanitari (cd. Decreto Balduzzi) ha dato sin da subito origine ad un acceso dibattito tra gli “addetti ai lavori”, incentrato essenzialmente sulla reale portata della previsione normativa di cui all’art.3 rispetto al sistema risarcitorio vigente in materia (che, è ormai universalmente noto, vede applicati i principi della responsabilità contrattuale da inadempimento, con i suoi corollari giuridici quanto all’onere in capo all’operatore sanitario di provare l’esatto adempimento delle proprie prestazioni e la inimputabilità del danno lamentato dal paziente, nonché quanto alla conseguente applicabilità della prescrizione decennale del diritto al risarcimento dei danni).

I principali filoni interpretativi che si contendono il campo sono due: l’uno, basato sul concetto giuridico di “contatto sociale” quale fonte dell’obbligazione posta in capo all’operatore sanitario (ed alla struttura pubblica o privata in cui questi svolge la propria attività), che è per la persistenza dell’attuale sistema risarcitorio riassumibile nel binomio colpa contrattuale – prescrizione decennale; l’altro, basato sul tenore letterale dell’art.3 e sulle esplicite finalità perseguite dal legislatore (i.e.: contenimento della spesa pubblica e del fenomeno della medicina difensiva), che è per il ritorno alle origini del sistema e dunque alla colpa extracontrattuale dei medici ed alla conseguente prescrizione quinquennale del diritto risarcitorio del paziente, passando per il diverso e certamente meno gravoso onere probatorio che ne consegue in capo ai primi.

Il primo di detti orientamenti è ormai consolidato, soprattutto nella giurisprudenza della Corte di Cassazione che anche di recente ha avuto modo di ribadire che la riforma di cui al cd. Decreto Balduzzi “non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende escludere in tale ambito l'irrilevanza della colpa lieve” (v. Cass. civ., sent.17.4.2014 n.8940).

A riaccendere gli animi è ora intervenuta una recentissima sentenza del Tribunale di Milano (addì 17.7.2014 – Giudice Dott. P. Gattari), balzata subito agli onori della cronaca per la sua indubbia portata dirompente poiché in aperto contrasto con l'orientamento prevalente: stando a quel che assume il Giudice meneghino, “sia il richiamo letterale alla norma cardine che prevede nell'ordinamento il risarcimento per fatto illecito (art.2043 c.c.), sia l'inequivoca volontà delle legge Balduzzi di restringere e di limitare la responsabilità (anche) risarcitoria derivante dall'esercizio delle professioni sanitarie, per contenere la spesa sanitaria e porre rimedio al cd. fenomeno della medicina difensiva, inducono ad interpretare la norma in esame nel senso che il richiamo alla responsabilità da fatto illecito nell'art.3 co.1 impone di rivedere il criterio di imputazione della responsabilità risarcitoria del medico (dipendente o collaboratore della struttura sanitaria) per i danni provocati in assenza di un contratto concluso dal professionista con il paziente”; sicché, “al

di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art.2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno”.

Tutto ciò, fermo restando che “l'alleggerimento della responsabilità (anche) civile del medico ospedaliero, che deriva dall'applicazione del criterio di imputazione della responsabilità risarcitoria indicato dalla legge Balduzzi, non ha alcuna incidenza sulla distinta responsabilità della struttura pubblica o privata, che è comunque di tipo contrattuale ex art.1218 c.c.”; con l'ulteriore conseguenza che se “oltre al medico è convenuta dall'attore anche la struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del fatto illecito ha operato, la disciplina della responsabilità andrà distinta (quella ex art.2043 c.c. per il medico e quella ex art.1218 c.c. per la struttura), con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento”.

Stando sempre alla statuizione in commento, tale (re)inquadramento della responsabilità professionale dei medici nell'alveo del fatto illecito ex art.2043 Cod. civ. finirebbe col “favorire la cd. alleanza terapeutica tra medico e paziente, senza che (più o meno inconsciamente) venga inquinata da un sottinteso e strisciante obbligo di risulta-

to al quale il medico non è normativamente tenuto e che è spesso alla base di scelte terapeutiche difensive, pregiudizievoli per la collettività e talvolta anche per le stesse possibilità di guarigione del malato”.

Il dibattito dunque appare tutt'altro che sopito, tanto più che la decisione del Tribunale milanese è venuta ad aggiungersi a quelle parimenti “controtendenza” di altri Uffici Giudiziari sparsi nel territorio nazionale (tra quelle sinora edite, v.: Tribunale di Varese, sent.29.12.2012; Tribunale di Torino, sent.26.2.2013).

L'auspicio che viene da trarsene è che anche il Supremo Consesso riveda la propria posizione e possibilmente nella direzione tracciata dal Tribunale di Milano, posto e considerato che nei tre lustri di vigenza dell'attuale inquadramento giuridico della problematica s'è avuto un aumento esponenziale delle azioni giudiziali (sia in ambito civile che in quello penale) nei confronti degli operatori sanitari, col conseguente ricorso massiccio alla medicina difensiva da parte di questi ultimi e l'incremento spaventoso dei costi sociali della sanità, benché la maggior parte dei procedimenti finisca col risolversi in un nulla di fatto.



LORENZO MENICANTI  
*PRESIDENTE SICCH*



ALESSANDRO PAROLARI  
*SEGRETARIO SCIENTIFICO SICCH*

## **POSITION PAPER SICCH SUI FUTURI CRITERI GOVERNATIVI DI ACCREDITAMENTO DELLE CARDIOCHIRURGIE ITALIANE**

La cardiocirurgia Italiana negli ultimi dieci anni ha modificato il suo aspetto in funzione di quella che è stata l'evoluzione della popolazione e delle evoluzioni dei trattamenti medici ed intervenzionali.

La terapia medica e lo stile di vita dei pazienti sono sicuramente migliorati e l'impiego di procedure percutanee è aumentato in modo considerevole; si è passati infatti da un numero di angioplastiche coronariche di 87622 nel 2003 a 141712 nel 2013, con un incremento per tali procedure del 62% circa. Inoltre, nell'ambito delle opzioni terapeutiche per le malattie cardiovascolari sono entrati nuovi mezzi di trattamento che non erano presenti 10 anni fa, come ad esempio l'impianto di valvola aortica per via percutanea,

e nel solo 2013 sono stati trattati con questa metodica 1743 pazienti. Di conseguenza, il fabbisogno di interventi cardiocirurgici è diminuito sul territorio nazionale, ed è possibile stimare una riduzione di circa 6000 interventi dal 2008 al 2013. Il numero dei centri cardiocirurgici attivi in questo momento sul territorio italiano è di circa 92 per far fronte ad un fabbisogno di interventi cardiocirurgici stimato in 45000 interventi in Circolazione Extra Corporea e circa 5000 senza Circolazione Extra Corporea.

Un'altra conseguenza di quanto sopra descritto è stato il profondo cambiamento del profilo clinico dei pazienti che vengono sottoposti ad intervento: i pazienti che ora vanno incontro ad intervento sono più anziani, presentano un numero maggiore di comorbidità di tipo medico e patologie cardiache più complesse che hanno portato ad un sensibile incremento di interventi com-

binati (ad es sostituzione valvolare più bypass coronarico).

La bozza di decreto 21 luglio 2014: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 prevede l'accREDITAMENTO per quei centri cardiocirurgici che:

1) effettuino almeno 200 interventi di bypass aortocoronarico isolati all'anno

e che

2) abbiano una mortalità a 30 giorni (aggiustata per rischio) inferiore al 4% sia sul bypass aortocoronarico isolato che sulla sostituzione o riparazione valvolare isolata.

Tale proposta si basa sia sui dati di mortalità riportati per tali procedure da AGENAS, sia su dati, peraltro relativamente controversi in letteratura, che la performance di un ospedale o di un'equipe chirurgica sia legate al numero di procedure eseguite.

Abbiamo ritenuto di applicare i livelli di soglia sopra riportati a quanto riportato recentissimamente dal PNE di AGENAS

(<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>) riguardanti le performance di attività e di esiti per gli anni 2012-2013 di tutte le cardiocirurgie italiane per questi due interventi. Dobbiamo innanzi-

tutto dire che, secondo i dati di AGENAS, In Italia nel biennio 2012-2013 si sono effettuati:

29651 Bypass coronarici con una mortalità a 30 giorni del 2,43%

31372 interventi di valvuloplastica o sostituzione valvolare isolata con una mortalità a 30 giorni del 2,85%

Applicando i criteri proposti, la nostra simulazione ci ha consentito di documentare come solamente 16 ospedali in tutto il territorio nazionale risponderebbero ai requisiti richiesti (TAB 1). Questi ospedali garantiscono attualmente il 27% di tutta l'attività cardiocirurgica italiana. Inoltre, ve ne sono alcuni ai limiti inferiori per numerosità di questi interventi (l'Ospedale Sacco ed L'Hesperia Hospital di Modena eseguono 200 interventi di BAC all'anno)

Nella Tabella 2 abbiamo voluto rappresentare tutti gli ospedali che non raggiungono il livello richiesto: se fossero applicati tali criteri, sarebbero esclusi alcuni ospedali prestigiosi per la cardiocirurgia (evidenziati in giallo) e diversi centri che pur, non raggiungendo il target dei 200 bypass coronarici isolati, hanno mortalità inferiori alla media (evidenziati in verde), raggiungendo in alcuni casi anche la significatività statistica per mortalità inferiore alla media nazionale.

Nella tabella 3 sono riportati gli ospedali che NON rispondono ai requisiti di mortalità del 4% sopra riportati.

Razionalizzare attività e risultati è una evidente necessità per l'ottimizzazione delle sempre più

limitate risorse disponibili, ed appare razionale l'identificare delle soglie di mortalità aggiustate per rischio che riteniamo comunque debbano essere condivise con le società scientifiche e con i rappresentanti degli ospedali.

Per quello che riguarda le soglie di numerosità, riteniamo che il creare dei limiti di questo tipo soprattutto per il numero di interventi di by-pass possa essere fuorviante, sia per quanto riguarda le evidenze scientifiche in merito che per quanto riguarda la complessa realtà del panorama sanitario italiano. Concettualmente riteniamo che il numero totale di procedure cardiologiche effettuate da un singolo centro possa essere più adeguato in questo contesto, definendo in circa 250 – 300 interventi in Circolazione Extra Corporea un limite al di sotto del quale una cardiologia potrebbe non essere considerata completamente performante.

Per tale motivo la SICCH si mette a disposizione delle Istituzioni per aprire un tavolo di concertazione al fine di identificare delle soglie di numerosità e mortalità condivise, al fine di offrire il migliore servizio possibile ai cittadini/pazienti italiani pur nel contesto delle ridotte risorse economiche del sistema Italia.

TABELLA 1

## CENTRI ITALIANI CHE RISPONDONO AI REQUISITI RICHIESTI DALLA BOZZA DEL DECRETO 212 LUGLIO 2014

By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni

Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	%					N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
			N	GREZZA	% ADJ	RR	P					
Italia-		ITALIA	29651	2,43	-	-	-	31732	2,85	-	-	-
Osp. L. Sacco-Milano	MI	LOMBARDIA	403	2,73	2,98	1,23	0,51	298	2,68	3,03	1,06	0,865
Osp. Spedali Civili-Brescia	BS	LOMBARDIA	469	1,07	1,6	0,66	0,351	475	2,11	2,18	0,76	0,401
Osp. di Circolo A. Manzoni-Lecco	LC	LOMBARDIA	422	1,9	1,95	0,8	0,546	236	0,85	0,94	0,33	0,12
IRCCSpr Policlinico S. Donato-San Donato Milanese	MI	LOMBARDIA	624	3,04	3,03	1,25	0,359	857	1,4	1,38	0,48	0,014
A.O.U.U. Ospedale Civile Maggiore-Verona	VR	VENETO	610	1,8	2,61	1,07	0,815	850	1,29	1,4	0,49	0,02
A.O.U.U. Ospedali Riuniti-Trieste	TS	FRIULI VENEZIA GIULIA	487	1,44	0,84	0,34	0,006	268	2,24	1,66	0,58	0,196
IRCCSpr S. Martino-Genova	GE	LIGURIA	427	3,51	3,37	1,39	0,226	303	3,63	3,22	1,13	0,69
CCA Villa Maria Cecilia Hospital-Cotignola	RA	EMILIA ROMAGNA	442	2,26	2,1	0,87	0,657	950	1,68	1,73	0,61	0,049
CCA Hesperia Hospital Modena SRL-Modena	MO	EMILIA ROMAGNA	402	1,49	1,09	0,45	0,056	595	1,18	1,07	0,37	0,01
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	TOSCANA	471	1,91	1,78	0,73	0,363	779	2,95	2,33	0,82	0,353
E.R. Ospedale del Cuore G. Pasquinucci-Pisa	PI	TOSCANA	408	0,98	0,89	0,37	0,049	995	1,11	1,05	0,37	0,001
A.O. G.M. Lancisi-Ancona	AN	MARCHE	797	1,63	1,59	0,65	0,137	626	2,4	2,4	0,84	0,521
Pol.U. A. Gemelli-Roma	RM	LAZIO	565	2,12	2,38	0,98	0,946	344	4,07	3,26	1,14	0,623
A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi-Salerno	SA	CAMPANIA	652	3,22	2,55	1,05	0,826	466	2,36	1,94	0,68	0,211
CCA Montevergine-Mercogliano	AV	CAMPANIA	489	2,66	2,18	0,9	0,708	344	3,2	3,53	1,24	0,478
CCA CBH Villa Bianca-Bari	BA	PUGLIA	545	2,2	2,9	1,19	0,549	403	2,23	2,49	0,87	0,687
<b>Totale dei casi eseguiti nelle strutture che rispondono ai criteri</b>			<b>8213</b>					<b>8789</b>				
<b>Percentuale dei casi eseguiti nelle strutture che rispondono ai criteri</b>			<b>27,6989</b>					<b>27,69759234</b>				

TABELLA 2

## CENTRI ITALIANI CHE NON RISPONDONO AI REQUISITI di 200 CABG/ANNO RICHIESTI DALLA BOZZA DEL DECRETO 212 LUGLIO 2014

By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	%				
			N	GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-		ITALIA	29651	2,43	-	-	-
A.O. Maurizio Umberto I-Torino	TO	PIEMONTE	202	6,44	4,62	1,9	0,028
A.O. S.S. Antonio e Biagio-Alessandria	AL	PIEMONTE	177	1,13	1,46	0,6	0,472
A.O. S. Croce e Carle-Cuneo	CN	PIEMONTE	331	1,51	0,83	0,34	0,022
A.O.U.U. S. G. Battista Molinette-Torino	TO	PIEMONTE	194	3,61	2,62	1,08	0,849
CCA Citt	AL	PIEMONTE	216	1,39	1,62	0,67	0,484
CCA Policlinico di Monza SPA-Novara	NO	PIEMONTE	184	0,54	0,67	0,27	0,198
CCA Villa Maria Pia Hospital-Torino	TO	PIEMONTE	214	2,34	2,81	1,16	0,747
Osp. Ca' Granda Niguarda-Milano	MI	LOMBARDIA	219	0,91	0,62	0,25	0,058
Osp. S. Gerardo-Monza	MB	LOMBARDIA	297	2,69	3,76	1,55	0,221
Osp. C. Poma-Mantova	MN	LOMBARDIA	372	0,81	1,01	0,42	0,13
Osp. Papa Giovanni XXIII-Bergamo	BG	LOMBARDIA	224	2,68	1,76	0,73	0,449
Osp. di Circolo e Fondaz. Macchi-Varese	VA	LOMBARDIA	352	1,7	1,29	0,53	0,136
Osp. Civile-Legnano	MI	LOMBARDIA	379	1,85	1,78	0,73	0,422
IRCCSpr Multimedica-Sesto San Giovanni	MI	LOMBARDIA	107	1,87	1,39	0,57	0,439
IRCCSpr Humanitas-Rozzano	MI	LOMBARDIA	312	2,24	2,2	0,9	0,796
IRCCSpr S. Raffaele-Milano	MI	LOMBARDIA	251	0,8	1,25	0,52	0,348
IRCCSpr Centro Cardiologico Fondaz. Monzino-Milano	MI	LOMBARDIA	350	0,29	0,3	0,12	0,038
IRCCSF Policlinico S. Matteo-Pavia	PV	LOMBARDIA	203	1,48	0,9	0,37	0,092
CCA Fondaz. Poliambulatoria-Brescia	BS	LOMBARDIA	366	0,27	0,24	0,1	0,022
CCA Ist. Clinico S. Rocco SPA-Ome	BS	LOMBARDIA	169	2,96	2,95	1,21	0,668
CCA Cliniche Gavazzeni SPA-Bergamo	BG	LOMBARDIA	253	2,77	3,66	1,51	0,28
CCA Ist. Clinico S. Ambrogio SPA-Milano	MI	LOMBARDIA	189	2,65	3,06	1,26	0,611
CCA Policlinico-Monza	MB	LOMBARDIA	190	3,16	4,44	1,83	0,14
Osp. S. Chiara-Trento	TN	PROV. AUTON. TRENTO	327	0,61	0,42	0,17	0,014
A.O. di Padova-Padova	PD	VENETO	362	1,66	2,12	0,87	0,746
Osp. Civile-Mirano	VE	VENETO	357	0	0	0	0
Osp. dell'Angelo-Venezia	VE	VENETO	309	2,91	3,38	1,39	0,328
Osp. Ca' Foncello-Treviso	TV	VENETO	317	1,26	1,55	0,64	0,371
Osp. di Vicenza-Vicenza	VI	VENETO	346	2,02	2,97	1,22	0,594
A.O.U.U. Sede di Udine-Udine	UD	FRIULI VENEZIA GIULIA	320	0,94	0,75	0,31	0,046
CCA ICLAS SRL-Rapallo	GE	LIGURIA	161	0,62	0,48	0,2	0,107
A.O.U.U. di Bologna-Bologna	BO	EMILIA ROMAGNA	381	1,84	1,52	0,63	0,231
CCA Villa Torri-Bologna	BO	EMILIA ROMAGNA	117	3,42	4,16	1,71	0,286
CCA Salus Hospital SPA-Reggio Nell'emilia	RE	EMILIA ROMAGNA	175	1,71	1,57	0,65	0,459
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	TOSCANA	140	0	0	0	0
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	TOSCANA	227	5,29	4,72	1,94	0,026
CCA Villa Maria Beatrice Hospital SRL-Firenze	FI	TOSCANA	271	1,85	2,36	0,97	0,95
A.O. S. Maria-Terri	TR	UMBRIA	144	2,78	2,41	0,99	0,991

tabella 2 (parte B)

A.O. di Perugia-Perugia	PG	UMBRIA	237	4,64	6,1	2,51	0,003
A.O. S. Filippo Neri-Roma	RM	LAZIO	335	4,48	3,87	1,59	0,084
A.O.SSN Policlinico Umberto I-Roma	RM	LAZIO	219	1,37	1,17	0,48	0,213
A.O.U.U. S. Andrea-Roma	RM	LAZIO	273	1,83	1,04	0,43	0,071
Pol.U. Campus Biomedico-Roma	RM	LAZIO	314	2,87	4,35	1,79	0,102
CCA European Hospital-Roma	RM	LAZIO	356	2,25	3,7	1,52	0,236
Osp. S.S. Annunziata-Chieti	CH	ABRUZZO	368	2,72	2,4	0,99	0,973
Osp. Mazzini-Teramo	TE	ABRUZZO	311	3,22	2,29	0,94	0,858
E.R. Fondaz. Giovanni Paolo II-Campobasso	CB	MOLISE	206	0,49	0,27	0,11	0,032
A.O. S. G. Moscati-Avellino	AV	CAMPANIA	216	4,63	3,79	1,56	0,176
A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	CE	CAMPANIA	210	7,14	10,43	4,29	0
A.O.SSN Federico II-Napoli	NA	CAMPANIA	195	2,56	4,04	1,66	0,254
CCA Clinica Mediterranea SPA-Napoli	NA	CAMPANIA	186	2,69	4,63	1,91	0,151
CCA Pineta Grande-Castel Volturno	CE	CAMPANIA	201	8,46	7,86	3,24	0
CCA S. Michele-Maddaloni	CE	CAMPANIA	397	4,53	3,52	1,45	0,144
Osp. V. Fazzi-Lecce	LE	PUGLIA	275	4,36	5,69	2,34	0,004
A.O.SSN Consorziale Policlinico-Bari	BA	PUGLIA	323	3,41	1,74	0,71	0,294
CCA Città di Lecce-Lecce	LE	PUGLIA	350	1,14	0,53	0,22	0,003
CCA Anthea-Bari	BA	PUGLIA	310	1,61	1,69	0,7	0,425
CCA Villa Verde SNC-Taranto	TA	PUGLIA	315	2,86	1,98	0,82	0,568
CCA S. Maria-Bari	BA	PUGLIA	322	3,42	2,58	1,06	0,849
A.O. S. Carlo-Potenza	PZ	BASILICATA	206	5,83	5,94	2,44	0,003
A.O. Mater Domini-Catanzaro	CZ	CALABRIA	193	5,18	5,47	2,25	0,015
CCA S. Anna Hospital-Catanzaro	CZ	CALABRIA	397	3,53	2,8	1,15	0,614
A.O. Papardo-Messina	ME	SICILIA	360	2,22	2,54	1,05	0,906
A.O.SSN Vittorio Emanuele-Catania	CT	SICILIA	272	6,62	6,57	2,71	0
E.R. ISMETT-Palermo	PA	SICILIA	362	1,66	1,6	0,66	0,315
A.O. G. Brotzu-Cagliari	CA	SARDEGNA	270	1,11	1,78	0,73	0,588
Osp. Civile-Sassari	SS	SARDEGNA	322	0	0	0	0

TABELLA 3

**CENTRI ITALIANI CHE NON RISPONDONO AI REQUISITI DI MORTALITA' AGGIUSTATA <4% (CABG OPPURE SOSTITUZIONE/PLASTICA VALVOLARE ISOLATA) RICHIESTI DALLA BOZZA DEL DECRETO 212 LUGLIO 2014**

**By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni**

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%			
				GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-		ITALIA	29651	2,43	-	-	-
A.O. Mauriziano Umberto I-Torino	TO	PIEMONTE	202	6,44	4,62	1,9	0,028
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	NO	PIEMONTE	437	3,66	4,06	1,67	0,046
CCA Policlinico-Monza	MB	LOMBARDIA	190	3,16	4,44	1,83	0,14
CCA Villa Torri-Bologna	BO	EMILIA ROMAGNA	117	3,42	4,16	1,71	0,286
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	TOSCANA	227	5,29	4,72	1,94	0,026
A.O. di Perugia-Perugia	PG	UMBRIA	237	4,64	6,1	2,51	0,003
A.O.U.U. Policlinico Tor Vergata-Roma	RM	LAZIO	411	5,6	5	2,06	0,001
Pol.U. Campus Biomedico-Roma	RM	LAZIO	314	2,87	4,35	1,79	0,102
A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	CE	CAMPANIA	210	7,14	10,43	4,29	0
A.O.SSN Federico II-Napoli	NA	CAMPANIA	195	2,56	4,04	1,66	0,254
CCA Clinica Mediterranea SPA-Napoli	NA	CAMPANIA	186	2,69	4,63	1,91	0,151
CCA Pineta Grande-Castel Volturno	CE	CAMPANIA	201	8,46	7,86	3,24	0
Osp. V. Fazzi-Lecce	LE	PUGLIA	275	4,36	5,69	2,34	0,004
A.O. S. Carlo-Potenza	PZ	BASILICATA	206	5,83	5,94	2,44	0,003
A.O. Mater Domini-Catanzaro	CZ	CALABRIA	193	5,18	5,47	2,25	0,015
A.O.SSN Vittorio Emanuele-Catania	CT	SICILIA	272	6,62	6,57	2,71	0
CCA Iscas Morgagni Nord SRL-Pedara	CT	SICILIA	504	4,56	5,35	2,2	0

**Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni**

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%			
				GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-		ITALIA	29651	2,43	-	-	-
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	NO	PIEMONTE	311	4,5	4,76	1,67	0,058
CCA Villa Maria Pia Hospital-Torino	TO	PIEMONTE	328	4,88	4,26	1,49	0,123
IRCCSf Policlinico S. Matteo-Pavia	PV	LOMBARDIA	215	4,19	4,2	1,48	0,259
CCA Policlinico-Monza	MB	LOMBARDIA	157	5,1	6,55	2,3	0,018
Osp. di Vicenza-Vicenza	VI	VENETO	636	3,62	4,65	1,63	0,02
A.O.U.U. di Parma-Parma	PR	EMILIA ROMAGNA	421	4,99	4,11	1,44	0,105
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	TOSCANA	297	6,73	5,64	1,98	0,003
A.O. S. Filippo Neri-Roma	RM	LAZIO	114	11,4	11,2	3,93	0
A.O. S. Camillo-Forlanini-Roma	RM	LAZIO	418	4,78	4,72	1,66	0,028
A.O.SSN Policlinico Umberto I-Roma	RM	LAZIO	150	4	4,27	1,5	0,328
A.O.U.U. Policlinico Tor Vergata-Roma	RM	LAZIO	436	5,5	4,95	1,74	0,01

A.O.U.U. S. Andrea-Roma	RM	LAZIO	110	5,45	4,92	1,73	0,19
A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	CE	CAMPANIA	94	7,45	9	3,16	0,002
A.O. S. G. Moscati-Avellino	AV	CAMPANIA	136	5,15	4,32	1,52	0,284
A.O. dei Colli P. Monaldi-Napoli	NA	CAMPANIA	410	3,66	4,14	1,45	0,158
A.O.SSN Federico II-Napoli	NA	CAMPANIA	97	10,31	11,38	3,99	0
CCA Clinica Mediterranea SPA-Napoli	NA	CAMPANIA	293	4,44	4,5	1,58	0,114
CCA Pineta Grande-Castel Volturno	CE	CAMPANIA	149	4,03	4,61	1,62	0,239
CCA S. Michele-Maddaloni	CE	CAMPANIA	77	11,69	11,57	4,06	0
Osp. V. Fazzi-Lecce	LE	PUGLIA	127	9,45	11,37	3,99	0
A.O.SSN Consorziale Policlinico-Bari	BA	PUGLIA	260	5,38	4,81	1,69	0,061
CCA S. Maria-Bari	BA	PUGLIA	260	6,92	7,52	2,64	0
A.O. S. Carlo-Potenza	PZ	BASILICATA	293	4,78	4,51	1,58	0,094
A.O. Mater Domini-Catanzaro	CZ	CALABRIA	120	5	4,38	1,54	0,305
CCA S. Anna Hospital-Catanzaro	CZ	CALABRIA	374	6,95	8,16	2,87	0
A.O. Papardo-Messina	ME	SICILIA	218	4,59	5,48	1,92	0,04
CCA Iscas Morgagni Nord SRL-Pedara	CT	SICILIA	333	4,8	6,25	2,19	0,002
CCA Villa Maria Eleonora-Palermo	PA	SICILIA	242	4,55	5,65	1,98	0,022

# CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

## IL CONSENSO INFORMATO "SICCH-APPROVED"



GIAN PIERO PICCOLI

Sembrerebbe “l’uovo di Colombo” per risolvere la problematica del “Consenso Informato Uniformato”.

Chi ha avuto la disavventura di essere coinvolto in un procedimento per responsabilità professionale medica, avrà visto come, quasi costantemente, fra le contestazioni rivolte vi sia anche, quale ciliegina finale sulla torta, quella del “Consenso Informato” con motivazioni addotte quali “non me lo hanno spiegato” o “se lo avessi saputo” o “non c’era scritto” oppure ancora “non lo avevo capito” ed altro.

Questa annosa problematica potrebbe essere risolta con la redazione di un “Consenso Informato Unificato” approvato dalla SICCH. Nell’era “Balduzzi” la cui Legge ha stabilito che la condotta dei sanitari deve essere giudicata e valutata in base alla attinenza del loro comportamento a quanto dettato dalle linee guida vigenti nella materia in discussione, se si riuscisse a redigere, da parte della SICCH, un consenso informato dalla stessa società approvato, non si potrebbe più contestarne la validità, la comprensibilità e la completezza essendo stato redatto sotto

l’egida e con l’approvazione della Società scientifica che ci rappresenta.

A tal fine si potrebbero invitare tutti i responsabili dei Centri che ne siano interessati ad inviare all’indirizzo di posta elettronica della Società i consensi informati che abitualmente vengono utilizzati.

Il comitato direttivo ne potrebbe vagliare, di ciascuno, la completezza e provvedere a nominare una commissione ad hoc incaricata di uniformare un consenso informato SICCH approved, attingendo il meglio dai protocolli adottati dai singoli centri. In tal modo dovranno aver fine le rinvase motivate da consensi ritenuti inadeguati in quanto, quello proposto avrà l’avvallo societario. Perché questo progetto possa essere ampiamente condiviso e nessuno si mostri “innamorato” della propria documentazione cartacea, sarebbe necessario il contributo di quanti più Centri possibile, dai quali ci si dovrebbe aspettare una collaborazione mediante l’invio di quanto utilizzato in merito, per ottenere un consenso informato all’intervento da parte dei pazienti prima di essere sottoposti al programmato intervento cardiocirurgico, appunto “SICCH approved”.

Quanto la problematica relativa al Consenso Informato sia complessa (se mai ve ne fosse bisogno) è documentata dal successivo articolo redatto dal **Prof. Mariano Cingolani, Ordinario di medicina legale, Università degli studi di Macerata**, che affronta l'argomento con una ottica diffidente da quella esposta nei due articoli, sullo stesso tema, apparsi sul numero di Settembre del Bollettino.

Buona lettura

### **Informare e comunicare in cardiocirurgia. Il fare” ed il “documentare”**

Introduzione.

L'argomento ha una dimensione di studio molto vasta che abbraccia l'etica, la deontologia, la responsabilità, l'organizzazione sanitaria e la gestione dei servizi della salute. In ciascuno di tali ambiti le espressioni di “informare”, di “comunicare” e di “consentire” assumono connotati diversificati e, talora anche molto dissimili. Appare quindi non superfluo che il presente contributo abbia come scopo di approfondire un insieme di elementi che ineriscono al senso che si vuole conferire alle espressioni appena riportate, non con intendimento nosografico e lessicale, ma per meglio determinarne la portata ed il significato, in modo da un lato da circoscrivere la trattazione e dall'altro di conferirgli la necessaria chiarezza e congruenza. Ciò, inoltre, con lo scopo di enucleare quanto di essi sia aderente alla necessità di “fare”, di attivarsi per porre in essere un comportamento adeguato e corretto e quanto, in altro verso, di tale scelta di comportamento renda opportuna, o comunque possibile, una esauriente documentazione.

A tale ultimo proposito si ricorda che i temi del “fare” e quelli del “documentare” fanno riferimen-

to a distinte indicazioni di regolamentazione, sia etiche, sia deontologiche che giuridiche, tanto da potersi circoscrivere veri e propri “doveri” distinti. Inoltre entrambi richiamano approcci procedurali differenti, con strumenti, modi e tempi specifici e peculiari, differenti nelle due specie. Tali elementi di differenziazione, però, non debbono essere intesi in modo da permettere di scotomizzare definitivamente la materia, poiché in tale caso si correrebbe il rischio di considerarli doveri astrattamente distinti e separati fino a giungere all'assurdo di assumere che possa essere legittimamente “documentato” ciò che non si è “fatto”. I due elementi del fare e del documentare debbono, insomma, essere tenuti uniti da un imprescindibile legame teleologico espresso nel dovere generale di “documentare al meglio ciò che si è fatto in maniera adeguata”.

### **Il “fare” informazione e comunicazione in cardiocirurgia.**

Ma che cosa si deve intendere per “informazione”? L'informazione è una qualunque aggregazione di dati, di cui sia noto sia il contenuto che il valore, che passa, in maniera univoca ed unidirezionale, da un soggetto ad un altro.

La comunicazione, invece, è il risultato di un complesso intreccio di attività svolte da due o più soggetti che, interagendo, costruiscono congiuntamente il senso delle proprie azioni, sulla base di una disponibilità alla comunicazione e di un bagaglio di conoscenze comuni o comunque oggetto di negoziazione. Nella comunicazione il rapporto è bidirezionale e coinvolge non solo i contenuti, ma anche la relazione stessa. La qualità della comunicazione è legata quindi al risultato della negoziazione che coinvolge entrambi tali

aspetti (contenuto e relazione). L'informazione è, quindi, parte integrante della comunicazione, ma non la assorbe completamente, nel senso che una "buona" informazione non realizza, di per se, una buona comunicazione e, per certi versi, vi può essere adeguata comunicazione anche in presenza di "cattiva" comunicazione<sup>1</sup>.

Che l'informazione costituisce un "dovere" positivo, e quindi da ricercare oltre che da soddisfare, per il medico, risulta assodato. I riferimenti che circoscrivono tale obbligo provengono dalla Costituzione (Artt. 13 e 32), dal codice deontologico (Artt. 33 e 35) ed hanno trovato anche una attenzione applicativa in materia penale. La cassazione infatti ha affermato (Corte di Cassazione – Sezione VI Penale – 21 Marzo 1997 – Pres. Trojano – Est. Ferrua – P.M. Siniscalchi (ann. Rinvio) – Maioni (C.p. art. 328; legge 26 Aprile 1990 n. 86, art. 16) che l'informazione al paziente costituisce una integrazione della prestazione sanitaria finalizzata alla tutela della salute ed è quindi prestazione sanitaria essa stessa alla stregua dell'intervento diagnostico-terapeutico propriamente inteso<sup>2</sup>. La sua omissione deliberata integra, quindi, il reato di omissione di atto d'ufficio o di servizio. Ciò significa, quindi, che per il cardiocirurgo l'informazione integra la sua prestazione professionale ed è parte integrante del suo agire, come l'attività diagnostico-terapeutica, quella preventiva e quella riabilitativa. Omettere l'informazione è sostanzialmente assimilabile alla scelta deliberata di rifiutare l'esecuzione di un accertamento diagnostico o di un trattamento terapeutico.

Che la comunicazione costituisca anch'essa un dovere per il medico risulta meno scontato e, soprattutto, meno percepito. Vi è chi pensa che il dovere investa la comunicazione solo in quanto essa è costituita anche dall'informazione e che, quindi, i richiami di regolamentazione siano gli

stessi (quelli appena citati). Non vi sarebbe, quindi, un dovere autonomo di "comunicare", ma esso sarebbe assorbito da quello di "informare". Tale interpretazione sembra giustificare la sua fondatezza sulla considerazione che mentre l'informazione, essendo procedura unidirezionale su contenuto e valore condivisi, risulta assolutamente connessa con la scelta dell'informatore, che ne determina gli aspetti cronologici (inizio, durata, fine) e quelli di contenuto e di forma, assumendo il ruolo del dominus globale ed autonomo, la comunicazione è legata alla semplice relazione che stabilisce tra i soggetti coinvolti, circostanza che in alcune determinanti (sia cronologiche, sia di forma) risulta "inevitabile", insita in maniera intrinseca nel rapporto tra assistito e professionista. Nel momento in cui il cardiocirurgo è presente al suo assistito, questo realizza già la procedura comunicativa, al di là ed anche a prescindere delle scelte consapevoli di ciascuno<sup>3</sup>. E' la semplice "presenza" che realizza il rapporto comunicativo che, come si vedrà oltre, è prevalentemente veicolato da strumenti non verbali. Si comunica, insomma, anche in maniera inconsapevole, inevitabile ed automatica. Il dovere comunicativo, quindi, in tale modo di vedere, coinvolgerebbe solo gli aspetti informativi della comunicazione, i soli determinabili dal soggetto e quindi nei confronti dei quali questi possa assumere un obbligo di fare.

In realtà tale interpretazione non tiene conto che esistono dei richiami regolamentativi che riguardano la comunicazione. Essa è, infatti, citata all'articolo 15 della Costituzione ove si afferma che "La libertà ..... di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili. La loro limitazione può avvenire soltanto per atto motivato dall'autorità giudiziaria con le garanzie stabilite dalla legge".

Nel Codice deontologico la comunicazione è citata numerose volte, per lo più in maniera incidentale e con significato parziale (art.34, informazione a terzi; art.55, informazione sanitaria; art.59, rapporti con il medico curante; art.64, doveri di collaborazione con l'ordine). E' citata in maniera propria due volte, all'art.33 (..... Il medico dovrà COMUNICARE con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione) ed all'art.66 (Il medico deve favorire la COMUNICAZIONE tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale).

La comunicazione quindi parrebbe un dovere deontologico da rispettare e da attentamente considerare, anche in maniera autonoma rispetto a quello informativo. Ciò indubbiamente solleva una serie di problemi che investono proprio l'intrinseco carattere della comunicazione di essere realtà fondata su strumenti non tutti perfettamente conosciuti e nei confronti dei quali il cardiocirurgo possa vantare una adeguata formazione che consenta una piena consapevolezza. Peraltro, anche a voler restare all'interno del recinto di doverosità delineato dal codice deontologico, la comunicazione deve almeno essere teleologicamente orientata ad ottenere due risultati: la migliore comprensione da parte del soggetto e la migliore qualità della prestazione assistenziale globale.

Si tratta di un dovere soddisfatto?

Le ricerche documentano che fra gli utenti dei servizi sanitari è forte la percezione di una progressiva diminuzione di vicinanza emotiva e fisica da parte degli operatori sanitari e quindi, complessivamente, di uno scadente livello di comunicazione 4.

E' inoltre esperienza diffusa della medicina legale che una parte rilevante degli attriti ed anche

del contenzioso origina da "difetti" di comunicazione.

Sull'altro fronte è maturato il convincimento che la comunicazione costituisca l'asse portante di ogni rapporto, anche di quello "sanitario", che essa precede l'atto diagnostico-terapeutico in se e che la relazione debba contenere anche l'aspetto tecnologico-strumentale della prestazione, elemento particolarmente delicato ed importante in cardiocirurgia. E' inoltre progressivamente progredito un parallelo convincimento da parte del medico che il personale non-medico abbia molte più occasioni di interagire con il paziente e con i suoi familiari e quindi a lui sia in qualche modo "delegata" di fatto la comunicazione.

Nel complesso il comunicare non è consentito come dovere ed è quindi delegato, con effetti distorsivi rilevanti sulla globale qualità del servizio. Cosa fare per recuperare consapevolezza e responsabilità in argomento?

Partire dalla osservazione che ogni comportamento è comunicazione, e che, quindi, nell'instaurare un rapporto interpersonale strutturato non si può non comunicare, che non esiste una comunicazione corretta o sbagliata, in quanto il significato di un comunicato è definito dalla risposta che ottiene e che, infine, il buon comunicatore si assume al 100% la responsabilità dei risultati che ottiene.

Ulteriori elementi da valutare sono quelli relativi agli strumenti comunicativi ed al loro impatto sulla comunicazione. E' infatti stato studiato che appena il 7% dell'impatto comunicativo è legato alla comunicazione verbale ed una quota pari al 38% a quella paraverbale (tono, volume, ritmo, cadenza) e che la restante porzione, maggioritaria (55%), è veicolata da componenti non verbali (postura, gestualità, mimica)5. Ciò richiama in-

nanzi tutto una particolare attenzione a tali componenti, che nell'esperienza quotidiana del clinico, ed anche del cardiocirurgo, sono spesso sottoposte a scarsa attenzione e controllo, con conseguenti scadenti risultati comunicativi.

Deve inoltre essere tenuto in conto che la comunicazione, proprio basandosi su elementi non verbali, tende a sfuggire dalla consapevolezza di chi partecipa al processo, in quanto la maggiore attenzione è data ai contenuti verbali mentre gli altri vengono non raramente lasciati al governo istintivo. Va viceversa promosso un recupero del governo razionale di tali mezzi comunicativi, in modo che si possa avere dimensione complessiva della "matrice" della comunicazione<sup>6</sup>.

Tale matrice, esposta nella figura 1, incrocia i due settori essenziali della comunicazione, il contenuto e la relazione, con la coppia accordo/disaccordo.

	ACCORDO	DISACCORDO
CONTENUTO		
RELAZIONE		

Figura n. 1: la matrice della comunicazione

La matrice così costituita dà luogo a differenti situazioni di fatto (4 distinte possibilità) legate all'intrecciarsi dell'accordo/disaccordo con il contenuto e/o la relazione. Si producono così situazioni di comunicazione ideale, quando vi è accordo sia sul contenuto che sulla relazione, nelle quali la comunicazione ottiene ottimi risultati e la posizione reciproca è di parità e di piena soddisfazione. All'opposto le situazioni in cui vi sia disaccordo sia sul contenuto che sulla relazione sono quelle nelle quali la comunicazione è inadeguata, i risultati sono molto scadenti e le posizioni reciproche sono di insoddisfazione o di disparità.

Peraltro queste circostanze, poiché sono legate al prodursi di tensioni evidenti durante la relazione, molto frequentemente portano alla interruzione del rapporto, prima ancora della esecuzione della prestazione, per cui risolvono la loro problematicità prima che questa si realizzi mostrandosi, per certi versi, meno pericolose.

Esistono quindi circostanze in cui vi è accordo sulla relazione, ma non sul contenuto: sono quelle in cui si realizza il confronto paritario e se il passaggio di informazioni è adeguato, i risultati comunicativi sono di soddisfazione. E' la situazione che dovrebbe essere più frequentemente ricercata e sperimentata in cardiocirurgia, in cui l'utente e il cardiocirurgo costruiscono un accordo sulla relazione reciproca ma dibattono sul contenuto, inevitabilmente connesso anche ad aspetti di conoscenza e di competenza che solo il cardiocirurgo può trasmettere e che sono sconosciuti dall'utente.

Infine vi sono condizioni nelle quali vi è accordo sul contenuto, ma disaccordo sulla relazione. Si tratta dei casi più problematici e più pericolosi poiché in essi il conseguimento dei risultati perde valore e l'insoddisfazione è legata al vissuto di disparità relazionale che matura tra i soggetti coinvolti. E' il mancato contatto "relazionale" che in questi casi gioca il ruolo preminente, tanto che può risultare del tutto indifferente il fatto che si sia o meno raggiunto un risultato dal trattamento. E' ovvio che sono proprio questi i casi che dovrebbero essere sottoposti alla maggiore attenzione, in quanto il nascere dell'insoddisfazione produce nei protagonisti da un lato frustrazione (cardiocirurgo) e dall'altro sentimento di rivalsa, che è l'anticamera della genesi del contenzioso. Una adeguata attenzione a questi casi dovrebbe portare ad identificare da parte del cardiocirurgo quali sono gli elementi che determinano in es-

si il disaccordo relazionale. Tale operazione non è sempre agevole, ma comunque deve necessariamente tenere in considerazione che nella “relazione” vengono a contatto due differenti mondi e che una buona relazione non è legata alla casualità, ma per conseguirla al meglio occorre eseguire una sequenza precisa di azioni e comportamenti, sempre avendo a mente che gran parte dei contenuti comunicativi sono veicolati in modo non verbale.

E' importante soprattutto avere capacità di sintonizzarsi sulla “mappa del mondo” dell'interlocutore perché questi si senta riconosciuto ed accettato e la relazione possa basarsi su di un piano fondamentale di parità. Tale mappa è costituita dalle credenze, dalle convinzioni, dalle opinioni, dalle emozioni e dai sentimenti sui quali ciascuno definisce i propri valori ed i propri programmi. Ad essa ci riferiamo per orientarci nella realtà ponendo in essere scelte e comportamenti. Lo sforzo, insomma, dovrebbe essere quello di stabilire una sintonia tra il proprio mondo e quello dell'utente, comprendendo le sue determinanti valoriali fondamentali, non per accettarle acriticamente, ma per renderle oggetto del rapporto e del confronto.

Non vi è dubbio che si tratta di operazioni che richiedono da un lato capacità empatiche e dall'altro un tempo adeguato. Forse né le prime, né il secondo nella attuale organizzazione sanitaria, sono agevoli da soddisfare. Uno sforzo, al riguardo, andrebbe comunque fatto perché la inadeguata comunicazione è un elemento ormai da tutti ritenuto fondamentale nella qualità della prestazione e, in difetto, nella genesi del contenzioso anche giudiziario.

Il “documentare” la comunicazione in cardiocirurgia.

Per quanto già ampiamente analizzato in precedenza, porsi il problema di come documentare adeguatamente il percorso comunicativo è operazione in parte sostanzialmente improponibile, ed in parte anche intrinsecamente inutile.

E' improponibile perché non esistono mezzi adeguati per poter documentare veicoli non verbali di comunicazione. Anche l'iperbole della ripresa video non realizzerebbe infatti che una parte della documentazione. Ancor meno, chiaramente, possono essere considerati adeguati altri strumenti documentali (moduli cartacei, registrazioni, ecc.). Peraltro nello specifico anche eventuali contributi testimoniali sarebbero inefficaci, soprattutto nel marcare e qualificare la qualità della “relazione” e dell'eventuale accordo/disaccordo su di essa.

E' inutile, in quanto, per suo intrinseco carattere, l'efficacia della comunicazione è definita dalla risposta che ottiene, per cui il ricorrere di una risposta “negativa” è di per sé espressione di non adeguata comunicazione e documenta di fatto la sua inadeguatezza. Il conflitto in tale ambito documenta di per sé l'inefficace comunicazione.

Conclusioni.

Nel complesso e sinteticamente l'analisi appena proposta consente le seguenti indicazioni conclusive.

La “buona” comunicazione è un “dovere” per il medico e quindi anche per il cardiocirurgo, ed anche una espressione della qualità della prestazione professionale.

Contrariamente alla convinzione di molti una buona informazione non è sufficiente per realizzare una efficace comunicazione.

E' fondamentale recuperare accordo sulla relazione e, quindi, confrontarsi con la mappa del mondo del soggetto.

In argomento il ruolo della medicina legale può essere importante, nel concorrere a segnalare il problema, nel contribuire alla sua analisi, nel proporre interventi di risoluzione e nell'intervenire nella formazione.

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor Patient communication: The Toronto consensus statement, *BMJ*, 303, 1385-71,991)

2 Cingolani M, Rodriguez D. Quattro sentenze in tema d'informazione alla donna gravida: un passo avanti e più d'uno indietro. *Riv. It. Med. Leg.* 20, 186-200, 1998

3 Dorr Gould S, Lipkin M Jr. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *J Gen Intern Med*, 14, 26-33, 1999

4 Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract.* 15, 480-92, 1998

5 Moir F, van den Brink R, Fox R, Hawken S. Effective communication strategies to enhance patient self-care. *J Prim Health Care.* 1, 67-70, 2009

6 Fridemann Schulz von Thun: Miteinander reden: Störungen und Klärungen. *Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation.* Rowohlt, Reinbek 1981; Sachweh S. Schulz von Thun communication model: 4 ears are not enough, *Pflege Z.* 57, 555-9, 2004.

# LE NOSTRE RADICI

## LA SCUOLA CARDIOCHIRURGICA ROMANA



GUGLIELMO ACTIS DATO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
ASO ORDINE MAURIZIANO "UMBERTO I"



ROBERTO LORUSSO

U.O. DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALI RIUNITI  
BRESCIA



VITTORIO CREAZZO

TESORIERE SICCH

### Roma Università La Sapienza

La Cardiocirurgia nasce come gemmazione della Chirurgia e ovviamente dalla Scuola Chirurgica che a Roma riconosce tra i suoi fondatori Costanzo Mazzoni, Francesco Durante, Roberto Alessandri, Raffaele Paolucci e Pietro Valdoni.

Nato a Trieste nel 1900 Pietro Valdoni era giunto a Roma come professore di Chirurgia dopo essere stato a Cagliari, Modena e Firenze.

Al Policlinico universitario Umberto I aveva eseguito nel 1930 la legatura di dotto di Botallo tra i primi in Europa. Nel 1935 eseguì il primo intervento in Italia di embolectomia polmonare, l'intervento di Trendelenburg, insieme a Paride Stefa-

nini. Entrambi erano stati allievi di Alessandri insigne chirurgo della capitale italiana.



*Valdoni*



*Stefanini*

Valdoni successivamente aveva eseguito interventi sul torace e sui polmoni e tra questi l'intervento a Palmiro Togliatti nel 1948 a seguito di un

attentato che aveva creato momenti di forte tensione nel paese.



*Valdoni con Togliatti*



*1948 Edizione dell'Unità*

Relativamente a questo intervento eseguito da Valdoni vi è un aneddoto divertente la cui autenticità non potrà mai essere verificata. Al momento delle dimissioni di Togliatti, presentata la parcella da parte del chirurgo, lo statista con un sobbalzo ebbe a pronunciare: "Pago! ma sappia che questi sono soldi rubati!". Valdoni quindi senza scomporsi pare abbia risposto: "Non si preoccupi... non mi interessa la provenienza del suo denaro!" Nei primi anni '50 esegue i primi interventi sul pericardio, sulla mitrale e sull'aorta toracica per coartazione e inizia una collaborazione con Attilio Reale e Pier Agostino Giofrè, cardiologi che

eseguono la diagnostica invasiva mediante cateterismo e permettono l'esecuzione di interventi cardiocirurgici.



*Attilio Reale*



*Policlinico di Roma  
Umberto I*

Collaboreranno con Valdoni numerosi chirurghi quali Luciano Provenzale che proseguirà il lavoro iniziato in cardiocirurgia dal Maestro in un Istituto creato ad hoc dal 1973, dove però nel 1977 non riesce a fare più di 100 casi/anno.



*Luciano Provenzale*

Da ricordare ancora della scuola di Valdoni Amedeo Pasanisi co-fondatore della SICCH nel 1967, Anacleto Venturini che vincerà la Cattedra di cardiocirurgia al Cereggi di Firenze nel 1975 ma non eseguirà alcun intervento in quella sede, Benedetto Marino, Mauro Abbate e Marino Vaccari.

Benedetto Marino, ebbe il compito di iniziare l'attività a Catania e successivamente prese le redini del Centro cardiocirurgico di Roma alla scomparsa di Provenzale.



*Benedetto Marino*

nale atrioventricolare che permise l'attuazione di diverse strategie chirurgiche.

Marino Vaccari anch'egli allievo di Valdoni inizierà l'attività cardiocirurgica a Trieste nei primi anni '70 e quindi dopo essersi trasferito a Firenze la proseguirà sino al pensionamento al Careggi.



*Marino Vaccari*



*La pagina del giornale di Trieste*



*Targa a Giancarlo Rastelli*

A Catania Marino intitolò il Centro di Cardiocirurgia ad un altro personaggio che pur non avendo lavorato in Italia in quanto scomparso prematuramente, diede un contributo importante per i suoi studi e le sue ricerche condotte negli USA nei primi anni '60: il parmigiano Giancarlo Rastelli (1933-1970). Questi vincendo una borsa di studio NATO si recò alla Mayo Clinic di Rochester e sviluppò la classificazione delle anomalie del ca-

Da ricordare ancora Valentino Martelli che, proveniente dalla stessa scuola di Provenzale, dopo un periodo di formazione in Inghilterra fonderà la cardiocirurgia a Cagliari nel 1987 con la collaborazione di chirurghi provenienti da altre scuole quali Piero Abbruzzese che diverrà primario in cardiocirurgia pediatrica al Regina Margherita di Torino, Giorgio Aru e Alessandro Ricchi. Quest'ultimo nel febbraio 2004 periva in un incidente aereo mentre tornava a Cagliari per un trapianto di cuore insieme alla sua equipe nei pressi del luogo dove 50 anni prima aveva perso la vita in un incidente aereo un altro chirurgo Aldo Costantini allievo di Dogliotti.

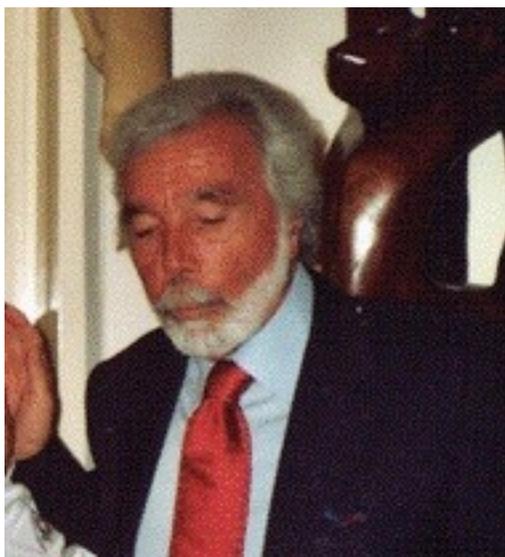


*V Martelli      A Ricchi      P Abbruzzese*

A Benedetto Marino succedette nella direzione della cardiocirurgia di Catania Mauro Abbate anch'egli della scuola di Valdoni.



*Giancarlo Rastelli*



*Mauro Abbate*

Della scuola di Marino sono da ricordare Luigi Chiariello, Michele Toscano.

Luigi Chiariello dopo un periodo negli USA al Texar Heart Institute con Cooley, tornato in Italia ottiene la Cattedra alla Università di Pisa e qualche anno dopo inizia l'attività della 2 Università di Roma "Tor Vergata" dapprima presso l'European Hospital e quindi nella nuova sede di Tor Vergata.

Ruggero De Paulis prosegue l'attività cardiocirurgica iniziata da Chiariello allo European Hospital



*Luigi Chiariello*



*Ruggero De Paulis*

Michele Toscano prosegue invece l'attività cardiocirurgica al Policlinico Umberto I di Roma.



*Michele Toscano*

### **Roma Ospedale San Camillo**

Guido Chidichimo era un chirurgo estremamente dotato tecnicamente, originario di Alessandria del Carretto (CS) e laureatosi a Roma nel 1935. Egli si era formato professionalmente in ambito ospedaliero, nell'ambito della chirurgia generale e dopo un periodo di formazione in Francia e negli Stati Uniti, all'inizio degli anni '60 avviava la cardiocirurgia al San Giacomo, per poi trasferirla nel 1968 all'ospedale San Camillo con ottimi risultati. Nel 1977 venivano eseguiti al San Camillo ben 921 interventi al cuore su tre sale operatorie.

La testimonianza di un suo allievo, Vittorio Creazzo bene rende la figura di questo grande personaggio:

"Chidichimo era una figura estremamente integra irreprensibile ed incorruttibile. Questa era la sua forza nei confronti dei politici e delle istituzioni. Quando si rese conto che il suo potere scemava, andando verso la pensione, si dimise. Ricordo

che per lui fu fatta una delibera che diceva che era INSOSTITUIBILE. Di aneddoti ce ne sarebbero molti, ma penso che questo renda bene il personaggio: Erano i tempi dei viaggi della speranza....lui era arrabbiatissimo per questa vergogna, come tutti a quei tempi. Lui lo era ancora di più, perché quelli che tornavano da questi viaggi, spesso erano sorretti per scendere le scalette degli aerei. Nessuno vedeva che spesso sotto gli aerei c'erano le ambulanze, che li portavano da noi al San Camillo, con endocarditi, versamenti pericardici, pleurici, ecc... Il responsabile di questi viaggi della speranza era un certo Cini da Portocannone...

Quando s'incazzava, Chidichimo diventava una palla rossa, non avendo capelli. Ho assistito personalmente alla scenetta di lui, piccolino e paonazzo che inseguiva per i piani del S.Camillo prendendolo a calci il suddetto Cini... lo seguivo lui, pronto a tirarlo sù se fosse caduto o gli fosse venuto un coccolone! Altri personaggi.

Quando fece l'intervento numero 10.000, gli regalammo una Cooley d'oro (su mia idea). Divenne tutto rosso, ma questa volta per l'emozione!

Operavamo i pazienti privati alla Pio XI ma lui consigliava sempre i pazienti di operarsi in Ospedale. Diventava una bestia se qualcuno durante la visita, accennava al fatto di essere stato visitato in Clinica, come se ciò lo potesse favorirlo rispetto agli altri....

Non esistono più queste persone.... ho regolato la mia vita sul suo esempio..."



*Guido Chidichimo*



*Ospedale San Camillo*

Della sua scuola vanno ricordati Luigi D'Alessandro che gli succedette al San Camillo, Enrico Massa, Giorgio Rabitti che fonderà la chirurgia vascolare sempre al San Camillo e Vittorio Creazzo.

Attualmente dirige il Centro Francesco Musumeci dal 1998.



*Francesco Musumeci*

## **Roma Policlinico Gemelli**

Anche al Policlinico Gemelli nei primi anni '60 grazie a Francesco Intonti inizia un programma di cardiocirurgia sotto la direzione della Clinica Chirurgica diretta dal prof. Puglionisi.



*Il Policlinico Gemelli*



*Francesco Intonti*

Intonti svolse una intensa attività di ricerca grazie alla collaborazione con il Karolinska Institute di Stoccolma dove lavoro' con Bijork nel trattamento delle valvulopatie sin dai primi anni '60.

Il rapporto con la scuola svedese rimase sempre attivo come dimostrato dalle numerose pubblicazioni fatte in collaborazione nel corso degli anni successivi.

Prioritario e antesignano il lavoro sulla applicazione della arteria mammaria interna sinistra sulla coronaria discendente anteriore nella cardiopatia ischemica del 1966.

Suo allievo fu' Sandro Bartoccioni (1947-2006) che inizio' l'attività di chirurgia cardiaca a Perugia.



*Sandro Bartoccioni la copertina del suo libro*

Bartoccioni dopo la Laurea ha svolto la sua attività alla Cattolica di Roma collaborando con Intonti e svolgendo periodi di training in Svezia da dove importò e tradusse in italiano la celebre pubblicazione nota a tutti i medici italiani "Terapia".

Ha fondato e diretto il centro cardiocirurgico di Perugia fino al 2001.

Ha passato gli ultimi anni della sua vita raccontando il rapporto tra sé e la sua malattia terminale, che lo avrebbe portato alla morte nel 2006, denunciando la scarsa qualità dell'assistenza sanitaria ai malati gravi. «Non è importante quanto si vive... le farfalle vivono un solo giorno... è importante come si vive... se si è amato, se siamo stati amati, se amiamo... se le ali della vita sono

state variopinte, intense... in modo che rimangano per sempre» (Sandro Bartoccioni, Dall'altra parte)

Alla morte di Intonti avvenuta tragicamente per un infarto, andò al Gemelli Enrico Baruffi dal S. Camillo, ottimo chirurgo. Purtroppo anche lui morì a 48 anni per emorragia cerebrale. In seguito la direzione del Gemelli verrà presa da Gianfederico Possati proveniente da Chieti.



*Gianfederico Possati*

### **Roma San Filippo Neri**

In questo Ospedale l'attività cardiotoracica è iniziata nel 1969 per poi sdoppiarsi nel 1974 in Cardiaca e Toracica sotto la direzione di Luigi D'Alessandro per quanto riguardava il cuore. Il numero di interventi che nel 1977 venivano eseguiti era rilevante: circa 200/anno. D'Alessandro sostituirà Chidichimo al San Camillo quando questi andò in pensione

### **Ospedale San Filippo Neri**

A D'Alessandro subentrerà Enrico Massa nella direzione del San Filippo proveniente dal San Camillo.



*Carlo Marcelletti*



*Luigi D'Alessandro*



*Enrico Massa*

### **Roma Bambino Gesù**

Carlo Marcelletti (1944-2009) dopo la laurea si perfeziona in cardiocirurgia in Inghilterra e negli Stati Uniti. Dal 1972 al 1976 prima alla Stanford University di San Francisco e poi alla Mayo Clinic di Rochester.

Nel 1978 dirige il centro di cardiocirurgia pediatrica dell'Accademisch Medisch Centrum di Amsterdam.

Rientrato in Italia, nel 1982 diventa primario del dipartimento medico chirurgico di cardiologia pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma, coordinando anche il Programma di trapianto di Cuore e Cuore-Polmone, incarichi che ricoprirà fino al 1995.

Ha effettuato in Italia il primo trapianto di cuore su un bambino.



*Ospedale Bambino Gesù*

Al Bambino Gesù dopo Marcelletti la direzione verrà presa da Roberto Di Donato proveniente da Massa.

Attualmente è Direttore del Bambino Gesù Adriano Carotti



*Roberto Di Donato*



*Adriano Carotti*

## COMMENTO AL LIBRO

IL PROFESSORE DI SEGRETI



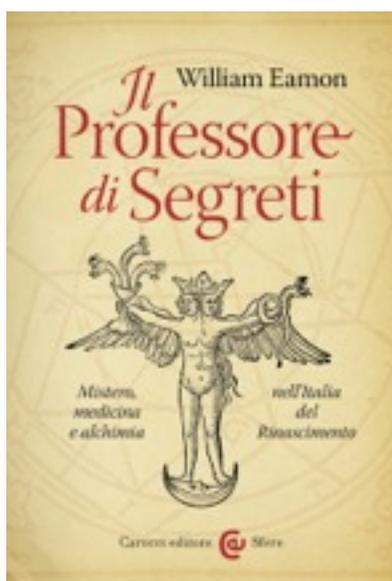
FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA



### MISTERO, MEDICINA E ALCIMIA NELL'ITALIA DEL RINASCIMENTO

**William Eamon**



**Genere: Libro**

**Lingua: Italiano**

**Editore: Carocci**

**Pubblicazione: 04/2014**

**92 pagine, maggio 2014, 16 euro.**

Leonardo Fioravanti fu una figura eclettica nel mondo rinascimentale italiano: medico, anche se in realtà il suo titolo iniziale era solo di semplice chirurgo, nato a Bologna nel 1517, ed attivo nell'arco del '500. William Eamon, Regents Professor di storia e preside dell'Honors College alla New Mexico State University, autore di questo libro *Il professore di segreti. Mistero, medicina e alchimia nell'Italia del rinascimento*, ne è rimasto incuriosito ed affascinato. Di Fioravanti ci si domanda quanto di vero abbia scritto di se e quanto realmente abbia inventato: quanto comunque volesse apparire! Per tutta la sua vita nutrì un profondo rispetto per l'arte del chirurgo, rammaricandosi per la subordinazione alla medicina. Egli affermava l'importanza della componente pratica, ("la medicina non si può provare se non con l'esperienza") dando fiducia a branche come l'alchimia.

Questo libro nasce dall'attenta analisi dei numerosi scritti prodotti da Fioravanti, con la divulgazione delle sue teorie, delle sue scoperte, delle sue innumerevoli curiosità. La sua ambizione

era di avere fama in un mondo rinascimentale, in grande evoluzione da un lato, ma sotto l'effetto dell'Inquisizione dall'altro. I suoi interessi andarono soprattutto alla chirurgia (il barbiere o cerusico, volto alla risoluzione pratica dei problemi), ma anche verso la medicina del momento (che egli critica per essere solo teoria, con disgusto verso le pratiche di dissezione umana utilizzate per pure e semplice spettacolo. Diceva: "i medici insegnano e scrivono di cose che non esistono"). Fu anche ingegnere, inventore, filosofo, alchimista, politico, scrittore, profeta, ciarlatano (nel significato di uomo pubblico che allora si dava a tale figura, e non necessariamente negativo). Fu un errante, con l'obiettivo di raggiungere risultati là dove si creava opportunità. Lo vediamo quindi a Genova, Palermo, Napoli, Roma, Venezia, Milano. La sua crescita andò di pari passo con questi luoghi dove riuscì ad entrare spesso nel giro di chi conta. La guerra fu per lui scuola di chirurgia e gli consentì non solo di affinare le sue abilità di chirurgo, ma anche di accrescere la sua tendenza all'autoesaltazione. In ultimo, andò in Spagna, ad osservare i numerosi cambiamenti che la scoperta dell'America aveva apportato (dalla sifilide, erroneamente chiamata mal francese, all'avvento di nuovi cibi, come patate e pomodori, all'introduzione in Europa del tabacco e cioccolata).

Egli sosteneva, con l'esperienza delle ferite di guerra, che "La natura vuole sempre riunire le parti divise, e quindi le ferite vogliono guarire. L'organismo nutre le parti che sono riattaccate, per impedirne la putrefazione". Il suo nuovo modo di medicare le ferite si avvaleva di quattro elementi: la prassi chirurgica medievale, la scienza dell'alchimia, il folklore dei balsami risanatori e l'abilità appresa sul campo di battaglia. I chirurghi, sosteneva, dovevano conoscere l'ar-

te di intagliare il legno (per essere in grado di costruire stampelle e stecche per immobilizzare arti), il mestiere del fabbro (per fabbricare strumenti chirurgici), del profumiere (per fare gli unguenti) e dell'alchimista (per distillare i medicinali). Tutte le malattie possono essere curate eliminando i cattivi umori che corrompono lo stomaco. La pietra filosofale (potente emetico composto da vetriolo, mercurio ed altre sostanze) era l'ingrediente fondamentale di molti suoi medicamenti.

Come un ciarlatano, Fioravanti speculò sulla fame rinascimentale di "meraviglie", ma si distinse dai comuni ciarlatani guadagnandosi il palcoscenico più importante: il libro stampato. Divenne uno scrittore popolare, autore di libri di successo che esaltavano le prodezze di un medico fuori dal comune. La sua fame di gloria, associata ad una perspicacia e furbizia fuori dal normale, fanno sì che nell'arco della sua vita facesse, e, soprattutto, descrivesse con gli scritti, cose che lo avrebbero reso famoso: nel 1559 osservò un'operazione di rinoplastica, e ne fece utile bagaglio, così come partecipò (con l'inganno di mostrarsi medico, titolo che ancora non possedeva) alla splenectomia di una donna data per morta. Con la sua solita astuzia ottenne tardivamente il titolo di medico presso l'Università di Bologna. La sua cupidigia lo rese provocatorio, volubile, e a volte poco prudente. Questo gli creò invidie e nemici, per cui nel 1573 finì pure in carcere.

Nella piena maturità della carriera tentò anche dei progetti imprenditoriali: da un lato lo sviluppo della medicina per corrispondenza, e dall'altro un piano per il risanamento della città di Pola, in Croazia, distrutta dalle epidemie. A suo di-

re piani realizzatisi con successo, ma non confermato dalla storia.

Il professore di segreti è un titolo che indica quanto Fioravanti fosse possessore di conoscenze, sia dovute alla sua curiosità e alla scaltrezza nell'acquisirle dagli altri, sia per dirette esperienze sui malati. La sua abilità stava nel trasmetterle nel modo e nei tempi, e a volte parzialmente, che assicuravano a lui stesso la giusta fama e le rendevano, appunto, elementi segreti e misteriosi.

La piacevolezza di questo libro sta nel giusto mixing tra i racconti del protagonista, il background storico, politico, sociale, e in alcuni casi paragoni con la nostra epoca. Fioravanti fu un visionario, forse non sempre onesto, ma che certamente ha lasciato il suo segno nella storia della medicina, indicando strade per pratiche moderne. I posteri gli riservarono una figura di disprezzo, soprattutto dall'800 in poi. L'ampia bibliografia alla fine del testo mostra che la documentazione di base dalla quale l'autore ha attinto non solo riguarda Fioravanti stesso, ma anche autori che sia in quell'epoca che dopo hanno raccontato la storia della medicina, e non solo.

# STATS: ALWAYS FACTS

## IL COEFFICIENTE DI CORRELAZIONE DI SPEARMAN



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO



Come abbiamo visto, per esprimere la relazione lineare tra due variabili continue, in termini di entità e direzione, si utilizza il coefficiente di correlazione, un numero standardizzato che può assumere valori compresi tra 1 e -1.

Il coefficiente di correlazione di Pearson permette di valutare la forza della relazione lineare tra due variabili continue distribuite normalmente ed è sensibile a valori estremi; quindi può essere utilizzato quando sono verificati alcuni assunti. In caso contrario, si deve ricorrere ad altri parametri, tra cui il coefficiente di Spearman.

Il coefficiente di correlazione dei ranghi di Spearman ha le stesse caratteristiche di quello di Pearson (adimensionale, valori variabili tra -1 e 1; 0= assenza di correlazione), mentre differisce nel modo in cui viene calcolato.

È un coefficiente non parametrico che può essere utilizzato:

- per variabili con distribuzione non normale (gaussiana)
- per variabili su scala ordinale (es. classe NYHA)
- con campioni piccoli (7-30 coppie di dati)
- meno sensibile a valori estremi in quanto calcolato con il metodo dei ranghi

Così come il coefficiente di Pearson, l'analisi della correlazione con il coefficiente di Spearman non implica la valutazione del rapporto di causa-effetto ma fornisce solo informazioni sull'entità e la direzione della correlazione:

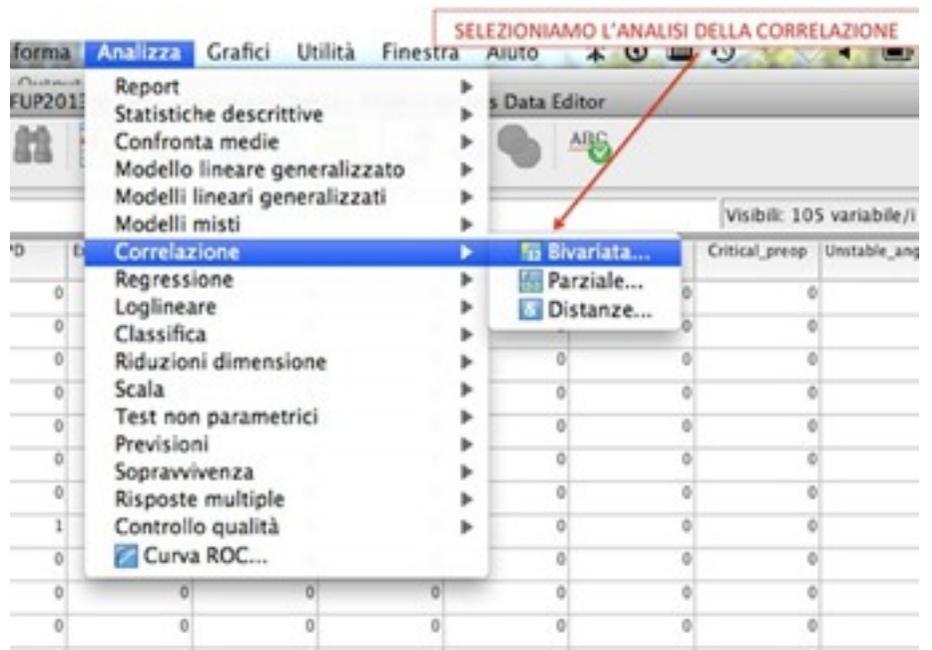
- entità: quando il coefficiente di Spearman = 0, non c'è correlazione tra le due variabili, mentre la correlazione è massima quando  $r_s = 1$  oppure -1
- direzione: quando il coefficiente di Spearman = 1 : massima correlazione positiva  
coefficiente di Spearman = -1 : massima correlazione negativa



La differenza tra i due coefficienti è nel metodo di calcolo, in quanto il coefficiente rs di Spearman viene calcolato con il metodo dei ranghi. In pratica:

- i due campioni di dati vengono ordinati dal più piccolo al più grande
- si attribuisce ad ogni valore dei 2 campioni un numero d'ordine (rango)
- si deriva il coefficiente rs non dai dati di origine ma dai ranghi assegnati
- si valuta la significatività del valore rs con lo stesso metodo utilizzato per r (Pearson).

Riprendiamo l'esempio utilizzato per calcolare la correlazione con il coefficiente di Pearson e supponiamo che una delle due variabili presa in considerazione (età e frazione di elezione) non sia distribuita normalmente. In questo caso, non è corretto utilizzare la r di Pearson e bisogna selezionare la correlazione dei ranghi di Spearman. Il metodo per il calcolo con il software è sovrapponibile. In primo luogo è necessario selezionare l'analisi della correlazione.



A questo punto, selezioniamo le 2 variabili di interesse (frazione di elezione ed età) e il coefficiente di correlazione che vogliamo considerare (escludiamo r di Pearson e selezioniamo il coefficiente rs di Spearman).



Ed ecco i risultati.

			AGE	EF
Rho di Spearman	AGE	Coefficiente di correlazione	1,000	-,085
		Sig. (2-code)	.	,721
		N	20	20
	EF	Coefficiente di correlazione	-,085	1,000
		Sig. (2-code)	,721	.
		N	20	20

**Coef. Di SPEARMAN vicino a 0 e negativo**

**P-value > 0.05**

**QUINDI NEL CAMPIONE LE 2 VARIABILI NON SONO CORRELATE**

- 1.L'analisi è rappresentata come una tabella 2x2 in cui vengono confrontati i due fattori.
- 2.Nella prima cella, l'età viene confrontata con se stessa, nell'ultima cella la frazione di eiezione viene confrontata con se stessa: in questi due casi, ovviamente, la correlazione è massima positiva ed il valore di Spearman è quindi 1.
- 3.Nella seconda e terza cella, è riportata la stessa correlazione (quella che interessa). Come si può vedere, il coefficiente di Spearman è  $-0.085$ :

- A. la correlazione è negativa (valore negativo), cioè all'aumentare dell'età si riduce la frazione di eiezione
- B. la correlazione è molto debole (valore vicino allo 0)
- C. il valore di  $p$  del test che confronta la correlazione con ipotesi che non ci sia correlazione non è significativo, quindi la correlazione non è significativa.



# TOUGH AND MONSTER CASES

## ENDOCARDITE RECIDIVANTE DOPO INTERVENTO DI RASTELLI



**CARLO DE VINCENTIIS**

*DIPARTIMENTO DI  
CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS POLICLINICO  
SAN DONATO,  
SAN DONATO  
MILANESE*



**MARCO ZANOBINI**

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS CENTRO CARDIOLOGICO  
MONZINO,  
MILANO*

in collaborazione con

**Alessandro Varrica**

*DIPARTIMENTO di CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS POLICLINICO SAN DONATO,  
SAN DONATO MILANESE*

Ragazzo di 37 anni, affetto da cardiopatia congenita complessa tipo trasposizione delle grandi arterie (TGA), DIV e stenosi polmonare. In epoca neonatale veniva sottoposto ad intervento di Blalock-Taussing shunt destro in sternotomia mediana. Nel 1992 intervento correttivo di Rastelli con posizionamento di homograft aortico da 23 mm e tunnel ventricolo sinistro aorta mediante patch in pericardio (1). Nel 1990 per endocardite su condotto polmonare, eseguiva nuovo intervento cardiocirurgico per sostituzione con altro homograft aortico. A Luglio 2013 in seguito a processo flogistico polmonare destro veniva ricoverato presso il reparto di Medicina Interna dove veniva effettuata toracentesi evacuativa destra per drenare il versamento pleurico che, in seguito agli approfondimenti infettivologici, risultava negativo. Successivamente il paziente a causa di febbre ricorrente viene sottoposto a terapia antibiotica (levofloxacina, amoxi-

cilina, ac. Clavulanico) con scarso beneficio. Seguiva nuovo ricovero presso il reparto di Pneumologia in cui veniva riscontrato leucocitosi neutrofila, rialzo di PCR, procalcitonina e troponina. Veniva quindi sottoposto a TC torace che evidenziava un incremento della quota di versamento pleurico e un addensamento a livello del segmento apicale destro.

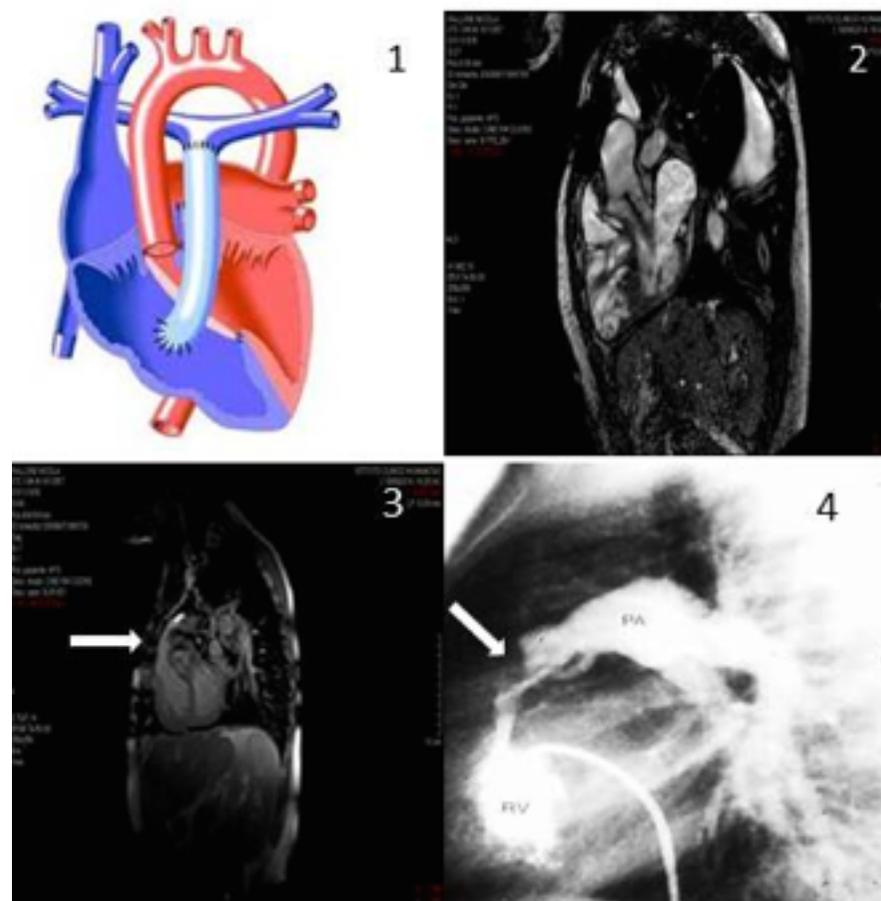
All'ecocardiogramma trans-esofageo non si evidenziavano franche formazioni endocarditiche delle valvole atrioventricolari e semilunari ed a livello della tunnellizzazione tra ventricolo sinistro ed aorta. La visualizzazione dell'homograft in posizione polmonare era incompleta. Si riscontrava un'insufficienza aortica severa con jet eccentrico e lembi ispessiti. Il ventricolo destro era dilatato con moderata ipertrofia ed ipocinesia diffusa, insufficienza tricuspidalica severa da dilatazione dell'annulus (vena contracta 10 mm, TAPSE 13 mm), ventricolo sinistro dilatato con conservata funzione globale (FE 60%). Ingrandimento biatriale.

Alla RMN (2,3) veniva riscontrata l'insufficienza valvolare aortica severa e una stenosi altrettanto severa a livello dell'homograft con velocità di

picco di circa 4 m/sec a 45 mm dalla sua origine in corrispondenza di grossolane calcificazioni del condotto, dato ulteriormente confermato dal successivo cateterismo cardiaco (4).

In considerazione del quadro clinico caratterizzato da ripetuti picchi febbrili, la successiva positività all'emocoltura di enterococco faecalis e candida albicans e il quadro strumentale veniva fatta nuovamente diagnosi di endocardite infettiva e pertanto si poneva indicazione ad intervento chirurgico. Dopo l'isolamento dei vasi femorali si procedeva all'apertura del torace e a seguito della lacerazione del condotto si cannulava l'arteria femorale mentre la vena femorale appariva ostruita dopo circa 10 cm dal sito d'isolamento chirurgico, quindi non cannulabile. Si riusciva comunque a completare l'isolamento dell'atrio destro, tamponando l'emorragia proveniente dalla lacerazione dell'homograft con l'ausilio di un catetere di foley, e ad effettuare la cannulazione bicavale. Il condotto appariva molto calcifico fino alla biforcazione dei rami polmonari. Dopo il clampaggio aortico e all'iniezione di cardioplegia diretta nell'unico ostio coronarico identificato, si procedeva all'apertura completa dell'homograft che era quasi completamente ostruito e con numerose vegetazioni al suo interno. Il condotto veniva asportato in toto e ispezionando il patch del DIV appariva staccato sulla sua parte anteriore verso l'aorta, e inoltre presentava numerose vegetazioni e calcificazioni. Si rimuoveva completamente il patch (dimensione di circa 6 cm) e si eseguiva una toilette completa del bordo del DIV e dell'infundibolo destro. Si procedeva quindi alla rimozione delle cuspidi aortiche e all'impianto di una protesi meccanica Bicarbon n 25. Veniva suturato un nuovo patch di goretex con sutura continua in prolene 4-0. Si impiantava un condotto polmonare Hancock di 22mm suturandolo in

continua di prolene 4-0 e rinforzandolo con una banderella di teflon. Dopo l'atriotomia destra la valvola tricuspide si presentava ispessita e retratta. Dopo la chiusura della commissura tra lembo settale ed anteriore e il posizionamento di anello Contour 3D n 34 alla prova idrostatica la valvola appariva continente. Il paziente veniva trasferito presso la terapia intensiva dopo una lunga emostasi e con un supporto inotropo di adrenalina 0,08 microgr/Kg/min. Veniva quindi estubato in seconda giornata postoperatoria ed attualmente è in ottimo compenso emodinamico, l'ecocardiogramma color-doppler mostra: valvola aortica ben funzionante e con grad max 20 mmHg, valvola tricuspide con insufficienza lieve e assenza di turbolenza nel condotto senza gradiente significativo, continua la terapia antibiotica ev (Ampicillina, Gentamicina e Anidulafungina) in attesa degli esiti definitivi degli esami colturali e istologici.



# ITALIAN LITERATURE WATCH

SETTEMBRE 2014



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*



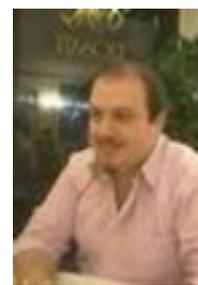
GIOVANNI MARISCALCO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ INSUBRIA DI VARESE*



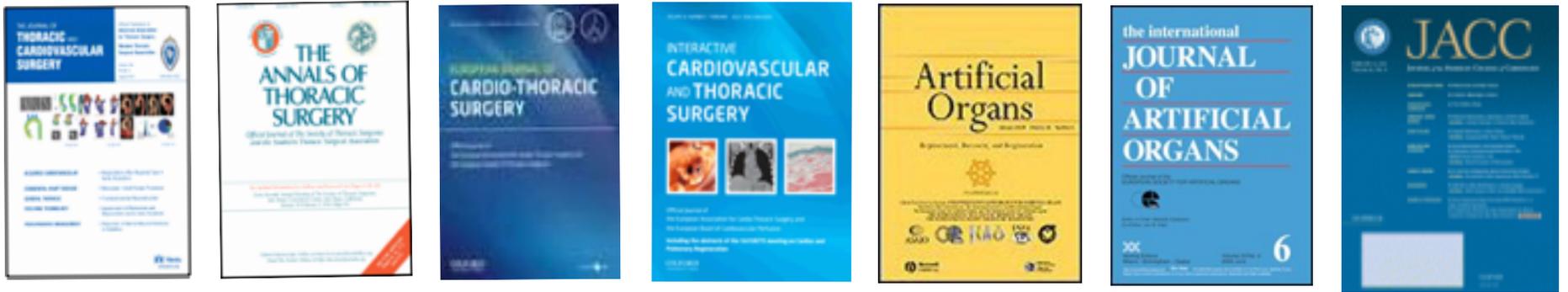
FABIO BERTOLDO

*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

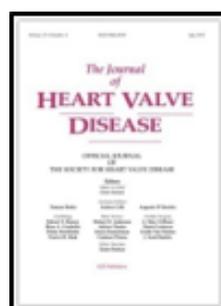
Rubino AS, Santarpino G, De Praetere H, Kasama K, Dalén M, Sartipy U4, Lahtinen J, Heikkinen J, Deste W, Pollari F, Svenarud P, Meuris B, Fischlein T, Mignosa C, Biancari F. Early and intermediate outcome after aortic valve replacement with a sutureless bioprosthesis: Results of a multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:865-71



D'Onofrio A, Salizzoni S, Agrifoglio M, Lucchetti V, Musumeci F, Esposito G, Magagna P, Aiello M, Savini C, Cassese M, Glauber M, Punta G, Alfieri O, Gabbieri D, Mangino D, Agostinelli A, Livi U, Di Gregorio O, Minati A, Faggian G, Filippini C, Rinaldi M, Gerosa G. When does transapical aortic valve replacement become a futile procedure? An analysis from a national registry. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:973-9



D'Armini AM, Morsolini M, Mattiucci G, Grazioli V, Pin M, Valentini A, Silvaggio G, Klersy C, Dore R. Pulmonary endarterectomy for distal chronic thromboembolic pulmonary hypertension. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:1005-11



Sturla F, Onorati F, Votta E, Pechlivanidis K, Stevanella M, Milano AD, Puppini G, Mazzucco A, Redaelli A, Faggian G. Is it possible to assess the best mitral valve repair in the individual patient? Preliminary results of a finite element study from magnetic resonance imaging data. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:1025-34

### **Annals of Thoracic Surgery**

Franciuli M, Aicher D, Hurst TR, Takahashi H, Rodionychева S, Schafers HJ. Root remodeling and aortic valve repair for unicuspid aortic valve. *Ann Thorac Surg* 2014;98:823-29

Scrascia G, Guida P, Caparrotti SM, Capone G, Contini M, Cassese M, Fanelli V, Martinelli G, Mazzei V, Zaccaria D, Paparella D. Incremental value of anemia in cardiac surgical risk prediction with the European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) II Model. *Ann Thorac Surg* 2014;98:869-75

Murzi M, Miceli A, Cerillo AG, Di Stefano G, Kallushi E, Farneti P, Solinas M, Glauber M. Training surgeons in minimally invasive mitral valve repair: a single institution experience. *Ann Thorac Surg* 2014;98:884-889

### **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**

Mohammadi S, Kalavrouziotis D, Cresce G, Dagenais F, Dumont E, Charbonneau E, Voisine P. Bilateral internal thoracic artery use in patients with low ejection fraction: is there any additional long-term benefit? *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;46:425-431

Pacini D, Pantaleo A, Di Marco L, Leone A, Barberio G, Murana G, Castrovinci S, Sottili S, Di Bartolomeo R. Visceral organ protection in aortic arch surgery: safety of moderate hypothermia *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;46:438-443

## **Interactive Cardiovascular & Thoracic Surgery**

Formica F, Perseghin P, Cirò A, Paolini G.

Late driveline left ventricular assist device infection treated with frozen-and thawed allogeneic platelet gel

Interact CardioVasc Thorac Surg 2014;19:523-525

Circulation

Gosev I, Leacche M.

Hybrid Coronary Revascularization: The Future of Coronary Artery Bypass Surgery or an Unfulfilled Promise?

Circulation 2014;130:869-871

De Bonis M, La Penna E, Maisano F, Barili F, La Canna G, Buzzatti N, Pappalardo F, Calabrese M, Nisi T, Alfieri O. Long-Term Results ( $\leq 18$  Years) of the Edge-to-Edge Mitral Valve Repair Without Annuloplasty in Degenerative Mitral Regurgitation: Implications for the Percutaneous Approach

Circulation 2014;130:S19-S24

D'Amario D, Leone AM, Iaconelli A, Luciani N, Gaudino M, Kannappan R, Manchi M, Severino A, Shin SH, Graziani F, Biasillo G, Macchione A, Smaldone C, Cellini C, Siracusano A, Ottaviani L, Massetti M, Goichberg P, Leri A, Anversa P, Crea F. Response to Letter Regarding Article, "Growth Properties of Cardiac Stem Cells Are a Novel Biomarker of Patients' Outcome After Coronary Bypass Surgery"

Circulation 2014;130:e118-e119

## **The American Journal of Cardiology**

Biagini E, Olivotto I, Iascone M, Parodi MI, Girolami F, Frisso G, Autore C, Limongelli G, Cecconi M, Maron BJ, Maron MS, Rosmini S, Formisano F, Musumeci B, Cecchi F, Iacovoni A, Haas TS, Bacchi Reggiani ML, Ferrazzi P, Salvatore F, Spirito P, Rapezzi C. Significance of sarcomere gene mutations analysis in the end-stage phase of hypertrophic cardiomyopathy. Am J Cardiol 2014;114:769-76

Vriz O, Aboyans V, D'Andrea A, Ferrara F, Acri E, Limongelli G, Della Corte A, Driussi C, Bettio M, Pluchinotta FR, Citro R, Russo MG, Isselbacher E, Bossone E. Normal values of aortic root dimensions in healthy adults. *Am J Cardiol* 2014;114:921-7

#### **International Journal of Artificial Organs:**

Engels GE, Dodonov M, Rakhorst G, van Oeveren W, Milano AD, Gu YJ, Faggian G.  
The effect of pulsatile cardiopulmonary bypass on lung function in elderly patients  
*Int J Artif Organs* 2014; 37:679 - 687

Santise G, Panarello G, Ruperto C, Turrisi M, Pilato G, Giunta A, Sciacca S, Pilato M.  
Extracorporeal membrane oxygenation for graft failure after heart transplantation: a multidisciplinary approach to maximize weaning rate  
*Int J Artif Organs* 2014; 37:706 - 714

#### **International Journal of Cardiology:**

Ribichini F, Pighi M, Zivelonghi C, Faggian G, Vassanelli C.  
Virtual histology findings in rapid cardiac allograft vasculopathy progression and bioresorbable vascular scaffolds  
*Int J Cardiol* 2014; 176:257-259

#### **Asian Cardiovascular & Thoracic Annals**

Pragliola C, Chello M, Gaudino M, Mazza A, Cellini C, Spadaccio C, Covino E. Long-term results of an open flexible prosthetic band for mitral insufficiency. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2014;22:811-815.

## **Journal of Cardiac Surgery**

Da Col U, Di Lazzaro D, Affronti A, Perticoni S, Ragni T.

Nine years' experience with the chordal cutting technique in ischemic mitral regurgitation. *J Card Surg* 2014;29:605-608.

Nappi F, Spadaccio C, Chello M, Lusini M, Acar C.

Impact of structural valve deterioration on outcomes in the cryopreserved mitral homograft valve. *J Card Surg* 2014;29:616-622.

Salizzoni S, Barbero C, Grosso Marra W, Moretti C, Rinaldi M.

Transapical implantation of an Edwards SAPIEN XT in a degenerated mitral bioprosthesis without fluoroscopic landmarks.

*J Card Surg* 2014;29:625-627.

Padalino M, Cavalli G, De Franceschi M, Mancuso D, Maschietto N, Vida V, Milanesi O, Stellin G.

Surgical outcomes of total anomalous pulmonary venous connection repair: a 22-year experience.

*J Card Surg* 2014;29:678-685.

Loforte A, Musumeci F, Montalto A, Pilato E, Lilla Della Monica P, Grigioni F, Di Bartolomeo R, Marinelli

G. Use of mechanical circulatory support devices in end-stage heart failure patients.

*J Card Surg* 2014;29:717-722.

## **The Journal of Heart Valve Disease**

Romagnoni C, Mangini A, Vismara R, Leopaldi AM, Contino M, Lemma MG, Fiore GB, Antona C.

Aortic interleaflet triangles reshaping: hydrodynamic, kinematic and morphological effects in in-vitro analysis.

*J Heart Valve Dis* 2014;23:424-431.

Buzzatti N, Taramasso M, Latib A, Denti P, Guidotti A, Alfieri O, Maisano F. Transcatheter mitral repair and replacement: state of the art and future directions.

J Heart Valve Dis 2014;23:492-505

### **Cardiovascular Pathology**

Romaniello F, Mazzaglia D, Pellegrino A, Grego S, Fiorito R, Ferlosio A, Chiariello L, Orlandi A. Aortopathy in Marfan syndrome: an update. Cardiovasc Pathol 2014;23:261-6

### **LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE**

**Padalino MA, Cavalli G, De Franceschi M, Mancuso D, Maschietto N, Vida V, Milanesi O, Stellin G. Surgical outcomes of total anomalous pulmonary venous connection repair: a 22-year experience. J Card Surg. 2014;29:678-85.**

La redazione dell'Italian Literature Watch questo mese sottopone all'attenzione dei lettori lo studio del gruppo della Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica dell'Università di Padova.

Il Dr. Padalino e colleghi, attraverso uno studio retrospettivo hanno analizzato i risultati ottenuti nella correzione del "Ritorno venoso polmonare anomalo totale" (TAPVC) in 22 anni di attività, con lo scopo di identificare predittori clinici di outcomes a breve e lungo termine. Infatti nonostante i notevoli progressi, per tale cardiopatia congenita la mortalità chirurgica e generale rimane ancora significativa, soprattutto nelle forme univentricolari o nelle sindromi eterotassiche.

Dal gennaio 1989 al 2012 sono stati trattati chirurgicamente 46 pazienti, suddivisi nella revisione in 2 gruppi, "Isolated TAPVC" e "Complex TAPVC". L'età media all'intervento è stata di 26 giorni con un peso di 3.3Kg. Il primo gruppo includeva 29 pazienti, il secondo 17. I diversi pattern di TAPVC erano così suddivisi: 22 sopracardiaco (48%), 9 cardiaco (20%), 9 sottocardiaco (20%) e 6 misti (12%). Le forme ostruite erano 15 (32.6%), maggiormente nel gruppo 2.

Complicanze maggiori post-chirurgiche sono comparse in 22 pazienti (47.8%) con un'incidenza maggiore nel gruppo 2 (82.4% vs 27.6%) in particolare sindrome da bassa gittata (23.9%), chiusura sternale posticipata (15.2%), grave ipossia (13%) e 2 pazienti in ECMO.

La mortalità a 30 giorni è stata di 9 pazienti (19.6%), maggiore nel gruppo 2 (41.2%).

Durante il follow-up medio di 2.97 anni (min 1 giorno – max 21.7 anni) e completo per il 91%, si sono avuti 15 eventi avversi maggiori in 13 pazienti (35.1%). L'ostruzione delle vene polmonari è stata riscontrata in 5 su 37 pazienti sopravvissuti, senza differenza tra i 2 gruppi. Di questi 5 pazienti, 4 sono deceduti, due dopo tentativo di risoluzione chirurgica. La mortalità tardiva è stata di 9 pazienti (24.3%), maggiore nel gruppo 2 (60%) e nell'80% dei casi è avvenuta entro 1 anno dall'intervento. I reinterventi complessivi chirurgici o di emodinamica sono stati 6, 2 nel gruppo 1 e 4 nel gruppo 2 dove sono stati tutti determinati dalla stadiazione chirurgica del cuore univentricolare. La sopravvivenza complessiva è stata maggiore nelle forme isolate (77%) rispetto alle complesse (23.5%), sovrapponibili anche i dati riferiti alla libertà da eventi avversi nei sopravvissuti dove a 12 anni il risultato del gruppo 2 era zero.

Dall'analisi statistica è risultato che il basso peso all'intervento (< 3Kg) è stato un fattore di rischio per una maggiore mortalità operatoria e generale, mentre l'associazione della TAPVC con altre cardiopatie congenite è stata significativamente correlata ad una aumentata mortalità generale e all'insorgenza di eventi avversi nel follow-up.

In conclusione, la correzione chirurgica per TAPVC nelle forme isolate ha dato buoni risultati che sono migliorati progressivamente negli anni, ciò dovuto a molteplici fattori quali una più precisa e precoce diagnosi, una migliore stabilizzazione pre- e post-operatoria, l'utilizzo di diversi vasodilatatori polmonari e una correzione chirurgica precoce. Mentre per le forme di TAPVC complesse, nonostante le variabili e le strategie perioperatorie siano state simili, è ipotizzabile che un outcome negativo sia dato dall'associazione intrinseca dell'anatomia chirurgica e della fisiopatologia sfavorevole.

# PREMIO "ANGELO ACTIS DATO"

2015



*Giant's Club di Torino*

Il Giant's Club di Torino, Associazione "no service" e "no profit", costituita in larga misura da professionisti e la famiglia Actis Dato, nell'intento di ricordare la figura professionale ed umana del Prof Angelo Actis Dato, pioniere della Cardiocirurgia italiana,

## INDICE

un premio in denaro di 3.000 Euro che intende assegnare come riconoscimento alla qualità scientifica di una pubblicazione a stampa edita nel corso dell'anno solare 2014 su argomenti inerenti la Cardiocirurgia da parte di un Autore italiano junior, ovvero di età non superiore ai 40 anni.

A tale scopo verranno analizzate da parte di una commissione "ad hoc" le pubblicazioni scientifiche inerenti la materia cardiocirurgica edite a stampa sulle più importanti riviste scientifiche del settore nel corso dell'anno solare 2014, avendo come criterio insindacabile l'impact factor della rivista, l'originalità dell'argomento trattato, l'importanza sul piano scientifico e sociale dei risultati dello studio, l'età e il curriculum dell'autore.



Quanti fossero interessati a partecipare alla selezione per il Premio Angelo Actis Dato, possono inviare in formato elettronico al seguente indirizzo email una cartellina contenente il lavoro scientifico pubblicato e il curriculum vitae entro e non oltre il 31 dicembre 2014.

Nel caso il file fosse eccessivamente "pesante" invitiamo a utilizzare specifici sistemi di trasferimento dati (es Wetransfer)

[premio.actisdato.giants.2014@gmail.com](mailto:premio.actisdato.giants.2014@gmail.com)

Il comitato giudicatore sarà composto da:

*Avv. Valeriano Ferrari*

*Dott Marco Laudi*

*Dott Guglielmo Morra*

*Dott Guglielmo Mario Actis Dato*

Nei primi mesi del 2015 presso il NH Hotel Ambasciatori di Torino in corso Vittorio Emanuele II 104, durante una serata dedicata, verrà assegnato il premio al vincitore.

*La Famiglia Actis Dato*

*Il Giant's Club,*

*a nome del Consiglio Direttivo*

*Il Presidente: Dott Marco Laudi*