

BOLLETTINO
SOCIETÀ ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA

APRILE 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

| | |
|--|----------------|
| Editoriale del mese: La proposta di Legge “Vargiu”: secondo atto | pag. 4 |
| Marco Pagliaro | |
| Umanesimo e Cardiochirurgia: Un bel puzzle senza un pezzo! | pag. 16 |
| Michele Di Mauro | |
| Le nostre radici: la storia della chirurgia torinese III: la fondazione della cardiochirurgia | pag. 19 |
| Guglielmo Actis Dato e Roberto Lorusso | |
| Commento al libro: La Scomparsa del dottore | pag. 25 |
| Francesco Paolo Tritto | |
| Stats: always facts?: il test T di Student per campioni appaiati | pag. 27 |
| Fabio Barili | |
| Tough and Monster Cases: Lacerazione atrio destro da elettrocatetere | pag. 31 |
| Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini, Lirio Mammana | |
| Italian Literature Watch: Marzo 2014 | pag. 34 |
| Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino | |

L'EDITORIALE DEL MESE

PROPOSTA DI LEGGE "VARGIU": SECONDO ATTO!



Marco Pagliaro

Cardiochirurgo presso Maria Cecilia Hospital, GVM, Ravenna



Cari Colleghi, Cari Lettori

Recentemente è stata pubblicata la bozza del nuovo regolamento annunciato da tempo dal Ministro della Salute in merito alla problematica riguardante il rischio professionale in ambito medico chirurgico e la necessità di una copertura assicurativa obbligatoria ed equa. Da qualche tempo la task-force medico-legale della SICCH, come è noto, ha stabilito una collaborazione con le Istituzioni: l'ultimo incontro presso il suddetto Ministero con il consigliere giuridico del ministro On. Lorenzin era stata l'occasione per riferire il punto di vista della categoria tra le più a rischio, in merito alla non sostenibilità da parte dei cardiochirurghi di un contraddittorio burocratico ed economico volto a proteggere il proprio lavoro non dall'errore puramente tecnico ma dall'errore considerato tale in ambito di una medicina sempre più difensivistica. Al tavolo

delle trattative era ormai chiaro che un punto di incontro tra i professionisti in cerca di una polizza valida e retroattiva, le compagnie assicurative con le loro necessità di bilancio e il legislatore garante per il cittadino di una formula capace di proteggerlo in caso di danno, non si sarebbe trovato, senza un ulteriore elemento protagonista dell'equilibrio cercato. L'articolo 5 infatti, stabilisce, nella bozza del nuovo Regolamento quanto affermato a gran voce negli incontri, già menzionati, dal presidente Menicanti in merito alla necessità, al fine di garantire un'idonea copertura assicurativa, di creare un fondo poi individuato nella Consap Spa. Tale fondo, sotto la vigilanza del Ministero dello Sviluppo Economico e del Ministero della Salute, interverrà in modo da facilitare una copertura assicurativa sostenibile sul mercato con priorità di accesso ai professionisti più giovani. L'accesso al fondo, regolamentata nell'articolo 6, potrà essere utiliz-

zato qualora il premio assicurativo richiesto dalla compagnia non rientri negli standard definiti dal comitato del fondo stesso. In tal caso infatti, qualora il mercato assicurativo rifiuti espressamente la copertura richiesta, il professionista potrà richiedere l'intervento del fondo. Le condizioni e le modalità d'accesso al fondo sono determinati dal comitato, le cui rappresentanze sono descritte nell'art.10 (interessante la presenza nel comitato di due componenti delle federazioni nazionali maggiormente rappresentative delle categorie degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie, ma anche di un rappresentante dell'associazione nazionale fra le imprese assicuratrici e un rappresentante dei mediatori di assicurazione). Naturalmente il fondo potrà agevolare l'accesso ad un'adeguata copertura assicurativa, nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del fondo stesso nei seguenti casi:

A) Nel caso in cui il premio assicurativo sia fuori dalle condizioni standard definite dal fondo, rimborsando all'esercente assicurato un'integrazione al premio versato nei limiti stabiliti dall'art.6 (professioni a rischio, connesse anche ai profili di carriera, esperienza e professionalità, finalmente).

B) Qualora il medico dimostri 3 rifiuti provenienti da almeno 3 gruppi assicurativi il fondo interverrà dopo apposita istruttoria del comitato al fine di mediare individuando una polizza sostenibile. Questo punto, viene da pensare, dipenderà dal peso che le singole componenti del Comitato

per il fondo, vista anche la presenza di assicurazioni e mediatori del settore, ma è lecito pensare ad un passo avanti rispetto al monologo attualmente esistente tra le assicurazioni ed il medico. L'art.8 stabilisce i contributi da corrispondere al fondo rischi sanitari da parte delle compagnie assicurative stesse e da parte del medico che richiedendo l'intervento del fondo si impegna a versare un contributo per un periodo di almeno 5 anni. Certo, non è possibile stabilire quanto i medici siano costretti a pagare, anche se è lecito sperare in una situazione migliorativa. Durante il nostro incontro con il Consigliere giuridico del Ministro Lorenzin la proposta della Task Force medico-legale era che al fondo di copertura partecipassero gli utenti stessi del SSN, i pazienti, pagando un ticket simbolico, sostenibile, deducibile, eventualmente non obbligatorio, come per contribuire alla spesa assicurativa a copertura dell'intervento medico. In fondo, chi acquista un biglietto per un volo in aereo paga un'assicurazione integrativa di copertura. Questo fondo, avrebbe risarcito in modo meno complesso e in tempi più brevi il paziente che avesse ritenuto di aver subito un danno, essendo il paziente stesso uno dei finanziatori del fondo. Ovviamente tutti i contributi non utilizzati avrebbero accresciuto la disponibilità del fondo stesso. Ritengo che un simile provvedimento avrebbe migliorato le possibilità da parte del paziente danneggiato, soprattutto quelli con minore disponibilità, di ottenere un risarcimento senza sostenere importanti oneri le-

gali e in tempi più brevi. Una possibilità potrebbe essere che, in questi tempi di alternante fiducia nelle Istituzioni, tale provvedimento sarebbe stato interpretato come un ulteriore salasso per il cittadino e quindi poco sostenibile politicamente. Molto interessante quanto stabilito dall'art.4 in merito ai requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazioni: Il punto uno dell'art.4 stabilisce che i contratti di assicurazione sono stipulati per una durata non inferiore ai 3 anni. Questo in realtà rappresenta una importante innovazione, soprattutto perché la disdetta assicurativa prevede in genere un'impena del premio assicurativo con problematiche di retroattività e di franchigie sempre più alte. Nel punto tre infatti dello stesso art. si stabilisce che la copertura assicurativa deve prevedere un periodo di retroattività esteso almeno alla data in cui si sia verificata richiesta di risarcimento per fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura assicurativa prevista dal contratto e presentata per la prima volta entro il periodo del contratto stesso. Nel punto cinque viene regolamentata la tracciabilità del processo di determinazione del prezzo finale della copertura assicurativa ad ogni scadenza contrattuale che debba tener conto anche del verificarsi o meno dei sinistri. Questo a mio parere permette di poter conoscere più in concreto il significato del premio da corrispondere, obbligando a spiegazioni finora inesistenti o quasi, da parte delle compagnie assicuratrici. Nel punto sei

l'azienda sanitaria è obbligata a dare formale comunicazione al medico dipendente in merito all'apertura del sinistro. Certo, questo è solo un piccolo passo verso il ritorno verso la responsabilità di struttura che aveva paventato l'On. Vargiu nella sua proposta di legge. Non viene contemplata l'obbligatorietà della Struttura di un ufficio legale efficiente e che tuteli il sanitario prestante l'attività sanitaria. Nel punto sette dell'art 4 finalmente viene stabilito che in nessun caso a parità di condizioni e di idoneità stabilito nel premio tariffario, l'impresa assicuratrice può esercitare il recesso a meno di una reiterazione di una condotta colposa accertata con sentenza definitiva. Questo punto, molto importante, a mio parere, su carta, stabilisce che non basta un semplice avviso di garanzia per essere disdettati, con tutto ciò che questo comporta.

In ultima analisi concluderei riassumendo in questo modo:

- 1) ELEMENTI POSITIVI DEL DECRETO.
 - possibilità di assicurarsi, indipendentemente dalle proprie capacità reddituali;
 - contribuzione al sostentamento del Fondo, a carico di tutte le Compagnie assicurative, secondo parametri fissati anno per anno dal Comitato di garanzia;
 - previsione di una durata minima per i contratti assicurativi (almeno 3 anni);
 - divieto per le Compagnie assicurative di recedere dal contratto al primo evento di

danno, fermo restando che per i sinistri successivi la responsabilità dell'assicurato va riconosciuta con sentenza passata in giudicato.

2) ELEMENTI DI CRITICITA'.

- in caso di premio assicurativo superiore a quello standard (fissato dalla Consap), il professionista deve comunque anticiparne l'esborso, salvo poi riceversi dal Fondo l'eventuale rimborso della parte eccedente: resta così immutato il problema della accessibilità al mercato assicurativo per i professionisti più giovani e quelli meno abbienti;
- in caso di difficoltà ad assicurarsi per via del rifiuto delle Compagnie assicuratrici, non è dato sapere qual è il passo successivo alla individuazione (ad opera del Fondo) della polizza idonea al singolo professionista: non essendo previsto per le Compagnie alcun obbligo ad assicurare, queste ben potranno rifiutarsi pur avendo nel proprio portafoglio la tipologia di polizza individuata dal Fondo;
- il singolo professionista che dovesse richiedere l'intervento del Fondo, sarà poi tenuto a versare un rimborso le cui modalità sono ancora tutte da scoprire.

3) IN SINTESI.

Pur recando in sé alcuni elementi positivi, la bozza di decreto rappresenta un'occasione persa poiché il Governo avrebbe dovuto osare di più per tentare di riequilibrare il set-

tore della responsabilità medica che, con l'obbligatorietà della copertura assicurativa prevista soltanto in capo ai professionisti e non anche alle Compagnie, appare ancora connotato da eccessiva disomogeneità.

Invito ognuno di voi ad esprimere suggerimenti e commenti alla bozza allegata.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto - legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, recante "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo.

Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari";

Visto l'articolo 3 del decreto - legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

Visto, in particolare, l'articolo 3, comma 2, del citato decreto - legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre

2012, n.189, che prevede l'emanazione di un decreto (regolamento) per gli esercenti la professione sanitaria al fine di agevolarne l'accesso alla copertura assicurativa;

Vista l'intesa intervenuta in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'Adunanza del

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del.....;

Sulla proposta del Ministro della Salute; emana

il seguente regolamento:

Art. 1 - Ambito di applicazione.

1. Il presente regolamento si applica al libero professionista esercente le professioni sanitarie e al personale sanitario delle ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e Enti del Servizio sanitario nazionale o strutture sanitarie private con rapporto di lavoro di dipendenza o altra tipologia di rapporto di lavoro.

Art. 2 – Definizioni.

1. Ai sensi e per gli effetti del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:

a) assicurato/contraente: l'assicurato è il titolare dell'interesse protetto. L'assicurato non coincide necessariamente con il contraente, che è colui che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio;

b) assicuratore: impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa;

c) avviso di sinistro: l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avvi-

so, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (art. 1913 c.c, comma 1);

d) contratto di assicurazione: è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana;

e) esercente le professioni sanitarie: il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale.

In tale ambito rientrano: medico-chirurgo, odontoiatra, farmacista, veterinario, psicologo-psicoterapeuta, infermiere, ostetrica, infermiere pediatrico, podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, educatore professionale, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neuro fisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista, tecnico della prevenzione

nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario;

f) franchigia: espressa in cifra fissa o in percentuale, la franchigia rappresenta l'ammontare di valore assicurato che non risulta coperto dalla garanzia assicurativa e che, quindi, rimane a carico dell'assicurato. La franchigia può essere assoluta o relativa;

g) franchigia assoluta: la franchigia assoluta rimane a carico dell'assicurato qualunque sia l'entità del danno che egli ha subito;

h) franchigia relativa: l'applicazione o meno della franchigia dipende dall'entità del danno, nel senso che se il danno è inferiore alla franchigia l'assicuratore non versa alcun indennizzo, ma se il danno è superiore alla franchigia l'assicuratore indennizza il danno senza tener conto della franchigia. La

franchigia si differenzia dallo scoperto in quanto quest'ultimo viene espresso e applicato sempre come percentuale del danno e la sua entità varia quindi secondo l'entità del danno subito dall'assicurato;

i) massimale: somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro;

l) premio: il premio è il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;

m) scoperto: quota percentuale del danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato. Lo scoperto si calcola in relazione al danno verifica-

tosì, a differenza della franchigia che è espressa in cifra fissa o in percentuale del valore assicurato;

n) sinistro: qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato;

o) legge: legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Art. 3 - Categorie di rischio professionale.

1. L'accesso al fondo di cui all'articolo 5 è consentito agli esercenti le professioni sanitarie che per l'attività svolta corrono il rischio di arrecare danni rilevanti a terzi e dispongono di un patrimonio tale per cui non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato. Al fine di agevolare l'ingresso dei professionisti al mercato del lavoro l'accesso al Fondo è assicurato con priorità ai professionisti più giovani.

Art. 4 - Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione.

1. I contratti di assicurazione sono stipulati per una durata non inferiore a tre anni.

2. Il massimale minimo della copertura assicurativa di cui al comma 1 è fissato in misura pari a € 1.000.000,00 per ciascun sinistro e per ciascun anno, fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto.

3. Nei contratti stipulati a decorrere dal termine di cui all'articolo 5, comma 3, del D.P.R. 7 agosto 2012, n. 13, qualora la garanzia sia riferita alle richieste di risarcimento per fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura assicurativa previsto dal contratto, presentate per la prima volta all'assicurato e denunciate all'assicuratore entro il periodo di validità del contratto stesso, la copertura deve prevedere un periodo di retroattività esteso almeno alla suddetta data.

4. Le polizze sottoscritte prima della data di cui al comma 3, se non conformi ai requisiti minimi di cui al presente articolo, resteranno in vigore e saranno considerate idonee fino alla prima scadenza o alla ricorrenza annuale immediatamente successiva all'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo.

5. Ad ogni scadenza contrattuale deve essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto dell'eventuale nuova stipulazione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale. Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla

variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso. A tal fine le imprese di assicurazione rilasciano, su richiesta dell'assicurato, un'apposita dichiarazione, rendendo noto il processo di determinazione del prezzo finale della copertura assicurativa.

6. L'Azienda sanitaria è tenuta a dare formale comunicazione al professionista sanitario dipendente dell'apertura del sinistro.

7. In nessun caso in assenza di una modifica degli elementi in base ai quali è stato valutato il rischio e determinato il premio tariffario l'impresa di assicurazione può esercitare il recesso. Il recesso potrà essere esercitato dalle imprese di assicurazione solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva.

8. L'esercente la professione sanitaria potrà stipulare idonea copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive. Le imprese o gli intermediari che commercializzano l'assicurazione per danni derivanti dall'attività sanitaria prevedono nei propri siti internet aree nelle quali sia possibile consultare le

condizioni contrattuali, le modalità di acquisto della copertura e le informazioni da fornire all'impresa per l'eventuale sottoscrizione del contratto.

9. La franchigia non è opponibile al terzo danneggiato.

10. In caso di polizza con scoperto l'esborso massimo deve essere previsto in cifra assoluta

con carattere di particolare evidenza che, in caso di sinistro, l'assicurato deve corrispondere all'impresa di assicurazione.

Art. 5 – Fondo rischi sanitari.

1. Al fine di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie è costituito presso Consap S.p.A. il Fondo previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera a), della legge, di seguito denominato Fondo.

2. La gestione e l'amministrazione del Fondo, sotto la vigilanza del Ministero dello sviluppo economico e del Ministero della salute, sono attribuite a Consap S.p.A., con l'assistenza di un apposito Comitato.

3. La rappresentanza legale del Fondo è attribuita a Consap S.p.A..

Art. 6 – Accesso al Fondo.

1. Nel caso venga richiesto un premio che non rientri nei parametri e condizioni standard definiti dal Comitato di cui all'articolo 11, ovvero, il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti le professioni sanitarie interessate possono richiedere l'intervento del Fondo.

2. Le condizioni e le modalità di accesso al Fondo sono determinate dal Comitato di cui all'articolo 10 tenuto conto di quanto previsto dal presente decreto, ed in particolare delle principali categorie e profili di rischio professionale, determinati anche sulla base delle condizioni oggettive connesse all'esercizio di specifiche professioni sanitarie, nonché soggettive e connesse ai profili di

carriera, esperienza e professionalità, in particolare, di quanti possano far richiesta di accesso al fondo.

Art. 7 - Intervento del fondo.

Il Fondo agevola l'accesso ad un'idonea copertura assicurativa, nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso, nei casi e con le modalità di seguito indicate:

a) nel caso in cui l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver ricevuto un'offerta di premio assicurativo il cui importo non rientri nei parametri e condizioni standard di cui all'articolo 6, comma 1, agevola l'accesso alla copertura richiesta, attraverso il rimborso all'esercente assicurato dell'integrazione del premio versato, nei limiti e con i termini definiti ai sensi dell'articolo 6.

b) qualora l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo, provenienti da almeno tre gruppi assicurativi, anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni, dopo apposita istruttoria del Comitato, volta ad accertare l'assenza di offerte provenienti dai maggiori gruppi assicurativi, anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni, agevola l'accesso alla copertura richiesta, attraverso l'individuazione di idonea polizza nei modi ed alle condizioni definite ai sensi del dell'articolo

Art. 8 - Contributi da corrispondere al Fondo rischi sanitari.

1. Entro il 31 dicembre di ciascun anno vengono determinati ai sensi dell'articolo 3, comma 2, let-

tera a) della legge la misura, i termini e le modalità di versamento del contributo, relativo all'anno successivo, che

le imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale devono al Fondo.

2. Il Fondo è altresì alimentato dal contributo dell'esercente la professione sanitaria che richieda l'intervento del Fondo, come determinato dal Comitato del Fondo.

3. In ogni caso, l'esercente la professione sanitaria che richieda l'intervento del Fondo è tenuto a versare il contributo di cui al comma 2, per un periodo di almeno cinque anni.

Art. 9 - Ritardato o mancato versamento del contributo.

1. In caso di ritardato versamento del contributo di cui all'articolo 8, comma

1, sono dovuti gli interessi di mora, al tasso legale a decorrere dal giorno in cui il versamento stesso avrebbe dovuto essere effettuato.

2. In caso di mancato pagamento del contributo il Fondo provvede al recupero della somma, anche mediante il ricorso alla procedura di iscrizione a ruolo, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602 e del decreto legislativo 26 febbraio 1999, n. 46.

Art. 10 - Comitato di gestione del Fondo e valutazione del rischio.

1. E' istituito presso Consap S.p.A. il Comitato di gestione del Fondo e valutazione del rischio, che

provvede all'istruttoria delle richieste di accesso al Fondo.

2. Il Comitato è presieduto da un rappresentante designato da Consap S.p.A..

3. Fanno altresì parte del Comitato di cui al comma 1:

a) n. 1 rappresentante designato dall'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA);

b) n. 1 rappresentante dei mediatori di assicurazione o di riassicurazione;

c) n. 1 rappresentante designato del Ministero della Salute;

d) n. 1 rappresentante designato dal Ministero dello Sviluppo Economico;

e) n. 1 rappresentante designato del Ministero dell'economia e delle finanze;

f) n. 2 rappresentanti delle Federazioni nazionali maggiormente rappresentative delle categorie degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie.

4. I componenti del Comitato sono nominati con provvedimento del Ministro dello sviluppo economico, sentito il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze per la durata di un triennio. Le funzioni di segreteria sono tenute da Consap S.p.A..

5. Le riunioni del Comitato sono valide quando interviene la maggioranza dei suoi componenti.

Le deliberazioni sono adottate a maggioranza degli intervenuti. In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente.

6. Laddove sia previsto dalla normativa vigente ovvero ne ravvisi l'opportunità, il Comitato delibera sentito il parere dei professionisti indicati all'art.

Art. 11 - Comitato integrato.

1. Al fine di definire i parametri e le condizioni standard di cui all'art. 6, comma

1, il Comitato è assistito da tre professionisti, individuati da Consap S.p.A. tra gli Attuari iscritti all'Ordine nazionale degli attuari, a cui è rimessa la determinazione tecnica dei suddetti parametri e condizioni standard.

Art. 12 - Modalità di gestione del Fondo rischi sanitari.

1. Il Fondo è soggetto patrimoniale autonomo e separato.

2. Consap S.p.A. tiene contabilità e scritture separate per le operazioni attinenti alla gestione autonoma del Fondo, nonché una separata amministrazione dei beni ad essa pertinenti, in modo che risulti identificato il patrimonio destinato a rispondere delle obbligazioni del Fondo stesso.

3. Il consiglio di amministrazione di Consap S.p.A., nel deliberare sull'impiego delle somme disponibili, tiene conto delle esigenze di liquidità del Fondo. Le somme disponibili sono investite esclusivamente in titoli emessi o garantiti dallo Stato Italiano.

Art. 13 - Rendiconto della gestione del Fondo.

1. Il rendiconto della gestione del Fondo approvato dal Consiglio di Amministrazione di Consap S.p.A. è trasmesso unitamente ad una relazione

dello stesso Consiglio al Ministero dello Sviluppo Economico entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello a cui esso si riferisce.

2. Il rendiconto deve comprendere, tra l'altro, le seguenti voci:

a) in entrata:

- 1)contributi di competenza dell'esercizio;
- 2)redditi ricavati dall'impiego delle somme disponibili;
- 3)interessi attivi diversi;
- 4)altre entrate da indicare analiticamente;
- 5)eventuale disavanzo;

b)in uscita:

- 1)i rimborsi all'esercente assicurato dell'integrazione del premio versato, nei limiti e con i termini definiti con provvedimento del comitato;
- 2)spese sostenute per la gestione del Fondo;
- 3)altre uscite da indicare analiticamente;
- 4)oneri relativi all'impiego delle somme disponibili;
- 5)eventuale avanzo.

Art. 14 – Situazione patrimoniale del Fondo.

1. Il rendiconto di cui all'articolo 13 è accompagnato da una situazione patrimoniale dalla quale, tra l'altro, risultino alla fine dell'esercizio:

a) nell'attivo:

- 1)depositi presso istituti bancari;
- 2)attività mobiliari da indicare analiticamente;
- 3)altre partite creditorie da indicare analiticamente;

b) nel passivo:

- 1)partite debitorie da indicare analiticamente;

2)patrimonio netto comprensivo dell'avanzo/disavanzo dell'esercizio;

2. Nei conti d'ordine vengono indicate eventuali voci che, pur non influenzando quantitativamente sul patrimonio e sul risultato economico al momento della loro iscrizione, possono produrre effetto in futuro.

Art. 15 - Vigilanza governativa del Fondo.

1. Il Ministero dello Sviluppo Economico e il Ministero della Salute possono chiedere in qualunque momento al gestore del Fondo notizie e dati relativi alla gestione e disporre accertamenti ove lo ritengano necessario.

Art. 16 - Obbligo per le Imprese assicurative di fornire al Fondo dati ed elementi sulla copertura dei sinistri per rischio professionale dei medici.

1. Il Fondo può chiedere alle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale i dati relativi alla gestione dei sinistri.

Art. 17 - Spese di funzionamento e oneri di gestione del Fondo.

1. Le spese e gli oneri di gestione del Fondo sono integralmente a carico del Fondo stesso.

Art.18 - Norme finali

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si fa rinvio agli articoli 1882 e seguenti del codice civile.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo

a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

UMANESIMO E CARDIOCHIRURGIA

UN BEL PUZZLE SENZA UN PEZZO!



MICHELE DI MAURO

DIPARTIMENTO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA

Un bel puzzle senza un pezzo!

Una gran parte di quello che i medici sanno, è insegnata loro dai malati.

Marcel Proust, I Guermantes, 1920

Questo mese mi occuperò personalmente della sezione umanesimo in cardiocirurgia, che per l'occasione vorrei parafrasare in umanesimo in medicina e chirurgia.

Parto da un'esperienza personale vissuta in questi giorni, avendo assistito mio padre che ha subito un intervento addominale. Parto da questa esperienza non per parlare dei cosiddetti fatti miei, ma perché mi ha permesso di vedere il rovescio della medaglia. Mi ha permesso di vedere come si vive un intervento dall'altro lato della barricata. Non citerò l'ospedale per questioni di correttezza e perché non credo sia una questione localistica, ma vorrei che fosse interpretato come un messaggio che possa incentivare il lato umano del nostro lavoro e non un rimprovero a questo o quel medico, a questo o quello ospedale.

In questa settimana mi è capitato di chiedere più e più volte notizie sulla salute di mio padre, che non ha avuto un decorso prettamente regolare, confermando la vecchia credenza che l'essere parente di un medico è un fattore di rischio. E ad ogni mia richiesta i colleghi non hanno mai assolto pienamente, forse per un eccesso di medicina preventiva? Forse per una chiusura preventiva nei riguardi di un medico? Non credo, visto che la stessa situazione è stata vissuta da altri parenti e allora mi sono chiesto quanto un intervento possa esaurirsi nel fare bene il nostro lavoro di chirurghi in sala operatoria, quanto l'essere esaustivi e chiari con i parenti sia doveroso umanamente visto che dall'altra parte si respira angoscia ad ogni fiato!

Non so dare una risposta o forse non voglio darla perché coinvolto personalmente, ma credo che nel nostro compito di medici rientri l'umanità nei riguardi dei pazienti e dei loro cari.

Capisco che oramai i ritmi di lavoro sono frenetici, che le piante organiche sono ridotte all'osso, che l'eccesso di contrapposizione tra medico e paziente, dovuto ad un avvocatura sciacalla..., ma rimane pur sempre nostro dovere esser chia-

ri e disponibili con color che rappresentano il vero fulcro della nostra missione.

Partendo dalla mia esperienza lavorativa e dal metodo che ho sempre applicato con i miei pazienti, ritengo che quindici anni di cardiocirurgia e cinque di cardiologia senza ricevere mai un avviso di garanzia possano trovare parte della ragione nel cosiddetto fattore C, ma anche nel fatto di essere sempre stato molto chiaro con i pazienti intra- ed extraospedalieri che mi sono trovato a gestire. Quindi chiudersi a riccio forse non è un fattore proficuo di protezione, ma questa ovviamente è la mia esperienza ed è la mia concezione e può essere smentita facilmente, perché non supportata da dati o da studi.

Tutto questo però mi spinge a proporvi una riflessione che ogni lettore potrà tralasciare, etichettandola come demagogia, oppure potrà farla propria e imbastirci sopra un proprio audit etico.

Un altro punto che ho potuto osservare sia stando dalla parte del medico che da quella del parente di un paziente è stata la comunicazione eccessivamente tecnica che spesso si utilizza con i parenti o pazienti non appartenenti al campo medico. Spesso la si usa nella speranza di celarci dietro un linguaggio tecnico, che funga da scudo del crociato! E mi chiedo è possibile fare a meno di questo linguaggio tecnico, di queste parole di origine greco-latina/anglofona per acquistare un linguaggio metaforico più vicino all'educazione culturale di ciascun paziente.?

Mi direte: siamo medici e non divulgatori!

E allora nuovamente lancio una pietrolina nello stagno perché i cerchi che si formano possano trovare sponda in voi: quanto delle nostre giornate deve esser dedicato all'informazione esaustiva del paziente e dei suoi parenti? Quale è la percentuale di tempo che un chirurgo deve dedica-

re a questa parte che rappresenta la cosiddetta "umanità" del medico?

Ancora una volta lascio ai lettori l'onere ed onore di rispondere per se a questi spunti.

Max Sheler sosteneva che l'umanità sta nella parola: "ciascun uomo è uomo perché ha la parola". Il medico, dunque, con la sua parola dovrebbe contattare e parlare alla parola dell'altro, altro che gli si fa presente (anche grazie alla sua opera creativa) come paziente.

La relazione medico/paziente è la concretizzazione, il farsi presente, l'esserci, l'ex-stare di questo mettersi al servizio che chiamiamo con termine semplice curare

Laddove il medico incarna la sapienza umana (nella forma della scienza medica) e il paziente incarna la sofferenza umana (nella forma della patologia

Forse Eugene Ionesco nella Cantatrice Calva (opera teatrale del 1950) esagerava quando sosteneva che "un medico coscienzioso deve morire con il malato se non possono guarire insieme", ma credo fermamente che un maggior rapporto medico-paziente/parente sia la base da cui far partire o ripartire il nostro lavoro.

Chiudo questo articolo con la mia personale idea: un medico, un chirurgo, un cardiocirurgo che non riesce a rendere paziente-centrica la propria missione, potrà avere risultati brillanti, pubblicare studi di alto profilo scientifico, ma rimarrà sempre un bel puzzle senza un pezzo!

Se c'è amore per l'uomo, ci sarà anche amore per la scienza

Ippocrate.

LE NOSTRE RADICI

STORIA DELLA CHIRURGIA TORINESE III: LA FONDAZIONE DELLA CARDIOCHIRURGIA



GUGLIELMO ACTIS DATO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
ASO ORDINE MAURIZIANO "UMBERTO I"*

La scuola chirurgica torinese nel corso della seconda metà del XX secolo ha avuto in Luigi Biancalana nella patologia chirurgica e Achille Mario Dogliotti nella clinica chirurgica le due figure universitarie di spicco. Tra i due nei primi anni '50 si stabilì un accordo per cui il primo si interessò della Chirurgia Toracica mentre il secondo della Cardiochirurgia, entrambe nascenti branche specialistiche di spicco della moderna chirurgia.

Luigi Biancalana, nato a Perugia, trascorse a Torino il periodo di formazione alla scuola di Carle, Donati e Uffreduzzi, fin quando, vinto nel 1948 il concorso per la cattedra chirurgica di Catania, venne chiamato a dirigere l'Istituto di patologia chirurgica di Torino succedendo a Luigi Stropeni. Nel 1966 fu chiamato alla Cattedra di clinica chirurgica resasi vacante per la morte di Dogliotti, ove rimase fino al 1968.

Angelo E. Paletto è succeduto a Biancalana nella direzione dell'Istituto di patologia chirurgica e poi della clinica chirurgica generale. Tra i suoi allievi da ricordare Francesco Varola, primario ospedaliero che si è distinto sia nella chirurgia generale che in quella toracopolmonare, Gu-



ROBERTO LORUSSO

*U.O. DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALI RIUNITI
BRESCIA*

glielmo Guglielmini e Giuliano Maggi suo diretto erede nell'insegnamento di chirurgia toracica. Attualmente Alberto Oliaro dirige la chirurgia Toracica e prosegue l'opera.

Achille Mario Dogliotti, nato a Torino il 25 settembre 1897, laureatosi nel 1920 fu dapprima assistente e poi aiuto negli Istituti di patologia e di clinica chirurgica diretti dall'Uffreduzzi. Vinto nel 1935 il concorso per la cattedra di patologia chirurgica a Modena, ove rimase due anni, nel 1937 fu chiamato alla cattedra di clinica chirurgica di Catania, e nel 1943 a quella di Torino, che tenne fino alla sua morte.

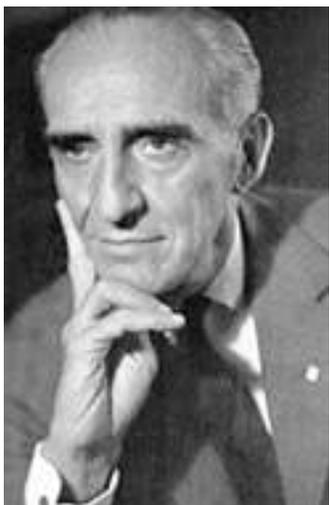
<<Una forza vitale prodigiosa che lo spinse alle più diverse attività, nei campi più svariati; una notevole prestanza fisica ch'egli arricchì con ogni sorta di sports, e lo sostenne nella dura diuturna fatica del chirurgo operatore; lo "stato d'animo d'una certa intrepidezza, la fiducia in se' stesso, l'attitudine a prendere una decisione in campo, l'ottimismo, che si equilibravano in lui alla misura ed al senso acuto della realtà" gli furono armi morali e spirituali per affrontare sem-

pre nuovi problemi e sempre più impegnativi. (Biancalana)>>

Dogliotti aveva grandi ambizioni e si era distinto in originali ricerche in settori per l'epoca ancora inesplorati, come l'anestesia, le trasfusioni, la neurochirurgia. Ovviamente l'eco delle prime procedure chirurgiche eseguite sul cuore oltre oceano e oltr'alpe avevano destato alla fine degli anni '40 un grande interesse in lui.

“Qui bene diagnoscit bene curat”, questa massima venne immediatamente recepita da Dogliotti che nell'ottobre 1950 si reca da solo in uno scantinato lontano dalla sua Clinica chirurgica universitaria dell'Ospedale Molinette per offrire a due giovani ed entusiasti medici interni della patologia medica del Prof Sisto, un posto da assistente straordinario nella clinica da lui diretta con l'incarico delle Indagini Diagnostiche Speciali nelle Cardiopatie in rapporto al loro trattamento chirurgico, nonché della preparazione all'intervento e dell'assistenza postoperatoria.

È infatti ben noto che i risultati della cardiocirurgia sono legati, prima che alla tecnica chirurgica, a una diagnosi esatta e alla precisa indicazione operatoria.



Achille Mario Dogliotti e la pianta della Cardiocirurgia delle Molinette intitolata ad Alfred Blalock nel 1951

Questi due neolaureati, Angelo Actis Dato e Pier Federico Angelino avevano iniziato due anni prima ad eseguire dei cateterismi cardiaci nella patologia Medica diretta dal Prof. Pietro Sisto. Fin dall'aprile 1949 si facevano propugnatori, con una dettagliata Relazione alla Società Italiana di Pediatria, della necessità di creare in Italia Centri appositamente organizzati per la diagnosi e la terapia chirurgica delle cardiopatie congenite.

La prima bambina torinese affetta da Tetrade di Fallot, accuratamente studiata con cateterismo e angiocardiografia, veniva operata il 2 Marzo 1950 dal Prof. Serveille, collaborato dai due Medici Italiani a Parigi; a questo seguirono altri 8 interventi con esito favorevole.



Angelo Actis Dato e Pier Federico Angelino nel 1949

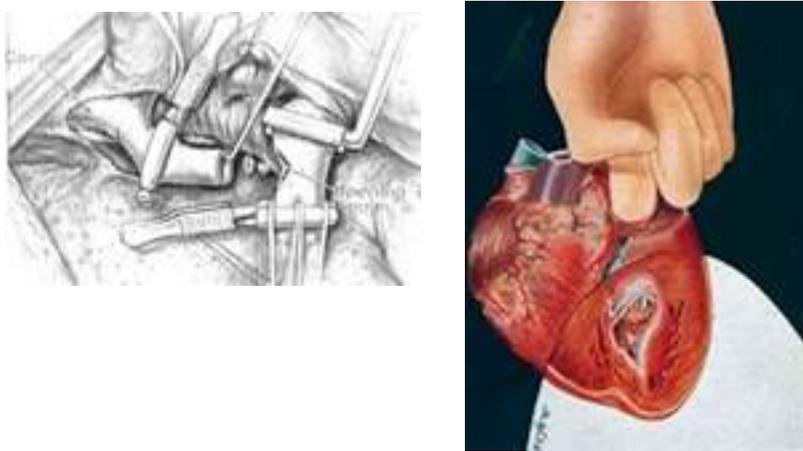
Nel 1948-49-50 Actis Dato e Angelino avevano trascorso lunghi periodi presso i Centri di Cardiologia e Cardiocirurgia dell'Hôpital Broussais e dell'Hôpital Lariboisière di Parigi, del Brompton Hôpital di Londra (incontrando tra gli altri De Gasperis) e del Kinder Spital di Zurigo, perfezionandosi nelle moderne tecniche della diagnostica cardiovascolare (cateterismo cardiaco e angiocardiografia) e nel trattamento chirurgico delle cardiopatie.

Nonostante le gravi difficoltà ambientali, le deficienze di mezzi economici e la scarsità di attrezzature scientifiche dell'immediato dopoguerra

ra, Actis Dato insieme ad Angelino realizzavano a Torino il primo nucleo di studi e di indagini emodinamiche e contrasto grafiche per una avanzata, precisa diagnostica delle cardiopatie ai fini delle indicazioni chirurgiche.

Solo grazie a tale realizzazione, della quale allora ancora ben pochi intravedevano il significato e l'importanza, fu possibile iniziare ed avviare su solide basi e perciò con successo, la Cardiocirurgia a Torino.

Nel Febbraio 1951 veniva studiata e operata da Dogliotti la prima paziente affetta da Stenosi Mitralica mediante commissurotomia.

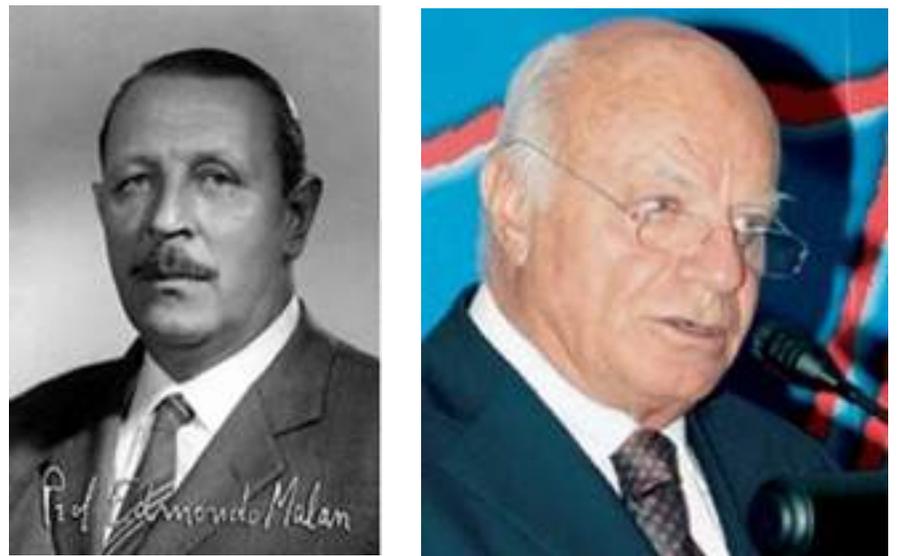


Intervento di Blalok e commissurotomia mitralica a cielo coperto: i primi interventi eseguiti sul cuore negli anni 1950-1951

Da allora fu un crescendo di interventi cardiocirurgici sia nelle cardiopatie congenite, sia in quelle acquisite.

Actis Dato e Angelino si prodigavano allora alla realizzazione e organizzazione tecnica e funzionale del Centro Cardiocirurgico A. Blalock come Reparto a sé stante, presso la Clinica Chirurgica, Reparto che fu ufficialmente inaugurato nel dicembre 1951, alla presenza di Alfred Blalock, pioniere statunitense della cardiocirurgia, ideatore con la Dott.ssa Helen Taussig dell'intervento che porta il loro nome, per il trattamento della Tetra di Fallot.

Nel 1954, Dogliotti contribuì a perfezionare l'applicazione del cuore polmone artificiale per la circolazione extracorporea di cui fu tra i primi al mondo ad attuarla (1951); utilizzò l'ipotermia controllata, diverse personali tecniche cardiocirurgiche come "quadruplico intervento e coartazione con angiostato" secondo di Dogliotti e diede contributi importanti anche nel settore dell'anestesia, in particolare peridurale, della trasfusione sanguigna e della chirurgia addominale ed oncologica. Tra gli allievi di Dogliotti vanno ricordati Edmondo Malan che fonderà la scuola di chirurgia vascolare di Milano. Questa verrà proseguita da un suo allievo Paolo Biglioli con la creazione del Centro Cardiovascolare Monzino nel 1985 intitolato al Maestro.



Edmondo Malan e Paolo Biglioli

Mario Battezzati era un altro allievo di Dogliotti dirigerà a Genova la Clinica Chirurgica iniziando negli anni '70 la cardiocirurgia collaborato da Giuseppe Venere proveniente anch'egli da Torino e successivamente sostituito da Giancarlo Passerone che continua oggi l'attività cardiocirurgica al San Martino.



Mario Battezzati e Giuseppe Venere



Il primo cuore artificiale italiano del 1966 e l'ing Bosio

Aldo Costantini era un giovane allievo di Dogliotti che aveva collaborato alla realizzazione della prima macchina Cuore Polmone utilizzata a Torino per eseguire la prima circolazione extracorporea al mondo il 7 agosto 1951. Vinse la cattedra di chirurgia di Sassari ma non vi giunse mai in quanto cadde con l'aereo che lo portava in Sardegna.

Sotto la guida di Dogliotti l'attività cardiocirurgica del Centro Blalock proseguì sino al 1965 quando per una neoplasia cerebrale venne sottoposto ad un intervento in Svizzera. L'anno successivo il 12 giugno 1966 Dogliotti moriva. Dopo tale data e sino alla fine del 1968 sarà Actis Dato a proseguire il lavoro iniziato 20 anni prima in cardiocirurgia sotto la direzione di Biancalana.

E' nel 1966 che insieme all'ingegner Roberto Bosio verrà progettato e prodotto il primo cuore artificiale italiano a comando fluidico il cui impiego clinico sull'uomo avverrà nel 1971 da parte di Turina e Senning a Zurigo.

L'attività del Centro Blalock nel corso di 15 anni dalla sua inaugurazione sino al 1968 conta circa 12.000 interventi cardiocirurgici su due sale operatorie dedicate, una sala di cateterismo cardiaco e radiologia e circa 100 posti letto di reparto.



Angelo Actis Dato

Alla fine del 1968 il posto di Direttore della Clinica Chirurgica di Torino viene assegnato dall'Università di Torino a Francesco Morino proveniente dalla Clinica Chirurgica di Parma.

Actis Dato viene quindi rimosso dal suo incarico di responsabile della Cardiocirurgia e sarà costretto a proseguire la sua attività clinica e chirurgica sino al 1990 in altre strutture ospedaliere cittadine come il Mauriziano di Torino, l'Ospedale Civile di Chivasso, la Sedes Sapientiae e la Clini-

ca Villa Pia nelle quali tra il 1970 e il 1980 opera più di 8.000 pazienti.

Nel 2004 Actis Dato ha ricevuto la medaglia d'oro per la Sanità Pubblica.



Francesco Morino e Pier Federico Possati

Morino proseguirà la sua attività sino al 1976 quando abbandona l'incarico della cardiocirurgia rimanendo direttore della Clinica Chirurgica. In quella data l'attività chirurgica cardiaca del Centro Blalock era stata di 160 casi.

Collaborarono in quegli anni con Morino Pier Federico Possati che dirigerà successivamente la cardiocirurgia di Chieti e quindi in seguito la Cattolica di Roma, Antonio Maria Calafiore che dopo un periodo in Francia diventerà direttore a Chieti, Giuseppe Poletti, Gianmaria Ottino e Margaglia che inizierà l'attività pediatrica all'ospedale pediatrico Regina Margherita.



Giuseppe Poletti e Gianmaria Ottino

Negli anni successivi la Cardiocirurgia di Torino viene diretta pro tempore da Dino Casarotto per 6 mesi e quindi da Mario Morea che diverrà Direttore alle Molinette di Torino alla fine degli anni '70 e qui rimarrà sino al 1997 quando gli succederà Michele di Summa che lo aveva seguito da Verona.



Mario Morea e Michele di Summa

Mario Morea e Michele di Summa provenivano dalla scuola padovana di Cevese e nel 1981 incrementarono l'attività del Blalock, che si era azzerata negli anni precedenti per vicende giudiziarie che avevano portato alla chiusura del Centro, sino a 350 interventi all'anno.

Il nome del Centro intitolato ad Alfred Blalok e al senatore Giovanni Agnelli venne purtroppo eliminato. Nel corso degli anni '80 e '90 vi fu un crescendo dell'attività cardiocirurgica anche grazie all'inizio della attività di trapianto cardiaco. Il numero di interventi cardiocirurgici a cuore aperto alla fine degli anni '90 raggiungeva il migliaio di casi/anno con 4 sale operatorie e 2 rianimazioni dedicate oltre a un reparto di 45 posti letto con 2 isolamenti per i trapianti.

Dopo il pensionamento di Morea nel 1997 la Direzione della Cardiocirurgia delle Molinette venne assegnata a di Summa sino al 2003 quando a seguito di vicende giudiziarie venne sostituito da

Antonio Maria Calafiore che rimarrà in questa sede sino al 2006



Antonio Maria Calafiore

Dal 2006 Mauro Rinaldi proveniente da Pavia ha preso la direzione del Centro

Ospedale Mauriziano di Torino

In questa sede l'attività cardiocirurgica iniziò nel 1970 per interessamento dell'allora Presidente dell'Ordine Mauriziano il senatore Valdo Fusi che affidò l'attività ad Angelo Actis Dato che qui eseguì circa 700 interventi cardiocirurgici anche in CEC nel corso di 3 anni. Successivamente l'attività venne sospesa e solo nel 1997 verrà nuovamente ripresa sotto la direzione di un allievo di Mario Morea, Riccardo Casabona.

Nel corso di 17 anni l'attività del centro del Mauriziano è progressivamente incrementata fino a 600-650 interventi/anno.



L'ospedale Mauriziano e Riccardo Casabona

Bibliografia

A. M. Dogliotti, Eminent figure della Scuola chirurg-piemon., in *Minerva chirurgica*, III (1948)

Treccani Dizionario Biografico degli Italiani - Volume 9 (1967)

Caffaratto, Tirsi Mario Storia dell'Ospedale maggiore di Torino della religione ed ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro dal secolo XVI al secolo XX – Estr. da: "Annali dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino", 22 (1979)

Cavalieri dei SS. Maurizio e Lazzaro. Gran Magistero dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro L'ampliamento dell'Ospedale Mauriziano "Umberto I". – Torino : Elzeviriana, 1928.

M. Nano e coll. "Storia della Chirurgia in Piemonte" Ed. UTET, Torino 1992

COMMENTO AL LIBRO

LA SCOMPARSA DEL DOTTORE



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA



La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione

di Giorgio Cosmacini

Numero pagine 151

Anno pubblicazione 2013

Prezzo € 13,00

Raffaello Cortina Editore



Nell'introduzione l'autore riporta la metafora della "scomparsa delle lucciole" (Pier Paolo Pasolini, Corriere della Sera, 1975) che avveniva nelle campagne a causa della discontinuità traumatica prodotta dalla accelerazione tecnologica del processo di industrializzazione, sia nella società che nella cultura. "La medicina odierna ha acquistato in tecnologia quel che ha perduto in umanità", sostiene Cosmacini, medico e filosofo, uno dei più autorevoli storici della medicina. Il medico non è più dottore: questa analisi si rende più evidente nel dopoguerra, e diversi

personaggi ne hanno lanciato l'allarme. La superspecialistica ha spiazzato il ruolo centrale del medico, che si presenta oggi con una crisi formativa, professionale e culturale. Oggi si richiede soprattutto di conoscere la prognosi, più che di fare la diagnosi, per cui spesso non si soddisfa l'attesa necessaria di conforto, rassicurazione, affetto e cura, che il paziente, psicologicamente turbato, richiede ed esige.

La medicina non è solo una attività tecnica, ma prima di tutto clinica, e la salute non è solo assenza di malattia. Interessante la definizione dell'OMS nel 1984 per cui la salute corrisponderebbe alle capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive. Partendo dal concetto, sempre in quegli anni, che (con l'introduzione dei DRG) si valuta la sanità sotto un aspetto di bilancio tra costi umani e conti della spesa, Cosmacini arriva al concetto di mal-educazione favorita da anni di incultura sanitaria (più largamente civica) e da una dannosissima disinformazione mediatica, spesso propensa a cercare la mal-pratica, anche

dove questa non c'è. Attenzione alla differenza tra mala-medicina e mala.sanità!

identità per poter realizzare “la ricomparsa del dottore”.

Al medico in effetti si richiedono due requisiti, competenza e disponibilità, in cui non si parli di prestazione, ma di visita, al fine di sottolineare sempre il rapporto, spesso sottovalutato, medico-paziente,. La clinica non e' una scienza, anche se molti clinici si credono scienziati: se lo fosse sarebbe una scienza dell'individuale, rimarcando che la medicina costituzionale pur essendo basata su criteri generali, vicini a volte ad un sistema matematico, deve sempre fare i conti con i casi particolari di ogni singolo malato.

L'autore si sofferma anche sulle aspettative di chi oggi vuole diventare medico: si augura che l'università curi l'esigenza fondativa della cultura e del suo futuro mestiere, vaccinandolo contro gli eccessi di invadenza tecnicistica, che possano erodere la qualità umana del rapporto di cura.

Il libro è indirizzato prima di tutto ai medici, ma anche ai pazienti, nell'ambito delle diverse sfaccettature del rapporto che la malattia impone, con l'obiettivo di raggiungere la giusta soddisfazione di ambedue. Ma chi piu' di tutti deve riflettere è lo studente o giovane medico: proprio come la medicina, bisogna procedere pensando al passato(anamnesi) per dare ragione o torto al presente(diagnosi), per progettare il futuro (prognosi e terapia). Recuperare quindi il vecchio dottore, anche se non facile, rifacendosi ai suoi antichi valori. Galeno duemila anni fa proponeva il medicus amicus, graciosus e philosophus, che riuniva le doti umane di disponibilità alla competenza ed agli ideali. Il messaggio e' chiaro: bisogna riappropriarsi di questa triplice

STATS: ALWAYS FACTS

IL TEST T DI STUDENT PER CAMPIONI APPAIATI



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO



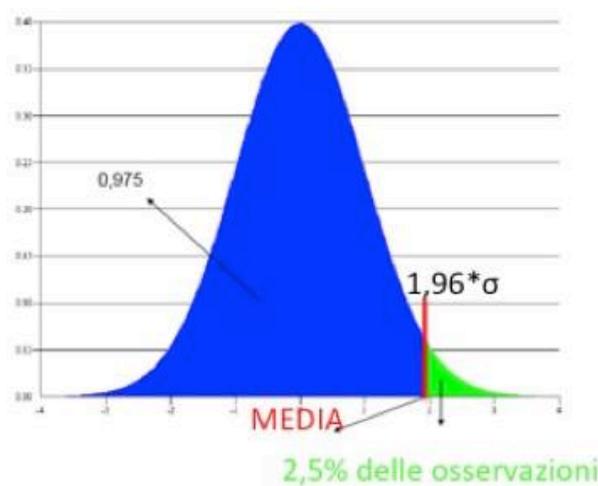
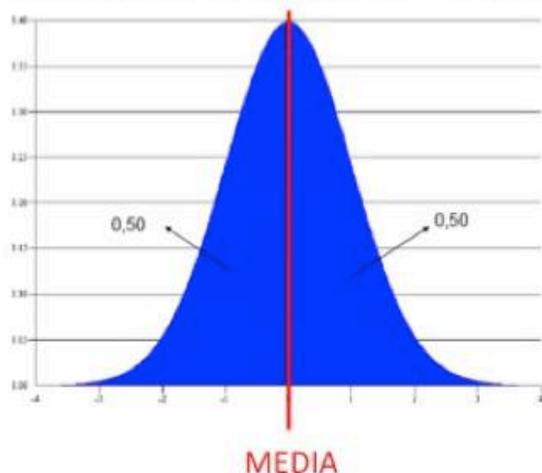
Come abbiamo visto in precedenza, il test T di Student è un'analisi che permette di confrontare le medie di 2 campioni di dati continui, la cui distribuzione è gaussiana.

In pratica, si tratta di una procedura per valutare se le differenze osservate tra le medie di due campioni sono troppo grandi per essere attribuite al caso.

Uno step iniziale molto importante per evitare errori di analisi e interpretazione è la valutazione

della tipologia di dati continui che vogliamo confrontare. Così come il test Chi-quadrato ed il test di McNemar vengono applicati a dati categorici differenti (indipendenti o appaiati), anche il test T di Student presenta differenze sia teoriche che pratiche a seconda che venga utilizzato per campioni indipendenti oppure appaiati; è un errore utilizzare il test T per campioni indipendenti nel confronto di campioni appaiati, in quanto non si tiene conto dell'effetto dell'appaiamento.

**IL 50 % dei data sono al di sopra la media,
il rimanente 50% sono al di sotto della media**



Cenni di teoria.

La caratteristica dei campioni appaiati è che ogni osservazione nel gruppo I corrisponde ad un'osservazione nel gruppo II. L'appaiamento è utilizzato per controllare fonti estranee di variazione che altrimenti potrebbero influenzare i risultati del confronto, in modo da renderlo più preciso. In pratica, se lo stesso test viene eseguito sulla stessa persona e non su due persone diverse, l'effetto della variabilità tra individui viene eliminata.

Esistono due tipi di appaiamento:

- 1) auto-appaiamento. I gruppi da confrontare sono composti da coppie di osservazioni ricavate dallo stesso soggetto. Un'esempio: uno studio per valutare se la frazione di eiezione varia significativamente dopo l'intervento chirurgico. Ogni paziente arruolato "contribuirà" sia al campione pre-operatorio sia a quello post-operatorio
- 2) l'appaiamento forzato dal ricercatore, in modo tale che i membri di ogni coppia abbiano caratteristiche il più possibile sovrapponibili.

Si consideri, per esempio, uno studio in cui si voglia valutare l'eventuale differenza significativa del livello di emoglobinemia prima e dopo intervento chirurgico di bypass aorto-coronarico nei pazienti non sottoposti a emotrasfusioni; in questo caso ad ogni osservazione pre-bypass corrisponde una osservazione post-bypass, cioè ogni paziente contribuisce ad entrambi i gruppi in analisi con una osservazione. Questo appaiamento permette di evitare le distorsioni che potrebbero invece emergere se confrontassi un gruppo di Hb preoperatorie con un gruppo di Hb postoperatorie ricavate da altri pazienti. In questo esempio, il T-test per campioni indipendenti non è appropriato e bisogna utilizzare il test T di Student per campioni appaiati.

Che differenza esiste tra il T-test per campioni indipendenti e quello per campioni appaiati? I due test differiscono per l'ipotesi nulla che viene considerata:

- a) Ipotesi nulla per campioni indipendenti: le medie dei due campioni siano simili
- b) Ipotesi nulla per campioni appaiati: la media delle differenze = 0.

Nel caso dei campioni appaiati, invece di confrontare le medie dei due campioni, si calcola la differenza tra i 2 elementi di ogni coppia e si testa se la media del campione di differenze è uguale o diverso da 0. Nell'esempio, l'analisi del test prevede in primo luogo il calcolo del nuovo campione composto dalle differenze tra Hb pre e Hb post per ogni paziente; successivamente, viene testata l'ipotesi nulla che la media di questo campione sia uguale a 0.

Calcolo del t-test per campioni appaiati con il software.

Il calcolo del T-test per campioni appaiati è sovrapponibile a quello per campioni indipendenti. L'unica differenza significativa è la diversa impostazione del database per il calcolo.

- 1) Campioni indipendenti: il database è composto da 2 colonne, una con la variabile continua da analizzare e l'altra con la variabile di raggruppamento.
- 2) Campioni appaiati: il database è composto da 2 colonne, una con i dati del I gruppo e l'altra con i dati del II gruppo (appaiati per paziente).

A questo punto, è necessario selezionare tra le analisi statistiche possibili il t-test per campioni appaiati.

GRUPPO I: HB PREOPERATORIA

GRUPPO II: HB POST-OPERATORIA

| Paziente | Emoglobina_pre | Hbpost | var | var | var |
|----------|----------------|--------|-----|-----|-----|
| 1,00 | 10,70 | 8,70 | | | |
| 2,00 | 13,90 | 13,60 | | | |
| 3,00 | 14,60 | 11,40 | | | |
| 4,00 | 12,50 | 9,20 | | | |
| 5,00 | 12,40 | 9,60 | | | |
| 6,00 | 14,90 | 12,50 | | | |
| 7,00 | 13,40 | 9,70 | | | |
| 8,00 | 13,50 | 8,70 | | | |
| 9,00 | 13,80 | 9,40 | | | |
| 10,00 | 13,40 | 8,30 | | | |
| 11,00 | 14,90 | 11,40 | | | |
| 12,00 | 15,60 | 12,50 | | | |
| 13,00 | 13,30 | 12,40 | | | |
| 14,00 | 15,30 | 12,70 | | | |
| 15,00 | 13,30 | 12,40 | | | |
| 16,00 | 12,00 | 8,40 | | | |
| 17,00 | 13,90 | 9,90 | | | |
| 18,00 | 10,20 | 9,50 | | | |
| 19,00 | 13,20 | 11,10 | | | |
| 20,00 | 13,30 | 8,30 | | | |

Per ogni paziente, abbiamo 2 dati appaiati

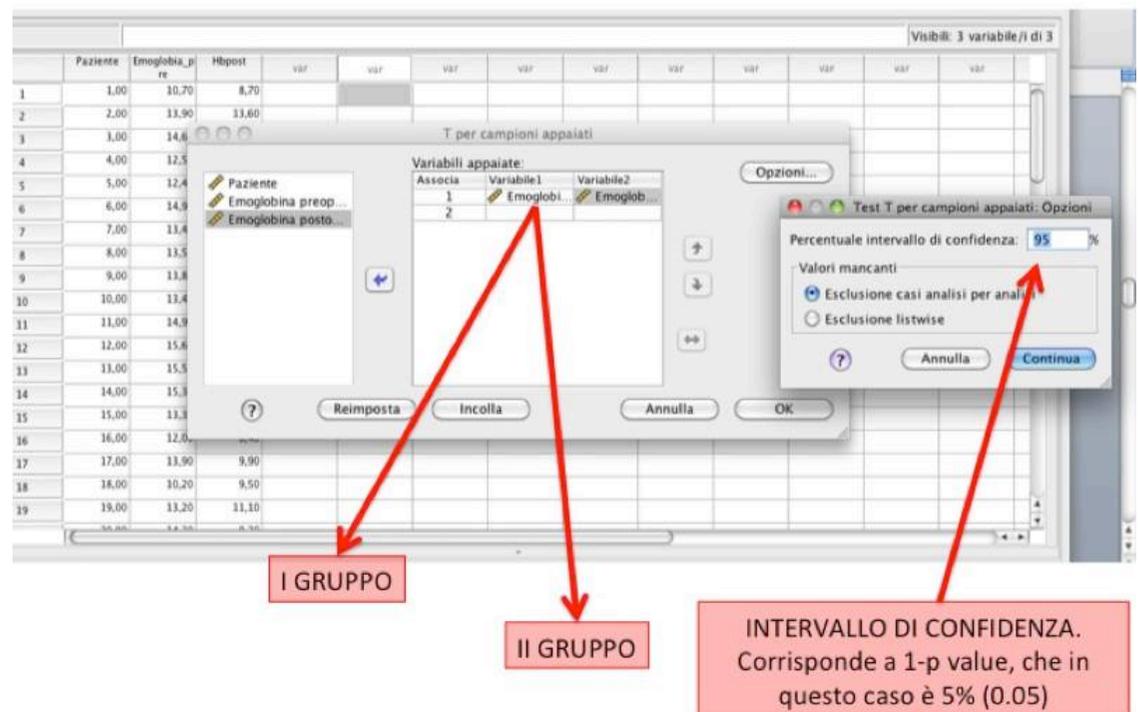
Nell'esempio in valutazione, il database è composto da un colonna con i valori di emoglobinemia preoperatoria ed un'altra con i valori di emoglobinemia postoperatoria.

SELEZIONIAMO IL T-TEST per CAMPIONI APPAIATI

The screenshot shows a software interface with a menu bar (File, Modifica, Visualizza, Dati, Trasforma, Analizza, Grafici, Utili) and a toolbar. The 'Analizza' menu is open, showing various statistical options. The 'Test T: campioni appaiati...' option is highlighted. The background shows a data table with columns 'Paziente', 'Emoglobina_pre', and 'Hbpost'.

| Paziente | Emoglobina_pre | Hbpost |
|----------|----------------|--------|
| 1,00 | 10,70 | 8,70 |
| 2,00 | 13,90 | 13,60 |
| 3,00 | 14,60 | 11,40 |
| 4,00 | 12,50 | 9,20 |
| 5,00 | 12,40 | 9,60 |
| 6,00 | 14,90 | 12,50 |
| 7,00 | 13,40 | 9,70 |
| 8,00 | 13,50 | 8,70 |
| 9,00 | 13,80 | 9,40 |
| 10,00 | 13,40 | 8,30 |
| 11,00 | 14,90 | 11,40 |
| 12,00 | 15,60 | 12,50 |

Nella schermata del T-test per campioni appaiati, si selezionano le due variabili continue appaiate (in questo caso, Hb preoperatoria e Hb postoperatoria). Nelle opzioni, indichiamo come intervallo di confidenza il 95%, che corrisponde ad un p-value di 0.05%.



I risultati del test sono divisi in 2 parti.

Nella prima parte, sono riportati i dati descrittivi dei due gruppi in studio (media, deviazione standard ed errore standard).

Nella seconda parte, troviamo il test T di Student per campioni appaiati:

a) calcolo della media delle differenze delle coppie

b) test T per verificare l'ipotesi nulla che la media delle differenze è uguale a 0. In questo esempio, il p-value è <0.05, quindi l'ipotesi nulla viene rifiutata e possiamo concludere che esiste una differenza statisticamente significativa tra il livello di Hb preoperatorio e postoperatorio.

RISULTATI

Statistiche descrittive dei 2 gruppi

Statistiche per campioni appaiati

| | Media | N | Deviazione std. | Errore std. Media |
|-----------------------------------|---------|----|-----------------|-------------------|
| Coppia 1 Emoglobina preoperatoria | 13,7821 | 39 | 1,34358 | ,21514 |
| Emoglobina postoperatoria | 10,5000 | 39 | 1,38165 | ,22124 |

Test per campioni appaiati

| | Differenze a coppie | | | Intervallo di confidenza per la differenza al 95% | | t | df | Sig. (2-coda) |
|---|---------------------|-----------------|-------------------|---|-----------|--------|----|---------------|
| | Media | Deviazione std. | Errore std. Media | Inferiore | Superiore | | | |
| Coppia 1 Emoglobina preoperatoria - Emoglobina postoperatoria | 3,28205 | 1,28101 | ,20513 | 2,86680 | 3,69731 | 16,000 | 38 | ,000 |

Media/Deviazione standard/Errore standard della media delle differenze Hbpre/Hbpost per ogni coppia

P-value=0.000
Quindi rifiuteremo l'ipotesi nulla, la media delle differenze è diversa da 0

TOUGH AND MONSTER CASES

LACERAZIONE DELL'ATRIO DESTRO DA ELETTROCATETERE



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



con **Lirio Mammana**

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

Paziente di 62 anni, a seguito di ripetuti episodi dispnoici eseguiva un ECG dinamico sec. Holter con riscontro di TVNS e BAV III per questo veniva sottoposto ad impianto di PM bicamerale nel 2005. Successivamente comparsa di sindrome da PM e upgrading a PM biventricolare nel 2006. Nel 2013 sottoposto a sostituzione del generatore. Nel Febbraio 2014 per l'evidenza a livello della tasca del PM dei caratteristici segni

infiammatori eseguiva una revisione della tasca con prelievo colturale del materiale che risultava positivo per S. Epidermidis. Per questo veniva impostata terapia antibiotica mirata con dap-tomicina e rifampicina. Si decideva pertanto il ricovero presso il nostro centro per un intervento di espanto con sostituzione del dispositivo infetto. La procedura veniva eseguita in sala ibrida, con assistenza anestesologica e IOT; l'équipe cardiocirurgica era presente insieme agli aritmologi e con CEC in stand by. Tramite cateterizzazione della vena femorale destra si posizionava un catetere con elettrodo temporaneo a livello dell'apice ventricolare destro. (Fig 1) Si procedeva pertanto ad apertura della tasca di PM ed a rimozione del generatore in zona sottoclaveare sinistra. Si riscontravano numerose aderenze lungo tutto il decorso del catetere ventricolare destro risolte con lo scollatore Laser al gas argon. (Fig 2) A livello del piano della tricuspide l'estremità distale del catetere ventricolare destro appariva libero per questo durante la rimozione, accidentalmente veniva rimosso il catetere ventricolare sinistro con relativa trazione in succlavia sinistra del catetere atriale

destro.(Fig 3) All'ecocardiogramma transesofageo si era evidenziato un versamento pericardico progressivo dapprima intorno al ventricolo destro e successivamente intorno al ventricolo sinistro parzialmente trombizzato che causava un improvviso calo della pressione con segni di tamponamento cardiaco per questo si procedeva in primo momento sotto massaggio cardiaco esterno ad immediata pericardiocentesi con drenaggio di circa 200 cc di materiale ematico. Al successivo controllo ecocardiografico per la presenza di abbondante coagulo intorno al ventricolo sinistro, si decideva per un approccio chirurgico parziale mediante drenaggio pericardico "secondo Marfan". Nonostante l'asportazione del coagulo, continuava ad evidenziarsi del sanguinamento a livello atriale destro, in prossimità della giunzione con la vena cava inferiore e del seno coronarico. Per un progressivo peggioramento delle condizioni emodinamiche si eseguiva sternotomia mediana in emergenza. All'apertura del pericardico si assisteva ad una fuoriuscita massiva di sangue. Si procedeva ad incannulazione dell'aorta ascendente e dell'atrio destro. Tuttavia si constatava che il drenaggio venoso era reso impossibile a causa dell'importante ipovolemia, si decideva pertanto di perfondere l'aorta con il sangue aspirato da cavo pericardico. Esaminato il campo chirurgico era presente una lacerazione che originava dalla cava inferiore (a raso del diaframma) e si estendeva per circa 8 cm in atrio di destra. Si procedeva a riparazione della lacerazione con punti staccati a U in prolene 4.0 su bandelette di feltro e contestuale raffreddamento rapido per cerebro protezione. Al termine dell'assistenza circolatoria i parametri emodinamici risultavano discreti. Alla fine dell'intervento si posizionavano elettrodi chirurgici bipolari epicardici a livello di ventricolo destro, sinistro e atriale de-

stro; si perfezionava l'espianto del catetere atriale con successo e si definiva la tunnellizzazione e collegamento dei cateteri epicardici con posizionamento di PM biventricolare CRT. Nell'immediato postoperatorio è stata necessaria un'assistenza emodinamica con dosi moderate di inotropi e vasocostrittori. Il paziente, una volta sospesa la sedazione, si è risvegliato senza presentare alcun problema neurologico in prima giornata post operatoria. L'estrazione di fili di PM rappresenta una procedura ad alto rischio, sia per le possibili embolizzazioni sia per la presenza di aderenze. Nel nostro centro tali interventi vengono

di routine eseguiti in sala ibrida in presenza di équipe aritmologica, cardiocirurgica, anestesologica e perfusionistica. In questo modo si ottiene un'assistenza completa al paziente e si possono risolvere prontamente eventuali complicanze.



Fig 1.

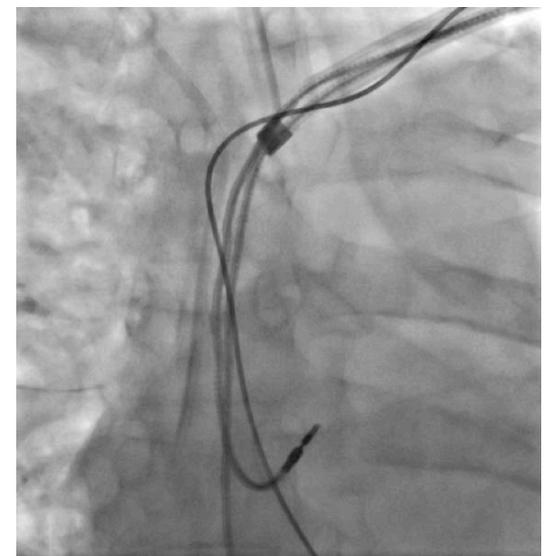


Fig 2. Immagine in scopia dello scollatore Laser all'argon utilizzato.



Fig.3. Immagine degli elettrocateri rimossi con evidenza delle aderenze

ITALIAN LITERATURE WATCH

MARZO 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*



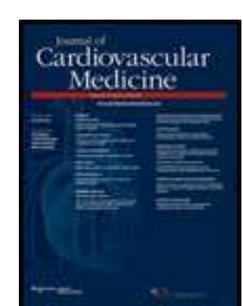
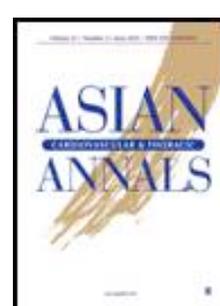
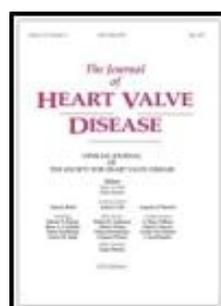
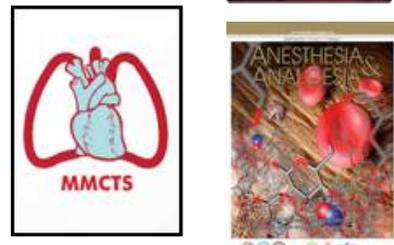
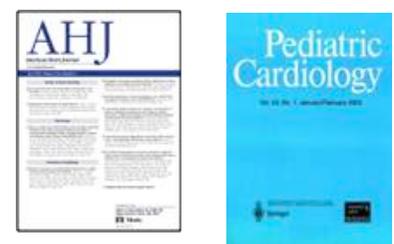
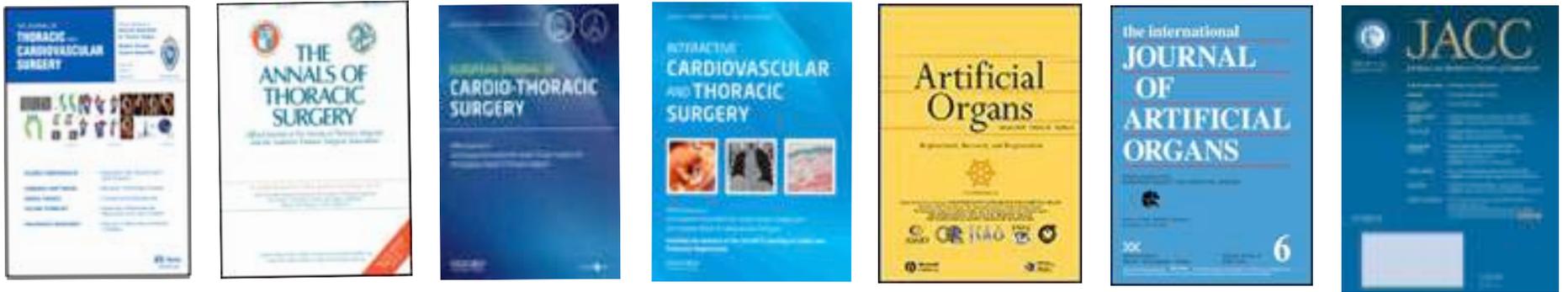
FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



The Annals of Thoracic Surgery

1. Deorsola L, Pace Napoleone C, Angelo P, Abbruzzese A.
 Repair of an Unusual Aortic Coarctation Using an Extracellular Matrix Patch
 Ann Thorac Surg 2014;57:1059-1061

2. Ricci Z, Ronco C.
 Early Pediatric Renal Replacement Therapy: Is the Baby Wash Actually Killing the Baby?
 Ann Thorac Surg 2014;97:1124.

The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

1. Celiento M, Saccocci M, De Martino A, Nardi C, Faggioni L, Milano AD, Bor-tolotti U. Stability of aortic annulus enlargement during aortic valve replacement using a bovine pericardial patch: an 18-year clinical, echocardiographic, and an-gio-computed tomographic follow-up.
 J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:977-83

2. Ricci D, Boffini M, Barbero C, El Qarra S, Marchetto G, Rinaldi M.
 Minimally invasive tricuspid valve surgery in patients at high risk.
 J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:996-1001

3. Barili F, Pacini D, Grossi C, Di Bartolomeo R, Alamanni F, Parolari A.
Reliability of new scores in predicting perioperative mortality after mitral valve surgery.
J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1008-12

European Journal of Cardio-thoracic Surgery

1. Gelsomino S, Van Breugel HNAV, Pison L, Parise O, Crijns HJGM, Wellens F, Maessen JG, La Meir M.
Hybrid thoracoscopic and transvenous catheter ablation of atrial fibrillation
Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:401-407
2. Di Giammarco G, Canosa C, Foschi M, Rabozzi R, Marinelli D, Masuyama S, Ibrahim BM, Ranalletta RA, Penco M, Di Mauro M.
Intraoperative graft verification in coronary surgery: increased diagnostic accuracy adding high-resolution epicardial ultrasonography to transit-time flow measurement
Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:e41-e45
3. Czerny M, Eggebrecht H, Sodeck G, Weigang E, Livi U, Verzini F, Schmidli J, Chiesa R, Melissano G, Kahlberg A, Amabile P, Harringer W, Horacek M, Erbel R, Park KH, Beyersdorf F, Rylski B, Blanke P, Canaud L, Khoynezhad A, Lonn L, Rousseau H, Trimarchi S, Brunkwall J, Gawenda M, Dong Z, Fu W, Schuster I, Grimm M.
New insights regarding the incidence, presentation and treatment options of aorto-oesophageal fistulation after thoracic endovascular aortic repair: the European Registry of Endovascular Aortic Repair Complications
Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:452-457
4. Celi S, Berti S.
Three-dimensional sensitivity assessment of thoracic aortic aneurysm wall stress: a probabilistic finite-element study
Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:467-475

Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery

1. Gatti G, Benussi B, Camerini F, Pappalardo A.
Aortic valve replacement within an unexpected porcelain aorta: the sutureless valve option.
Interact Cardiovasc Thorac Surg 2014;18:396-398

Circulation

1. Tomai F, Ribichini F, De Luca L, Petrolini A, Ghini AS, Weltert L, Spaccarotella C, Proietti I, Trani C, Nudi F, Pighi M, Vassanelli C.
Randomized Comparison of Xience V and Multi-Link Vision Coronary Stents in the Same Multivessel Patient With Chronic Kidney Disease (RENAL-DES) Study
Circulation 2014;129:1104-1112

Journal of the American College of Cardiology

1. Seeburger J, Rinaldi M, Nielsen SL, Salizzoni S, Lange R, Schoenburg M, Alfieri O, Borger MA, Mohr FW, Aidiatis A. Off-Pump Transapical Implantation of Artificial Neo-Chordae to Correct Mitral Regurgitation: The TACT Trial (Transapical Artificial Chordae Tendinae) Proof of Concept.
J Am Coll Cardiol 2014;63:914-9

JACC Cardiovascular Interventions

1. Santini F, Onorati F, Rapetto F, Passerone G, Faggian G, Mazzucco A.
Cardiac perforation by atrial septal defect closure devices: a potentially catastrophic and still unclear event.
JACC Cardiovasc Interv 2014;7:338

JACC Cardiovascular Imaging

1. Colli A, Manzan E, Fabio FZ, Sarais C, Pittarello D, Speziali G, Gerosa G.
TEE-Guided Transapical Beating-Heart Neochord Implantation in Mitral Regurgitation.
JACC Cardiovasc Imaging 2014;7:322-3

International Journal of Cardiology

1. Biondi-Zoccai G, Lotrionte M, Thomsen HS, Romagnoli E, D'Ascenzo F, Giordano A, Frati G.
Nephropathy after administration of iso-osmolar and low-osmolar contrast media: Evidence from a network meta-analysis
Int J Cardiol 2014;172:375-380

2. Magri J, Chieffo A, Latib A, Montorfano M, Maisano F, Cioni M, Agricola E, Covello RD, Gerli C, Franco A, Spagnolo P, Alfieri A, Colombo A.
Red blood cell distribution width predicts one-year mortality following transcatheter aortic valve implantation
Int J Cardiol 2014; 172:456-457
3. Barsotti MC, Santoni T, Picoi MEL, Mancini N, Massaro F, Grigoratos G, Bortolotti U, Collecchi P, Menicagli M, Scatena C, Felice F, Bevilacqua G, Naccarato AG, Di Stefano R, Balbarini A.
Endothelial progenitor cell homing in human myocardium in patients with coronary artery disease
Int J Cardiol 2014;172:516-517
4. Lorusso R, Vizzardi E, Pinelli L, Gelsomino S.
Posterior reversible encephalopathy syndrome in a patient submitted to extracorporeal membrane oxygenation for acute fulminant myocarditis
Int J Cardiol 2014;172:e329-e330

Asian Cardiovascular & Thoracic Annals

1. Olivito S, Chello M, Covino E, Mastroroberto P.
Atrial natriuretic peptide property on the ischemic myocardium inducing HSP72.
Asian Cardiovasc Thorac Ann 2014;22:301-308.

Journal of Cardiac Surgery

1. Pergolini A, Pino PG, Zampi G, Polizzi V, Musumeci F.
Thrombotic aortic restenosis after transapical SAPIEN valve implantation.
J Card Surg 2014;29:204-208.
2. Leone A, Pantaleo A, Pacini D, Di Marco L, Di Bartolomeo R.
Single-stage frozen elephant trunk reconstruction in complex disease of the aortic arch with aberrant right subclavian artery.
J Card Surg 2014;29:234-237.
3. Bignami E, Frati E, Meroni R, Verzini A, Pozzoli A, Benussi S, Alfieri O.
Extracorporeal venovenous membrane oxygenation in the treatment of respiratory insufficiency following cardiac surgery.
J Card Surg 2014;29:270-273.

Journal of Cardiovascular Medicine

1. Maisano F, Alamanni F, Alfieri O, Bartorelli A, Bedogni F, Bovenzi FM, Bruschi G, Colombo A, Cremonesi A, Denti P, Etori F, Klugmann S, La Canna G, Martinelli L, Menicanti L, Metra M, Oliva F, Padeletti L, Parolari A, Santini F, Senni M, Tamburino C, Ussia GP, Romeo F.
Transcatheter treatment of chronic mitral regurgitation with the MitraClip system: an Italian consensus statement.
J Cardiovasc Med 2014;15:173-188.

2. Santarpino G, Pfeiffer S, Sirch J, Vogt F, Concistrè G, Fischlein T.
Minimally invasive aortic valve replacement with Perceval valves: first clinical experience.
J Cardiovasc Med 2014;15:230-234.

The Journal of Heart Valve Disease

1. Bortolotti U, Celiento M, Milano AD.
Enlargement of the aortic annulus during aortic valve replacement: a review.
J Heart Valve Dis 2014;23:31-39.
2. Ferrari R, Vidotto G, Muzzolon C, Auriemma S, Salvador L.
Neurocognitive deficit and quality of life after mitral valve repair.
J Heart Valve Dis 2014;23:72-78.
3. Prifti E, Bonacchi M, Baboci A, Krakulli K, Giunti G.
Early and mid-term functional and hemodynamic evaluation of the St. Jude Medical Regent 17 mm aortic valve mechanical prosthesis.
J Heart Valve Dis 2014;23:112-121.
4. Vismara R, Mangini A, Romagnoni C, Contino M, Redaelli A, Fiore GB, Antona C..
In-vitro study of a porcine quadricuspid aortic valve.
J Heart Valve Dis 2014;23:122-126.
5. Varrica A, Satriano A, de Vincentiis C, Biondi A, Trimarchi S, Ranucci M, Menicanti L, Frigiola A.
Bentall operation in 375 patients: long-term results and predictors of death.
J Heart Valve Dis 2014;23:127-134.

6. Cerillo AG, Mariani M, Glauber M, Berti S.
Simultaneous transapical paraprosthetic leak occlusion and valve-in-valve implantation into a degenerated mitral bioprosthesis.
J Heart Valve Dis 2014;23:138-141.

International Journal of Artificial Organs

1. Santarpino G, Pollari F, Fischlein TJ.
Sternal closure following negative pressure wound therapy: a safe approach
with a new titanium device
Int J Artif Organs 2014; 37(3): 264 – 269

Physiological research

1. Nigro G, Russo V, Rago A, Papa AA, Cioppa ND, Scarpati C, Palladino T, Corcione A, Sarubbi B, Caianiello G, Russo MG.
The effect of aortic coarctation surgical repair on QTc and JTc dispersion in severe aortic coarctation newborns: a short-term follow-up study.
Physiol Res. 2014;63:27-33.

American Journal of Medical Genetics

1. Baban A, Pitto L, Pulignani S, Cresci M, Mariani L, Gambaccini C, Digilio MC, Pongiglione G, Albanese S.
Holt-Oram syndrome with intermediate atrioventricular canal defect, and aortic coarctation: functional characterization of a de novo TBX5 mutation.
Am J Med Genet 2014;Mar 24 doi:10.1002/ajmg.a.36459.[Epub ahead of print]

LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE:

Journal of the American College of Cardiology

Seeburger J, Rinaldi M, Nielsen SL, Salizzoni S, Lange R, Schoenburg M, Alfieri O, Borger MA, Mohr FW, Aidielis A. Off-Pump Transapical Implantation of Artificial Neo-Chordae to Correct Mitral Regurgitation: The TACT Trial (Transapical Artificial Chordae Tendinae) Proof of Concept.

J Am Coll Cardiol 2014;63:914-9

&

JACC Cardiovascular Imaging

Colli A, Manzan E, Fabio FZ, Sarais C, Pittarello D, Speziali G, Gerosa G.

TEE-Guided Transapical Beating-Heart Neochord Implantation in Mitral Regurgitation.

JACC Cardiovasc Imaging 2014;7:322-3

Il gruppo redazionale dell'Italian Literature Watch ha scelto come letture consigliate per il mese di marzo 2014 due papers pubblicati da differenti gruppi cardiocirurgici italiani, relativi tuttavia entrambi al trattamento mini-invasivo della patologia degenerativa mitralica mediante impianto eco-guidato mini-invasivo a cuore battente trans-apicale di neocorde in ePTFE. In particolar modo il paper pubblicato sul JACC descrive i risultati preliminari del nuovo sistema di impianto di neocorde nei primi 30 pazienti arruolati nello studio TACT presso 7 centri europei, mentre il paper pubblicato sul JACC Cardiovascular Interventions costituisce piuttosto un how-to-do della tecnica stessa.

Entrambi testimoniano, a nostro avviso, il tumultuoso progresso della tecnologia applicata alla Cardiocirurgia, in un'epoca in cui il trattamento trans-catetere della patologia aortica costituisce una realtà clinica, e quello della patologia mitralica funzionale raccoglie sempre maggior consenso, tanto da meritare uno "statement" ufficiale nel Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery di Marzo (JTCVS 2014;147:833-1122) ed un "consensus statement" italiano sul corrente numero di marzo del J Cardiovasc Medicine (J Cardiovasc Med 2014;15:173-188).

Come per tutte le tecniche innovative, anche il sistema NeoChord dimostra, in questa esperienza preliminare, risultati senz'altro buoni, ma ancora sub-ottimali. In effetti viene riportato un successo acuto periprocedurale dell'86.7% (accettando un rigurgito mitralico peri-procedurale sino al 2+), ed una "sicurezza" altrettanto incoraggiante ma certo inferiore alla chirurgia tradizionale, con un 26.7% di eventi avversi maggiori a 30 giorni. I risultati a 30 giorni poi, riportano un mantenimento del successo periprocedurale nel 58.6% dei casi, il 71% dei quali dimostra un rigurgito residuo $\leq 1+$ a 30 giorni post-

procedura. Gli stessi autori poi sottolineano come durante il trial si sia proceduto a 2 “refinements” successivi della tecnica, costituiti rispettivamente dall’impianto di corde multiple (vs. corda singola dei primi pazienti trattati) e dall’approccio posterolaterale (piuttosto che apicale). Entrambe le modifiche della tecnica hanno dimostrato un miglioramento significativo dei risultati, con un successo periprocedurale prossimo al 100% negli ultimi casi trattati. Infine, gli Autori sottolineano quanto anche l’indicazione “anatomica” sia andata modificandosi nel tempo, con una scelta prevalente per prolapsi di “minore entità” nei primi casi trattati – cosa che tuttavia rende estremamente difficile l’ancoraggio al device dello scallop prolassante sotto guida ecocardiografica - rispetto ad una scelta preponderante verso prolapsi “più ampi” negli ultimi casi trattati, per rendere appunto più agevole l’ancoraggio delle neocorde all’area di prolasso. Altrettanto impressionante il dato di un solo evento di mortalità, peraltro da MOF in una paziente giudicata ad alto rischio per chirurgia tradizionale, ed il dato di un tempo medio di intubazione di 3 ore per la gran parte dei pazienti trattati.

Altro dato degno di menzione, in un’epoca in cui la letteratura relativa al trattamento con Mitraclip ha dimostrato una certa incidenza di “non-riparabilità” della valvola mitrale in caso di fallimento acuto/cronico del trattamento interventistico, il nuovo sistema NeoChord non sembrerebbe precludere questa possibilità, dato il 100% di riparazione mitralica nei pazienti che han mostrato una “failure” della tecnica.

Ancora, riteniamo molto importante lo sviluppo di questa tecnica innovativa all’interno della sola “compagine” chirurgica, in quanto unica garante di una scelta basata sul solo interesse del paziente, escludendo cioè potenziali bias legati al differente know-how cardiologico/chirurgico, troppo spesso cause di futili e dannose diatribe come ad esempio in ambito interventistico aortico.

Infine, sottolineiamo come gli Autori di entrambi i papers sottolineino la natura “sperimentale” ed innovativa della tecnica in oggetto, restando la chirurgia tradizionale ad oggi il gold-standard terapeutico per il trattamento della patologia degenerativa mitralica. Tuttavia, questa nuova tecnica di impianto di neocorde ha in se il presupposto per costituire un reale miglioramento dell’armamentario chirurgico, in quanto per la prima volta essa consente al chirurgo di “titolare” in vivo, a cuore battente, in condizioni di “loading” fisiologico, l’entità della correzione chirurgica, evitando pertanto il pericolo di una “lower-/over-reduction” del prolasso, talora possibile in condizioni non-fisiologiche di cuore fermo, esangue, e “plegizzato” come nella corrente pratica chirurgica. Peraltro, l’eliminazione della CEC ulteriormente abbatterebbe i tassi di mortalità/morbilità ad essa correlati.

Certamente ulteriori studi su un maggior numero di pazienti trattati forniranno in futuro una risposta più esaustiva al quesito clinico in oggetto.