



IT WILL BE A FACELESS PROFESSION

BOLLETTINO
SOCIETÀ ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA

SETTEMBRE 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

- Presentazione del programma preliminare del 27th National Congress SICCH** pag. 4
Alessandro Parolari
- Editoriale del mese: Potenza gate: un viaggio tra i cerchi danteschi** pag. 6
Michele Di Mauro
- Contenzioso Medico-Legale: il consenso informato “perfetto”** pag. 21
Gian Piero Piccoli, Luigi Mastroroberto, Flavio Peccenini
- Quando il chirurgo incontra l’arte: la meravigliosa storia del trapianto di cuore a Napoli** pag. 41
Francesco Paolo Tritto
- Stats: always facts?: la correlazione tra variabili continue** pag. 27
Fabio Barili
- Tough and Monster Cases: Asportazione di metastasi cardiaca in paziente dopo trapianto di fegato perepatocarcinoma** pag. 46
Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini, Lirio Mammana e Nicola Monzio
- Italian Literature Watch: Giugno-Agosto 2014** pag. 49
Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano,
Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

LETTERA DELLA SICCH

PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA PRELIMINARE DEL
27TH NATIONAL CONGRESS DELLA SICCH
ROMA 28-30 NOVEMBRE 2014



ALESSANDRO PAROLARI

SEGRETARIO SCIENTIFICO SICCH

Cari Soci, Cari Colleghi, Cari Amici, Cari Lettori,

è con estremo piacere che invio alla Vostra attenzione il programma preliminare del 27° congresso della Società italiana di Chirurgia Cardiaca che si terrà a Roma dal 28 al 30 novembre p.v. Rispetto agli anni scorsi abbiamo concentrato tutto il congresso in soli tre giorni con tanti eventi ed opportunità culturali. Per fare ciò, spero non ce ne vorrete se abbiamo dovuto programmare l'inizio dei lavori ogni giorno alle 8:00, un orario forse un po' mattiniero ma assolutamente necessario per poter svolgere tutte le attività congressuali previste. Come già detto nelle precedenti lettere, è stata data una forte impronta di traslazonalità a tutto il congresso in modo che, ove possibile, le sessioni proposte potessero coprire un major topic "a tutto tondo", dalla ricerca di base e preclinica alle terapie chirurgiche più innovative e sperimentali. L'eccezionale qualità e quantità dei papers inviati ci hanno permesso tutto questo. E proprio per questo motivo abbiamo cercato di dare voce e spazio a quanti più studi possibile, grazie anche all'introduzione del nuovo format di presentazione, la presentazione breve. Oltre alla parte scientifica vi saranno diversi momenti di tipo politico-istituzionale dove affronteremo i temi caldi della nostra professione come le problematiche legislative e di tipo medico legale e gli aspetti legati ai processi di selezione della nostra categoria. Per una buona riuscita del congresso, permettetemi di dire che, comunque, il solo programma scientifico non è sufficiente, nè basta la buona volontà del Consiglio Direttivo e del Comitato per il Congresso ad organizzare il tutto, ma serve anche il Vostro contributo. Il vostro contributo sarà essenziale non solo nella partecipazione e nella interazione con i relatori, ma anche nella presenza puntuale in aula nel corso delle varie sessioni, ed infine anche nella puntualità e nel rispetto dei tempi qualora Voi foste coinvolti o come moderatori o co-

me relatore. Spero non me ne vorrete se ho sottolineato questi aspetti, ma credo veramente che quest'anno la qualità delle comunicazioni che saranno presentate e la varietà dell'offerta culturale del Congresso meritino veramente una particolare attenzione. Vi ringrazio ancora per l'attenzione e per i contributi che avete mandato al congresso e Vi aspetto tutti a Roma a fine novembre.

http://www.sicch.it/files/PROGRAMMA_PRELIMINARE_SICCH_2014.pdf



L'EDITORIALE DEL MESE

POTENZA GATE: UN VIAGGIO TRA I CERCHI DANTESCHI



MICHELE DI MAURO

DIPARTIMENTO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA

Cari Colleghi, Cari Lettori

Ben ritrovati dopo la pausa estiva. Torniamo con il nostro bollettino in questo autunno che si sta mostrando caldo, e non solo per le temperature stranamente estive.

Ci troviamo ancora una volta a parlare di un caso di presunta malasanità, nel quale si riscontra sicuramente una mala-informazione.

A questo mio breve editoriale seguiranno una serie di documenti che hanno impegnato in prima persona la SICCH al fine di ribadire che esiste un unico organo deputato ad emettere sentenze e questo si chiama: TRIBUNALE, che non è fatto da giornalisti (poco informati scientificamente) e che non prevede la presenza solo di avvocati o pubblici ministeri, ma anche di una difesa e di un giudice, per essere ovviamente sbrigativi, visto che non è propriamente la nostra materia. Questo passaggio serve solo per

dire che la legge prevede 3 gradi di giudizio e una presunzione d'innocenza, tutte cose che invece sono trascurate da tempo in Italia.

Non entro nella vicenda di Potenza perchè non conosco i dettagli, ma mi permetto di fare alcune considerazioni tutte mie, che da questa vicenda scaturiscono.

Credo che un fatto come questo porti a galla molte delle piaghe che non sono specifiche dell'ambiente medico, ma possono essere tranquillamente traslate ad ogni ambito. Qui, a prescindere da chi sarà responsabile o meno della morte della paziente, cosa che sarà un organo giudiziario a decretare, ci sono tutti gli ingredienti di una miscela esplosiva, corrosiva, che sta minando tutta la società Italiana, altro che cardiocirurgia o medicina!

Man mano che ci si avvicina ad una vicenda come questa si ha la netta sensazione di essere

traghettati da *un vecchio, bianco per antico pelo* (Caronte) verso un inferno dantesco.

Non sia presa la mia posizione come populismo o demagogia. Sarebbe banale e sbrigativo dire che tutti gli avvocati sono sciacalli, o che tutti i giornalisti sono ignoranti in sanità, ma come avvocati stracciano le carni del “povero malcapitato medico” o che tutti i medici sono vittime innocenti. Allo stesso modo non è mia intenzione accusare intere categorie, dai medici a politici, dagli avvocati ai parenti, applicando il famoso adagio: di tutta un’erba un fascio!

I MEDICI:

Abbiamo, ahimè, faide interne che portano chirurghi ad infangarsi l’un l’altro pur di raggiungere il proprio obiettivo, a volte addirittura a scriverci contro in sede di giudizio. E si scende nel fondo dell’ignavia umana, arrivando ad ingannare l’altro, un collega, tralasciando l’etica professionale, che non è solo dovuta al paziente, ma anche a chi lavora con te, nel bene e nel male.

Ci si arrampica sulla schiena dell’altro fino a curvarlo e poi schiacciarlo. Ci si aspetta dietro un angolo, pronti a registrare la caduta sulla buccia di banana del collega che si vorrebbe fuori dalle “palle”. Una continua capatina nell’ottavo cerchio dell’inferno: passando dalla prima bolgia, quella dei ruffiani, e via giù nel baratro dell’animo umano: adulatori, lusinghieri, ipocriti, consiglieri fraudolenti, seminatori di discordia e via dicendo.

Questo atteggiamento va sottolineato prima ancora di rivolgere la propria attenzione altrove.

Questa vicenda ha riportato alla luce proprio questo fattore: si sono lavati i panni sporchi al balcone, dinanzi al popolo e forse, per certi versi, ben venga, se può servirci da lezione per il futuro. In questi due anni, ho abbracciato il progetto SICCH del Dr Menicanti proprio perchè vedevo in esso una delle vie possibili affinché una comunità così piccola potesse abbattere finalmente i propri campanili, potesse smettere di bearsi e vantarsi delle proprie capacità, spesso solo *auto-referenziate*, e mettersi in gioco, all’interno di un gruppo, di una comunità, per iniziare a condividere quello che si fa, quello che si pensa ogni giorno nella propria attività lavorativa, perchè si possa finalmente abbattere gli steccati dei retaggi e condividere anche le problematiche, senza dover ricorrere a “*consigli speciali di gran saggi*”. Abbiamo creato la task-force medico-legale che ha raggiunto importanti obiettivi nella tutela dei soci e non solo. Una task-force che si è messa a disposizione per consulti medico-legali, aiutandosi gratuitamente con diversi professionisti del settore e purtroppo mi duole dire che in questi due anni, quasi nessuno ha accolto questa mano tesa e allora mi chiedo “in questi due anni tutti puliti da procedimenti?” bene, che culo! ma se così non fosse, forse dobbiamo ancora lavorare per imparare cosa vuol dire veramente una comunità.

Dobbiamo ancora imparare ad essere uniti!

I GIORNALISTI:

Abbiamo giornalisti che mostrano una mancanza assoluta di conoscenza medica e che attestano con una tale sicumera la relazione di causa-effetto tra quello che è stato il gesto chirurgico “riparatore “ e la morte della paziente, emettendo coram populo la sentenza di colpevolezza e facendo apparire a caratteri cubitali il termine:

MALASANITA’

Gli organi d’informazione troppo spesso non si limitano a dare la notizia, ma ci ricamano su la scritta “MALASANITA’” con una tale facilità!

Palleggiano termini, tecniche e procedure mediche con la stessa capacità che avrebbe chiunque che non si chiamasse Maradona di palleggiare con le arance... e allora tutti giù addosso al medico, al chirurgo... all’assassino di turno. E la cosa più fastidiosa è che non verrà mai dato lo stesso risalto ad una notizia di proscioglimento del medico e anzi si parlerà di “lobby di intoccabili”, per cui cari colleghi, l’unica speranza è quella di non capitare mai nelle grinfie di un giornalista d’assalto, alla *Watergate de noi artri!*

Per il resto condivido a pieno quanto scritto nella SICCH HOT-LINE (Basilicata24.it: come un buon giornalismo si possa trasformare in una cattiva informazione) del 3 settembre che riporterò al termine di questo mio editoriale

Aggiungiamoci che anche il quotato CORRIERE DELLA SERA ha preso fischi per fiaschi, meritandosi un rettifica della SICCH in cui si specificava

che i tre colleghi a cui era stata chiesta un audit erano stati coinvolti a titolo personale e non delegati dalla SICCH ed un giornale prestigioso non può non informarsi, limitandosi a spiattellare una notizia nero su bianco.

GLI AVVOCATI e LE FAMIGLIE

Per rimanere nel paragone con l’inferno Dantesco, dovrei collocare gli avvocati da qualche parte, ma la mia indecisione a questo punto si fa drammatica! Dove metto un avvocato che scrupolosamente convince una famiglia a richiedere un maltorto proprio alla scadenza della prescrizione, come è capitato al sottoscritto? Questo è un eccesso di zelo encomiabile da parte del togato, che avendo saputo della morte del paziente ben cinque anni prima, volle vedere compiuta la giustizia! Questi paladini indefessi della giustizia che vagano di giorno come di notte alla ricerca di povere vittime della malasanità e lo fanno a scopo prettamente umanitario!!!

Beh! detta così dovrebbero arrivare direttamente tra le braccia di Beatrice in paradiso, se non fosse che li vedrei bene anche tra i fraudolenti dell’ottavo cerchio.

Mescolano nel torbido per garantirsi una fetta della torta, scavano nell’animo di chi soffre per la perdita di una persona cara, adagiando le proprie dita sui punti giusti, come bravi pianisti, e compongono una sinfonia di vendetta, ergendosi a moralizzatori, a difensori di una giustizia già giudicata, a erogatori di una sentenza già scritta

che *“pur se non potrà riportare il vostro caro in vita, vi darà almeno la soddisfazione di vederlo rovinato e vi porterà un contributo in denaro... vi-le denaro, ma pur sempre denaro!”*

Tralasciando per un attimo questo mio sarcasmo di bassa lega, mi convinco sempre di più che alcuni avvocati vengono addestrati come gli avvoltoi, a fiutare il cibo da una carcassa.

Purtroppo così facendo stanno scavando ulteriormente il solco tra medico e paziente, tanto da spingere il tribunale e per i diritti del malato-Cittadinanzattiva a emettere un comunicato stampa di questo genere, trasformandoci di colpo in colpevoli di fatto... o alla meglio, in piloti di aerei!!!!

Su donna morta in ospedale di Potenza: fatti orrendi. Necessari scatola nera in sala operatoria e normativa di prevenzione.

Non aggiungo commento a questa che ritengo un'affermazione sconcertante, limitandomi a consigliarvi le risposte del Presidente del CIC, del nostro Presidente Menicanti e del Dr Piccoli, responsabile della Task-Force medico legale della SICCH.

Mi è capitato di leggere un blog di commenti alla notizia di Potenza. Vi assicuro che la prima reazione è stata quella di mettermi a fare altro. La gente usava termini come “assassini” e non si riferiva solo al caso specifico, ma ne faceva una crociata contro tutta la classe medica, rea a loro dire, di speculare economicamente sui poveri malati, riducendoli poi cadaveri o larve e vittime

delle loro malefatte, rea di essere una lobby che si autodifende o che viene difesa dallo Stato. C'era gente che gridava alla forca, altri che invocavano tribunali speciali e magari una bella deportazione, aggiungerei!

E' comprensibile il dolore di ha sofferto per un intervento mal riuscito, per il sopraggiungere di una complicazione, per una malpractice sanitaria. E' comprensibile il dolore dei parenti che perdono un familiare, ma anche di fronte a questo comprensione bisogna fare delle considerazioni. Molto spesso si sente dire “mio padre è entrato in sala operatoria con le sue gambe, stava bene, e poi è uscito morto”. Ora mi chiedo quanto può stare bene uno che entra in sala operatoria per un intervento cardiocirurgico? bene che voglia stare, è un cardiopatico... in molti casi, se è anziano ha anche una serie di comorbidità, che solo di lieve entità, ma come si dice dalle mie parti *“tanta poc, fann nu tant!”*.

Forse, anche in questo vi sono colpe esterne ai familiari. Ci sono medici che troppo spesso catalogano un intervento cardiocirurgico come “routine”, e non parlo tanto di cardiocirurghi quanto di chi invia i pazienti ai cardiocirurghi. Non dimenticherò mai una notte quando a Chieti ci giunse un paziente da fuori regione con la diagnosi di dissezione acuta dell'aorta e la moglie ci disse che l'ospedale che l'aveva inviato aveva detto che si trattava di un intervento simile a quello di un idraulico, bastava sostituire un tubo. Ora, a prescindere che l'idraulico guadagna sicuramente

te più di un cardiocirurgo, questa metafora, questa similitudine usata dai colleghi che ci hanno inviato il paziente non mi sembra calzi alla perfezione.

Siamo nell'era della guarigione dovuta!

Ora bisognerebbe far capire a pazienti e parenti, ma anche ad alcuni colleghi, che sebbene la tecnologia, le tecniche diagnostiche e terapeutiche odierne, le nuove conoscenze abbiamo implementato i risultati della medicina in generale e della cardiocirurgia nel nostro specifico, si tratta pur sempre di un intervento, dove di routinario non c'è assolutamente null'altro che la presenza di un medico e di un malato! In Inghilterra mi chiedevano di dare le percentuali di complicanze ai pazienti e io mi dicevo

“Una volta che gli ho detto che nel 2% dei casi avrà un insufficienza renale, come faccio a dirgli se lui è nel 2% o nel 98%”. Sarà demagogica questa mia affermazione, ma se l'analizzate con attenzione capirete che è la nostra quotidianità. Ci sono malati con rischi elevati che vanno benissimo e malati con rischi bassi che vanno malissimo. C'è sempre nell'azione di un medico, un gap di imprevedibilità che dovrebbe essere chiaramente trasmesso ai pazienti e ai parenti, perchè si capisca che la routine è garanzia, non certezza!

Concludo queste riflessioni con un timore. In Italia, la maggior parte dei Centri, se non la quasi totalità fa una selezione dei pazienti molto larga, ovvero si cerca di dare una chance ad un nume-

ro ampio di pazienti, anche a quelli con maggiori rischi. Questo atteggiamento encomiabile potrebbe sgretolarsi sotto i colpi dei tanti attacchi giudiziari che continuano a bersagliarci, nella maggior parte dei casi ingiustamente. Questo porterà, come avvenuto in altri Paesi, ad applicare una medicina difensiva che si ritorcerà contro le famiglie. I chirurghi con il tempo inizieranno a delegare alla terapia medica palliativa o peggio ad interventisti senza scrupoli, quei pazienti il cui rischio è considerato alto o medio-alto, pur di non incorrere nelle grinfie di un avvocato, di un giornalista, di una famiglia che non ha compreso che dare una chance di guarigione ad un paziente ad alto rischio è un atto di passione umanitaria di un chirurgo e non un'attestazione di riuscita.

Mi auguro che questo non accada mai e che resti solo l'elucubrazione di un editorialista scientifico!

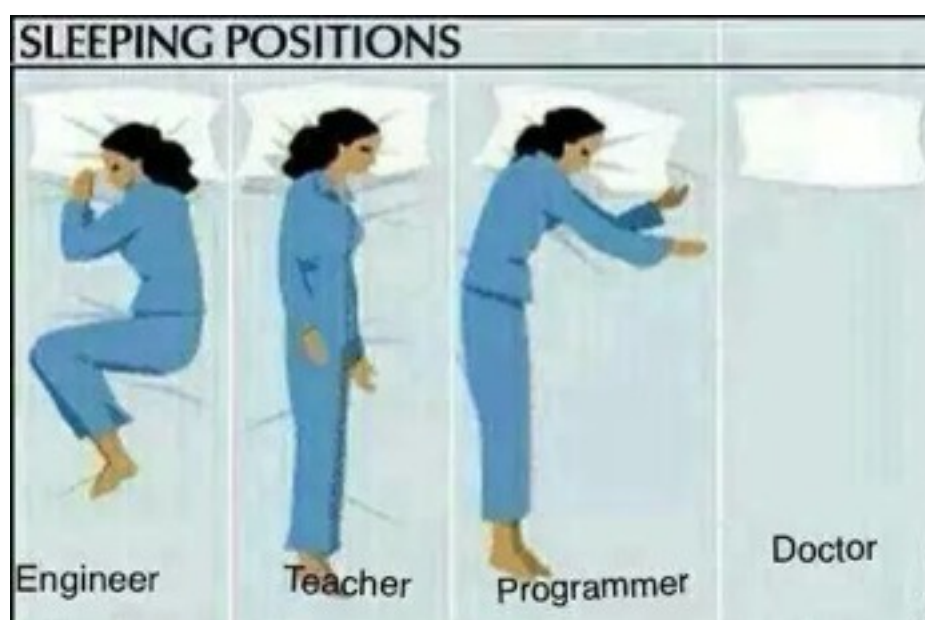
Chiudo non senza citare la categoria che più di tutti è alla base della malasantità, quella vera e non quella presunta, quella che naviga nell'ombra, nella nebbia: il politico.

Mi darete del qualunquista o del demagogo, ma se c'è una cosa che inficia la sanità più di ogni altra è la corsa alle riforme sanitarie. Non c'è stato governo negli ultimi anni che non abbia voluto apporre la propria etichetta su una riforma della Sanità, testimoniando che la Sanità Italiana è sempre incompleta. E così ogni ministro ha voluto donarci la sua ricetta. Ci hanno sguazzato tutti

in questo “panta rei” sanitario: rossi, neri, bianchi, rosa pallido. Eppure le ricette hanno avuto un ingrediente comune, un prezzemolo che va con tutto: i tagli lineari! Hanno tagliato di tutto, senza badare realmente alle voci di spesa, senza mai fare una valutazione costo-beneficio dei propri tagli, hanno tagliato personale sanitario a tal punto da spingere la assonnata UE a dichiarare “i medici italiani lavorano troppo” e poi qualcuno si meraviglia che si smonta dalla notte e si vada in sala operatoria! Come si potrebbe altrimenti! Ci sarebbero liste d’attese che sarebbero corone di rosario di morti, da snocciolare telefonata dopo telefonata. In alcune regioni si stanno tagliando i punti nascita attigui alle aree più periferiche (montagne, valli, e via dicendo), ma si consente l’utilizzo di TAVI per pazienti di 85 anni o impianti di PACEMAKER a iosa, perchè un biventricolare non si nega a nessuno!

Ora non vorrei sembrare un rottamatore di anziani, ne tantomeno in integralista anti-TAVi e mitraclip e quant’altro, ma se la Sanità mi impone il gioco della torre e devo buttare giù preferisco garantire una maggiore tranquillità in caso di complicanze ad un nascituro! Non vado oltre, perchè probabilmente ci sarebbero soluzioni che permetterebbero di avere un’adeguata assistenza sia per gli uni che per gli altri, se si iniziasse a capire che la sanità non può diventare un bancomat dello stato, che questo comporta una difficoltà per chi opera nel settore e per chi se ne beneficia, se si capisse che noi rappresentiamo il ter-

minale di una sanità, la punta di un iceberg, e quindi, al di là delle responsabilità personali, bisognerebbe cercare le cause nascoste sotto l’acqua.



SICCH HOTLINE

Basilicata24.it: come un buon giornalismo si possa trasformare in una cattiva informazione.

La sera di venerdì 29/8/14 è comparso su Basilicata24.it, quotidiano online della Basilicata, un drammatico e inquietante articolo dal titolo “Omicidio” all’ospedale San Carlo di Potenza. Medico confessa: l’abbiamo uccisa.” ([http://basilicata.basilicata24.it/inchieste/](http://basilicata.basilicata24.it/inchieste/omicidio-all-ospedale-san-carlo-medico-confessa-l-uccisa-14916.php)“omicidio”all’ospedale-san-carlo-medico-confessa-l-uccisa-14916.php). Tale notizia è stata successivamente diffusa dai principali organi di stampa e reti televisive.

Come unico ente posto a tutela dei diritti e degli interessi della cardiocirurgia in Italia, la SICCH (Società Italiana di Cardiocirurgia), è in dovere di intervenire, anche pubblicamente.

Il primo e più rilevante interesse e quindi il più importante ambito di tutela di SICCH, è quello di assicurarsi che la professione cardiocirurgica sia esercitata solo da chi abbia il più elevato grado di qualifica etica e professionale.

La SICCH, consapevole delle problematiche medico-legali correlate alla responsabilità professionale di chi ha intrapreso una specialità tanto peculiare, ha creato, nel suo interno, una Task-Force medico-legale tra le cui missioni vi è anche quella di essere un arbitro per quanto più possibile imparziale nel valutare la correttezza professionale dei propri membri, in modo da offrire alla

utenza (e cioè ai pazienti) una assistenza medica quanto più corretta ed attinente alle linee guida internazionali, così come peraltro richiesto dalla Legge Balduzzi n.189 del 2012. La Società quindi non vuole essere corporativistica o di parte, ma ha la pretesa di avere, quale obiettivo primario, una obiettività di giudizio.

Alla luce di questa premessa il caso di Potenza, portato alla ribalta nazionale da un articolo pubblicato on line Basilicata24.it è piuttosto emblematico, in quanto dimostra come un buon giornalismo si possa trasformare in una cattiva informazione. Il buon giornalismo deve, per sua natura, e per essere appunto buono, fare inchieste, descrivere la cronaca e riportarne ogni utile informazione affinché al lettore sia data la possibilità di analizzare l’andamento degli eventi per farsene una propria opinione ed un corretto giudizio; tanto per fare un esempio, senza l’attività dei indagini dei giornalisti, mai il caso Watergate sarebbe venuto alla luce. Del tutto positivo quindi il giudizio in merito a quanto pubblicato dai giornalisti del quotidiano in questione in relazione a quanto verificatosi presso l’Ospedale S.Carlo di Potenza, scoprendo un problema che, probabilmente, senza le loro indagini, non sarebbe mai venuto a galla. Ma dove invece il buon giornalismo diventa cattiva informazione è allorquando viene già dato un giudizio preconcepito su quanto accaduto e viene individuato il colpevole, oltretutto adducendo a supporto delle proprie tesi presupposti scientifici dei quali (da come vengono

descritti) si ha scarsa domestichezza. E' giusto che si indaghi su quanto avvenuto ma il giudizio se siano da ravvisare responsabilità professionali nel corso degli accadimenti è compito della magistratura, e non del corpo giornalistico, che alla stessa non si può sostituire, non avendone né il diritto né tutti gli elementi per poter emettere un verdetto obiettivo. Non si può giudicare in base ad una sola versione dei fatti, senza dare ascolto anche a chi i medesimi eventi li può leggere ed interpretare in modo del tutto opposto alla versione iniziale. L'emotività suscitata da come gli accadimenti vengono riportati non può influenzare il giudizio finale che, si ribadisce, non è compito del giornalista, ma del magistrato chiamato ad essere l'arbitro imparziale di quanto accaduto. E cattiva informazione è anche quella che, per giustificare il proprio giudizio, si basa su presupposti che, di scientifico, niente hanno. Facendo riferimento all'articolo apparso su Basilicata24.it e dal quale è suscitato il grande interesse su questa vicenda, molteplici sono gli assiomi cui gli autori fanno riferimento per supportare le loro preconette tesi di colpevolezza, ma prive di ogni supporto scientifico.

Ne riportiamo alcune. Secondo i redattori un intervento di sostituzione valvolare aortica sarebbe un "semplice" atto chirurgico di normale routine, senza rischio alcuno, mentre secondo i dati pubblicati dall'AGENAS lo scorso anno la mortalità media per questo tipo di intervento è, nei centri italiani, del 3,05%. Gli stessi giornalisti affermano

che un intervento di sostituzione valvolare aortica non possa durare più di 4 ore, quando tutti i cardiocirurghi invece sanno che la durata dell'intervento è indeterminabile, dipendendo dalle difficoltà incontrate per la sua effettuazione. Inoltre per quanto riguarda le critiche nei riguardi dell'utilizzo di un morsetto chirurgico per arginare un sanguinamento dalla vena cava, quali altri rimedi più idonei si sarebbero dovuti adottare per suturare, su di un campo esangue, una lesione che sta causando una grave emorragia? I redattori dell'articolo in questione affermano che una occlusione della vena cava, se protratta per un'ora e mezzo, sarebbe stata la causa del decesso quando invece, qualora non vi fossero stati circoli collaterali (evento estremamente improbabile) l'occlusione avrebbe causato una stasi venosa cerebrale che non sarebbe stata in grado di determinare il decesso cardiaco della paziente già in sala operatoria (viene infatti affermato che la paziente, all'ingresso in unità di terapia intensiva, fosse già morta). Sicuramente il video dell'autodenuncia del sanitario allegato all'articolo on-line è di indubbio impatto mediatico ma se si analizza il concetto espresso di chi parla (dalla registrazione dovrebbe essere un sanitario di nome Michele) non si riesce a comprendere come avrebbe "lasciato deliberatamente ammazzare una persona" forse intendendo che, ritenendosi più idoneo di chi eseguiva l'intervento, avrebbe saputo risolvere in modo migliore ed ottimale la complicanza? E che dire, infine della campagna

mediatica, innescata da questo articolo su tutti i mezzi di informazione, pronti a saltare addosso alla notizia, alla ricerca di una ulteriore prova di “malasanità”?

Ora responsabilità professionali ci possono essere state e sicuramente il clima nel centro cardiocirurgico in questione è tutto da verificare, ma sarà la magistratura, eventualmente ad accertarle e, se ve ne fossero i termini, a sanzionarle. Oramai il medico è individuato, in modo preconcepito, come il maggiordomo nei film gialli, ossia il colpevole di tutti i mali. Per avere una conferma di questa tendenza, basta leggere i commenti che, di seguito, vengono riportati all'articolo online, quasi tutti concordemente contro la classe medica in generale. Questo tipo di campagne giornalistiche ha incrinato quel rapporto necessario fra medico e paziente, che non si vedono più come due facce della stessa medaglia (ossia io, medico, metto il mio sapere al tuo servizio e tu, paziente, mi affidi la tua salute affinché io la tuteli) ma come antagonisti (ossia io, medico, vedo te come un mio potenziale accusatore e tu, paziente, cerchi di trovare nel mio operato i possibili errori piuttosto che i benefici che le mie cure ti possono apportare). E questa competitività che si è purtroppo creata fra medico e paziente ha indotto la classe medica a trincerarsi dietro quella che viene definita “medicina difensiva” una medicina il cui scopo non è più quello della ricerca della salute del malato, ma volta ad evitare, quanto più possibile, rivalse in tema di responsa-

bilità professionale. E di questa conflittualità chi ne fa le maggiori spese è proprio il paziente che, invece, ne dovrebbe essere il principale beneficiario. Ecco allora perché parte di questo conflitto è da attribuire ad alcuni professionisti che dovrebbero coniugare il buon giornalismo con una corretta informazione.

La SICCH, si ribadisce, non vuole essere una società corporativistica che tutela a priori l'interesse dei propri soci ma, invece, una associazione che vuol tutelare i diritti dei pazienti secondo quanto previsto dalle vigenti leggi. E' questo il motivo per cui è scesa in campo in occasione di questa vicenda augurandosi che la magistratura, e nessun altro, riesca ad emettere quanto prima possibile un giudizio sulla intera vicenda, colpendo, se ve ne fossero, gli effettivi colpevoli ma restituendo un resoconto degli eventi quanto più obiettivo possibile così che un solo caso non coinvolga la classe sanitaria nel suo complesso che ancora, fortunatamente, si prodiga ogni giorno per garantire la salute di chi ad essa si affida.

La rettifica del Presidente della SICCH inviata al Corriere della Sera

Al Direttore del Corriere della Sera

Dr. Ferruccio De Bortoli

e, p.c.

Dr. Fulvio Buffi

Egr. Dr. de Bortoli,

sull'Edizione del "Corriere" di giovedì 4 Settembre u.s. a pagina 19 vi è un articolo, a firma Fulvio Buffi, su un potenziale caso di malasanità che sarebbe occorso nei mesi scorsi presso la U.O. di Cardiocirurgia dell'Ospedale San Carlo di Potenza. In tale articolo è affermato che "Il management del San Carlo si limita a chiedere alla Società Italiana di Cardiocirurgia un audit omissis.....". In qualità di Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) vengo a chiederLe formale rettifica (con risalto pari a quello dell'articolo pubblicato) di tale affermazione, in quanto nessun incarico è stato dato alla SICCH ma, da quello che risulta a SICCH, a tre esponenti qualificati e autorevoli della cardiocirurgia italiana, due dei quali past-presidents della nostra Società, che hanno però agito a titolo personale.

In merito poi al caso in oggetto, la SICCH sottolinea come sia interesse di tutti, in primis della SICCH stessa, giungere quanto prima alla definizione della verità dei fatti ed ha piena fiducia nel lavoro che la Magistratura sta svolgendo. Ritiene

altresì sia imprescindibile l'esigenza di una comunicazione corretta, per evitare qualsivoglia tipo di stravolgimento e strumentalizzazione, e raccomanda che fatti di tale – allo stato eventuale – gravità vengano trattati nel modo più corretto e neutrale possibile, anche in relazione alle tematiche di natura tecnica. Infatti, il rischio intrinseco connesso alla diffusione di informazioni non corrette è quello di un progressivo ed irreversibile deterioramento del rapporto medico-paziente che non giova a nessuno, in primis ai pazienti.

Si allega per completezza comunicato stampa inviato in data odierna alle principali agenzie di stampa, con preghiera di pubblicazione in calce alla smentita.

Il Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Lorenzo Menicanti

ANSA

2014-09-04 16:31

Morta durante intervento: Menicanti (SICCH), subito verità POTENZA

(ANSA) - POTENZA, 4 SET - "E' interesse di tutti, in primis della Società italiana di cardiocirurgia, giungere quanto prima alla definizione della verità dei fatti": lo ha detto, in una dichiarazione, il presidente della Sicch (società italiana di cardiocirurgia), Lorenzo Menicanti, commentando quanto avvenuto nell'ospedale San Carlo di Potenza. "La Società italiana di cardiocirurgia - ha aggiunto - riponendo piena fiducia nel lavoro che la magistratura sta svolgendo, ritiene altresì imprescindibile l'esigenza di una comunicazione corretta, per evitare qualsivoglia tipo di stravolgimento e strumentalizzazione (anche se 'a fin di bene'), e raccomanda che fatti di tale - allo stato eventuale - gravità vengano trattati nel modo più corretto e neutrale possibile, anche in relazione alle tematiche di natura tecnica". Menicanti, infine, ha espresso "forte preoccupazione per il fatto che campagne mediatiche non suffragate dai fatti possono pesantemente minare la fiducia tra medico e paziente quale condizione indispensabile per l'efficacia dell'azione sanitaria che deve essere sottesa ad un clima di serenità". (ANSA).

Comunicato stampa Roma, 4 settembre 2014 Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva su donna morta in ospedale di Potenza: fatti orrendi. Necessari scatola nera in sala operatoria e normativa di prevenzione.

"E' un fatto orrendo, che scredita tutti, medici e Servizio sanitario nazionale, lasciando nelle persone la paura che possa succedere di nuovo o peggio che cose del genere siano già capitate ad altri". Queste le dichiarazioni di Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, in merito alla vicenda accaduta all'ospedale San Carlo di Potenza, dove l'errore medico che ha portato alla morte di una donna durante un intervento cardiaco è stato portata alla luce dalla registrazione di una confidenza di un medico, presente all'intervento, a sua insaputa.

"E' inaccettabile che un fatto come questo sia venuto alla luce per dinamiche di lotta di potere che nulla hanno a che fare con la vita spezzata di una donna: questo fa male anche ai tanti professionisti che con dedizione, professionalità ed etica esercitano la propria attività, anche laddove questi fatti sono accaduti. Per questo, accanto alla sospensione dei medici e alla indagine in corso, chiediamo che sia fatta giustizia per i familiari di questa donna e che questa dolorosa esperienza serva a tutti per evitare che "accada ad altri". Siamo al fianco della famiglia e ci costituiamo parte civile".

“Sul versante della sicurezza delle cure e della responsabilità professionale – continua Aceti - chiediamo che sia rivista la normativa attualmente in discussione, al fine di prevenire fatti come questi e contrastare quei fenomeni di corporativismo che impediscono di far emergere gli errori e le responsabilità. E' il momento di introdurre nelle sale operatorie una sorta di “scatola nera” che registri gli interventi e consenta di ricostruire i fatti in maniera oggettiva, tutelando sia i cittadini che i professionisti”

Ufficio stampa Cittadinanzattiva onlus - sede nazionale

Alessandro Cossu, 06.36718302 – 348.3347608

Aurora Avenoso, 06.36718408 – 348.3347603

www.cittadinanzattiva.it

stampa@cittadinanzattiva.it

RISPOSTA del Prof. Nicola Surico

Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi

Caro Tonino

Ho ricevuto dai colleghi cardiochirurghi questa mail che ti allego in risposta al tuo comunicato sulla “scatola nera”.

Come forse saprai la maggior parte degli interventi in laparoscopia sono registrati, ma saprai anche che la gestione dell'emergenza è sempre un attimo che richiede serenità e saggezza da parte del chirurgo, oggi troppo spesso costretto a ragionare su come intervenire in previsione delle valutazioni della magistratura.

Come Presidente CIC sento l'obbligo di sostenere i chirurghi italiani, sottoposti alla gogna ancor prima di ricevere una sentenza. Sono convinto che questa tipologia di comunicati non porti alcun beneficio se non a sole due categorie: alcuni giornalisti, che senza scrupoli fanno audience trattando vicende a dir poco spiacevoli e alcune tipologie di avvocati che lucrano sulla buona fede dei pazienti.

Questa comunicazione genera solo una frattura sempre più profonda, da un lato ci sono i pazienti che devono sottoporsi a chirurgia pervasi da un senso di ansia e sfiducia, dall'altro ci sono i chirurghi che sfuggiranno (come spesso accade in altri Stati) dall'esecuzione della chirurgia di alta specializzazione.

I miei capelli bianchi mi dicono che l'unica via percorribile sia il dialogo preventivo, sarebbe uti-

le incontrarsi più spesso e “discutere” prima di lanciare in pasto ai giornali comunicazioni che, sapientemente manipolate trasformano l'informazione in cattiva comunicazione.

Sono certo che parteciperai alla nostra Assemblea Nazionale l'11 ottobre, per cominciare un dialogo costruttivo ed aiutarci a prevenire quella che riduttivamente è chiamata “malasanità”.

RISPOSTA del Dr. Lorenzo Menicanti

Presidente Società Italiana Chirurgia Cardiaca

Abbiamo letto con interesse il comunicato stampa inviato dal Signor Tonino Aceti coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanza onlus, e non vi è alcun dubbio che i fatti accaduti nell'ospedale di Potenza siano di grave danno per l'immagine del sistema sanitario nazionale e che possano minare il rapporto di fiducia che dovrebbe essere alla base di qualsiasi interazione tra medico e persona ammalata.

Giudicare la condotta operatoria dei chirurghi durante l'intervento, dalle notizie riportate dai mezzi di informazione, nel contrastare una gravissima complicanza intra-operatoria non è nè possibile nè tanto meno corretto. Mancano tutti gli elementi di conoscenza per poter definire l'esatta complicanza e l'adeguatezza o meno delle misure messe in essere. Il giudizio sarà dato dalla magistratura inquirente che è depositaria degli elementi di conoscenza.

Le registrazioni voce pubblicate e le successive precisazioni dimostrano un gravissimo problema di relazioni interpersonali all'interno del gruppo chirurgico ma non descrivono certo le ragioni del decesso della persona ammalata e sottoposta all'intervento, che –in specie- presenta comunque un rischio di morte medio che si aggira attorno al 3,5 %.

La Società Italiana di Chirurgia Cardiaca nei suoi comunicati stampa ha chiaramente espresso

questi concetti, avendo come unico interesse la completa conoscenza dei fatti a difesa dei nostri pazienti e di tutti i cardiocirurghi italiani che ogni giorno prestano la loro opera con dedizione e con grande professionalità come dimostrato dalle analisi dei risultati pubblicati dagli organi di controllo regionali e nazionali.

Proporre l'introduzione di una non ben definita "scatola nera" dimostra altresì una scarsissima conoscenza di cosa sia un intervento cardiocirurgico; infatti in tutti gli interventi di cardiocirurgia tutti i parametri vitali dei pazienti sono registrati in modo continuo digitalmente o analogicamente su cartelle di anestesia e perfusione, talora gli interventi x vengono registrati a fini didattici, ma essendo il campo chirurgico spesso molto ristretto sovente non è possibile eseguire registrazioni continue e accurate di tipo video.

La Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, nella convinzione di offrire alle persone ammalate il più alto livello professionale sarebbe lieta di ospitare il signor Tonino Aceti ad assistere ad alcuni interventi cardiocirurgici in modo da acquisire esperienza diretta di cosa è la chirurgia cardiaca ed in caso fornire suggerimenti su come poter migliorare la percezione che la collettività ha della sanità nazionale.

RISPOSTA del Dr Gian Piero Piccoli

Cardiocirurgo

Referente Task-Force medico-legale Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

LA GRANDE TROVATA DELLA SCATOLA NERA

E' pur vero che molte associazioni, per crearsi una visibilità, hanno necessità di promuovere scoop eclatanti o pubblicitari, ma questa trovata da parte degli organismi dirigenti del Tribunale del Malato, relativa alla proposta di installare in tutte le sale operatorie una scatola nera per registrare quanto vi avviene, è davvero straordinaria! Verrebbe da commentare che, dopo quella dell'acqua calda, è la seconda pensata degli ultimi cento anni! Ed a norma, data la genialità della trovata, perché non installarla anche nelle corsie e nei corridoi degli ospedali, ma non solo, anche in tutti gli uffici pubblici e dei palazzi del potere e quant'altro, e chi più ne ha più ne metta. Di certo un affarone per chi le dovrebbe fabbricare e possibilità di posti di lavoro per chi le dovrebbe installare e controllare. Un paese trasformato come quello ipotizzato da Orwell dove tutti spiano tutti, così che l'atteggiamento di ciascuno è spronato non ad essere corretto, ma ad apparire tale. Ma, fuori dai toni ironici, è possibile che associazioni quali il Tribunale del Malato e quant'altre similari, non capiscano che questi attacchi populistici e generalizzati contro tutta la classe sanitaria non fanno altro che spingere i medici a trincee-

rarsi e ad adottare quella medicina “difensiva” di cui pagano le conseguenze proprio i pazienti che invece queste associazioni vorrebbero difendere? Gli atteggiamenti genericamente e colpevolisticamente indiscriminati non giovano a nessuna delle due parti in causa, né ai medici né ai pazienti, ma forse solo a chi li propone e li sollecita. Alla magistratura il compito di punire chi, professionalmente ha sbagliato, ma non mettere alla gogna, per colpa di qualcuno, tutta la classe medica la cui stragrande maggioranza, come anche il Tribunale del Malato riconosce nel proprio comunicato, abdica tutta la propria vita nell'interesse di chi ne ha bisogno.

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

IL CONSENSO INFORMATO “PERFETTO”



GIAN PIERO PICCOLI

Se esistesse un modello cartaceo di consenso informato “perfetto” si eviterebbe una molteplicità di contenziosi medico-legali in tema di responsabilità professionale supportati da una pretesa (e per lo più pretestuosa) incompleta o inadeguata informazione relativa alle procedure mediche da eseguire, con i rischi e le complicità ad esse connessi, fornite dai sanitari ai pazienti. In questo numero del Bollettino due articoli complementari sull’argomento, redatti da altrettanti componenti della task force.

IL DOVERE DI INFORMAZIONE DEL MEDICO NELLE PRASSI E NEI PROTOCOLLI DEGLI OSPEDALI

Luigi Mastroroberto

Tratto da: La Responsabilità nel Servizio Sanitario

Ed. Zanichelli cap.20, pagg. 679-695, 2011

Il consenso informato ad un trattamento medico rappresenta il fondamento della prestazione sanitaria, consenso in assenza del quale la stessa prestazione, terapeutica o diagnostica che sia, diviene un atto illecito.

Diversi i piani su cui si devono muovere i rapporti fra medico e paziente nella acquisizione del consenso in quanto gli interessi di entrambi partono da posizioni culturali ed emotive significativamente distanti e quindi, per tentare di superare queste difficoltà, deve essere impostata e calibrata la comunicazione, al fine di raggiungere l’obiettivo di acquisire dal paziente un consenso che derivi da una informazione completa, ma “adattata” a quella determinata persona, al suo

grado di cultura ed alle sua capacità di comprensione.

Se però ci si cala nella pratica clinica quotidiana, sia quella ambulatoriale, dove il rapporto diretto fra medico e paziente è esclusivo, sia quella che viene svolta nelle strutture sanitarie complesse, sia pubbliche, sia private, dove invece il paziente viene a contatto con un numero più o meno rilevante di figure professionali con competenze varie, si rileva che troppo spesso ciò che in teoria dovrebbe essere attuato non ha riscontro ed a causa di ciò, soprattutto nei casi in cui i trattamenti sanitari non conseguono il miglior risultato auspicato, si creano incomprensioni che possono sfociare in conflitti, se non in vertenze giudiziarie non solo civili, ma anche penali.

Una dimensione numerica sulla qualità della comunicazione ed informazione che solitamente caratterizza il rapporto medico paziente è stata data da La Monaca et al.¹ Gli Autori hanno somministrato ad una serie di pazienti due diversi questionari; il primo volto ad analizzare la qualità della informazione in relazione al modo ed alla misura con cui i pazienti la recepivano e la comprendevano, nonché al modo in cui, attraverso questa informazione, essi venivano coinvolti nei processi decisionali riguardanti la soluzione dei loro problemi di salute; il secondo è stato invece predisposto per verificare le modalità del processo informativo ed i suoi destinatari, con particolare attenzione anche al grado di coinvolgimento dei familiari nella diagnosi e nel processo decisionale. Analizzando i risultati della ricerca, fra le diverse cose emerse, è da rilevare che, pur a fronte di una percezione soggettiva di aver ricevuto una informazione “soddisfacente”, è risultato che solo il 32,7% dei pazienti (tutti sottoposti ad intervento chirurgico) era stato informato della possibilità che si verificassero

complicanze. Ed il dato è confermato anche dalle risposte ottenute ad un'altra domanda del questionario, questa volta aperta, con la quale veniva indagato sul grado di consapevolezza che avevano i pazienti sui rischi che avrebbero corso se non si fossero sottoposti all'intervento: solo poco più della metà dei soggetti intervistati era a conoscenza di ciò che realmente avrebbe potuto verificarsi, mentre la restante parte o non sapeva rispondere (21%) oppure aveva solo una generica e vaga consapevolezza di un possibile aggravamento della malattia di base.

¹La Monaca et al. L'INFORMAZIONE NEL RAPPORTO MEDICO PAZIENTE. Informazione e consenso: i risultati

di due indagini conoscitive effettuate in ambito ospedaliero. Milano, 2005, 229 e ss.

Questa ricerca dunque, come sottolineano gli stessi Autori nelle conclusioni, conferma ulteriormente non solo l'esigenza dei pazienti di essere maggiormente informati ma anche quella di essere coinvolti, sia personalmente, sia con la famiglia, nelle scelte terapeutiche e diagnostiche. Lo studio però, allo stesso tempo, evidenzia anche che, nonostante si abbia oggi una consapevolezza decisamente maggiore rispetto a qualche anno fa della centralità della informazione e del consenso nel rapporto medico paziente, si è ancora lontani dall'aver conseguito, nella prassi clinica, un tipo di comunicazione ottimale che risponda ai requisiti illustrati nei capitoli precedenti.

I motivi sono diversi, in parte legati ai modelli organizzativi delle strutture sanitarie, che impongono ritmi tali nell'espletamento delle varie attività

professionali da lasciare poco tempo da dedicare alla comunicazione col paziente, in parte legati oggi al prevalere della burocratizzazione del consenso (concetto questo che verrà meglio analizzato e commentato in seguito), ma in parte legati anche a difficoltà oggettive, che derivano da linee di indirizzo, norme e necessità pratiche che regolano e comunque condizionano l'operato del medico, ma che non sempre sono fra loro coerenti o convergenti verso l'obiettivo primario, quello cioè di dare al paziente il maggior vantaggio possibile.

Nei paragrafi che seguono verranno illustrati dunque proprio questi elementi condizionanti l'operato del medico nel processo di informazione al paziente finalizzata alla acquisizione del consenso, elementi che, schematicamente, possono essere raggruppati in tre aree: quella che attiene agli aspetti deontologici, quella che caratterizza la gestione clinica pratica del paziente e quella che è condizionata dalla evoluzione del pensiero giuridico.

1. Aspetti deontologici dell'informazione

Il primo codice italiano di deontologia medica risale al 1903 e fu redatto dall'Ordine dei Medici di Sassari, senza però avere una vera veste giuridica. Questa venne acquisita solo nel 1910, quando venne promulgata la legge istitutiva degli Ordini Professionali², che nasceva da un disegno di legge del governo Giolitti e seguiva sostanzialmente ciò che gli stessi statuti delle associazioni professionali spontaneamente nate, stabilivano per se stesse³.

Nel corso dei decenni le finalità del codice di deontologia medica si sono adeguate ai mutamenti della Società e, giungendo ai nostri giorni, come è scritto nella nota di presentazione dell'ultima versione⁴, quello attuale è un Codice inteso

come presidio di garanzia non solo dell'atto fattuale del medico, ma anche del diritto del cittadino e delle istituzioni al rispetto dei reciproci diritti, nel quadro di una gestione della sanità che tenga conto della equità, della adeguatezza e della qualità delle cure. Ed in riferimento a ciò, proprio per la consapevolezza del ruolo primario che hanno, nel rapporto fra medico e paziente, l'informazione ed il consenso, a questo argomento sono stati dedicati 6 articoli che ne regolano i vari aspetti, non solo in riferimento alle diverse situazioni in cui il medico può trovarsi ad operare, ma anche in relazione ai principali bisogni del cittadino, con l'evidente scopo di personalizzare la comunicazione, l'informazione e la acquisizione del consenso, adattandole alle caratteristiche anagrafiche, sociali, culturali ed emotive del paziente col quale di volta in volta si opera.

Nel testo del Codice questi articoli sono posizionati al Capo IV e vanno dall'art.33 all'art.38 e ciascuno di essi è preceduto da un titolo che anticipa la finalità della norma.

2 Legge numero 455 del 10 luglio 1910

3 Cfr. INRONA, Editoriale, in Rivista Italiana Medico Legale XXVII, 2005

4 FNOMCEO Codice di deontologia medica, 16 dicembre 2006

L'articolo 33 5, definisce anzitutto quale deve essere il grado di approfondimento della informazione da dare al paziente, informazione che non deve riguardare esclusivamente la singola prestazione che il medico si accinge a svolgere, bensì la complessiva situazione clinica, la natura della malattia che deve essere affrontata, le varie opzioni terapeutiche ed il modo in cui ciascuna di

esse può modificare la prognosi. Occorre dunque che al paziente venga fornita una visione completa della evoluzione naturale di quella patologia di cui è o potrebbe essere portatore, delle varie possibilità disponibili per accertarla ed eventualmente curarla, ma anche di quali potrebbero essere le conseguenze prevedibili per ciascuna delle varie possibilità, comprese quelle derivanti dal rinunciare agli accertamenti o alle cure proposti. Ma la raccomandazione che, più di ogni altra, è stata posta al centro della norma del Codice, quella che maggiormente lascia intendere come siano mutati anche deontologicamente rispetto al passato i rapporti medico-paziente, ma anche quella che – come meglio vedremo in seguito – oggi crea i maggiori conflitti fra ciò che dovrebbe essere e ciò che nella pratica viene attuato, è data dal capoverso successivo, nel quale viene stabilito in che modo il medico debba “comunicare” col paziente.

I termini sono estremamente chiari nell’indicare che il medico, nel fornire le sue informazioni, deve personalizzare il modo di comunicare, adattandolo non solo al tipo ed al grado di cultura del paziente, in modo da garantire che egli comprenda realmente il significato delle informazioni, ma anche al suo carattere, alla sua emotività, alla sua reazione, potenziale o già manifesta, rispetto al problema di salute che sta vivendo. Solo in questo modo infatti si può ottenere la “comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche”. Obiettivo che assai difficilmente potrebbe essere raggiunto da una informazione ancorché completa ed esauriente, ma fornita con una fredda esposizione dei dati, in forma scritta ed attraverso una modulistica standardizzata, identica per ogni paziente che deve sottoporsi alla stessa prestazione sa-

nitaria. Allo stesso modo sarebbe impossibile, con una informazione fornita in questo modo, ottemperare a ciò che subito dopo prevede la norma, continuare cioè la comunicazione rispondendo a tutte le domande che il paziente pone e fornendogli tutte le informazioni che egli chiede, anche in tema di prevenzione.

Lo stesso articolo si sofferma poi in particolare su campi della clinica che, più di altri, necessitano di un siffatto modello di comunicazione personalizzata, quelli cioè che attengono a pazienti affetti da malattie gravi, a prognosi severa o addirittura infausta o quelli in cui un certo tipo di informazione può generare “preoccupazione e sofferenza”. La norma in questi casi impone (testualmente il termine utilizzato è “devono” e non “dovrebbero”) che il medico agisca con prudenza, cercando nel modo migliore possibile di ottemperare al dovere di corretta ed esauriente informazione, anche sugli aspetti più severi e drammatici di ciò che attende quella persona, cercando però nel contempo di usare termini “non traumatizzanti” e “...senza escludere elementi di speranza”.

5 Ibidem L’articolo 33, intitolato Informazione al cittadino, testualmente recita: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì,

soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata”.

Infine, la norma termina affermando un altro “dovere” del medico, quello cioè di rispettare la volontà del paziente quando sia manifesta la sua intenzione di non voler essere informato, di non voler conoscere ciò che lo aspetta oppure di voler delegare altri soggetti a ricevere le notizie riguardanti la possibile presenza ed evoluzione di una malattia, le varie possibilità diagnostiche o terapeutiche, in sostanza le prospettive prognostiche.

E che questo sia un aspetto del rapporto medico-paziente che ha un suo preciso rilievo nella pratica clinica lo dimostra ancora una volta la ricerca di La Monaca et al.⁶ la quale ha rilevato che circa il 15% dei pazienti intervistati avrebbe preferito non avere alcuna informazione nè sul suo stato di salute nè sul tipo di intervento al quale doveva essere sottoposto nè sulle complicanze che l'intervento avrebbe potuto comportare, preferendo affidarsi esclusivamente alle decisioni del medico.

La ricerca del resto non fa che confermare questo ulteriore aspetto problematico dei rapporti fra medico e paziente e stigmatizzare il condizionamento che in detto rapporto può derivare dalla applicazione pedissequa di principi generali ovvero di forme di comunicazione fra medico e paziente affidate esclusivamente alla prospettazio-

ne di moduli standardizzati sia per fornire le informazioni, sia per acquisire il consenso.

The right not to know è un aspetto della bioetica che già da tempo è stato posto al centro di vivaci discussioni sia nazionali, sia internazionali, confliggendo a volte addirittura con indicazioni di carattere legislativo^{7,8}. La necessità di alcuni pazienti di non voler sapere, di non voler essere informati di ciò che sta accadendo o che potrebbe accadere, è per lo più fondata sulla consapevolezza di non essere in grado di farsi coinvolgere emotivamente dagli aspetti per lui negativi della informazione, nonché sulla sua conseguente non volontà di partecipare a scelte e decisioni che riguardano la cura della sua persona (e questo vale in particolare per le malattie a prognosi incerta o severa o per quegli interventi che comportano rischi tangibili di complicanze o di insuccesso). Si tratta di un bisogno il cui mancato rispetto può a sua volta essere generatore di eventi avversi per il paziente, anche gravi, laddove una “forzata informazione” può generare vere e proprie manifestazioni psichiche patologiche ovvero, addirittura indurre il paziente a sottrarsi alla prestazione sanitaria che altrimenti, in un rapporto di intenzionale totale dipendenza dal medico, in un rapporto caratterizzato da una decisione di totale deresponsabilizzazione rispetto a scelte che si è consapevoli di non essere in grado di fare, avrebbe affrontato serenamente.

L'attuale codice deontologico, all'articolo successivo 9, stabilisce in che modo le informazioni riguardanti il paziente debbano essere eventualmente trasferite a terzi.

Anche su questo argomento la ricerca di La Monaca e coll. ha fornito informazioni quantitative¹⁰.

Alla domanda “I medici hanno informato anche altre persone sulla sua malattia, sull'intervento

chirurgico proposto e sui rischi connessi?”, il 70,7% dei pazienti ha risposto affermativamente, indicando che almeno sulla popolazione di pazienti italiani ricoverati in ospedale vi è un elevato grado di coinvolgimento, nella

6 LA MONACA et al. Op. cit., 267

7 ADORNO The right not to know: an autonomy based approach. J Med Ethics; 30, 2004, 435 ss.

8 PIZZUTI, Il diritto di non sapere: lo specifico dell'uomo bioetico, Pubblicazioni dell'Istituto Italiano per gli

Studi filosofici, Napoli, 2006

9 FNOMCEO, op. cit. l'art.34 del codice, intitolato Informazione a terzi, testualmente recita: “L'informazione

a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art.10

e all'art.12, allorchè sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri. In caso di

paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente

indicate dallo stesso e riceve la comunicazione dei dati sensibili”

10 LA MONACA et al. op. cit., 237 ss, 290

Conoscenza dell'iter diagnostico e terapeutico del paziente, dei suoi familiari o addirittura di un semplice amico (nello studio di La Monaca in un 6% dei casi l'informazione era stata trasferita non a congiunti ma a semplici persone di fiducia).

E' peraltro esperienza comune nelle corsie degli ospedali, quasi la normalità, osservare parenti in attesa dei medici per avere informazioni sui loro congiunti ed è altrettanto noto e di comune osservazione come i sanitari quasi sempre le forniscono, spesso anche in maniera dettagliata.

Questo dunque è un altro elemento di criticità fra ciò che in teoria si dovrebbe fare e ciò che nella pratica clinica viene effettuato, atteso che quasi mai, in questo processo di trasferimento dell'informazione ai parenti del paziente o anche alle sole persone amiche, trova adempimento l'articolo 34 del Codice Deontologico, il quale appunto prevede sì la possibilità di dare a terzi queste notizie, ma solo a fronte di un “consenso esplicitamente espresso dal paziente”, dal quale peraltro il medico “deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili”.

Questa disposizione è derogabile, secondo il Codice, in due soli casi: quando “motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'autorità giudiziaria, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie)”¹¹ oppure quando “vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere”¹².

2. **Aspetti deontologici dell'acquisizione del consenso**

Nel capo IV dell'ultima versione del codice di deontologia medica, dopo che gli articoli 33 e 34 hanno definito il modo in cui deve essere resa l'informazione al paziente o a terzi da questi indicati, l'art.35¹³ entra nel merito della acquisizione del consenso, anzitutto ribadendo il divieto al medico di intraprendere qualsiasi prestazione sanitaria sul paziente senza il suo consenso, consenso che, coerentemente con quanto affermato nei due articoli precedenti, deve essere "informato" deve cioè contenere, salvo il caso in cui il paziente non abbia chiaramente manifestato la volontà di non sapere, tutti quegli elementi che consentano

11 FNOMCEO, op. cit. l'art.10 del Codice, intitolato Segreto professionale.

12 Ibidem, art 12 del Codice, intitolato Trattamento dei dati sensibili.

13 Ibidem, art.35 del Codice, intitolato Acquisizione del consenso, che testualmente recita: "Il medico non

deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito ed

informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in

cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze

delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà

della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il

procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per

l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa

informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del

consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere

dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento contro la

volontà della persona. Il medico deve intervenire in scienza e coscienza nei confronti del paziente

incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento

terapeutico, tenendo conto della precedente volontà del paziente".

al paziente di aderire o meno, totalmente o parzialmente, alle proposte diagnostico-terapeutiche che il medico prospetta. Maggiore complessità – ed è poi questo uno degli elementi ulteriori di difformità fra ciò che dovrebbe essere e ciò che invece caratterizza l'operato quotidiano del medico, nonché uno degli elementi di maggiore incertezza per il medico nella gestione pratica del consenso – la si incontra nel dare un senso pratico all'ulteriore requisito che questo articolo del codice prevede debba avere il consenso, ossia il fatto che questo debba essere "esplicito".

E' noto – e l'articolo che stiamo commentando lo ribadisce – che il consenso espresso in forma scritta è obbligatorio solo in alcuni casi del tutto limitati 14, previsti da norme di legge e per giunta in gran parte relativi a trattamenti sanitari che, per frequenza, si pongono ai margini della curva gaussiana delle prestazioni sanitarie che vengono quotidianamente svolte negli ospedali, nelle case di cura o negli ambulatori privati. Il che dunque porta a ritenere che per il Codice di Deontologia Medica il consenso “esplicito” sia tale allorché il paziente manifesti il suo assenso attraverso la sola comunicazione verbale. Questo viene reso ancor più evidente dalla lettura della seconda parte di questo articolo, nella quale è affermato che in taluni casi (il riferimento è alle prestazioni sanitarie particolarmente rischiose per il paziente o per quelle che, pur rischiose, non hanno nemmeno elevate probabilità di successo) può essere “opportuno” (e non quindi obbligatorio) ottenere una “manifestazione documentata della volontà della persona”. Addirittura il termine “opportunità” (invece di obbligatorietà) di acquisire un consenso scritto viene utilizzato in questo articolo del codice anche per situazioni davvero drammatiche come i procedimenti “diagnostici o terapeutici che possono comportare grave rischio per l'incolumità della persona e che devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità”.

E che il cardine di questo processo di informazione ed acquisizione del consenso debba essere qualcosa di ben diverso dalla mera apposizione di una firma del paziente in calce ad un modulo, lo ribadisce ulteriormente lo stesso articolo 35, quando esplicitamente afferma che in ogni caso, anche qualora la acquisizione del consenso scritto sia obbligatoria per legge o nei casi in cui sia opportuna una manifestazione scritta del consen-

so, una tale attestazione resta solo “integrativa e non sostitutiva” del processo di informazione reso dal medico al paziente con le modalità indicate nel paragrafo precedente, a commento degli articoli 33 e 34.

Per il codice di deontologia medica dunque non vi è alcun dubbio sul fatto che l'intero processo di informazione e di acquisizione del consenso ad una prestazione sanitaria debba essere fondato sul colloquio con il paziente, su un rapporto diretto che in nessun modo può essere relegato alla sottoscrizione di un modulo in calce al quale ottenere una firma che, come abbiamo visto, non solo non è quasi mai obbligatoria, ma spesso nemmeno opportuna.

14 Cfr. IADECOLA Potestà di curare e consenso del paziente Padova, 1998, CALLIPARI Manuale pratico sul

consenso informato nella responsabilità medica, Roma, 2009, 210 ss.. L'acquisizione del consenso in

forma scritta obbligatoria è prevista nei seguenti casi: a) art.2 della legge n.458/1967 sul trapianto di

rene fra persone viventi; b) art.2, lett.1 del D.Lgs. n.211/2003 sulla sperimentazione clinica di

medicinali ad uso umano; c) art.6 della Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita; d)

art.14 della legge 194/1978 sulla interruzione volontaria della gravidanza; e) art.2 della Legge

n.164/1982 sulla rettificazione in materia di attribuzione di sesso; f) legge n.107/1990 sulle attività

trasfusionali; g) legge n.219/2005 sul prelievo per donazione di sangue.

Questo forse, come sopra si era anticipato, è il punto di maggiore criticità per il medico, che nella pratica quotidiana deve operare rispondendo ad esigenze che non raramente sono in conflitto fra loro, quelle cioè dettate dal codice deontologico (che gli impone di instaurare un rapporto personale e diretto col paziente), dalle esigenze pratiche (legate non solo ai tempi ristretti che le organizzazioni sanitarie complesse impongono per l'espletamento delle prestazioni, ma anche al fatto che spesso l'alternarsi dei ruoli di diverse figure professionali nello svolgimento di una determinata prestazione sanitaria – diagnostica o terapeutica che sia – impedisce ad un singolo medico di assumere il ruolo di riferimento per il paziente) ed infine dalle esigenze che nascono dall'interesse personale del medico o della struttura di documentare, a futura memoria, di aver svolto la richiesta attività informativa e di acquisizione del consenso. Su quest'ultimo punto il contrasto è particolarmente accentuato, opponendosi gli aspetti deontologici del consenso e quelli giuridici.

I primi, come si è visto, sono finalizzati a far sì che il paziente, dal processo di informazione finalizzata alla acquisizione del consenso consapevole, riceva il maggior vantaggio possibile da una comunicazione personalizzata ed adeguata alla sua cultura ed alla sua capacità, anche emotiva e psicologica, di comprensione, per maturare la consapevolezza di quanto gli sta per accadere.

I secondi invece hanno per obiettivo quello di accertare, ex post, se e come questa attività sia stata svolta, potendo evidentemente fare solo o quasi esclusivamente valutando una attestazione scritta, il cosiddetto "modulo del consenso". E va da sé che poiché questa verifica viene effettuata in corso di procedimenti a carico dei medici, la

finalità di questo modulo non è più quella di dare il maggior vantaggio possibile al paziente, ma quello di rappresentare uno strumento di difesa del medico nel dimostrare la correttezza del suo operato. Ed è in proposito già stato rilevato¹⁵ che esasperando la rilevanza della prova del consenso nei procedimenti a carico di medici, la acquisizione del consenso diventa in ultima analisi una manifestazione di Medicina difensiva, che sposta questa pur fondamentale parte del rapporto medico-paziente più verso l'interesse del medico che di quello del paziente. Il raggiungimento di questa finalità viene infatti affidato alla sottoscrizione di moduli più o meno dettagliati, ma che sempre più negli ultimi anni si riducono ad una fredda e cruda rappresentazione dei benefici e degli effetti negativi che la procedura diagnostica o terapeutica comporta, alla stregua di quanto oggi già accade ad esempio per il rispetto delle norme sulla privacy¹⁶, indipendentemente quindi dal reale grado di consapevolezza raggiunta da chi alla fine sottoscrive questo modulo, spesso senza nemmeno comprendere o addirittura leggere quanto in esso è scritto, particolarmente nei casi di moduli estremamente dettagliati (e di nuovo è da porre l'esempio dei moduli di consenso sottoscritti come liberatoria delle norme sulla privacy) e composti da più pagine di elencazione di possibili complicanze.

La parte finale dell'art.35 affronta poi due temi particolari, che non raramente ricorrono e che, anche recentemente, hanno riguardato casi con rilievo di cronaca nazionale.

Il primo è quello che definisce il comportamento che deve tenere il medico allorché una persona capace ed in pieno possesso delle sue facoltà, per motivi vari rifiuta di sottoporsi a trattamenti sanitari (motivi che possono andare da quelli religiosi – classico è l'esempio, peraltro non raro,

del rifiuto delle trasfusioni dei Testimoni di Geova – alla indisponibilità della persona di subire mutilazioni necessarie a salvare la vita – recente è il caso della donna che, affetta da diabete in fase avanzata e da una gravissima arteriopatia agli arti inferiori mantenne ferma, fino alla fine, la volontà di non sottoporsi all'unica possibilità di sopravvivenza che aveva, ossia l'amputazione degli arti).

15 MASTROROBERTO. La crisi e l'evoluzione delle assicurazioni nella gestione della responsabilità

medica. *Rischio Sanità* 37, 2010, 4 ss.

16 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il codice di Deontologia Medica è categorico nell'affermare che il medico, in questi casi “deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi”, per il rispetto del principio inviolabile che non è “consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”.

Il secondo tema che affronta questo articolo è il modo in cui il medico deve intervenire nei confronti della persona incapace, di quella persona cioè che per motivi congeniti, ma molto più frequentemente per cause acquisite, non è in grado di manifestare in maniera consapevole, nel momento in cui la prestazione sanitaria si renda necessaria, la sua volontà di sottoporsi o meno a quel trattamento o a quella procedura diagnostica. L'indicazione che dà la norma è anzitutto di buon senso, chiedendo al medico di rispettare la dignità della persona e la qualità della sua vita, nel doveroso bilancio che ogni volta in Medicina deve essere fatto, quello cioè di considerare da un lato i reali benefici che il paziente può ricavare da quella prestazione al fine di ottenere un

qualche concreto miglioramento della sua salute, quanto meno in termini di migliore qualità della vita, e dall'altro i disagi o la sofferenza che quella stessa prestazione può invece arrecare. Ma soprattutto la norma, che di nuovo richiama alla mente casi di cronaca che hanno avuto notevole clamore, fino ad indurre il governo ad intraprendere iniziative giudiziarie con carattere d'urgenza 17, impone di evitare “ogni accanimento terapeutico”, e prevede in questo processo decisionale di tener conto – ed è questo l'elemento di maggiore novità introdotto dal Codice sul tema del consenso – “delle precedenti volontà del paziente”. L'argomento è ripreso dal successivo articolo 38 18, che in generale riafferma che il medico deve rispettare il diritto di autodeterminazione della persona, anche quella del minore (sia pur compatibilmente col grado accertato di comprensione e maturità raggiunta), che stabilisce cosa fare quando insorgono contrasti con chi ha la potestà del minore o dell'infermo di mente, e che nella parte terminale entra nel merito delle “volontà anticipate” del paziente che al momento del trattamento ritenuto necessario non è in grado di esprimere il suo consenso. Ed al riguardo il codice, di nuovo usando il verbo “deve”, pone l'obbligo al medico di agire nel rispetto delle scelte fatte dal paziente prima di trovarsi in quella condizione di incapacità, badando ovviamente che detta volontà anticipata sia stata manifestata “in modo certo e documentato”. Meritevole di menzione è una recentissima sentenza del Tribunale di Firenze, che affronta l'argomento in maniera particolarmente dettagliata, giungendo, riguardo alla necessità di rispettare le precedenti volontà del paziente, a conclusioni analoghe a quelle prospettate

17 Cfr per tutti il noto “caso Englaro”, che ancora oggi ricorre periodicamente suscitando dibattiti

anche di carattere politico

18 FNOMCEO, op. cit. l'art.38 del Codice, intitolato Autonomia del cittadino e direttive anticipate,

testualmente recita: “Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che

caratterizzano la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire

nel rispetto della dignità, della libertà ed autonomia della stessa. Il medico, compatibilmente con

l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate

informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto

alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente

deve comportarsi di fronte ad un maggiorenne infermo di mente. Il medico, se il paziente non è in

grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto delle proprie scelte di quanto

precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato”.

da questo articolo del codice di deontologia medica 19.

Del resto, anche questa presa di posizione del Codice italiano di Deontologia Medica altro non è se non l'ulteriore processo di adeguamento (se non di norme, quanto meno di principi) tracciato sia dalla Convenzione di Oviedo del 1997, sia dalla nostra legge di relativa ratifica – la n.145/2001 – in un cammino non privo di ostacoli e di aspetti potenzialmente conflittuali. Ad esempio, richiamando l'articolo 9 della Convenzione di Oviedo²⁰, Buccelli²¹ fa presente che con questa norma si apre “.....la strada in maniera decisa alla legittimazione delle direttive anticipate dei pazienti (detti anche testamenti di vita), tematica ampia e dibattuta, su cui si discute particolarmente in ordine alla attualità della espressione del consenso e ai limiti di recepibilità dei desiderata del paziente da parte del medico, pericolosamente in bilico verso forme nemmeno tanto criptiche di eutanasia”.

Di nuovo comunque, anche per effetto di questa parte finale degli artt. 35 e 38 del Codice di Deontologia Medica, in tema di consenso grava sul medico una responsabilità decisionale dai confini incerti, resa ancora più problematica dalla difficoltà di trovare un punto di incontro chiaro fra ciò che prevede il Codice, ciò che è concretamente possibile fare nella pratica clinica e l'inevitabile condizionamento che deriva dall'orientamento che, su questo argomento – come è stato già scritto nei capitoli precedenti e come ulteriormente verrà precisato dopo – ha mostrato nel corso degli ultimi due decenni la magistratura.

Nel completare l'illustrazione del Capo IV del Codice di Deontologia Medica, quello dedicato alla informazione ed al consenso, restano da menzionare gli articoli 36 e 37 che, con la loro formulazione, appaiono di immediata comprensione e non necessitano di particolari commenti:

Art. 36 Assistenza d'urgenza

“Allorchè sussistano condizioni d’urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l’assistenza indispensabile”.

Art. 37 Consenso del legale rappresentante

“Allorchè si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno, deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale, al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o incapaci, il medico è tenuto ad informare l’autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell’incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili”.

Queste due norme, come si scriveva sopra, sono formulate con chiarezza e non necessitano di commenti, se non per ribadire la circostanza prevista dalla parte finale dell’art.37, nella quale viene dato al medico l’obbligo di procedere comunque alle “cure indispensabili” per salvare la vita di un paziente minore o incapace, quando, in caso di opposizione a parte del legale rappresentante di questo paziente, non sia ancora giunta la decisione della autorità giudiziaria e non vi sia il tempo per attenderla.

19 Tribunale di Firenze, Decreto 22-12-2000, Giudice Tutelare dott. Salvatore Palazzo.

20 Testualmente l’articolo recita: “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento

medico da parte di un paziente che, al momento dell’intervento, non è in grado di esprimere la sua

volontà saranno tenuti in considerazione”.

21 C.BUCCELLI, P.BUCCELLI Manuale di Medicina Legale. Liceità dell’atto medico. Milano, 2007,21.

3. **L’acquisizione del consenso nella pratica clinica**

Nei due paragrafi precedenti si è più volte affermato come oggi emerge evidente che nella comune pratica clinica si è ancora lontani dalla attuazione e dal raggiungimento di quel rapporto fra medico e paziente che è delineato alle norme del codice di deontologia medica e che, come abbiamo visto, rappresenta non solo il presupposto di liceità di ogni prestazione sanitaria, sia diagnostica sia terapeutica, ma anche il cardine per instaurare una corretta comunicazione che porti alla fine al maggiore e migliore coinvolgimento del paziente nella vicenda sanitaria che egli sta vivendo in quel momento.

L’importanza di un corretto rapporto fra medico e paziente, rapporto che trova appunto il suo fulcro nell’atto del medico di fornire l’informazione ed acquisire il consenso, è peraltro stata stigmatizzata anche come uno dei fattori che condiziona oggi la crescente conflittualità fra cittadini e medici.

L’evoluzione del fenomeno denunce e richieste di risarcimento per presunta “responsabilità professionale” ha avuto negli ultimi anni, con tutta evidenza, una crescita esponenziale e, almeno fino a oggi, nulla lascia presupporre che il trend sia destinato a invertirsi spontaneamente nel breve periodo^{22,23}. Ciò evidentemente ha reso indispensabile cercar di comprendere le motivazioni che sono alla base di questo fenomeno.

Un osservatore del tutto superficiale – ed è comunque questa probabilmente la sensazione che sembra prevalere nell'opinione pubblica – sarebbe portato a credere che le denunce aumentano perché peggiora la sanità, quella pubblica in modo particolare.

In realtà questo non è in alcun modo vero. Benchè le più recenti ricerche documentino una crescente insoddisfazione verso il Servizio Sanitario Nazionale²⁴, vi sono al contrario numerosi indicatori oggettivi che non solo dimostrano che lo standard medio della qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie è un po' dappertutto in crescita, ma anche che il fenomeno in esame, quello cioè dell'esplosione delle denunce per presunti errori medici, risulta essere nato prima ed essersi sviluppato con maggiore vigore proprio in quelle città o regioni dove gli stessi indicatori documentano, negli ultimi anni, standard medi di qualità dell'assistenza sanitaria fra i più elevati del nostro Paese^{25,26}.

Altri – soprattutto la classe medica – sostengono che buona parte di quanto sta accadendo sia dovuta all'enfasi data dagli organi di informazione, che quasi quotidianamente pongono alla ribalta della cronaca, addirittura nelle prime pagine dei giornali, eventi che vengono etichettati con quel termine "malasanità", che è ormai entrato a far parte del linguaggio comune.

E' probabile che l'enfasi giornalistica abbia in qualche modo contribuito, ma è altrettanto vero che gli organi di informazione cavalcano l'onda di un fenomeno, la amplificano, ma quasi mai la generano.

22 MASTROROBERTO, Fattori di rischio in ortopedia e traumatologia. Confronto o scontro tra ortopedia

e medicina legale in Fattori di rischio in ortopedia e traumatologia. Roma, 2007, 231 ss.

23 ANIA, L'assicurazione italiana 2009-2011. Relazione annuale, luglio 2010.

24 Rapporto EURISPES 2011

25 MARTELLI, MASTROROBERTO, Implicazioni assicurative della responsabilità professionale del medico

nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale in La Responsabilità Medica in ambito civile, Padova,

1989, 193 ss.

26 CINEAS SANITA' Negli ospedali crescono i costi di assicurazione, 15 gennaio 2011: facendo

riferimento alla ricerca condotta dalla società di brokeraggio Marsh e riportata dalla seconda

edizione della Medmal Claims Italia, risulta che i dati analizzati nel dettaglio presentano significative

differenze nelle diverse aree geografiche del Paese: il Nord, ad esempio, registra il maggior numero

di richieste di risarcimento danni (56,54% del campione).

L'origine di questo fenomeno va dunque ricercata in motivazioni diverse e più profonde e fra queste le due principali che sono state individuate sono²⁷:

- Una diversa percezione del cittadino del concetto di diritto alla salute e crescenti aspettative di risultati dalla Medicina;
- Il mutare, nel corso degli ultimi anni, del modo di intendere giuridico del concetto di colpa professionale medica.

Per quanto riguarda il primo di questi due punti, rileva anzitutto il fatto che, nell'ambito di una più generale e maggiore consapevolezza dei propri

diritti, il cittadino pone senza dubbio al primo posto quello della salute. Per questo motivo, è verosimile ritenere che una parte di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili a errori veri, prima non denunciati per una sorta di “soggezione” nei confronti della classe medica, oggi sono sempre più oggetto di un reclamo, di una denuncia e/o di una richiesta di risarcimento.

Ma ciò non basta a giustificare il così rilevante numero di reclami, la metà dei quali, al termine delle vertenze che su di essi si radicano, non riconoscono alla loro origine un comportamento professionale censurabile.

Intanto, in un numero non trascurabile di casi il reclamo è dovuto a cattivi rapporti fra il/la paziente e/o i suoi familiari e il personale (medico o non medico) e, per una gestione non mirata del reclamo stesso, per l’apertura automatica di una posizione assicurativa relativa all’evento, si genera automaticamente un sinistro e, quindi, un conflitto fra cittadino e Azienda Sanitaria, a fronte di un evento che magari poteva essere chiuso con delle semplici spiegazioni e, se dovute, delle scuse. Vi è poi quel fenomeno sociologico emerso negli ultimi anni, caratterizzato da una sempre minore accettazione della malattia e della menomazione come evento “naturalistico”, sensazione questa che è alimentata dalla convinzione di una Scienza Medica ormai in grado di risolvere la maggior parte delle malattie, fino a ingenerare l’aspettativa di un risultato sempre positivo delle cure mediche. E in questo la stessa classe medica non può certo ritenersi esente da responsabilità, soprattutto quando enfatizza e propaganda le nuove acquisizioni scientifiche, la messa a punto di tecniche chirurgiche d’avanguardia, di nuove metodiche diagnostiche, ecc., dimenticando che proprio per questo va sempre più allargandosi la forbice fra quanto si potrebbe (in teoria) ottenere

mettendo in atto ciò che ancora si trova alle frontiere della ricerca scientifica e quanto invece caratterizza nelle singole realtà, comprese quelle periferiche, le reali possibilità della pratica medica. Per questi motivi, il paziente vive come fallimento del trattamento sanitario e tende a denunciare come errori eventi che, in realtà, o configurano semplici complicanze o, addirittura, si identificano soltanto in una mancata guarigione.

Questo (con tutto quanto ne consegue), anche nel contesto di una qualità delle prestazioni sanitarie da giudicare mediamente adeguata, se non addirittura elevata e, con ogni evidenza, il frutto di una non adeguata comunicazione fra medico e paziente, viziata in origine da un rapporto che vede da un lato il primo con le sue necessità e le sue aspettative e dall’altro una classe medica poco abituata a comunicare e ad informare secondo i criteri indicati dal codice di deontologia medica e troppo spesso protesa ad enfatizzare i benefici di una determinata procedura o di un determinato trattamento, sminuendo la quantità e la gravità dei rischi ovvero, come sopra si è scritto più volte, affidando ad un modulo prestampato, più o meno completo ed esauriente, la illustrazione delle informazioni, modulo

27 MASTROROBERTO op.cit.

che, non raramente, non è compreso dal paziente, a volte nemmeno letto, venendo appunto vissuto come un aspetto burocratico della prestazione e non come il momento fondante del tentativo di soluzione del problema di salute che lo ha portato all’attenzione del medico e/o della struttura sanitaria.

Eppure, in una obiettiva analisi della situazione attuale di conflitto crescente fra paziente e medici, se da un lato va riconosciuta ed evidenziata

la carente attenzione dei medici nella comunicazione col paziente e la carente qualità e quantità dell'informazione che viene data al paziente, non può essere sottaciuto un ulteriore elemento che ha contribuito negli ultimi anni e contribuisce ancora oggi a peggiorare la situazione, ossia il modo in cui la giurisprudenza ha affrontato il problema della informazione e del consenso.

In altra parte di questa opera è stato descritto dettagliatamente il percorso che ha seguito la Cassazione, sia quella penale, sia quella civile, nel delineare i principi giuridici che governano l'acquisizione del consenso e, prima ancora, la qualità e la quantità della informazione che deve essere data al paziente.

Vale però la pena, per meglio comprendere perché questo orientamento giurisprudenziale ha contribuito a rendere ancora più problematico il rapporto fra medico e paziente, di richiamare una recentissima sentenza della Cassazione Civile, del dicembre 2010 28.

In essa la Corte, richiamando le precedenti principali pronunce sull'argomento 29, afferma anzitutto che il paziente, dovendo esercitare "il suo diritto di scegliere consapevolmente se assoggettarsi o meno ad una determinata operazione o terapia", deve necessariamente ricevere una "informazione che deve essere completa ed includere non solo la descrizione della cura o dell'intervento cui il malato verrà sottoposto, ma anche quella delle complicazioni che – pur senza colpa dei sanitari – potrebbero derivare". La Corte prosegue aggiungendo che ella stessa ha più volte deciso che "la completa e corretta informazione non è un dato che possa desumersi dalla mera sottoscrizione di un modulo del tutto generico. Il medico (e la struttura sanitaria nell'ambito della quale egli agisce) debbono invece fornire, in modo completo ed esaustivo, tutte le informazio-

ni scientificamente acquisite sulle terapie che si vogliono praticare o sull'intervento chirurgico che si intende eseguire, illustrandone le modalità e gli effetti, i rischi di insuccesso, gli eventuali inconvenienti collaterali, ecc."

La stessa sentenza però, al pari di altre precedenti ed in particolare di quella del febbraio 2010 30 afferma anche che "In caso di contestazione, grava sul medico l'onere della prova di avere fornito tutte le informazioni del caso", aggiungendo che "La presunzione che le informazioni adeguate siano state fornite a voce risulta arbitraria e giuridicamente ingiustificata nel caso in esame, considerato che il medico – a cui ne incombeva l'onere – non ha fornito alcuna prova sul punto".

Ed ecco dunque che, con questo suo fermo convincimento, la Cassazione non solo ribadisce che l'informazione da rendere al paziente deve essere completa, annoverando fra le possibili complicanze che devono essere comunicate al paziente anche quelle statisticamente poco frequenti, ma afferma che in una eventuale vertenza giudiziaria fra paziente e medico, deve essere quest'ultimo a fornire la prova che la completa informazione sia stata data. Ed è in questo passaggio che negli ultimi anni si è

28 Cassazione Civile. Sez. III, n.24853 del 9-12-2010.

29 Cassazione Civile. Sez.I, n.21748 del 16-10-2007; Cassazione Civile. Sez.III, n.24791 dell'8-10-2008;

Cassazione Civile. Sez.III, n.2847 del 9-2-2010; Cassazione Civile. Sez.III, n.15698 del 2-7-2010

30 ibidem Cassazione Civile. Sez.III, n.2847 del 9-2-2010

sempre più affermata la convinzione fra i medici che il “consenso informato”³¹ è, per quanto di suo interesse, un aspetto di medicina difensiva. A ben guardare, dal momento che la Cassazione Civile afferma che “grava sul medico l’onere della prova di avere fornito tutte le informazioni del caso”, atteso che la prova che deve fornire il medico deve essere tale da contemplare tutte le possibili complicanze, anche quelle statisticamente meno frequenti, non è difficile comprendere come il medico, consapevole della crescente conflittualità con i pazienti, dovendo preventivare che ogni sua prestazione potrebbe teoricamente trasformarsi in una vertenza giudiziaria, faccia dello strumento del consenso un documento da utilizzare a futura memoria, trasformandolo quindi in uno strumento di difesa, per dimostrare di aver svolto una azione che gli competeva. Ed è di tutta evidenza che, per fare ciò, non può utilizzare altra forma se non quella del documento scritto, il più dettagliato possibile, ricco di statistiche e di termini tecnici corretti e specifici, forma che, come si è scritto diffusamente nelle pagine precedenti, non rappresenta certo il modo migliore per instaurare col paziente quel tipo di rapporto che, come fra l’altro prevede l’art.33 del codice deontologico, deve tener conto delle reali capacità di comprensione del paziente “..... al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche”. E’ dunque di tutta evidenza che per il medico il fatto che il “consenso informato” debba essere anche “giuridicamente valido”, tale cioè da poter reggere alla verifica che verrebbe fatta in sede di procedimento civi-

le, altro non rappresenta per lui se non uno strumento di medicina difensiva, necessario per la sua tutela se mai quella vicenda sanitaria dovesse trasformarsi in un conflitto col paziente. Peraltro questa situazione non solo fa sì che la acquisizione del consenso rappresenti di fatto uno strumento di difesa per il medico – cosa che evidentemente non dà al paziente alcun beneficio – ma addirittura rischia, come i dati sopra citati dimostrano ³², di acuire la conflittualità fra medico e paziente. Infatti, laddove la erogazione della informazione e la acquisizione del consenso si perfezionano unicamente con la compilazione e la sottoscrizione di un modulo, viene a mancare tutto quel processo di comunicazione e di colloquio che, quando esistente, creando la alleanza fra medico e paziente che dovrebbe essere alla base della prestazione sanitaria, può essere in grado anche di prevenire i conflitti nel caso si verifici un evento avverso che crei un danno al paziente o infici l’esito della prestazione.

La consapevolezza di tutto ciò, la consapevolezza di come debba essere oggi correttamente impostato l’approccio al paziente per garantirgli il maggior vantaggio possibile nel prendere decisioni che riguardano la sua salute, ma anche la consapevolezza di come sia oggi davvero difficile conciliare le norme deontologiche con le esigenze della organizzazione pratica dei servizi all’interno delle strutture sanitarie complesse e di come sia ancor più difficile conciliarle con ciò che a giudizio della Cassazione dovrebbe essere la prova che il medico deve fornire per decidere se ha assolto correttamente al suo dovere di informazione, tutto questo ha indotto diverse Società Scientifiche Mediche italiane ad approfondire l’argomento ed a fornire ai propri associati delle indicazioni e degli strumenti pratici.

Si tratta di contributi che hanno più o meno estesamente affrontato i vari aspetti del problema, chi privilegiando l'aspetto formale della modulistica da utilizzare per ottenere l'assenso del paziente alla specifica prestazione, chi dando indicazioni su come operare praticamente col paziente per garantirgli quelle modalità di comunicazione che prevede il codice deontologico.

31 termine ormai tipico del comune parlare, col quale si vuole riassumere l'intero processo di comunicazione col paziente – ossia di illustrazione di quello che gli sta per accedere, di come tutto

questo potrebbe incidere sulla sua salute, a quali rischi la procedura diagnostica o terapeutica lo

espone e via elencando – finalizzato alla acquisizione del consenso.

32 MASTROROBERTO op. cit.

Nonostante i vari modelli proposti, non vi è ancora un consenso informato “perfetto” che possa resistere all'assalto di chi lo voglia strumentalizzare. Completo ed esaustivo che sia, infatti, il consenso non può prescindere dal maggior coinvolgimento possibile dei pazienti nei riguardi delle scelte relative alla loro salute e dalla “alleanza” che si deve creare fra medico e pazienti, obiettivi questi che si possono raggiungere solo attraverso una comunicazione “umana” fra le due parti che deve far sentire lo scopo dell'uno come l'obiettivo dell'altro.

OBBLIGO DI INFORMAZIONE E LESIONI DEL DIRITTO ALL'AUTODETERMINAZIONE

Flavio Peccenini

Tratto da: Quaderni di Sanità

Ed. Maggioli 2013

In relazione alla tematica in oggetto è necessario partire da quelli che paiono essere approdi/riferimenti certi (dico paiono in quanto nel nostro sistema ormai di diritto giurisprudenziale, purtroppo però privo della regola della vincolatività del precedente, quelli che appaiono porti sicuri si trasformano di frequente in attracchi di fortuna che l'onda di una nuova interpretazione obbliga ad abbandonare respingendoli nel mare aperto del dubbio interpretativo/applicativo):

- 1) Alla responsabilità sanitaria (o del medico) si applicano le regole della responsabilità contrattuale;
- 2) L'obbligo di una corretta ed esaustiva informazione fa parte delle condotte che si possono pretendere dal sanitario;
- 3) La violazione di tale obbligo costituisce inadempimento contrattuale;
- 4) Detta condotta lede un diritto primario del paziente, il diritto ad autodeterminarsi, che trova fondamento nella nostra Carta Costituzionale;
- 5) La violazione di tale diritto può talora accompagnarsi, quale conseguenza della condotta del medico, alla lesione della salute del paziente.

Questo intervento vuole affrontare il tema delle conseguenze, sotto il profilo risarcitorio, della lesione tale autonomo diritto all'autodeterminazione, esaminando partitamente le fattispecie ipotizzabili (e verificatesi in concreto) tutte caratterizzate da un acclarato inadempimento all'obbligo di informazione.

Ipotesi A

Accertata colpa medica e conseguente danno alla salute associato a violazione della autode-terminazione

Alla luce degli ormai consolidati principi, della S.C. a sezioni unite di unitarietà del danno non patrimoniale e della sua liquidazione con criterio egualitario/uniforme ma anche elastico/flessibile, qualora accanto al bene salute (danno biologico) siano stati lesi altri interessi di rango costituzionale, si può ritenere più corretto, rispetto ad un criterio equitativo puro che, in perdurante carenza di vuoto normativo, il criterio risarcitorio consista, prendendo a base le ormai "nazionalizzate" Tabelle di Milano, nel "portare fino a 2/3 della somma liquidata a titolo di danno biologico l'entità massima del risarcimento attribuibile per il danno non patrimoniale (diverso dal biologico) unitariamente inteso – patema d'animo contingente + pregiudizi diversi derivanti dalla lesione di un interesse costituzionalmente protetto – ove, oltre al danno morale soggettivo, risulti un'ulteriore significativa compromissione di un interesse protetto, diverso dal diritto alla salute".

Ipotesi B

Danno alla salute in assenza di colpa medica, ma con violazione dell'obbligo di informazione

In questo caso la S.C. (9 febbraio 2010 n.2847) si è posta il seguente problema: "a) se delle conseguenze pregiudizievoli per la salute di un intervento chirurgico necessario e correttamente eseguito il medico debba rispondere per il solo patto di non aver informato il paziente della possibilità che quelle conseguenze si verificassero; b) o se, per dirle risarcibili, deve potersi affermare che il paziente all'intervento non si sarebbe sottoposto se fosse stato informato".

Per dare risposta al problema della Cassazione ha preso le mosse dalla osservazione che, ridurre il problema all'illiceità dell'attività medica espletata senza consenso, costituisce un'eccessiva semplificazione rispetto al reale atteggiarsi della questione.

L'indagine quindi va portata, perché il medico risponda di danno alla salute sul piano dell'accertamento in ordine alla sussistenza del nesso causale tra mancata informazione e danno alla salute, domandandosi "come in ogni valutazione contrattuale ipotetica, se la condotta omessa avrebbe evitato l'evento ove fosse stata tenuta: se, cioè, l'adempimento da parte del medico dei suoi doveri informativi avrebbe prodotto l'effetto della non esecuzione dell'intervento chirurgico dal quale, senza colpa di alcuno, lo stato patologico è poi derivato. E poiché l'intervento chirurgico non sarebbe stato eseguito solo se il paziente lo avesse rifiutato, per ravvisare la sussistenza di nesso causale tra lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente (realizzatosi mediante l'omessa informazione da parte del medico) e lesione della salute per le, pure incolpevoli, conseguenze negative dell'intervento (.....), deve potersi affermare che il paziente avrebbe rifiutato l'intervento ove fosse stato compiutamente informato, giacché altrimenti la condotta positiva omessa dal medico (informazione, ai fini dell'acquisizione di un consapevole consenso) non avrebbe comunque evitato l'evento (lesione della salute)".

La soluzione adottata dalla Suprema Corte è la seconda.

Ma se il danno alla salute non è, dunque, risarcibile, tuttavia il ventaglio delle ipotesi non è completo, perché va esplorata **l'ipotesi C** nella quale senza danno alla salute è presente violazione, compromissione e privazione 1) della libertà di

decidere 2) pregiudizio eventuale al completo stato di benessere fisico, mentale e sociale.

In altre parole ci si dovrà domandare quale rilevanza possa avere la mancanza di consenso ogni volta che siano accertabili conseguenze pregiudizievoli (di apprezzabile gravità, se costituenti danno non patrimoniale), collegabili alla violazione del diritto all'autodeterminazione in sé considerata, non sussistendo né lesione della salute ovvero quando detta lesione non possa considerarsi in nesso di causalità alla lesione di quel diritto.

L'indagine nei singoli casi si sposta necessariamente al profilo dell'allegazione/prova ovviamente anche presuntiva, onde evitare un (significativo e incomprensibile) passo indietro nella teoria della risarcibilità del danno non patrimoniale.

Infatti se venisse condivisa la conclusione verso cui si orienta una parte della giurisprudenza in merito, che riconosce il risarcimento sotto specie di una somma di denaro sempre e comunque a fronte della violazione del diritto all'autodeterminazione, da un lato si fa rivivere il danno in re ipsa, colorandolo di punitività, dall'altro, dovendosi operare con il criterio dell'equità pura, basterebbero dieci denari o ne occorrono i maledetti trenta, ovvero anche questi non saranno soddisfacenti?.

La risposta è sempre nella singolarità di ogni fattispecie retta dal proprio corredo probatorio (che grava sul paziente richiedente) – anche per presunzioni – a fondamento delle necessarie allegazioni, con la speranza, tuttavia, che anche di questa voce di danno si operi un censimento da cui ricavare una ipotesi "tabellare".

Per chiudere una breve disamina (ricavata dai precedenti noti) dei casi ipotizzabili: Una prima serie di ipotesi può essere quella in cui si chieda il risarcimento per la lesione conseguente ad un

atto terapeutico che ha salvaguardato la salute in un campo, a discapito di un secondario pregiudizio sotto altro apprezzabile aspetto, non adeguatamente prospettato in funzione di una scelta consapevole del paziente.

Così può sostenersi per il non aver consentito un consapevole rifiuto della trasfusione, che era in contrasto con la fede religiosa del trasfuso; così per il caso in cui il medico abbia privilegiato la tutela della integrità fisica del paziente o della sua stessa vita a prezzo però di sofferenze acute o croniche che il paziente avrebbe potuto scegliere di non sopportare; così anche l'ipotesi della mancata informazione sui costi e benefici di un trattamento che il paziente avrebbe differito nel tempo, evitando di essere assegnato, a causa dei lunghi tempi di degenza, a mansioni lavorative meno gratificanti (ancorchè senza danno patrimoniale).

Un secondo ventaglio di ipotesi riguarda il turbamento e la sofferenza psichica che può derivare al paziente sottoposto ad atto terapeutico dal verificarsi di conseguenze inaspettate perché non prospettate.

E' evidente, particolarmente in questa seconda ipotesi, che il danno non patrimoniale lamentato – come sopra ricordato – deve varcare la soglia della gravità dell'offesa, cioè il diritto sia stato inciso oltre un certo livello minimo di tollerabilità, ricavabile dal contesto sociale.

QUANDO IL CHIRURGO INCONTRA L'ARTE

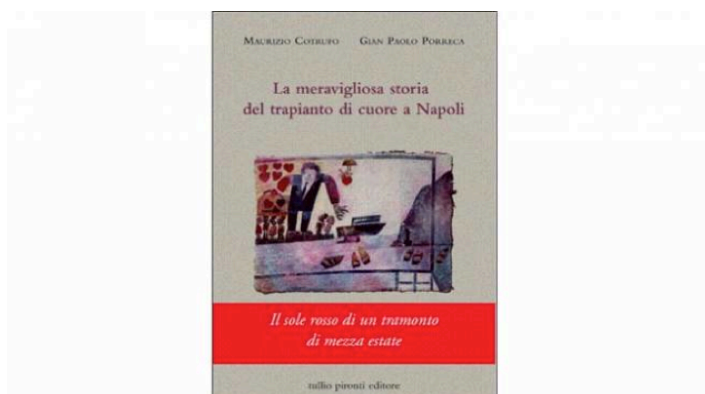
LA MERAVIGLIOSA STORIA DEL TRAPIANTO DI CUORE A NAPOLI



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA

LA MERAVIGLIOSA STORIA DEL TRAPIANTO DI CUORE A NAPOLI



di Maurizio Cotrufo e Gian Paolo Porreca

Prefazione di Gianni Pisani,

Tullio Pironti editore

92 pagine, maggio 2014, 16 euro.

“La meravigliosa storia del trapianto di cuore a Napoli” e’ il racconto del primo trapianto di cuore in Italia Meridionale ed Insulare, momento epico per la Sanità meridionale e nazionale. Il libro,

scritto a quattro mani, e’ firmato da Gian Paolo Porreca e Maurizio Cotrufo: il primo, professore di chirurgia vascolare presso la II Università degli Studi di Napoli, scrittore ancor prima di indossare il camice bianco nel solco della grande narrativa partenopea degli anni '60; il secondo non ha bisogno di presentazioni per chi frequenta il mondo della cardiocirurgia italiana, essendone stato un pioniere con una lunga e prestigiosa carriera. Fu lui ad eseguire il primo trapianto di cuore a Napoli nel 1988, in una atmosfera che oggi a distanza di tempo assume l’aspetto di una leggenda. Cotrufo oggi è diventato anch’egli scrittore, un’attività che porta avanti con orgoglio insieme a quella di professore emerito di chirurgia cardiaca presso la II Università di Napoli, e la medaglia d’oro della Presidenza della Repubblica consegnatagli per la sanità pubblica. “.....Il professore - Maurizio Cotrufo - venne improvvisamente chiamato dall’ospedale Monaldi perchè era arrivato il cuore pronto per il trapianto.....” E per lui e il suo gruppo in toto iniziò un percorso che non si è mai fermato, raggiungendo numeri e traguardi che forse nessuno si aspettava prima. Il libro si

avvale della prefazione scritta da Gianni Pisani, uno dei grandi pittori napoletani e caro amico di Cotrufo: egli racconta l'emozione di quella mattina d'estate del 1988 quando il gruppo di amici che dovevano recarsi a Positano in gita in barca si trovo' immerso nella storia.. Ma se il perno del libro è il primo trapianto, il resto è' cio' che ha portato a tale risultato: la formazione di Cotrufo, le difficoltà organizzative, sempre risoltosi in un modo o nell'altro, i suoi collaboratori, ognuno nel ruolo assegnatogli. Personaggi raccontati, "pittati", coattori di una sfida, divenuta una vittoria. Tra le righe, le storie umane un po' di tutti, così come alcuni aneddoti. Primo tra tutti la domanda formulata al proprio collaboratore in cui, dopo il prelievo d'organo e durante il viaggio di ritorno, con le mille preoccupazioni e peripezie di un evento nuovo e straordinario, Cotrufo chiedeva se il cuore prelevato fosse stato riposto nel giusto contenitore! Mi piace inoltre evidenziare il sottotitolo: "il sole rosso di un tramonto di mezza estate", che rappresenta il passaggio da un momento di relax quotidiano alla realtà di un sogno che si realizza!

Di Gian Paolo Porreca, cresciuto come chirurgo nella scuola di Cotrufo, ne abbiamo spesso ammirato il particolare e suggestivo modo di scrivere, con interessamento al mondo del ciclismo, e qui se ne evidenzia lo stile. La collaborazione Cotrufo-Porreca mette in evidenza le rispettive capacità e le potenzie, rendendo la narrazione articolata e "vera". Gli autori ci aiutano a condividere sprazzi di vita e di emozioni in questo libro, breve e significativo, rivolto certamente ad un vasto pubblico, ma soprattutto a chi ha avuto a che fare con gli ambienti e le emozioni descritti nella narrazione.

STATS: ALWAYS FACTS

LA CORRELAZIONE TRA VARIABILI CONTINUE



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO

L'analisi dell'associazione tra variabili rappresenta uno degli elementi fondamentali nell'ambito della clinica. La forza di tale correlazione tra variabili dicotomiche può essere valutata con le tabelle di contingenza, il test Chi-quadrato/McNemar e l'Odds Ratio. Lo stesso approccio non può essere utilizzato con dati di natura diversa, come le variabili continue. In questo caso, una tecnica statistica per analizzarne l'associazione è l'analisi della correlazione, che valuta la potenziale associazione lineare tra due variabili continue. In pratica la correlazione contiene informazioni sulla FORZA e sulla DIREZIONE di una relazione tra due variabili continue. Per quanto riguarda la terza informazione (FORMA, cioè se la relazione è lineare, esponenziale, ...) esistono metodi molto più complessi. Per esprimere la relazione lineare tra due variabili continue, in termini di entità e direzione, si utilizza il coefficiente di correlazione. Questo coefficiente è standardizzato e assume valori che vanno da 1 a -1

- 1 correlazione perfetta positiva
- -1 correlazione perfetta negativa
- 0 assenza di correlazione

La correlazione non include il concetto di causa-effetto ma solo quello di rapporto tra variabili e ci permette di affermare che tra 2 variabili c'è una relazione sistematica, ma non che una causa l'altra.

Il coefficiente di correlazione di Pearson

Il coefficiente di correlazione di Pearson è un numero adimensionale, senza unità di misura che esprime la forza della relazione lineare tra due variabili continue. I suoi valori, come detto, variano tra -1 (max correlazione negativa) e 1 (max correlazione positiva). L'assenza di correlazione coincide con 0.

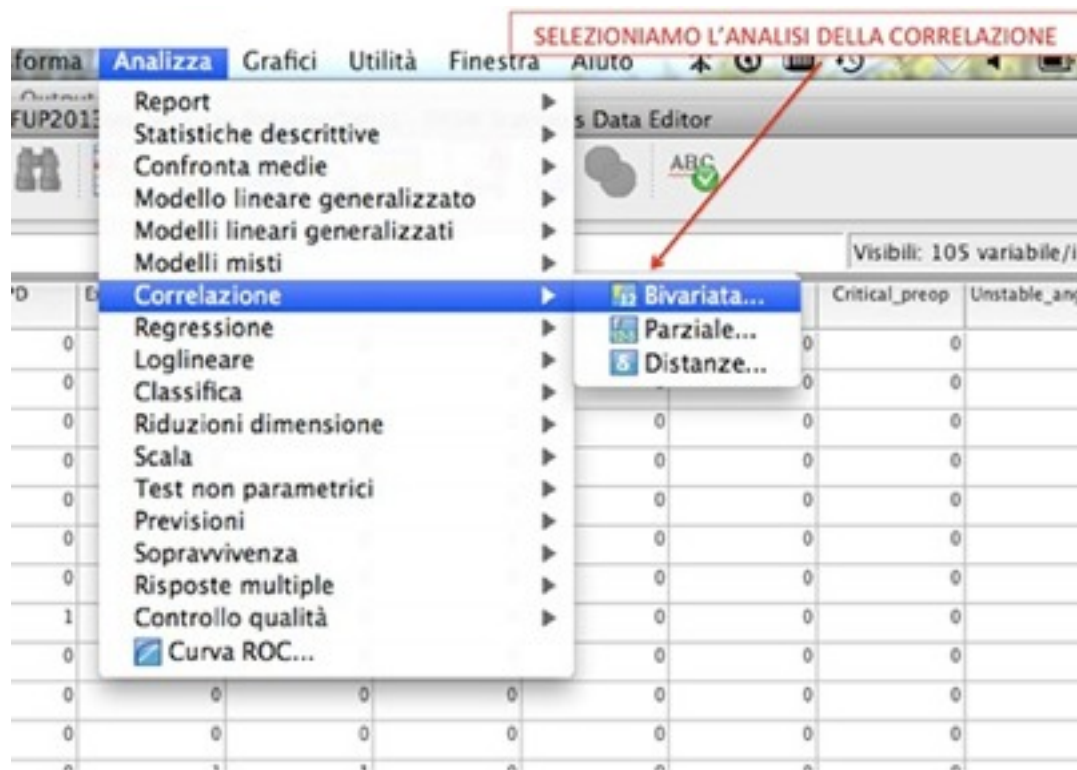
Caratteristiche del coefficiente di Pearson:

- quantizza solo la forza della relazione lineare tra due variabili
- è sensibile a valori estremi, quindi bisogna essere prudenti quando i dati contengono osservazioni atipiche
- non implica necessariamente una relazione causa-effetto.

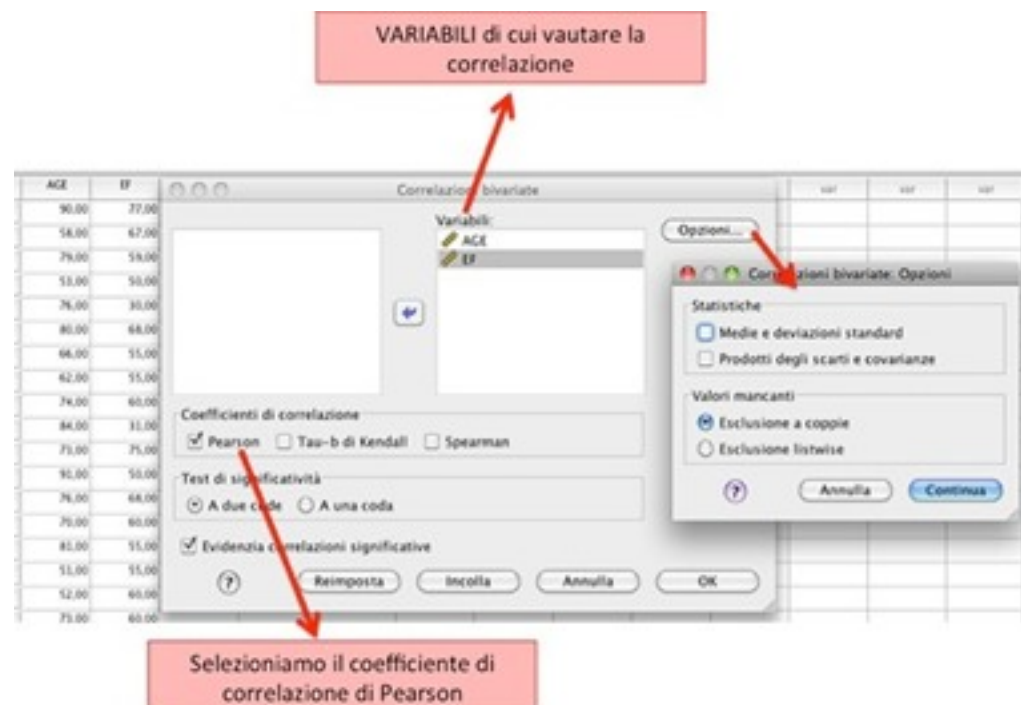


Consideriamo, per esempio, il campione di uno studio sui fattori di rischio peri-operatori. Nelle analisi preliminari, vogliamo valutare se esiste una correlazione tra l'età e la frazione di eiezione preoperatoria.

In primo luogo è necessario selezionare l'analisi della correlazione.



A questo punto, selezioniamo le 2 variabili di interesse (EF ed età) e i coefficienti di correlazione che vogliamo considerare (Pearson e Spearman).



Nel menù “Opzioni” è possibile decidere le statistiche di cui si vuole un report nei risultati e la gestione dei dati “missing” (in questo caso l’opzione selezionata è l’esclusione di tutte le coppie di dati EF-età in cui 1 dato è mancante)

Ed ecco i risultati.

Correlazioni

		AGE	EF
AGE	Correlazione di Pearson	1	-,151
	Sig. (2-code)		,526
	N	20	20
EF	Correlazione di Pearson	-,151	1
	Sig. (2-code)	,526	
	N	20	20

QUINDI NEL CAMPIONE LE 2 VARIABILI NON SONO CORRELATE

- l’analisi è rappresentata come una tabella 2x2 in cui vengono confrontati i due fattori.
- Nella prima cella, l’età viene confrontata con se stessa, nell’ultima cella la frazione di elezione viene confrontata con se stessa: in questi due casi, ovviamente, la correlazione è massima positiva ed il valore di Pearson è quindi 1.
- Nella seconda e terza cella, è riportata la stessa correlazione (quella che interessa). Come si può vedere, il coefficiente di Pearson è – 0.151:
 - la correlazione è negativa (valore negativo), cioè all’aumentare dell’età si riduce la frazione di elezione
 - la correlazione è molto debole (valore vicino allo 0)
 - 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.

Si può concludere che nel campione in esame non c’è correlazione tra età e frazione di elezione.

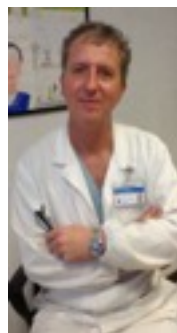
TOUGH AND MONSTER CASES

ASPORTAZIONE DI METASTASI CARDIACA IN PAZIENTE DOPO TRAPIANTO DI FEGATO PEREPATOCARCINOMA



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

Lirio Mammana e Nicola Monzio

**Dipartimento di CARDIOCHIRURGIA
IRCCS centro cardiologico MONZINO,
MILANO**

Il caso in esame è incentrato su un paziente di 54 anni di sesso maschile con dispnea da sforzo, sottoposto a resezione di metastasi solitaria del ventricolo destro insorta un anno dopo il trapianto di fegato per HCC multifocale HBV-correlata. Alla luce dei risultati di imaging e di laboratorio preoperatori, il paziente è stato giudicato a basso rischio per la chirurgia cardiaca. Poiché la resezione completa delle metastasi era considerata impossibile è stato proposto al paziente un intervento palliativo. A causa di un modello di crescita tumorale esofitica con associato rischio di tromboembolismo, un'alternativa terapeutica del trattamento locale, come la chemioembolizzazione trans-coronarica, è stata scartata. Infine, dopo la resezione formale della

massa, è stata effettuata una crioablazione della base del tumore, al fine di migliorare il controllo locale.

Per quanto a nostra conoscenza questo è il primo caso di metastasi al ventricolo destro successivo al trapianto di fegato per HCC.

Paziente noto per ipertensione arteriosa, allergia a penicillina, cirrosi HBV correlata con successivo sviluppo di epatocarcinoma multifocale trattato mediante due sedute di termoablazione con radiofrequenza (RFTA radiofrequency thermal ablation) e sottoposto, a Luglio 2013, a trapianto di fegato. Durante il post-operatorio, evidenza di una stenosi significativa dell'arteria epatica associata ad una voluminosa raccolta addominale infetta, trattata mediante drenaggio percutaneo e terapia antibiotica. Ad Agosto ricovero per CMV-DNA ad alta carica trattato con Valganciclovir. A Settembre, episodio di embolia polmonare bilaterale con infarto polmonare destro per cui veniva impostata terapia anti-coagulante. A Ottobre, a causa di una stenosi dell'anastomosi epatico-digiunale, è stato sottoposto a dilatazione della VBP con PTC e posizionamento di PTBD (drenaggio biliare percuta-



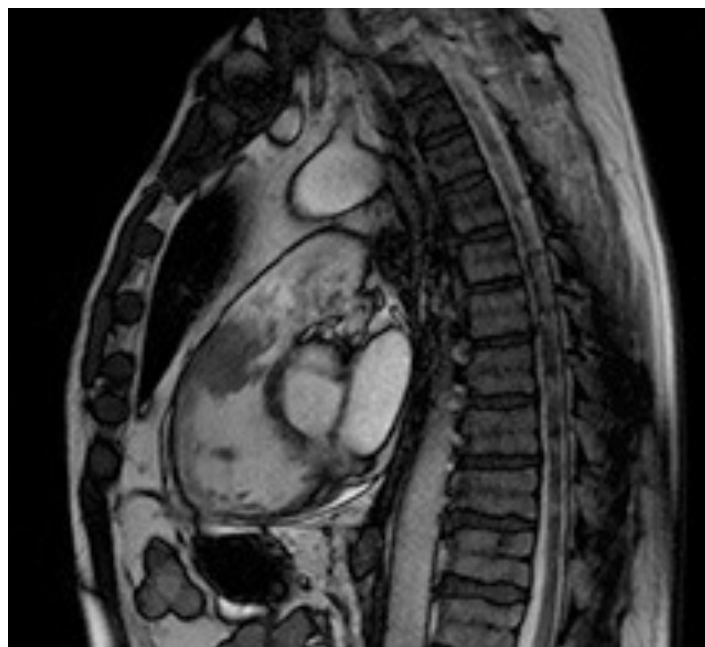
neo) trans-stenotico. Successiva positività a basso livello per HBsAg (41 mUI / mL) trattata con terapia antiretrovirale e terapia profilattica con immunoglobuline. A Marzo 2014, PTC con rimozione di PTBD e posizionamento di stent biliare riassorbibile. Alla fine di Luglio 2014 il paziente ha riferito progressiva dispnea da sforzo per cui è stato ricoverato presso il nostro centro con esecuzione di ecocardiografia con evidenza di massa grossolanamente ovalare nel tratto di efflusso di VD, parzialmente mobile, multilobulata, disomogenea, che si aggetta nel tronco della polmonare; apparentemente non infiltrate le cuspidi della polmonare.

Si procedeva ad ulteriori indagini per un migliore inquadramento del caso con:

- TC torace con MdC che evidenziava una massa ipodensa, a margini irregolari, con dimensioni 51 x 36 mm, aggettante il lume del ventricolo destro in corrispondenza della porzione di efflusso con verosimile base di impianto a livello della porzione libera (Fig.1)



-RMN cardiaca con massa rotondeggiante delle dimensioni di 30 x 17 mm con base di impianto a livello della parete anteriore del tratto di efflusso con basculamento ed impegno del piano valvolare polmonare senza poter escludere infiltrazione delle cuspidi; evidenza di uptake di contrasto sia nelle sequenze di perfusione che post contrasto; le sequenze tardive post contrasto mostrano diffuso delayed enhancement a carico della massa (Fig. 2).

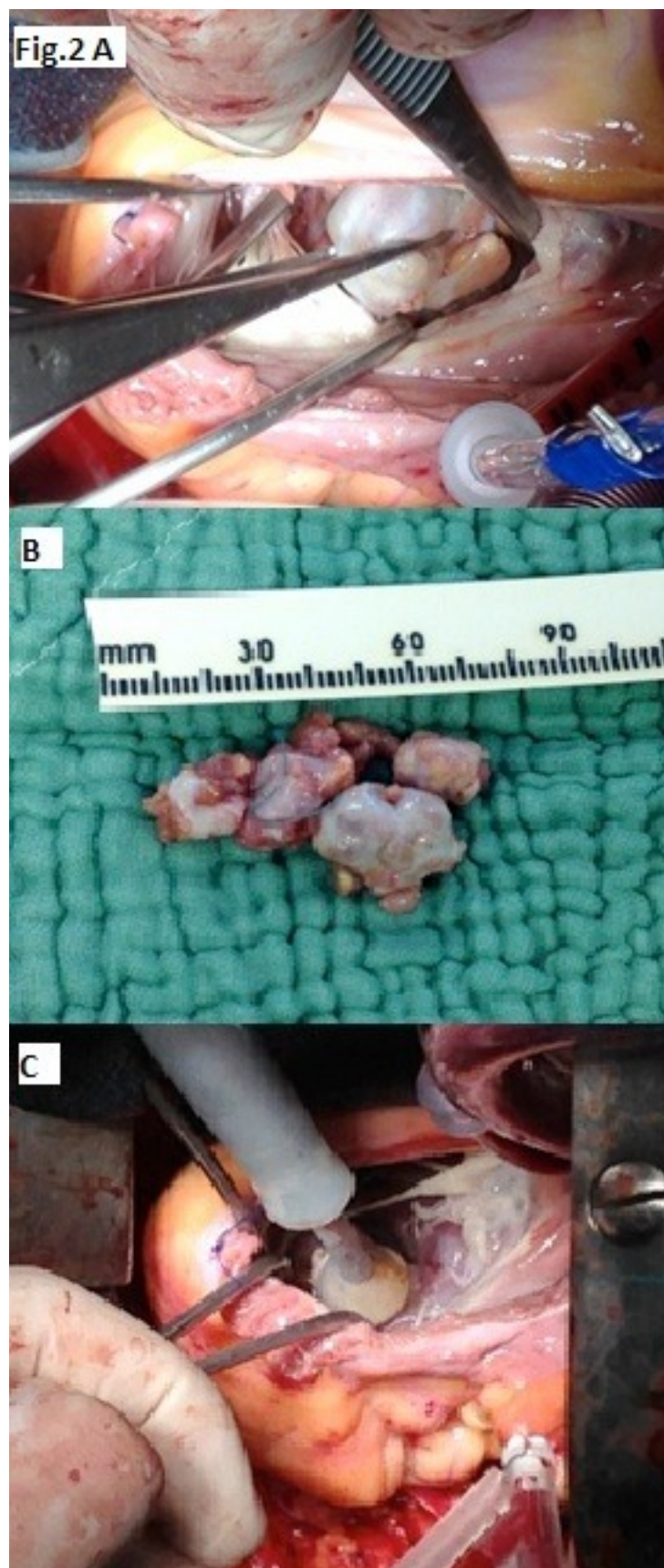


Si procedeva a una biopsia intracardiaca-ecocardiogramma-guidata della massa, con conferma di diagnosi di HCC metastatico, immunofenotipo della popolazione neoplastica positivo per citocheratine e CD10, negativo per alfa-fetoproteina, CD34, WT-1 e desmina. Alla luce degli accertamenti veniva quindi deciso di eseguire l'intervento di rimozione della massa intracardiaca.

L'intervento eseguito attraverso una atriotomia destra con divaricazione della tricuspide ed evidenza della massa in corrispondenza del tratto di efflusso del ventricolo dx; asportazione della stessa (Fig.2 A) e trattamento ipotermico con frigitronics sulla base di impianto. Il tumore origina-

va dalla parete posteriore del ventricolo destro (Fig.2 B) (Fig.2 C). Il decorso postoperatorio è stato regolare e il paziente ha riferito la scomparsa della dispnea da sforzo.

Il paziente viene dimesso dal nostro centro per continuare il follow-up oncologico.



ITALIAN LITERATURE WATCH

GIUGNO-AGOSTO 2014



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



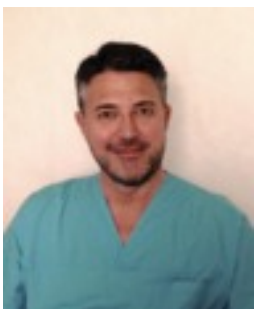
ANTONIO RUBINO

*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



1. Della Corte A, Body SC, Booher AM, Schaeffers HJ, Milewski RK, Michelena HI, Evangelista A, Pibarot P, Mathieu P, Limongelli G, Shekar PS, Aranki SF, Ballotta A, Di Benedetto G, Sakalihasan N, Nappi G, Eagle KA, Bavaria JE, Frigiola A, Sundt TM; International Bicuspid Aortic Valve Consortium (BAVCon) Investigators. Surgical treatment of bicuspid aortic valve disease: knowledge gaps and research perspectives. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1749-57



2. De Bonis M, Lapenna E, Taramasso M, Pozzoli A, La Canna G, Calabrese MC, Alfieri O. Is commissural closure associated with mitral annuloplasty a durable technique for the treatment of mitral regurgitation? A long-term (≤ 15 years) clinical and echocardiographic study. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1900-6



3. Calafiore AM, Refaie R, Iacò AL, Asif M, Al Shurafa HS, Al-Amri H, Romeo A, Di Mauro M. Chordal cutting in ischemic mitral regurgitation: a propensity-matched study. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:41-6



4. Miceli A, Murzi M, Gilmanov D, Fugà R, Ferrarini M, Solinas M, Glauber M. Minimally invasive aortic valve replacement using right minithoracotomy is associated with better outcomes than mini-sternotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:133-7
5. Santarpino G, Pollari F, Fischlein T. Sutureless versus transcatheter aortic valve implantation: An unresolved dilemma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:364-5
6. Fino C, Iacovoni A, Ferrero P, Senni M, Merlo M, Cugola D, Ferrazzi P, Caputo M, Miceli A, Magne J. Restrictive mitral valve annuloplasty versus mitral valve replacement for functional ischemic mitral regurgitation: an exercise echocardiographic study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:447-53.
7. Nijhoff F, Agostoni P, Amrane H, Latib A, Testa L, Oreglia JA, De Marco F, Samim M, Bedogni F, Maisano F, Bruschi G, Colombo A, Van Boven AJ, Stella PR. Transcatheter aortic valve implantation in patients with severe aortic valve stenosis and large aortic annulus, using the self-expanding 31-mm Medtronic CoreValve prosthesis: first clinical experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:492-9.
8. Pechlivanidis K, Onorati F, Petrilli G, Santini F, Milano A, Torre S, Calzaferri D, Mazzucco A, Faggian G. In which patients is transcatheter aortic valve replacement potentially better indicated than surgery for redo aortic valve disease? Long-term results of a 10-year surgical experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:500-8.
9. Brancaccio G, Gandolfo F, Carotti A. Reply to the editor. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014;148:363-4.

The Annals of Thoracic Surgery:

1. Cerillo AG, Storti S, Kallushi E, Haxhiademi D, Miceli A, Murzi M, Berti S, Glauber M, Clerico A, and Iervasi G. The Low Triiodothyronine Syndrome: A Strong Predictor of Low Cardiac Output and Death in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann Thorac Surg* 2014;97:2089-95

2. Luciani GB, Hoxha S, Lucchese G, Rebonato M, Rossetti L, Faggian G, and Mazzucco A. Neonatal Repair of Truncus Arteriosus With "Scimitar-Like" Mixed Total Pulmonary Venous Return. *Ann Thorac Surg* 2014;97:e167-e169.
3. Prifti E, Baboci A, Kajo E, and Vanini V. The Peacock Tail Technique: A Modified Reconstruction Technique for Tricuspid Valve Repair in Ebstein's Malformation. *Ann Thorac Surg* 2014;97:e183-e185.
4. Lorusso R, Mariscalco G, Vizzardi E, Bonadei I, Renzulli A, and Gelsomino S. Acute Bowel Ischemia After Heart Operations. *Ann Thorac Surg* 2014;97: DOI:2219-2227.
5. Repossini A, Tespili M, Saino A, Di Bacco L, Giroletti L, Rosati F, Bisleri G, and Muneretto C. Hybrid Coronary Revascularization in 100 Patients With Multivessel Coronary Disease. *Ann Thorac* 2014;98:574-81.
6. Pollari F, Santarpino G, Dell'Aquila AM, Gazdag L, Alnahas H, Vogt F, Pfeiffer S, and Fischlein T. Better Short-Term Outcome by Using Sutureless Valves: A Propensity-Matched Score Analysis. *Ann Thorac Surg* 2014;98:611–17.
7. Murzi B, Assanta N, Cantinotti M, Tikue TG, Ghidei YT, Urban A. Emergency sternotomy operation: a surgical success beyond any better expectation. *Ann Thorac Surg*. 2014 ;98:723-5.

European Journal of Cardio-Thoracic Surgery

1. Di Eusanio M, Castrovinci S, Tian DH, Folesani G, Cefarelli M, Pantaleo A, Murana G, Berretta P, Yan TD, Di Bartolomeo R. Antegrade stenting of the descending thoracic aorta during DeBakey type 1 acute aortic dissection repair. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:967-975
2. Barili F, Pacini D, Rosato F, Roberto M, Battisti A, Grossi C, Alamanni F, Di Bartolomeo R, Parolari A. In-hospital mortality risk assessment in elective and non-elective cardiac surgery: a comparison between EuroSCORE II and age, creatinine, ejection fraction score. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;46:44-48

3. Di Stefano G, Murzi M, Solinas M, Glauber M. Complicated acute type B dissection originating from an aberrant right subclavian artery . Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:e20
4. Ranucci M. Antiplatelet agents and heart surgery: new drugs, new challenges? Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:205-206
5. Della Corte A, Bancone C, Dialetto G, Covino FE, Manduca S, Montibello MV, De Feo M, Buonocore M, Nappi G. The ascending aorta with bicuspid aortic valve: a phenotypic classification with potential prognostic significance. Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:240-247
6. Esposito G, Cappabianca G, Bichi S, Patrini D. Tailored repair of the subvalvular apparatus using 'cut and transfer' technique in patients with chronic ischaemic mitral regurgitation and severe tethering of the mitral leaflets. Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:321-323
7. Rubino AS, Della Corte A, Giordano R, Menicanti L, on behalf of the Italian Literature Watch group. Impact of preoperative antiplatelet therapy on in-hospital outcomes after coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:335
8. Miceli A, Angelini GD. Reply to Rubino et al. Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:336

Interactive CardioVascular & Thoracic Surgery

1. Mangini A, Contino M, Romagnoni C, Lemma M, Gelpi G, Vanelli P, Colombo S, Antona C. Aortic valve repair: a ten-year single-centre experience. Interact CardioVasc Thorac Surg 2014;19:28-35
2. Lio A, Miceli A, Varone E, Canarutto D, Di Stefano G, Della Pina F, Gilmanov D, Murzi M, Solinas M, Glauber M. Mitral valve repair versus replacement in patients with ischaemic mitral regurgitation and depressed ejection fraction: risk factors for early and mid-term mortality Interact CardioVasc Thorac Surg 2014;19:64-69

3. Tarzia V, Carrozzini M, Bortolussi G, Buratto E, Bejko J, Comisso M, Mescola V, Penzo V, Guarino M, De Franceschi M, Pagnin C, Castoro M, Guglielmi C, Testolin L, Bottio T, Gerosa G. Impact of vacuum-assisted closure therapy on outcomes of sternal wound dehiscence. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19:70-77
4. di Summa M, Iezzi F, Oburu G, Mehta N. Huge left ventricular pseudoaneurysm rupture in an African young adult patient. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19 :160-161.
5. Ricci Z, Pezzella C, Romagnoli S, Iodice F, Haiberger R, Carotti A, Cogo P. High levels of free haemoglobin in neonates and infants undergoing surgery on cardiopulmonary bypass. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19:183-187
6. Gennari M, Kassem S, Teruzzi G, Agrifoglio M. Coronary artery disease associated with severe mitral and tricuspid valve regurgitation after left pneumonectomy: report of a successful hybrid procedure. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19:318-32
7. Costanzo L, Caruso E, Agati S, Guccione P. Double aortic arch with hypoplastic right aortic arch and type C atresia of left aortic arch. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19:331-333
8. Prestipino F, Lusini M, Spadaccio C, Chello M. Severe stenosis of left coronary artery originating from right sinus of Valsalva treated with off-pump coronary artery bypass surgery. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2014;19:347-349

The American Journal of Cardiology:

1. Melisurgo G, Ajello S, Pappalardo F, Guidotti A, Agricola E, Kawaguchi M, Latib A, Covello RD, Denti P, Zangrillo A, Alfieri O, Maisano F. Afterload mismatch after MitraClip insertion for functional mitral regurgitation. *Am J Cardiol* 2014;113:1844-50
2. Capodanno D, Barbanti M, Tamburino C, D'Errigo P, Ranucci M, Santoro G, Santini F, Onorati F, Grossi C, Covello RD, Capranzano P, Rosato S, Seccareccia F; OBSERVANT Research Group. A

simple risk tool (the OBSERVANT score) for prediction of 30-day mortality after transcatheter aortic valve replacement. *Am J Cardiol* 2014;113:1851-8

3. Fusini L, Ghulam Ali S, Tamborini G, Muratori M, Gripari P, Maffessanti F, Celeste F, Guglielmo M, Cefalù C, Alamanni F, Zanobini M, Pepi M. Prevalence of calcification of the mitral valve annulus in patients undergoing surgical repair of mitral valve prolapse. *Am J Cardiol* 2014;113:1867-73

4. Conrotto F, Scacciatella P, D'Ascenzo F, Chieffo A, Latib A, Park SJ, Kim YH, Onuma Y, Capranzano P, Jegere S, Makkar R, Palacios I, Buszman P, Chakravarty T, Mehran R, Naber C, Margey R, Leon M, Moses J, Fajadet J, Lefèvre T, Morice MC, Erglis A, Tamburino C, Alfieri O, D'Amico M, Marra S, Serruys PW, Colombo A, Meliga E. Long-term outcomes of percutaneous coronary interventions or coronary artery bypass grafting for left main coronary artery disease in octogenarians (from a Drug-E-luting stent for Left main Artery registry substudy). *Am J Cardiol* 2014;113:2007-12

5. Biancari F, Gudbjartsson T, Heikkinen J, Anttila V, Mäkikallio T, Jeppsson A, Thimour-Bergström L, Mignosa C, Rubino AS, Kuttala K, Gunn J, Wistbacka JO, Teittinen K, Korpilahti K, Onorati F, Faggian G, Vinco G, Vassanelli C, Ribichini F, Juvonen T, Axelsson TA, Sigurdsson AF, Karjalainen PP, Mennander A, Kajander O, Eskola M, Ilveskoski E, D'Oria V, De Feo M, Kiviniemi T, Airaksinen KE. Comparison of 30-Day and 5-Year Outcomes of Percutaneous Coronary Intervention Versus Coronary Artery Bypass Grafting in Patients Aged ≤ 50 Years (the Coronary aRtery diseAse in younG adultS Study). *Am J Cardiol* 2014;114:198-205

Cardiovascular Pathology

1. Di Eusanio M, Biagini E, Gargiulo G, Di Bartolomeo R, Lorenzini M, Ferlito M, Pasquale F, Castrovinci S, Rapezzi C, Anderson RH. An unusual case of a congenital aorto-left atrial tunnel. *Cardiovasc Pathol* 2014;23:241-3

Journal of the American College of Cardiology:

1. Prakash SK, Bossé Y, Muehlschlegel JD, Michelena HI, Limongelli G, Della Corte A, Pluchinotta FR, Russo MG, Evangelista A, Benson DW, Body SC, Milewicz DM; BAVCon Investigators. A Roadmap to Investigate the Genetic Basis of Bicuspid Aortic Valve and its Complications: Insights From the International BAVCon (Bicuspid Aortic Valve Consortium). *J Am Coll Cardiol* 2014;64(8):832-9.

JACC Cardiovascular Imaging

1. Mushtaq S, Andreini D, Pontone G, Bertella E, Bartorelli AL, Conte E, Baggiano A, Annoni A, Formenti A, Trabattoni D, Veglia F, Alamanni F, Fiorentini C, Pepi M. Prognostic value of coronary CTA in coronary bypass patients: a long-term follow-up study. *JACC Cardiovasc Imaging* 2014;7:580-9

JACC Cardiovascular Interventions

1. Nicolino A, Vischi M, Moshiri S, Salsano A, Passerone G, Chiarella F, Santini F. Valve migration into the left ventricular outflow tract managed by coaxial double-valve alignment. *JACC Cardiovasc Interv* 2014;7:822-4

Circulation: Cardiovascular Interventions

1. De Backer O, Piazza N, Banai S, Lutter G, Maisano F, Herrmann HC, Franzen OW, Søndergaard L. Percutaneous transcatheter mitral valve replacement: an overview of devices in preclinical and early clinical evaluation. *Circ Cardiovasc Interv* 2014;7:400-409

European Heart Journal

1. Maisano F. Expanding the indications for percutaneous mitral commissurotomy in rheumatic mitral stenosis: look carefully at the commissures, and proceed cautiously and skilfully. *Eur Heart J* 2014;35:1575-77.

Journal of Heart and Lung Transplantation

1. Groh M, Masciocco G, Kirchner E, Kristen A, Pellegrini C, Varnous S, Bortman G, Rosenberg M, Brucato A, Waterworth P, Bonacina E, Facchetti F, Calabrese L, Gregorini G, Scali JJ, Starling R, Frigerio M, D'Armini AM, Guillevin L. Heart transplantation in patients with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome). *J Heart Lung Transplant* 2014;33:842-850

Journal of Cardiac Surgery

1. 1. Biancari F, Onorati F, Mariscalco G, De Feo M, Messina A, Santarpino G, Santini F, Beghi C, Della Ratta E, Troise G, Fischlein T, Passerone G, Juvonen T, Mazzucco A, Heikkinen J, Faggian G. First-time, isolated surgical aortic valve replacement after prior coronary artery bypass surgery: results from the RECORD multicenter registry. *J Card Surg* 2014;29:450-454.

2. Tsiopoulos V, Pragliola C, Gaudino M, Massetti M. On pump evaluation of the anastomotic patency of in situ arterial grafts. *J Card Surg* 2014;29:487-489.

3. Kassem S, Polvani G, Al Jaber E, Gennari M. Acute aortic insufficiency due to rupture of an aortic valve commissure. *J Card Surg* 2014;29:497-498.

4. Segreto A, Chiusaroli A, De Salvatore S, Bizzarri F. Biomarkers for the diagnosis of aortic dissection. *J Card Surg* 2014;29:507-511.

5. Padalino M, Carrozzini M, Vida V, Stellin G. One-and-a-half ventricle repair in adult patients: a word of caution. *J Card Surg* 2014;29:542-545.

Artificial Organs

1. Bottio T, Bejko J, Gerosa G. Thoracic Fit of the CardioWest Artificial Heart: A New Technical Solution. *Artif Organs* 2014;38:520-521

2. Loforte A, Marinelli G, Musumeci F, Folesani G, Pilato E, Suarez SM, Montalto A, Della Monica PL, Grigioni F, Menichetti A, DiBartolomeo R, Arpesella G. Extracorporeal Membrane Oxygenation Support in Refractory Cardiogenic Shock: Treatment Strategies and Analysis of Risk Factors. *Artif Organs* 2014;38:E129-E141

International Journal of Cardiology

1. Raffa GM, D'Ancona G, Sciacca S, Santise G, Pilato G, Turrisi M, Clemenza F, Pilato M. Vascular access complications in patients with continuous-flow left ventricle assist device undergoing percutaneous invasive procedures: A word of caution. *Int J Cardiol* 2014;174:768-769

2. Stolfo D, Negri F, Pinamonti G, Vitrella G, Korcova R, Belgrano M, Cova MA, Sinagra G. Coronary fistula of the left main artery draining in the right atrium and associated aorto-right atrial fistula. *Int J cardiol* 2014;175:e8-e10

3. van Breugel hnam, Gelsomino S, de Vos CB, Accord RE, Tieleman RG, Lucà F, Rostagno C, Renzulli A, Parise O, Lorusso R, Crijns HJGM, Maessen JG. Maintenance of sinus rhythm after electrical cardioversion for recurrent atrial fibrillation following mitral valve surgery with or without associated radiofrequency ablation. *Int J cardiol* 2014;175:290-296

International Journal of Artificial Organs

1. Bottio T, Bejko J, Tarzia V, Gerosa G. HeartWare LVAD implantation in a patient with a rare ARVD: Carvajal syndrome. *Int J Artif Organs* 2014; 37(7): 563 - 566

Asian Cardiovascular & Thoracic Annals

1. Tessitore G, Alamanni F, Ali SG, Zanobini M. Direct closure of an asymptomatic right coronary sinus of Valsalva. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2014;22:601-603.

2. Bruschi G, De Marco F, Klugmann S. Transcatheter valve implantation in a stenosed quadricuspid aortic valve. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2014;22:627.

Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery

1. Di Eusanio M, Murana G, Cefarelli M, Mazzola A, Di Bartolomeo R. The Bentall procedure with a biological valved conduit: substitute options and techniques. *Multimed Man Cardiothorac Surg* 2014.

2. Bottio T, Bejko J, Gallo M, Bortolussi G, Gerosa G. Less invasive implantation of HeartWare left ventricular assist device. *Multimed Man Cardiothorac Surg* 2014.

3. Botta L, Fratto P, Cannata A, Bruschi G, Merlanti B, Brignani C, Bosi M, Martinelli L. Redo mitral valve replacement through a right mini-thoracotomy with an unclamped aorta. *Multimed Man Cardiothorac Surg* 2014.

The Journal of Cardiovascular Surgery

1. Di Marco L, Pacini D, Leone A, Petridis FD, Bissoni L, Di Bartolomeo R, Marinelli G. Long-term outcome after acute type A aortic dissection: does an age limit still exist? *J Cardiovasc Surg* 2014;55:359-365.

2. Vida VL, De Franceschi M, Barzon E, Padalino MA, Scattolin F, Stellin G. The use fibrinogen/thrombin-coated equine collagen patch in children requiring reoperations for congenital heart disease. A single center clinical experience. *J Cardiovasc Surg* 2014;55:401-406.

Journal of Cardiothoracic Surgery

1. Miceli A, Romeo F, Glauber M, de Siena PM, Caputo M, Angelini GD. Preoperative anemia increases mortality and postoperative morbidity after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg* 2014;9:137.

LETTURA CONSIGLIATA DEL TRIMESTRE:

Esposito G, Cappabianca G, Bichi S, Patrini D. Tailored repair of the subvalvular apparatus using “cut and transfer” technique in patients with chronic ischemic mitral regurgitation and severe tethering of the mitral leaflets. Eur J Cardiothorac Surg 2014;46:321-323.

La redazione dell'Italian Literature Watch sottopone all'attenzione dei lettori lo studio del gruppo cardiocirurgico dell'Ospedale Humanitas Gavazzeni di Bergamo, pubblicato sul numero di Agosto dell'European Journal of Cardiothoracic Surgery, e già oggetto di discussione allo scorso EACTS di Vienna. Lo studio suggerisce un innovativo approccio chirurgico per il trattamento della patologia mitralica ischemica cronica, costituito da una correzione “subannulare+ventricolare”, piuttosto che la più comune e routinaria tecnica “annulare” mediante annuloplastica restrittiva.

In particolare gli Autori riportano un'esperienza positiva - sia in termini di risultati clinici che ecocardiografici ventricolari (reverse remodelling sisto-diastolico) e, più propriamente, mitralici (80% di rigurgito assente/triviale, 17% medio, 2% di rigurgito severo; dimezzamento della tenting height e drastica riduzione della tenting area ad un follow-up medio di 1 anno) - mediante la combinazione di una “traslocazione cordale” previo “chordal cutting” (vale a dire un “cutting” di corde tendinee secondarie del lembo anteriore, e loro reimpianto con punto di polipropilene 5/0 sul margine libero degli scallops A2-A3), una “relocation” del muscolo papillare posteromediale sull'annulus mitralico posteriore (riducendo ulteriormente in tal modo il “tethering” esercitato dalle corde tendinee secondarie tanto sul lembo posteriore che, ancora, sul lembo anteriore), e quindi una “plicatura” della parete libera posteriore e/o postero-laterale infartuata, se in presenza di significativo remodeling negativo del ventricolo sinistro post-infartuale (aneurisma ventricolare franco alla PET e/o ecoTEE > 2cm in estensione e/o presenza di un significativo allontanamento del muscolo papillare posteromediale dalla parete libera > 1cm in asse corto) . A questo “repair” subannulare è stata sempre associata una annuloplastica mitralica “exactly-sized” rispetto alla distanza intercommissurale.

Riteniamo di dover portare alla vostra attenzione questa tecnica chirurgica per vari motivi:

1. E' ben noto a tutti noi come non vi sia ancora oggi un'univoca “veduta” sulla scelta chirurgica più appropriata per la patologia mitralica ischemica cronica. E questo a partire dalla scelta sul corretto timing chirurgico, proseguendo con l'eterno dilemma relativo alla scelta ripartiva o sostitutiva, e , nel primo caso, relativamente alla scelta ripartiva più appropriata.

2. Lo studio dei colleghi dell'Humanitas Gavazzeni anzitutto sottolinea, ancora una volta, come la scelta chirurgica vada per questa patologia improntata più su criteri morfologici ed anatomici indicativi di un remodelling negativo ventricolare, piuttosto che su parametri ecocardiografici diretti ed indiretti di "grading" del rigurgito valvolare. E' probabilmente più importante correggere chirurgicamente una patologia "apparentemente" di grado minore, ma associata a chiari segni anatomici ed ecocardiografici di grave dilatazione ventricolare e/o "displacement" papillare con severo "tethering" dei lembi, piuttosto che una forma apparentemente più severa in termini di "grading" dell'insufficienza, ma in presenza di unità annulo-mitro-ventricolari meno rimodellate. Ancor più considerando il carattere dinamico della patologia mitralica ischemica cronica...

In tal senso, la scelta di correggere in presenza di peculiari indici di remodeling (area ed altezza di tenting, distanza papillare-parete libera ventricolare) piuttosto che per grado moderato o severo di insufficienza valvolare.

3. Lo studio sottolinea l'importanza della complementarietà del trattamento subannulare nella chirurgia della mitrale ischemica cronica, trattamento che può divenire addirittura "preponderante" e non richiedere alcun gesto "restrittivo" annulare (annuloplastica "exactly-sized" proposta dalla tecnica in oggetto), qualora sia stato in grado di ottenere un sufficiente rimodellamento inverso delle strutture subannulari coinvolte dal "remodeling" post-infartuale. In effetti, con un'adeguata e sufficiente correzione del "tethering" e del lembo anteriore ("chordal cutting" e "relocation", "relocation" del papillare postero-mediale) e del lembo posteriore ("relocation" del papillare postero-mediale e plicatura dell'aneurisma ventricolare), non sembrerebbe essere necessario associare una annuloplastica restrittiva. Probabilmente questo avrebbe un effetto benefico anche in termini di gradienti trans mitralici durante sforzo, talora eccessivamente aumentati dopo annuloplastiche restrittive particolarmente "aggressive".

4. Certamente, come asserito dagli Autori in sede di conclusioni dello studio, è necessario un follow-up più lungo che ad un anno, su numeri maggiori, e magari uno studio prospettico randomizzato tra trattamento annulare classico e la tecnica qui proposta prima di giungere a conclusioni più definitive. Va peraltro meglio indagato la necessità del rimodellamento della parete libera ventricolare nelle forme a prevalente infarto anteriore o antero-laterale, così come la possibilità di una più corretta "relocation" del papillare posteromediale sull'annulus anteriore nei casi di infarto posteriore ed, ancora, i reali effetti benefici del "chordal transfer" qui proposto. Questa tecnica resta tuttavia un'ulteriore attrazione proposta chirurgica nel già vasto armamentario a disposizione per il trattamento dell'insufficienza mitralica ischemica cronica.