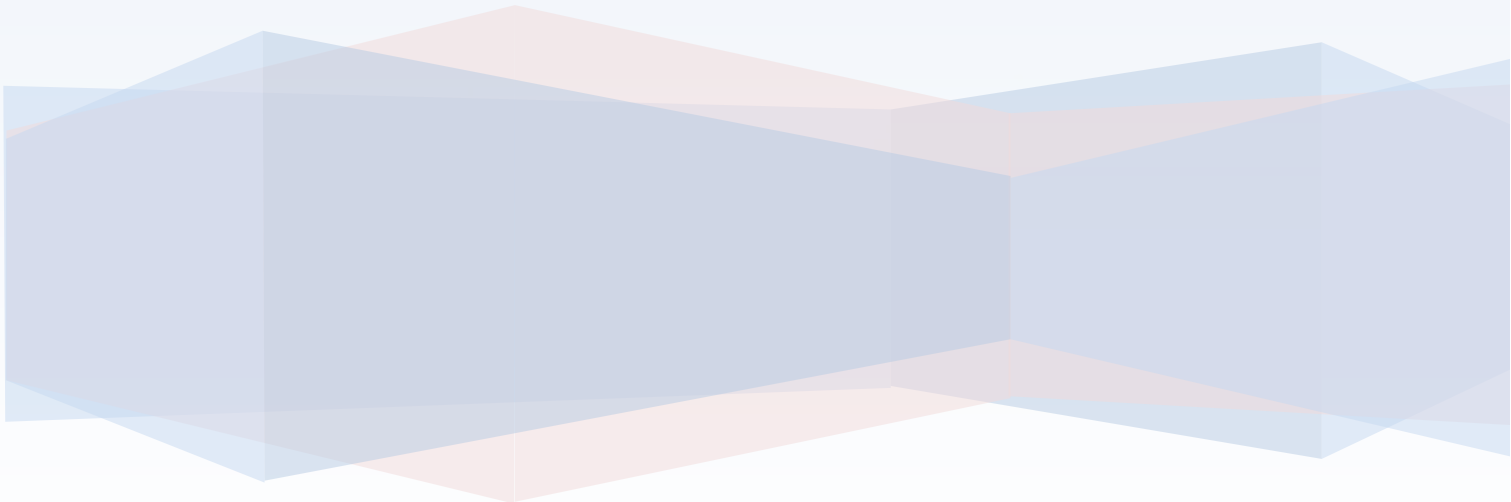




Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Bollettino mensile

Anno 1 Volume 1 Marzo 2013



Presidente

Lorenzo Menicanti

Vice Presidente

Roberto Di Bartolomeo

Segretario Organizzativo

Piersilvio Gerometta

Segretario Scientifico

Alessandro Parolari

Tesoriere

Vittorio Creazzo

Consiglieri

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Revisori dei conti

Francesco Alamanni

Paolo Nardi

Claudio Russo

Coordinatore Editoriale

Michele Di Mauro

Editorial Staff

Giampiero Piccoli

Guglielmo Actis Dato

Roberto Lorusso

Ernesto Tappainer

Pino Fundarò

Carlo de Vincentiis

Marco Zanobini

Samer Kassem

Fabio Barili

Sandro Gelsomino

Francesco Onorati

Fabio Bertoldo

Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco

Antonio Rubino

Raffaele Giordano

Francesco Paolo Tritto

Cari Soci, Cari Colleghi

Vi scrivo alcune righe per informarVi su come la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca stia riorganizzando le proprie attività. Il punto di partenza da tutti noi condiviso è stato un maggior coinvolgimento della base, di forze nuove che si sono messe a disposizione per offrire a tutti noi cardiocirurghi (soci e non soci SICCH) le loro competenze condividendo con noi esperienze ed opinioni.

Le aree in cui ci siamo maggiormente concentrati sono:

- L'istituzione dei domini/aree di interesse;
- La creazione di un bollettino mensile;
- La riorganizzazione del Sito Societario;
- La programmazione degli eventi scientifici societari;
- La fidelizzazione dei soci.

Dal momento che il nostro mandato ha avuto inizio da poco più di due mesi, è facile intuire come tutto questo lavoro sia tuttora in corso di svolgimento e di implementazione, e ci vorrà ancora del tempo prima che tutto sia a regime. L'entusiasmo delle persone che hanno dato la loro disponibilità ci ha però fatto capire che stiamo andando nella direzione giusta. Credo che la creazione dei domini/aree di interesse costituisca una svolta importante per la nostra Società, in quanto viene creata una struttura di aggregazione per aree di interesse flessibile e trasversale che ci consentirà di avvalerci del contributo, delle proposte, delle idee di tutti coloro che vorranno partecipare ed interagire con noi sui temi più scottanti della nostra professione, presente e futura. I domini al momento istituiti sono 15 (DOMINI PDF) ma altri ne verranno presto. Al momento abbiamo identificato dei "team leader" per ognuno di questi domini ma ognuno è libero di proporre la propria candidatura sia come partecipante che come leader dei domini già presenti e di quelli che saranno in seguito istituiti. Nel file allegato troverete poi anche i membri che saranno di supporto al Segretario Scientifico ed al Consiglio Direttivo nello svolgimento dell'attività scientifica del biennio 2013-2014.

Volevo inoltre informarVi che a questa mia lettera seguirà una lettera del Segretario Scientifico che andrà maggiormente in profondità sul bollettino e sugli eventi scientifici. Permettetemi infine di sottolineare come, assieme ai membri del Direttivo e ad alcuni soci, stiamo svolgendo una intensa attività di contatti da una parte con le Istituzioni e le Agenzie Regolatrici per poter sempre di più interloquire sul campo della valutazione obbiettiva dei delle cardiocirurgie italiane, dall'altra con le altre società chirurgiche per poter addivenire ad una posizione comune e condivisa nel campo del contenzioso medico-legale ed assicurativo. Su quest'ultimo punto, stiamo mettendo insieme una task force composta da cardiocirurghi, avvocati, medici legali e probabilmente anche magistrati che ci aiuteranno in un campo così delicato.

Permettetemi infine di ringraziare tutti i colleghi che stanno rendendo possibile tutto questo.

Vi saluto con affetto, stiamo uniti!

Lorenzo Menicanti

Cari Soci, Cari Colleghi

Facendo seguito alla lettera del Presidente Vi scrivo alcune brevi note per informarVi sulla mia attività di programmazione delle attività scientifiche della SICCH per il prossimo biennio.

Come ha già sottolineato dal Presidente, il punto di partenza imprescindibile è il maggior coinvolgimento possibile dei colleghi e di tutte quelle forze che vorranno dare un contributo costruttivo e fattivo alla nostra comunità cardiocirurgica italiana; ed è Sua chiara volontà l'avvicinare quanto più possibile tutti i cardiocirurghi italiani alla loro società "madre". Si poneva quindi come primo problema il cercare di creare uno strumento informativo e di discussione flessibile dove i soci, ma anche i futuri soci (permettetemi, per me non possono esistere i "non soci" in questo particolare contesto) potessero confrontarsi in modo aperto e franco sui temi più scottanti della nostra professione.

Per fare questo, oltre ai domini che sono già stati affrontati e sviscerati nella lettera del Presidente, abbiamo pensato di creare un bollettino, a cadenza mensile, sul quale fossero riportate le attività societarie, i vari eventi patrocinati dalla SICCH, ed un certo numero di rubriche che affrontassero diversi argomenti della professione, quelli di maggiore interesse. Questo bollettino sarà inviato via mail non solo ai soci in regola, ma anche a quelli non in regola ed anche a tutti i cardiocirurghi di cui conosciamo l'indirizzo mail; e proprio per questo vi preghiamo di aggiornare periodicamente il vostro indirizzo di posta elettronica sul nostro sito. A questo punto vi era la necessità di avere un "coordinatore editoriale" che è stato identificato in Michele di Mauro (Univ. de L'Aquila), che ha per la sua età un curriculum, non solo scientifico, di primissimo piano.

Abbiamo quindi messo insieme un certo gruppo di "scrittori/redattori/coordinatori di gruppi di discussione" che si sono resi disponibili a contribuire periodicamente alle attività editoriali. Qui sotto trovate un elenco di rubriche che -lungi dall'essere completo- ci permetterà, speriamo con il primo numero in uscita a marzo, di iniziare questa nuova esperienza; trovate inoltre i collaboratori che hanno dato la loro disponibilità a curare le diverse rubriche. E' ovvio che questo è un elenco assolutamente preliminare di persone disponibili e con grande entusiasmo (non nego che questo ci fa molto piacere) che può essere implementato e completato da ciascuno Voi in prima persona che ci state ora leggendo:

1. Le nostre radici: fatti ed aneddoti da un passato non tanto remoto (Guglielmo Actis Dato, Roberto Lorusso). Si occuperà di raccontare e commentare storie ed aneddoti (stranieri ed italiani) della cardiocirurgia degli inizi e degli anni ruggenti;
2. Italian Literature Watch (Francesco Onorati supportato da Fabio Bertoldo, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino,). Saranno riportati, descritti e commentati i lavori pubblicati da gruppi italiani sulle riviste scientifiche, cardiocirurgiche e non. Vi saranno anche degli spazi per "Interviste all'Autore" e per "Pros and Cons", forum di discussione su risultati di lavori scientifici particolarmente controversi e dibattuti;
3. Tough and Monster Cases: (Carlo De Vincentiis e Marco Zanobini). Presenteranno, e discuteranno (favorendo il contraddittorio tra loro ed eventuali altri commentatori) casi particolarmente difficili e complicati, presi dalla loro esperienza operatoria o postati dai colleghi che saranno sollecitati ad inviare i casi più interessanti;
4. L'articolo del mese: (Michele Di Mauro). Commento su un articolo, non necessariamente strettamente cardiocirurgico di interesse;
5. Umanesimo e Cardiocirurgia: (Pino Fundarò): credo non vi sia bisogno di spiegazioni;
6. Surgical anatomy and techniques illustrated: (Samer Kassem): Il Dr. Kassem è un cardiocirurgo con diploma di belle arti ed alcune mostre nel proprio carnet. Ci illustrerà l'anatomia e le tecniche chirurgiche convenzionali e per diverse patologie di pertinenza cardiocirurgica, in primis le riparazioni valvolari;
7. Stats: always facts? (Fabio Barili, assieme a Sandro Gelsomino e Michele Di Mauro): tratteranno di tips and tricks statistici, aspetti anche più teorici o pratici, e cercheranno di insegnarci ad usare SPSS.. ci riusciranno?
8. Contenzioso medico-legale (Gian Piero Piccoli e dominio medico-legale): in questa rubrica saranno affrontati i temi medico-legali più importanti e scottanti connessi con la nostra

professione, al fine di aiutare tutti noi a capire meglio come comportarsi e cosa fare in situazioni che spesso possono essere molto delicate.

Spero che tutti Voi vorrete dedicare un po' del vostro tempo prezioso per leggere i contributi inviati dai nostri colleghi ed amici che -Vi garantisco- sono di estremo interesse! Per quello che riguarda poi l'attività congressuale, abbiamo deciso di proporre per questo biennio due diverse tipologie di meeting:

1) SICCH BASIC AND TRANSLATIONAL MEETINGS (in primavera)

2) SICCH CLINICAL MEETINGS (in autunno)

Con questi meeting, diversi ma complementari, vogliamo fornire ai cardiocirurghi italiani un panorama quanto più completo ed aggiornato sugli sviluppi della loro professione. Il primo evento di questo biennio, dal titolo "Translational Cardiovascular Medicine: Third Italian Meeting on Cardiovascular Surgery", si svolgerà Venerdì 24 maggio 2013 a Milano. Questo meeting sarà focalizzato sui progressi più recenti della ricerca traslazionale cardiovascolare in ambito chirurgico, al fine di fornire al chirurgo cardiovascolare una visione a 360 gradi sulla ricerca cardiovascolare di base ed applicata, sui meccanismi di base delle patologie cardiovascolari di interesse chirurgico e sulle basi biomeccaniche della correzione chirurgica delle stesse. Questo meeting sarà anche un momento di confronto ed interazione profonda tra ricercatori e clinici in ambito cardiovascolare.

In autunno abbiamo invece in programma un meeting "SICCH CLINICAL" dal titolo provvisorio "Valve surgery: an update on current trends and future perspectives" dove saranno sviscerate le nuove opzioni di diagnosi, ma soprattutto di cura delle valvulopatie. Il meeting al momento è in programma a Roma il 29 e 30 novembre p.v., ma sarò più preciso in seguito sulle date, location e contenuti. Vi anticipo infine che le date del nostro Congresso Nazionale del 2014 saranno in prossimità del weekend del 29-30 novembre 2014.

Infine, nei prossimi mesi lanceremo il concorso "Italians do it better" dove si chiederà ai giovani cardiocirurghi (sotto ai 40 anni) di postare video di tecnica chirurgica per tutto questo primo anno. Sarà quindi nominata una giuria che sceglierà il video migliore e l'autore sarà ricompensato con un Tablet.

Credo di averVi detto tutto e Vi chiedo fin d'ora scusa per questa lunga lettera. Ma volevo raccontarVi un pò in dettaglio il nostro sforzo per implementare le attività scientifiche e non della nostra Società. E' ovvio, tutto questo avrà successo se tutti noi (cardiocirurghi "soci SICCH" e cardiocirurghi "futuri soci SICCH") contribuiremo con nuove idee, suggerimenti, spunti e se faremo noi stessi cassa di risonanza a tutti i nostri colleghi.

Non lo nego, conto molto sul vostro aiuto e sui vostri suggerimenti per migliorare queste nostre iniziative.

Un abbraccio a tutti.

Alessandro Parolari

L'articolo del mese

L'allegro chirurgo di Michele Di Mauro

pag. 8

Le nostre radici

La Cardiochirurgia in Italia di Guglielmo Actis Dato e Roberto Lorusso

pag. 13

Umanesimo e Cardiochirurgia

Cardiochirurgia: bella senza più anima di Pino Fundarò

pag. 19

Contenzioso medico-legale

Lettera di presentazione della Task Force medico-legale di Gian Piero Piccoli

pag. 21

Commento al Libro di Pietro Forestieri

I chirurghi: macellai e razza cialtrona? Delegittimazione e vilipendio di un patrimonio sociale di Francesco Tritto

pag. 27

Tough and Monster Cases

"Amazing Aorta" di Carlo De Vincentiis e Marzo Zanobini

pag. 28

Italian Literature Watch (ILW)

*Gennaio 2013 - di Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Alessandro della Corte
Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino*

pag. 32

Stats: always facts?

Curata da Fabio Barili: work in progress

pag. 39

Events

Consumo di Sangue ed Emoderivati in Cardiochirurgia e Terapia Intensiva

pag. 40

Innovations In Cardiovascular Surgery And How To Make Them Safe

pag. 41

“Education and information are the most powerful weapons to change the world”

Nelson Mandela

Nel numero di febbraio 2013 dell'European Journal of CardioThoracic Surgery è stato pubblicato un interessante articolo dal titolo “A European training system in cardiothoracic surgery: is it time?”¹. Questo articolo accende i riflettori su un'annosa questione che concerne il training dei chirurghi cardiotoracici in Europa; oserei dire che mette il cosiddetto “dito nella piaga”, una piaga particolarmente dolorosa in Italia.

Una survey del 2010², fa da spunto per il suddetto articolo¹, riportando i risultati di un'indagine conoscitiva eseguita su un campione di 116 “trainees” iscritti all'EACTS: In Italia, nessuno dei trainees intervistato si dichiarava soddisfatto del proprio programma di training versus il 66% in Spagna, il 63% in Turchia, il 38% in UK e l'11% in Germania. A questo dato si aggiungevano altri risultati poco edificanti per il nostro sistema di training: 1) Regolare valutazione delle abilità dei trainees (0% Italia vs 16% Spagna, 100% UK, 22% Germania, 14% Turchia); 2) Regolare valutazione dei Centri di training (0% Italia vs 20% Spagna, 75% UK, 0% Germania, 0% Turchia).

Questa indagine evidenziava non solo i limiti del programma di training di alcuni Paesi come il nostro, ma mostrava soprattutto un'alta disparità nei programmi di training dei diversi membri dell'EACTS.

Il primo nodo affrontato dalla review¹ è quello della “formazione programmata” introdotta prima negli Stati Uniti e poi adottata anche in Europa³, che succedeva al vecchio modello di apprendistato, basato su un numero di ore e di anni indefiniti, in cui la formazione dei trainees era affidata ai chirurghi esperti, in assenza però di un vero programma didattico-pratico. Con l'avvento di questo nuovo approccio formativo si è assistito ad una riduzione significativa del monte ore, fino a raggiungere un massimo di 48 ore settimanali in accordo con la European Working Time Directive (2009). Secondo alcuni Autori⁴ questa riduzione ha avuto un impatto negativo sulla formazione dei trainees.

Personalmente penso che non sia una mera questione quantitativa ma qualitativa. Infatti molti di noi hanno passato intere giornate del loro training in Ospedale senza però arrivare ad implementare la propria abilità chirurgica, ma semplicemente effettuando una copertura del reparto di degenza o, in taluni casi, dei reparti di terapia intensiva post-chirurgica, o consultando migliaia di cartelle impolverate per collezionare dei dati. A supporto di questa mia ipotesi Sadaba e Urso⁵ hanno dimostrato, in un “best evidence topic”, come uno dei fattori su cui si potrebbe agire, al fine di migliorare l'abilità chirurgica dei trainees, sia proprio la riduzione delle ore spese dagli stessi nell'attività di reparto o di terapia intensiva. Gli stessi Autori si focalizzavano poi sul problema della diversificazione degli interventi chirurgici eseguiti durante il training; di fatti la maggior parte degli interventi eseguiti in questo periodo di formazione sono: bypass isolati. Anche questa problematica entra di diritto nella routine dei nostri Centri di training: spesso, per accedere come primo operatore al tavolo operatorio, bisogna aspettare un intervento di rivascolarizzazione miocardica isolata, con lesioni semplici, vasi non calcifici e di grandi dimensioni, in assenza di comorbidità, con aorta libera da placche e via dicendo....che oggi sono pazienti trattati dai cardiologi interventisti.

A questo punto chiediamoci, oltre al monte ore, cosa è cambiato nel modello di training programmato rispetto al vecchio apprendistato? Di fatti il sistema di training Italiano rimane, nella pratica, intermedio tra il vecchio apprendistato senza regole e scadenze e quello programmato, dove è stabilito c'è solo il termine del training alla fine dei 5 anni di corso!

Qualcuno ha stabilito qual è il numero minimo di interventi da eseguire per certificare veramente una avvenuta formazione in cardiocirurgia? Sono state stabilite le tipologie di intervento che un trainee deve eseguire?

Per rispondere a questi quesiti ho fatto un passo indietro e sono andato a vedere cosa recitano le normative che regolano l'attività di training in Italia:

Il Decreto Ministeriale del 11 Maggio 1995 (www.sims.ms/download/.../DM%2011%20Maggio%2095.doc) fissa nella tabella B lo standard complessivo di addestramento professionalizzante dello specializzando:

250 interventi di cardiocirurgia, dei quali almeno il 20% (50 casi) condotti come primo operatore; almeno 250 interventi di chirurgia generale e specialistica, dei quali almeno il 20% come primo operatore.

Il D.M. n 258 del 5 Novembre 2005 (<http://www.unipa.it/~biochimica.clinica/GURI%20-%20Riordino%20Sc%20Sp.pdf>) che dava vita ad un riordino delle Scuole di specializzazione di area sanitaria stabiliva al Art. 2, comma 5 che "almeno il 70% del complesso delle attività formative di cui al comma 4 è riservato allo svolgimento delle attività formative professionalizzanti (pratiche e di tirocinio)...."; lo stesso D.M. classificava (art. 6) gli interventi in tre tipologie: piccola, media ed alta.

Sono attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità della tipologia: Attività Clinica - frequenza per almeno un semestre in reparti di chirurgia generale e/o d'urgenza - frequenza per almeno un trimestre i reparti di chirurgia toracica e di chirurgia vascolare Attività Chirurgica generale:

- partecipazione come primo operatore a 2 casi di alta chirurgia, 4 di media chirurgia e 4 di piccola chirurgia; - partecipazione come secondo operatore a 5 casi di alta chirurgia; 10 di media chirurgia e 25 di piccola chirurgia.

Attività Chirurgica toraco-vascolare:

- partecipazione come primo operatore a 2 casi di alta chirurgia, 4 di media chirurgia e 4 di piccola chirurgia; - partecipazione come secondo operatore a 5 casi di alta chirurgia; 10 di media chirurgia e 25 di piccola chirurgia.

Attività Chirurgica cardiaca:

- partecipazione come primo operatore a 10 casi di alta chirurgia, 20 di media chirurgia e 100 di piccola chirurgia; - partecipazione come secondo operatore a 50 casi di alta chirurgia e 80 di media chirurgia e 200 di piccola chirurgia. Potrà concorrere al diploma dopo aver completato l'attività chirurgica.

Primo commento: non si capisce bene cosa si intenda per alta, media e piccola chirurgia, se questo criterio è fissato a livello nazionale o è affidato ad una valutazione localistica (università?, direttore di scuola?, tutor?) il che ovviamente creerebbe una certa variabilità

inter-centro che non sarebbe ammissibile. Io personalmente ho rovistato su internet per una settimana ma nessun documento ufficiale mi ha classificato gli interventi in questi tre strati.

Secondo commento: Chi di voi ha annoverato questi numeri nel proprio CV alla fine della specializzazione?

Tuttavia per essere completa l'analisi del problema va eseguita a 360 gradi e vanno anche riportati quali sono i limiti che oggi affrontano i Centri di training universitari o convenzionati:

1) il numero complessivo di interventi di cardiocirurgia si è ridotto significativamente;

2) la tipologia di paziente "semplice" non esiste quasi più, la maggior parte dei pazienti hanno più di una patologia cardiaca da affrontare (bypass e valvola, due o tre valvole, valvola aortica ed aorta, ecc) e questi sono sicuramente da annoverare nel gruppo di alta chirurgia;

3) il numero di pazienti "coronarici" con lesioni focali e vasi "dignitosi" è ridotto con l'enorme espansione delle procedure interventistiche. Oggi le linee-guida Europee⁶ pongono indicazione per la rivascularizzazione miocardica nei casi tronco comune e trivasale e molto spesso anche questi pazienti vengono trattati per via interventistica, disattendendo le linee-guida, per cui, in molti casi, i cosiddetti "coronarici" isolati che vengono sottoposti a chirurgia cardiaca sono pazienti con severa disfunzione ventricolare o con vasi estremamente piccoli e calcifici

4) l'età media dei pazienti che vengono inviati la cardiocirurgo è aumentata e con essa è incrementata anche la prevalenza delle comorbidità, che rendono meno accettabile un tempo di CEC più lungo per via del training;

5) gli organici strutturati in Italia sono tra i più numerosi al mondo e questo riduce ulteriormente l'accesso al tavolo operatorio;

6) Alcune Regioni hanno stabilito che la al tavolo operatorio ci debbano essere due Chirurghi strutturati, contravvenendo, come spesso accade in Italia, ad un decreto ministeriale che come avete letto stabilisce dei requisiti chirurgici minimi per conseguire il Diploma di Specializzazione; Questo ha messo in serio disagio quanti, tra Universitari e Affini, avevano intrapreso un percorso formativo per i propri specializzandi;

7) last but not least: l'eccessivo attaccamento dei chirurghi al gesto

operatorio. Anton Cechov (drammaturgo e medico) diceva “La medicina è la mia legittima sposa, mentre la letteratura è la mia amante: quando mi stanco di una, passo la notte con l'altra”. Io penso che se Cechov fosse stato un chirurgo avrebbe definito la chirurgia moglie e amante e non avrebbe voluto aver tempo per il resto. Questa mia considerazione non è assolutamente un'accusa, ma la constatazione del cosiddetto “sacro fuoco” che i chirurghi hanno e che divampa ogni giorno che passa senza possibilità che esso si plachi.

Quest'ultimo dato unito alle considerazioni dal punto 1 al punto 6 fanno sì che questi numeri scritti sulla carta non solo restino “lettera morta” ma addirittura si rivelino irrealizzabili.

Allora, come conciliare queste problematiche con la formazione dei nuovi cardiocirurghi? Io personalmente non ho una soluzione al problema ma posso focalizzare la vostra attenzione su un problema altrettanto attuale che, in relazione a quanto detto precedentemente, ci porta a percorrere un'unica possibile via. E' indiscutibile che la richiesta di cardiocirurghi in Italia sia notevolmente ridotta, sia a causa del numero ridotto di prestazioni, sia per il sovraffollamento degli organici, sia per via dei famosi “tagli lineari”, sia per via delle varie riforme delle pensioni che hanno innalzato l'asticella della pensioni. Per tale motivo molti giovani cardiocirurghi sono costretti a lavorare con contratti a termine, borse di studio, dottorati a bassa retribuzione, addirittura gratuitamente, a cambiare specializzazione o ad espatriare, dando vita ad una fuga di “cervelli e mani” all'Estero. Qualche anno fa l'Inghilterra, che ha numero molto ridotto di “veri” specializzandi, ha chiuso per qualche anno l'accesso alla Specializzazione in Chirurgia Cardiotoracica per gli stessi motivi. Nel nostro caso si dovrebbe optare per una razionalizzazione dei posti di specializzazione e questo darebbe la possibilità di immettere in circolo meno disoccupati e magari un adeguato numero di specialisti che non siano solo “specializzati” ma veri e propri “giovani chirurghi”. So che anche questo è un nodo duro da sciogliere perché la presenza di una pletera di specializzandi nei reparti aiuta soprattutto nelle attività di reparto e di ricerca, ma il sistema così com'è rischia di esplodere, qualora ci siano ancora medici affascinati dalla cardiocirurgia, o di implodere su se stesso, qualora la scelta dei neolaureati

diventi più pragmatica e si concentri sulla necessità di scegliere una specialità che dia maggiore accesso al mondo del lavoro.

E' altresì vero che per quanto possiamo razionalizzare il numero degli Specializzandi, ci sarà sempre un discreto numero di fughe all'estero e in questo mondo globalizzato, l'attenzione dei Centri di training dovrebbe essere volta ad una formazione più “Europea” dei cardiocirurghi.

Sebbene la Direttiva Europea 93/16/ECC del 5 Aprile 1993 (www.area-formazionepostlaurea.uniba.it/.../direttiva93.pdf) stabilisca che ogni Stato Membro debba riconoscere il Diploma di Specializzazione conseguito a livello nazionale, l'estrema variabilità di training attraverso i diversi Stati ed il diverso approccio in termini di valutazione della competenza hanno spinto l'UEMS (Union Européenne Des Medecins Specialistes) (<http://admin.uems.net/uploadedfiles/906.pdf>) ed in particolare l'European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons (<http://www.ebtcs.org/>) ha regolato il transito dei cardiocirurghi attraverso l'Europa per mezzo di una certificazione, che era volta a verificare se il training effettuato in un Paese della CE rispetti i criteri minimi stabiliti dell'EBTCS: almeno 2 anni in chirurgia generale, un minimo di 4 anni in chirurgia cardiaca con un almeno 150 interventi di cardiocirurgia con un appropriato mix di interventi. Al fine di sostenere il processo di riconoscimento ogni chirurgo deve fornire un logbook delle proprie procedure; su questo sito troverete l'accesso al vostro database utilizzando username e password del CTSNET, ridirezionati sul logbook dell'American Board of Thoracic Surgery (<http://helium.abts.org/oplog/>).

Ma come è possibile accreditarsi con questi numeri così alti? L'articolo di Loubani¹ afferma che l'ambiente naturale per l'insegnamento e la valutazione dell'expertise chirurgico di un trainee sia la sala operatoria, ma gli stessi autori individuano dei fattori limitanti il training che si aggiungono a quelli che ho già citato in questo Editoriale: 1) il pressing delle Istituzioni politiche e finanziarie sullo smaltimento delle liste d'attesa; 2) lo scetticismo dei pazienti; 3) la continua verifica effettuata dagli Organismi Governativi (vedi Agenas in Italia) sulla qualità dei diversi Centri e a questi

aggiungerei l'accanimento di tipo medico-legale messo in opera negli ultimi anni.

Gli autori suggeriscono di adottare delle soluzioni tecnologiche innovative per il training come i simulatori⁷ e di svilupparne altri che simulino perfettamente le situazioni di emergenza in cui un cardiocirurgo può venire a trovarsi, un po' come si fa ormai da tempo nel campo dell'aeronautica con i simulatori di volo.

Sebbene sia stato sempre aperto a soluzioni innovative, trovo che nessun simulatore, nemmeno quello più avanzato potrà riprodurre quella che è l'atmosfera in sala operatoria, quando si ha in mano "il timone" dell'operazione e si tocca con mano l'essere umano fatto di carne, ossa e cartilagine (*cit. Totò*) che ha affidato la sua vita a noi.

Certo si potranno riprodurre tutti gli interventi, passo per passo, taglio per taglio, punto per punto, perfettamente, ma mai un simulatore riuscirà a riprodurre le stesse forti emozioni che si provano quando, vestito di tutto punto, ti avvicini al posto di primo operatore, quelle emozioni che ti motivano e allo stesso tempo ti limitano. Quei brividi che ti percorrono il corpo, come una scossa elettrica, quando sfiori il cuore del paziente ed in un solo istante, quasi per conduzione, i suoi affetti, le sue ambizioni, le sue delusioni, le sue soddisfazioni e le sue speranze ti attraversano...tutto questo non sono le parole di un sognatore come me, forse a volte l'avete perso nella routine giornaliera, ma se vi fermate per un istante a rifletterci, queste sono le sensazioni che hanno spinto molti di voi a fare questo "sporco" mestiere ed un simulatore potrà riprodurre solo l'aspetto meccanicistico del nostro lavoro...tutto il resto è cuore!

Sarebbe come tirare fuori dalla soffitta l'allegro chirurgo di un tempo o se volete giocare con questo gioco che vi linko (http://games.mi9.com/play_heart-surgery/it)

Il percorso che porta uno laureato ad essere un cardiocirurgo è molto lungo e non può sicuramente essere rilegato alla sola Scuola di Specializzazione, che può fornire solo un training che nella proposta di Loubani e coll¹ racchiuderei nel modulo "basic", mentre nel modulo "advanced" andrebbe inserito un percorso da trainee che si percorre dal giorno successivo al buffet della specializzazione fino a quando non si è in grado di gestire autonomamente interventi anche molto complessi. Codificare anche questo percorso successivo trovo che sia interessante, ma restano i problemi che

vi ho menzionato da risolvere, dopo potremo sederci a tavolino e stratificare il training come vorremo.

Organizzazioni come l'UEMS-EBTCS dovrebbero fornire un programma dettagliato di training teorico e pratico, magari con un numero di interventi valutato sulle reali possibilità di esecuzione dei Centri di training.

- 1) C'è bisogno che tutte le componenti dall'UEMS-EBTCS, al Ministero, le Università e le Società Scientifiche nazionali (SICCH) e sovranazionali (EACTS) collaborino per evitare che ogni pezzo della matryoska vada per conto suo a discapito del training;
- 2) C'è bisogno di stimare l'effettiva richiesta di Cardiocirurghi nei diversi Stati Membri per stabilire il numero di borse di studio;
- 3) C'è bisogno di organi indipendenti di controllo non solo della qualità dei trainees ma anche della capacità didattica (teorico-pratica) dei trainers;
- 4) Infine c'è bisogno di dividere il training in un modulo basic (la specializzazione) e advanced (il training post) che sia altresì codificato e organizzato¹.

In questa operazione di riordino del training penso che la SICCH può e debba giocare un ruolo determinante, perché non ho mai creduto alle imposizioni dall'alto, che può essere spesso disattesa con ogni trucco; credo invece che dalla collaborazione di tutti i cardiocirurghi, riuniti in una Società come la SICCH, possa nascere un documento che contenga le giuste considerazioni di chi è sul campo, da fornire alle Istituzioni al fine di ottimizzare al meglio il training dei futuri chirurghi.

Sono un ottimista per natura e sono sicuro che questo riordino potrà avvenire; nel frattempo è mio dovere assicurare i lettori, soprattutto quelli più giovani, magari già specializzati, dicendovi che molti chirurghi italiani oggi molto affermati hanno iniziato tardi la loro "Stairway to Heaven" dove l'Heaven è ovviamente la "Chirurgia".

A questo punto il mio articolo si concludeva e vi lasciavo con la sola speranza che almeno uno dei possibili rimedi da me ipotizzati potessero essere presi in una qualche considerazione. A riaccendere le mie, le vostre e soprattutto le speranze di molti giovani che vorrebbero trasformare il proprio sogno in una concreta realtà è arrivato il nostro segretario organizzativo (Dr Piersilvio Gerometta) che è il

rappresentante in materia di training della SICCH e mi ha raccontato quanto segue:

La UEMS è un'organizzazione professionale e non scientifica e quindi l'EACTS, nel tentativo di implementarne il ruolo in materia di training, ha riunito nel giugno del 2012 i rappresentanti di tutte le Società Scientifiche nazionali, tra cui la SICCH, che è stata rappresentata proprio dal Dr P Gerometta. In questa riunione sono state riassunte le caratteristiche che contraddistinguono i diversi programmi di training nei diversi paesi membri, giungendo proprio alla conclusione che esiste una inaccettabile elevata variabilità in termini di training nei diversi paesi membri. Alla fine della riunione l'EACTS si è impegnata a redigere un documento di training a livello Europeo che prevedesse una serie di punti: modalità di selezione del trainer, durata, modulo cardiaco, modulo toracico, modulo vascolare, modulo congenito e pianificazione delle risorse umane; quest'ultimo è stato affidato al nostro rappresentante, requisiti dei Centri di training, requisiti dei trainer e dei trainees, valutazione della qualità del training, ricertificazione. Questo documento dovrebbe essere pubblicato a breve. Inoltre l'assemblea ha deciso di inserire nell'UEMS un rappresentante dell'EACTS nell'ambito cardiaco e uno nell'ambito toracico.

Educare l'uomo vuol dire dargli il senso della 'prospettiva', il senso, cioè, della gioia per le vie di domani.

A.S. Makarenko

Bibliografia

1. Loubani M, Sadaba JR, Myers PO, Cartwright N, Siepe M, Emmert MY, O'Regan DJ, Krieg P, Sergeant PT. A European training system in cardiothoracic surgery: is it time? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2013 Feb;43(2):352-7.
2. Sádaba JR, Loubani M, Salzberg SP, Myers PO, Siepe M, Sardari Nia P et al. Real life cardio-thoracic surgery training in Europe: facing the facts. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2010;11:243-6.
3. Osborne MP. William Stewart Halsted: his life and contributions to surgery. *Lancet Oncol* 2007;8:256-65.
4. Jackson GP, Tarpley JL. Analysis How long does it take to train a surgeon? *Br Med J* 2009;339:b4260.
5. Sádaba JR, Urso S. Does the introduction of duty-hour restriction in the United States negatively affect the operative volume of surgical trainees? *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2011;13:316-9.
6. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), Kolh P, Wijns W, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirllet C, Pomar JL, Reifart N, Ribichini FL, Schalij MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M, Taggart D. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010 Sep;38 Suppl:S1-S52
7. Price J, Naik V, Boodhwani M, Brandys T, Hendry P, Lam BK. A randomized evaluation of simulation training on performance of vascular anastomosis on a high-fidelity in vivo model: the role of deliberate practice. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;142:496-503

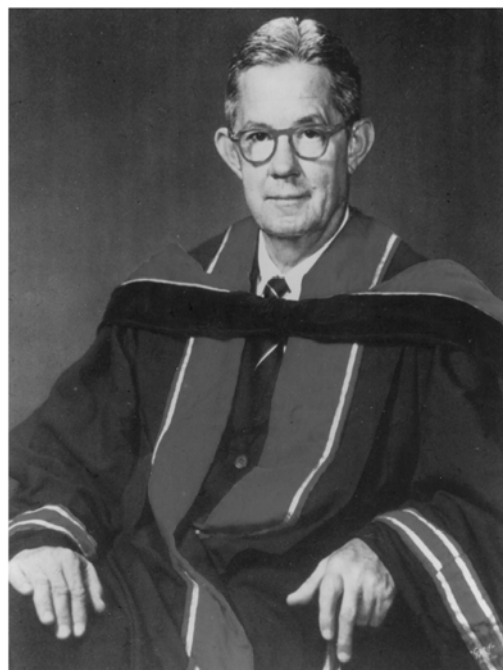
Parallelamente alle altre nazioni europee e al nord America anche in Italia, Francia, Germania e Inghilterra a partire dal primo dopoguerra si sviluppò da parte di alcuni ricercatori e clinici l'interesse per la correzione dei vizi cardiaci particolarmente quelli congeniti.

L'impulso in tale senso in realtà era venuto dalla Cardiologia che grazie al perfezionamento delle indagini diagnostiche invasive aveva permesso di meglio definire alcuni difetti cardiaci e in particolare il cosiddetto *morbus ceruleus* o morbo blu. Alla metà degli anni '40 grazie alla felice intuizione di una cardiologa, la Dottoressa Helen Taussig



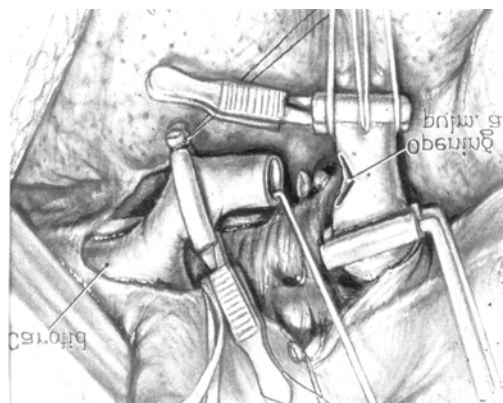
Helen Taussig

la tetralogia di Fallot era divenuta trattabile in maniera relativamente semplice, eseguendo uno shunt mediante un'anastomosi vascolare. Un chirurgo di Baltimora il Dottor Alfred Blalock,



Alfred Blalock

dopo il rifiuto da parte di altri chirurghi alla richiesta della Taussig, aveva accettato la sfida propostagli di anastomizzare l'arteria succlavia sinistra al ramo dell'arteria polmonare, e questo aveva aperto la strada al trattamento dei vizi congeniti cianogeni.



Anastomosi succlavio polmonare secondo Blalock-Taussig

Storicamente siamo nel primo dopoguerra in un momento politico ed economico molto delicato, con il desiderio da parte di molti di lasciare alle spalle il periodo buio e tragico appena trascorso e l'entusiasmo di ricostruire.



1945 - Ospedale da campo nella trincea durante la seconda Guerra Mondiale. Certamente la tragedia bellica con la traumatologia toracica e cardio-vascolare rappresentò per generazione di chirurghi che si dovettero cimentare in questa apocalisse, una esperienza molto importante per consentire di affrontare con maggiore disinvoltura e abilità interventi sul cuore, sul torace e sul sistema vascolare

Epidemiologicamente sia in Europa che in Nord America i vizi cardiaci più frequenti erano in quegli anni le malattie congenite e la malattia reumatica, o meglio i danni che questa determinava sulle valvole cardiache.

Queste malattie costituivano in quel periodo storico un vero e proprio flagello dal punto di vista sanitario determinando una elevata mortalità nei bambini e una morbilità con limitazione lavorativa nella popolazione adulta.

Il 3 settembre 1950 si tenne alla Sorbonne di Parigi il primo Congresso Mondiale di Cardiologia che riuniva per la prima volta nella storia 1200 cardiologi da tutto il mondo per discutere e affrontare le tematiche relative al cuore, alla diagnostica

E' proprio in quella sede che un giovane chirurgo americano, Glover esegua la prima commissurotomia digitale sulla valvola mitralica in Europa suscitando grande interesse e curiosità.



3 Settembre 1950 - Salone della Sorbonne di Parigi sede del 1° Congresso Mondiale di Cardiologia

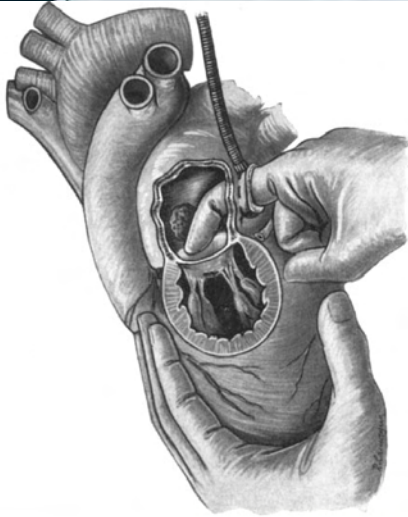
Questa tecnica era stata proposta negli anni '30 ma fu poi abbandonata per vari motivi tra cui la mancanza di opportune terapie per ridurre il rischio infettivo post operatorio.



Bailey, Glover e O'Neel mentre esaminano una radiografia di un paziente con stenosi mitralica

E' solo nel dopoguerra quando la penicillina diventa un farmaco di uso comune, che i chirurghi possono intervenire in maniera più tranquilla e sicura anche sul cuore fino allora considerato l'organo "noli me tangere" tanto da portare il Billroth ad affermare "...il chirurgo che pensi di toccare il cuore, perderebbe la sua dignità!"

E' quindi per merito del gruppo di chirurghi di Philadelphia Bailey, Glover e O'Neel che inizia una nuova era nella chirurgia mondiale: il trattamento chirurgico della stenosi mitralica.



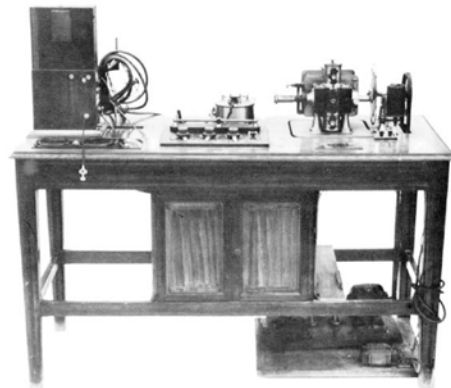
1950 - *Commissurotomia mitralica a cielo coperto: in toracotomia sinistra, dopo isolamento della auricola sinistra il dito indice dell'operatore eseguiva una divulsione nella stenosi mitralica reumatica*

Certamente l'impulso più importante per consentire la nascita e lo sviluppo della cardiocirurgia venne dalle tecniche di diagnostica cardiologica. Infatti sino a la fine degli anni '40 la diagnosi delle cardiopatie si basava sulla semeiotica, sulla radiografia semplice e sull'elettrocardiografia che pure muoveva i suoi primi passi.

Con questi mezzi nei casi di cardiopatie più complesse non era talvolta possibile fare una diagnosi precisa.



Lo Stetoscopio: La diagnosi è affidata solo all'Auscoltazione Cardiaca, all' Esame Radiologico Semplice e solo alla fine degli anni 40, all'E.C.G. con le prime tre derivazioni Standard.



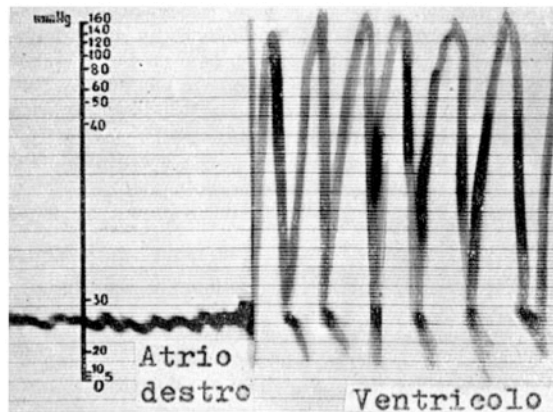
1940 *Elettrocardiografo a corda per i primi studi elettrofisiologici e clinici.*

Ecco quindi che è soprattutto con l'avvento della diagnostica invasiva, in altre parole con il cateterismo cardiaco, che si può considerare la nascita della Cardiocirurgia: "*Qui bene diagnoscit bene curat!*".

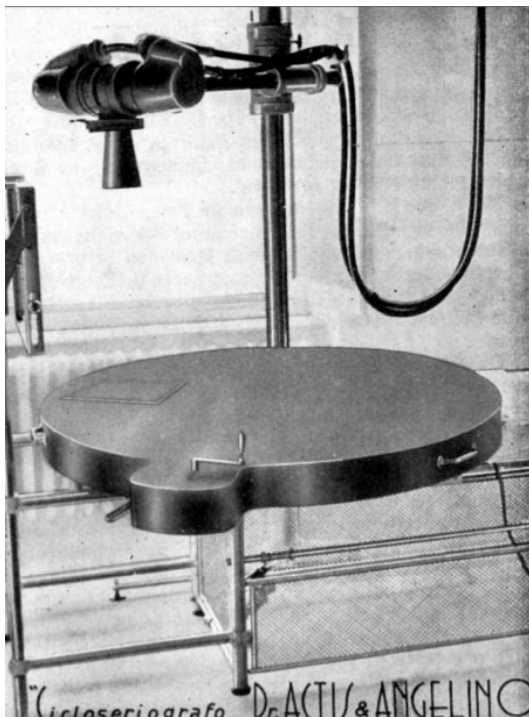
I primi strumenti utilizzati per eseguire questi esami erano estremamente rudimentali e spesso venivano letteralmente presi a prestito dagli istituti di Fisiologia dove fino al giorno prima erano stati utilizzati per gli esperimenti.

Veniva usato l'apparecchio di Benedict per la determinazione del consumo di ossigeno, l'apparecchio di Van Slyke per la determinazione del contenuto in ossigeno ed anidride carbonica nel sangue secondo il metodo manometrico.

Mentre le prime registrazioni pressorie intra-cardiache, prima dell'avvento degli elettromanometri a ponte Wheatstone, venivano eseguite con manometro membrana di Hamilton su carta fotografica.



1949 - Registrazione delle pressioni intracavitarie con apparecchio di Hamilton in tetrade di Fallot.



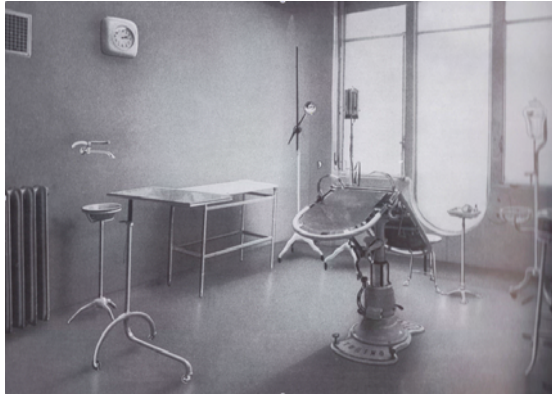
1950 - Seriografo manuale circolare per angiografia per esecuzione di 8 radiogrammi seriati in 6-8 secondi, progettato e messo in funzione all'Ospedale Koelliker, diretto dal Prof. Baudolino MUSSA



1947-1948 Primi Cateteri Cardiacci fabbricati artigianalmente con i cateteri Einard usati in Urologia per la Pielografia ascendente: lo strumento molto semplice ma estremamente importante ha consentito l'avvio degli Studi di **Emodinamica**, **Base della moderna Cardiologia**, e premessa indispensabile per la nascita della **Cardiologia**

Dal punto di vista organizzativo nel dopoguerra l'assistenza sanitaria era fornita alla popolazione da parte delle strutture Universitarie e dalle strutture Ospedaliere. Fondamentalmente all'interno dell'Ospedale a seconda del tipo di patologia che presentava il paziente veniva indirizzato in una delle due branche principali: la Medicina o la Chirurgia. Ciascuna delle due aveva una Patologia e una Clinica che rappresentavano nella organizzazione Universitaria dell'epoca il percorso che doveva seguire il malato ma anche il Medico che intraprendeva la carriera universitaria e professionale.

Ovviamente la Clinica era la più prestigiosa e rappresentava il coronamento della propria carriera universitaria e che si faceva carico anche della ricerca scientifica. Vi erano poi delle strutture ospedaliere dove venivano erogate prestazioni di tipo medico e chirurgico e solitamente amministrate e rette da Organizzazioni Religiose o come nel caso del Mauriziano di Torino o del Galliera di Genova da un Ordine cavalleresco.



1940 - Sala operatoria della Clinica Pinna Pintor di Torino dove venivano eseguiti alcuni interventi cardiocirurgici durante gli anni '50



1954 - Sala operatoria nei primi anni 50 della Clinica Chirurgica di Torino (Dogliotti-Actis Dato) dove venivano eseguiti alcuni dei primi interventi cardiocirurgici (Commissurotomie mitraliche, Dotti di Botallo, Coartazioni, Difetti interatriali, Fallot)



1884 - Ospedale Mauriziano di Torino costruito all'indomani della unificazione dell'Italia in soli 3 anni. La posa della prima pietra avvenne nel 1881 e l'inizio della attività nel 1884

Nel 1945 all'indomani della II Guerra Mondiale in Italia vi erano quindi nelle principali città delle strutture di tipo universitario o ospedaliero che attraverso percorsi diversi consentirono la nascita della Cardiocirurgia.

Possiamo riconoscere in Roma, Torino, Milano e Padova i primi poli nei quali inizio' una attività di chirurgia cardiaca, toracica e vascolare negli anni '50.

Seguirono a breve negli anni '60 Bergamo, Ancona, Bari, Napoli, Bologna e le altre città italiane, nelle quali si insediarono gli allievi dei primi pionieri.

Con il finire degli anni '60 parallelamente alla contestazione studentesca del 1968 e con i cambiamenti sociali ed economici che seguirono l'organizzazione, come veniva definita allora "Baronale" dell'Università scricchiolò e anche la Cardiocirurgia arrivò a separarsi dalla *Alma Mater* della Chirurgia, acquisendo una sua autonomia.

La richiesta sempre maggiore di interventi cardiocirurgici e la ridotta offerta da parte delle strutture sanitarie dell'epoca porterà in quegli anni ad una fuga di molti pazienti italiani verso mete estere nei tristemente famosi "viaggi della speranza" per essere operati negli Stati Uniti o nel nord Europa. Questi fatti unitamente ai primi scandali dell'Università porterà con il finire degli anni '70 alla istituzione di una Commissione Ministeriale da parte del Centro Studi della Sanita', presieduta dal prof. Stefanini e dal prof. Puddu dalla quale verranno stabilite le prioritari' nella programmazione sanitaria sulla Cardiocirurgia italiana e gettate le fondamenta della organizzazione sipartimentale dei moderni Centri cardiocirurgici italiani.



*Mapa della geografia dei centri di
Cardiocirurgia alla fine degli anni '70*

Entrare all'interno del corpo umano...questo è ogni volta per me un momento di estremo rispetto... perchè in verità io non ho alcun diritto su questo corpo, ma solamente dei doveri.

*Jean Paul Cacherà (1919-1922),
cardiochirurgo*

Si è detto e scritto molto dei mali che ormai da troppo tempo affliggono il sistema sanitario del Paese. Da anni cause e rimedi sono ampiamente dibattuti, ma fino ad oggi solo parole, parole, parole. Nel concretezza dei fatti, ancora nessuna evidenza di una positiva inversione di tendenza.

Fra i mali della Sanità, che sono inconfutabilmente tanti, appare particolarmente insidioso e pervasivo il decadimento dell'umanesimo che, con sempre maggiore evidenza, interessa l'universo sanitario ed il settore cardiocirurgico in particolare.

Com'è noto, l'umanesimo è una corrente di pensiero che ha come fine l'esaltazione dei valori e della dignità dell'uomo. Fondamento irrinunciabile della nostra civiltà, se ne colloca la nascita negli anni a cavallo dei secoli XIV e XV, ma se ne riconoscono le radici più profonde negli studi dell'antichità classica.

Se, fra le cause responsabili della infelice contingenza attraversata dal nostro sistema sanitario, mi si chiedesse di indicare quelle che hanno fatto più danni che bene, risponderei senza esitare: lo strapotere della politica e l'aziendalizzazione degli ospedali. La svolta, imposta dalla politica, è dei primi anni '90, stessa epoca in cui, con l'introduzione dei DRG, la cardiocirurgia diventa anche un investimento finanziario molto redditizio. E' in parallelo con questi cambiamenti che nei nostri ospedali prende avvio il decadimento dell'Umanesimo che oggi è sotto gli occhi di tutti.

Quello della "aziendalizzazione" degli ospedali è stato il cambiamento più insensato. A questo proposito mi sia consentita una breve digressione che potrebbe apparire futile, ma non lo è perchè specchio fedele dei tempi che viviamo. E poi, per chi scrive queste note, è anche una questione di principio.

Molti anni fa avevo scelto di lavorare come medico ospedaliero, cioè come dipendente di un ente deputato alla cura dei malati. Non molti anni dopo il mio "status" veniva modificato: "ope legis", rimanevo ancora dipendente, ma non più di un ospedale, bensì di un'azienda, cioè di un ente il cui fine precipuo è il profitto.

Continuo a chiedermi: andava così bene ospedale, perchè cambiare? A chi sarà venuto in mente? Ospedale è una parola che fa parte da secoli della nostra storia e della nostra cultura, che ci appartiene e non deve essere dispersa. Quanta incultura, quanta insensibilità, quanta diseducazione in un dettaglio apparentemente così marginale.

Riflettendo sui mali della sanità e in particolare della cardiocirurgia, che più da vicino richiamano la tematica dell'umanesimo, vi sono due aspetti - non nuovi in realtà - che, in questa sede, meritano una succinta rivisitazione: 1) la centralità dei ruoli di medico e paziente; 2) la difficoltà di arginare lo smarrimento crescente dell'umanesimo.

Dell'attuale infelice congiuntura sanitaria, l'aspetto più preoccupante è rappresentato dal protrarsi fra le parti di un atteggiamento sempre più ostile e diffidente: sembra che, tanto da parte dei medici che dei pazienti, si sia sempre più attenti a ciò che separa piuttosto che a ciò che unisce. Medici e pazienti non sembrano più attraversare lo stesso cammino da alleati, ma da avversari e questo per l'umanesimo è esiziale. Quello che un paziente chiede quando viene nei nostri ospedali è di essere operato con metodi aggiornati ed efficaci che solo da medici "bravi" possono essere erogati. Per il medico bravo e di sani principi, cosa c'è di più gratificante dei risultati del suo lavoro espressi in termini di pazienti risanati? Nulla. Dunque è sulla qualità del lavoro che bisogna puntare per rinnovare il patto di alleanza fra medico e paziente e per vedere rifiorire l'umanesimo nelle nostre corsie.

Per quanto concerne l'aziendalizzazione degli ospedali non v'è dubbio che i principi di ordine economico debbano essere rispettati e preservati. Non dobbiamo però dimenticare la più subdola e perversa delle storture: in un sistema sanitario fortemente "aziendalizzato" e condizionato dal profitto, il malato va sempre più caratterizzandosi come soggetto-oggetto di un evento (la malattia) da gestire prioritariamente in ordine alle

regole inflessibili del profitto. Deve esser chiaro che in questo campo "aggiustamenti" della politica - sempre avida di denaro e potere - non sono ammissibili: quando l'interesse dell'azienda (contenimento dei costi, aumento della produttività) e i diritti e la dignità del paziente (efficacia delle prestazioni) non coincidono, per il medico non c'è scelta: i principi dell'umanesimo e l'etica della professione impongono di impegnarsi a tutela della più debole fra le parti: il paziente.

Ai nostri giorni, appare eccessivamente riduttivo limitare l'Umanesimo al solo atteggiamento culturale e spirituale. Nella pratica cardiocirurgica, lo sviluppo incessante delle tecnologie ed il continuo approfondimento delle conoscenze scientifiche preannunciano cambiamenti epocali che inevitabilmente verranno ad interfacciarsi con i principi dell'umanesimo tradizionale. Già oggi ci si deve porre il problema del nuovo che incalza, pensando anche alla nascita di un umanesimo moderno al quale dobbiamo prepararci per tempo. Come? Ad esempio, provando a dare risposte convincenti ad interrogativi come questi:

- perchè non esistono scuole e docenti di umanesimo?
- perchè non esistono esami di umanesimo?
- come e dove insegnare ed imparare l'umanesimo?
- quali responsabilità per un umanesimo che cambia?
- come affrontare le decisioni estreme, quando le conoscenze scientifiche non ci sono più di aiuto e la sofferenza umana non è più tollerabile?

In definitiva sembrano maturi i tempi per mettersi alla ricerca delle tracce di un umanesimo nuovo, moderno. Di tanto altro ci sarebbe ancora da discutere, ma per ovvie ragioni di spazio non lo faremo qui. Certamente non mancheranno stimoli, nè occasioni per ritornare sulla materia, anche su queste stesse pagine.

L'importante è non cessare di interrogarsi

A. Einstein

Carissimi colleghi,

anche il gruppo incaricato di interessarsi delle problematiche medico-legali connesse con la nostra specializzazione (del tutto peculiare rispetto alle altre dato il rischio elevato che la maggior parte degli interventi comporta) inizia la propria collaborazione con il bollettino che la nostra Società ha deliberato di pubblicare mensilmente. Il Presidente, nella figura del Dr L. Menicanti, ha fortemente voluto che vi fosse, all'interno della Società, una Task Force dedicata particolarmente ai riflessi ed alle implicazioni giuridiche che la nostra attività comporta. Negli ultimi 10 anni le denunce, contro i medici, sono cresciute in modo esponenziale in tal modo importando questa tendenza dagli Stati Uniti, ma dai quali la nostra realtà sanitaria e giuridica si discosta per due ragioni fondamentali, la prima rappresentata dall'enorme divario economico che distanzia il guadagno dei medici negli USA da quelli di casa nostra (con possibilità quindi di pagare più facilmente polizze assicurative gravose) e, la seconda, di ricorrere, in Italia, principalmente a procedimenti penali (che, in caso di successo da parte del ricorrente rende quasi automatico il risarcimento in sede civile) piuttosto che al suo processo civile (il cui fine è solo quello economico) così come accade oltre oceano e nella maggior parte degli Stati europei. Inevitabili conseguenze di quanto esposto sono state che, da una parte, i sanitari hanno teso ad assumere un atteggiamento di tipo "difensivo" nell'affrontare le problematiche cliniche quotidiane e, dall'altra, le compagnie assicurative hanno elevato i premi richiesti per coprire le RC professionali, fino a non accettarle per la specialità maggiormente a rischio. In un periodo finanziario come quello attuale, il più delle volte la motivazione che induce alla rivalsa nei riguardi dei medici è quella economica, piuttosto che la ricerca della "verità". I soldi (duole dirlo) sono in grado di asciugare molte lacrime.

Di questa purtroppo "meschina" realtà, ne è dimostrazione che, nella maggioranza dei processi penali, la parte che si presume lesa si costituisce parte civile per poi defilarsi se tacitata economicamente dalla compagnia assicurativa, trascurando il resto del procedimento del quale ha oramai perso ogni interesse, lasciando il medico da solo, di fronte al giudizio, con il pubblico ministero quale unica figura accusatrice. D'altra parte la categoria professionale forense ha individuato in questo filone una incredibile opportunità di lavoro e di guadagno, spesso commisurando la propria parcella ad una percentuale della somma del risarcimento (in alcuni casi fino al 50% dello stesso !!). Per verificare la veridicità di quanto esposto, basta navigare in internet e cliccare i link relativi alla responsabilità professionale medica e ci si potrà rendere conto dell'innumerabile numero di studi legali che stimolano la rivalsa nei riguardi della classe sanitaria. L'immagine del medico oggi viene spesso proposta, non più come figura del professionista "padre di famiglia" che mette a disposizione il proprio sapere in favore della salute degli altri, bensì come un potenziale nemico, un antagonista in malafede, colpevole di qualsiasi evento si verifichi nel paziente e che quindi deve pagare (preferibilmente in soldi). Si va verso una mentalità corrente che pretende la "guarigione a tutti i costi" ignorando i fattori di rischio inevitabili che ogni atto medico e chirurgico comportano, prescindendo da errori dell'operatore.

Questa campagna denigratoria trova nei media (giornali e televisione) la maggior cassa di risonanza. La chiamano "malasanità" invece di "malainformazione". Notizie eclatanti vengono sbandierate nei titoli di testa, senza la minima ricerca della effettiva veridicità degli eventi. Il medico è sbattuto in prima pagina, già colpevolizzato dalla pubblica opinione, prima ancora che un giudizio, in sede giuridica, venga emesso! Sia ben chiaro, non si tratta di essere "consociativisti" e difendere in ogni modo l'operato medico; il medico può sbagliare e, di conseguenza, deve pagare. Si tratta però

di essere “garantisti” piuttosto che “colpevolisti” per pregiudizio.

D'altra parte bisogna anche ammettere che alcune responsabilità, in questa problematica, devono essere addebitate alla classe medica, di cui facciamo parte, e questo per molteplici aspetti.

Il primo è rappresentato dalla (purtroppo) superficialità con cui spesso vengono affrontati i risvolti medico-legali che la nostra professione comporta. Non tutti, più per inesperienza che per negligenza, si rendono conto che in un procedimento, sia penale che civile, l'unica cosa che faccia testo sull'andamento degli eventi è quanto riportato in cartella clinica, per cui una corretta e completa compilazione della cartella stessa è la maggior garanzia in fase processuale in quanto principalmente in base a quello che risulta scritto deciderà l'organo giudicante essendo la fase testimoniale inficiata dalla parzialità con cui gli eventi vengono riportati dalle due parti in causa. D'altra parte le motivazioni psicologiche che, nella maggior parte dei casi, vengono addotte dai ricorrenti contro la classe medica sono rappresentate da una scarsità di informazioni che possa far comprendere al paziente ed ai suoi congiunti il consenso informato e di accettare i rischi connessi con le procedure che verranno effettuate oltre che l'assenza (vera o solo asserita) di quella umanità che deve legare ogni medico con il proprio paziente e con i suoi familiari. Non si sarà mai detto abbastanza, quindi, sulla importanza delle informazioni da fornire in modo che il consenso informato venga sottoscritto in modo il più cosciente possibile e della umanità da adottare nei riguardi di chi si è chiamati a curare, evitando che la eccessiva freddezza professionale venga interpretata come indifferenza nei riguardi del paziente, inteso non solo come “caso clinico” ma anche come “caso umano”. Infine sempre per guardare

in “casa nostra” vi è da sottolineare quanto ci facciamo male da noi stessi. Spesso una mezza frase in più di un collega, oppure una versione apparentemente diversa fornita da due sanitari della stessa équipe, è in grado di ingenerare nel paziente, o nei suoi familiari, il dubbio che un errore professionale sia stato eseguito e, di conseguenza, motivare una rivalsa legale.

Sempre in questo campo, vi è da rilevare il ruolo dei periti, sia di ufficio (CTU) che di parte (CTP). I primi, quelli incaricati dal giudice per appurare la verità, e quindi “periti peritorum” sopra le parti, purtroppo molte volte non sono in grado di fornire, a chi li ha incaricati, una corretta valutazione degli eventi, data la loro insufficiente conoscenza della materia sulla quale sono stati chiamati a dare un giudizio. Ai secondi, chiamati in difesa della parte presunta lesa, e quindi di parte, spetta il compito di dimostrare oltre che il danno subito, anche le responsabilità legali dei sanitari, ma questo intento non deve giustificare affermazioni che vadano contro quello che il sapere medico ha già stabilito come corretto ed inconfutabile, al solo scopo di ottenere una parcella contro ogni validità scientifica ed a tutto discapito del collega sanitario che hanno di fronte.

Questa lunga premessa per motivare le ragioni che hanno indotto la Società a riservare, nel bollettino, uno spazio dedicato alle sole problematiche medico legali.

Le figure professionali coinvolte sono tre, rappresentate da cardiocirurghi, medici legali ed avvocati, anche se, al momento, i rappresentanti delle ultime due classi sono in minoranza. Il razionale di questa composizione è motivato dal fatto che, in ambito legale, ogni caso clinico deve essere esaminato da queste tre figure, ognuna secondo le proprie competenze professionali.

Vi è tuttavia da sottolineare come la collaborazione sia aperta a tutti, pronta a comprendere il contributo di chiunque se ne volesse assumere l'onere, con il corretto impegno e competenza.

Le finalità che il gruppo si propone sono fondamentalmente cinque:

Primo: fornire le nozioni di base della medicina legale. Sì, proprio così, di quella materia che abbiamo affrontato nel corso di laurea, con scarso interesse in quanto "mai avremmo fatto i medici legali" ma che solo di fronte alle responsabilità che la nostra professione comporta, comprendiamo quanto invece sia necessario conoscere. In tal senso si tratterà della responsabilità medica in generale, così come delle problematiche relative alla corretta compilazione della cartella clinica ed alla completa informazione del paziente su quanto verrà effettuato in modo da fornirgli tutti gli elementi affinché apponga la propria firma su di un consenso davvero informato. Ci si occuperà dell'onere della prova che al sanitario (e non alla parte lesa) è richiesto di produrre al fine di dimostrare la correttezza professionale del proprio operato così come verranno prese in considerazione l'ordinamento della mediazione per conciliare le parti al fine di evitare la fase processuale, oltre che le conseguenze che la recente Legge Balduzzi (Legge 8/11/12 n. 189 art. 3) implicherà nel giudizio finale del giudice dovendo essere tenuta in conto la attinenza alle linee guida da parte del sanitario che è sotto giudizio.

Questo compito, sicuramente il più arduo, sarà inizialmente affidato all'Avvocato Rodolfo Berti, di Ancona, che ci condurrà lungo questo percorso con una serie di articoli, a cadenza mensile, frutto della sua

lunga carriera professionale, congressuale e didattica.

Secondo: illustrare le fasi dello svolgimento di un evento processuale, dall'inizio alla fase dibattimentale finale, con chiara distinzione delle finalità e delle modalità fra procedimento civile e penale.

E' necessario che il sanitario abbia tutte quelle informazioni utili inizialmente per affrontare il primo impatto con l'arrivo dell'avviso di garanzia sicuramente traumatico (la "terribile" busta color verde pisello!) e sapersi organizzare in tempo per costruire un team che dimostri il corretto (si spera) comportamento, costituito da 3 figure professionali, rappresentate da un avvocato, da un medico legale e da uno specialista della materia (nel nostro caso da un cardiocirurgo) dopo aver correttamente informato l'Ente Sanitario e la (o le) compagnia assicurativa. Successivamente, dopo la "concitata" fase iniziale è importante avere conoscenza delle successive fasi processuali in quanto la giustizia è lenta, ma inesorabile. Per un cardiocirurgo, abituato a prendere decisioni vitali nell'arco di pochi secondi, è spesso incomprensibile un iter giuridico protratto nel tempo, spesso per anni, in diversi gradi di giudizio, fino a che si pervenga ad un verdetto finale. Ed in questo frattempo è necessario continuare ad operare, sobbarcandosi la possibilità di ulteriori rivalse, se non ne bastasse una! E' necessario quindi affrontare le problematiche legali con la maggior obiettività e "freddezza" possibili, dopo aver stabilito la strategia ottimale con i propri consulenti, con la consapevolezza che ci si possa trovare di fronte ad esperti che proprio esperti non sono e che gli interlocutori sono uomini di legge, che spesso non interpretano le problematiche come noi medici e che adottano di frequente dei criteri per noi né condivisibili né comprensibili. Ed è solo con una approfondita conoscenza di questi iter procedurali che il sanitario riesce a "gestire" e non "subire" l'evento giuridico che deve affrontare, informato non solo dei termini e dei modi dello svolgimento processuale, ma

anche degli interlocutori con cui si deve confrontare.

Terzo: è questo forse l'obiettivo più ambizioso e qualificante del progetto della nostra Società, rappresentato dalla analisi che la task force elaborerà sui singoli casi specifici che le verranno proposti di esaminare da parte dei colleghi sottoposti ad indagini giudiziarie. A livello psicologico, tre sono le successive fasi vissute dal medico indagato. La prima è rappresentata dallo sgomento e dal panico al ricevimento dell'avviso di garanzia, nella seconda fase predomina lo sconcerto per la inconsistenza, a livello scientifico, degli addebiti che sono stati mossi, nella terza subentra la paura che la verità medica possa non avere il sopravvento sulla dialettica forense, in grado di ribaltare ogni evidenza clinica. Ed è in queste tre fasi successive che la task force si propone di intervenire. A chi facesse richiesta, verranno fornite informazioni di come muovere i "primi passi" in un mondo poco conosciuto e spesso visto come una trappola, piena di insidie e la sensazione di avere "tutto il mondo" contro. Successivamente, in base alla documentazione fornita, si formerà un tavolo tecnico in grado di analizzare la problematica in questione e di fornire la strategia processuale ritenuta più idonea ad affrontare e, si spera, di risolvere il caso. A questo riguardo è fondamentale individuare gli elementi che dimostrino la corretta condotta del sanitario e che gli avversi eventi verificatisi non siano stati frutto di cattiva pratica medica (almeno si spera!). L'obiettivo può essere raggiunto solo se supportato da una profonda conoscenza della materia sulla quale si è chiamati a discernere e da dati scientifici che supportino la validità di ogni tesi che si voglia dimostrare. Il risultato finale di un dibattito processuale dipende principalmente da come è stata impostata, fin dall'inizio, la strategia procedurale in modo da mantenere fissi gli obiettivi che si vogliono raggiungere ed avere ben chiare le argomentazioni necessarie per perseguirli, opponendo alla dialettica forense dati

medici inconfutabili, dedotti dalla letteratura scientifica.

Sempre in questa sessione, inoltre, potranno essere discussi casi forensi pregressi e commentati sia le strategie adottate che le sentenze emesse.

Da questo lungo preambolo si evince come questa sessione tragga la propria vitalità dalla interazione con i membri della Società, augurando loro di non averne mai bisogno, ma consapevoli che, se mai fosse, avranno i loro pari a fianco, per sostenerli, consigliarli e supportarli.

Affinchè questo supporto medico legale di consulenza possa essere fornito, è sufficiente che il sanitario ne faccia richiesta indirizzando la corrispondenza a:

Presidenza della Società di Chirurgia Cardiacca c/o Conor S.r.l.

Via Cortina d'Ampezzo, 170

00135 ROMA

Tel. 06-85305059

e-mail: conor@conor.it

eventualmente allegando fotocopia della documentazione clinica ritenuta necessaria per un giudizio sul decorso degli eventi. La Presidenza della Società provvederà ad inoltrare quanto ricevuto ai coordinatori della task force medico-legale che, a loro volta, attiveranno i componenti del gruppo. Si stabilirà, quindi, un tavolo tecnico i cui componenti, ciascuno per la loro competenza, analizzeranno il caso clinico e forniranno le soluzioni ritenute ottimali, sempre attraverso la intermediazione de *La Coron Srl*, che gestisce tutti gli eventi della Società.

Quarto: analisi delle problematiche assicurative. L'incremento dei contenziosi medico legali fra paziente e medico ha esacerbato anche il rapporto fra imprese assicuratrici e medici, con aumento dei premi richiesti e, talvolta anche con impossibilità di trovare compagnie disposte a coprire responsabilità di specializzazioni ad alto rischio (quali, appunto, la cardiocirurgia). Spesso le polizze sono limitative, con vincoli scritti sui moduli con caratteri talmente piccoli da essere

illeggibili ma che, al momento opportuno, possono rivelare le loro implicazioni riduttive. Il compito di analizzare queste problematiche verrà demandato a specialisti nel campo assicurativo. Sarà a loro demandato di descrivere il ruolo ed i limiti della copertura assicurativa che l'ente ospedaliero (almeno fino ad oggi) garantisce ai propri dipendenti e la problematica della rivalsa dell'ospedale nei riguardi del medico, in caso di dolo o colpa grave, oltre che individuare quale compagnia debba eventualmente rimborsare il danno, qualora la compagnia stessa fosse cambiata nel tempo. In questa sessione troverà anche spazio la discussione sulla opportunità di una polizza RC professionale che ogni singolo sanitario può stipulare affiancando quella dell'ente ospedaliero ed, in questo, si consiglierà quali garanzie specifiche siano da contemplare nella polizza per evitare che ci si trovi senza copertura su quella specifica problematica al momento del paventato risarcimento. "Risk and pitfall" quindi delle assicurazioni delle quali, spesso, non ci si rende conto della importanza, e dei connessi limiti, fino a quando non se ne abbia bisogno, senza trascurare che la loro copertura termina alla scadenza della data in polizza, mentre la rivalsa del paziente, nei riguardi del medico, ha una prescrizione dopo ben dieci anni dalla conoscenza della (presunta) lesione.

Quinto: tutelare la dignità professionale e difenderla dagli attacchi ai quali è continuamente sottoposta (per lo più senza motivo). Come precedentemente sottolineato, la necessità di scoop giornalistici e rimborsi economici sono le motivazioni che hanno indotto questo attacco a "forte apache" trasformando i medici in quegli orsetti che, nei luna park, vengono presi a tiro a segno, privi di difesa. A questo riguardo la Società di Cardiocirurgia ha avvertito la necessità di tutelarsi, attraverso anche la task force dedicata alle problematiche medico-legali, essendo in questo ambito che la difesa deve essere strutturata. A questo riguardo la task force deve fornire le motivazioni che

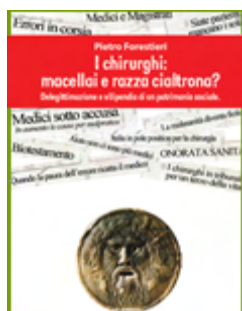
promuovano la costituzione di un albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici di ufficio per le vertenze sulla responsabilità professionale del personale sanitario. E' infatti necessaria una specifica competenza dei CTU così che siano in grado di fornire ai giudici gli elementi per emettere una sentenza "giusta" supportata da principi scientifici inoppugnabili e non da deduzioni espresse per insufficiente conoscenza della materia sulla quale sono stati chiamati per dare un giudizio. Sempre in ambito deontologico, il gruppo in questione si farà promotore affinché il comitato etico della Società istituisca una sessione dedicata alla analisi del comportamento di quei medici che, in ambito giudiziario, abbiano assunto delle posizioni deontologicamente censurabili nei riguardi di loro colleghi in giudizio e che, pur di "portare a casa il risultato" abbiano supportato motivazioni scientificamente infondate, valide forse per uomini di legge, ma indifendibili di fronte ad un collegio medico di loro pari. Infine, è necessario far fronte comune all'attacco indiscriminato dei media che, pur di far notizia, sono pronti a sbattere il medico in prima pagina, incuranti delle ripercussioni che un atto di accusa, se immotivato, può produrre in un professionista innocente. Questo trauma lo può capire specialmente chi ha visto il proprio nome sulle locandine dei giornali, uscendo da casa una mattina, per poi essere completamente ignorato all'assoluzione del caso. E' necessario quindi che la Società venga responsabilizzata affinché si possa costituire anch'essa parte lesa, nel caso il sanitario in questione facesse una azione di rivalsa per calunnia per infondate accuse o a mezzo stampa. E' evidente come la discussione su questi temi sia aperta a tutti e come siano ben accetti contributi di chi volesse intervenire in queste problematica, inviando i propri commenti o le proprie relazioni all'indirizzo precedentemente riportato, in modo che siano pubblicate ed, eventualmente, discusse in un Forum aperto a chi vi volesse partecipare. Bene, questi gli intenti.

Adesso buon lavoro e buona fortuna!

La Task Force trova, nei sottoscritti, gli attuali componenti:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--|---------------------------|
| Lorenzo Menicanti | Policlinico San Donato | Presidente SICCH Cardiochirurgo | menicanti@libero.it |
| Alessandro Parolari | Centro Cardiologico Monzino - UniMi | Segr. Scient. SICCH Cardiochirurgo | aparolari@ccfm.it |
| Pier Silvio Gerometta | Humanitas Gavazzeni | Segr. Organ. SICCH Cardiochirurgo | psgero@gmail.com |
| Michele Di Mauro | Univ. L'Aquila | Resp. editoriale bollettino SICCH Cardiochirurgo | michele.dimauro@univaq.it |

| | | | |
|--------------------|--|---|-----------------------------|
| Gian Piero Piccoli | Lib. Prof. Ancona | Cardiochirurgo | gppiccoli@libero.it |
| Ernesto Tappainer | Pensionato | Ex Cardiochirurgo Mantova | tap04@libero.it |
| Ugo Filippo Tesler | Policlinico di Monza | Cardiochirurgo | hugin@iol.it |
| Marco Pocar | Multimedica Sesto San Giovanni - UniMi | Cardiochirurgo | marco.pocar@unimi.it |
| Giuseppe Rescigno | H. di Ancona | Cardiochirurgo | grescigno@mac.com |
| Luca Sandrelli | NCC Città di Alessandria | Cardiochirurgo | luca.sandrelli@alice.it |
| Nicola Cucurachi | Univ. Parma | Medico Legale Doc. Universitario | nicola.cucurachi@unipr.it |
| Luigi Mastroberto | Bologna - Libero professionista | Medico Legale Doc. Universitario (contr.) | luigimas@tin.it |
| Rodolfo Berti | Ancona - Libero professionista | Avvocato | rodolfo.berti@legalberti.it |
| Flavio Peccenini | Bologna - Libero professionista | Avvocato Doc. Universitario (contr.) | studio.peccenini@iol.it |



Pietro Forestieri.
**I chirurghi:
macellai e razza
cialtrona?**
**Delegittimazione e
vilipendio di un
patrimonio sociale.**
*Alessandro Polidoro Editore.
Distribuzione AV Kronos
(gennaio 2013)*

Il testo nasce dalla profonda delusione dell'autore, sviluppata soprattutto durante il biennio 2009-2011 in cui è stato Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi. Durante tale carica egli racconta di "aver cercato di aprire un varco comunicazionale per un'informazione corretta ed equilibrata, per la diffusione della conoscenza dei dati reali, per la rivalutazione di un lavoro svolto con estrema professionalità, per spiegare che la scienza medica è di per sé, umanamente fallibile e che ogni atto chirurgico può avere delle complicanze incompressibili ed ineludibili, che l'errore è, quasi sempre, non del singolo operatore, ma il frutto di una catena di eventi, che la cultura della colpa e non dell'errore non avrebbe potuto che peggiorare la situazione ...".

I suoi sforzi per divulgare, parlare, ascoltare e creare empatia lo hanno portato a bussare a mille porte, alle quali non avrebbe mai immaginato di avvicinarsi. Ma il risultato ottenuto è stato di non essere ascoltato e, salvo rarissime eccezioni, che nessuno gli ha aperto la porta.

In qualità di rappresentante della categoria ha quindi avuto contatti diversi con le istituzioni e ha sviluppato conoscenze di sistemi e credenze radicati nel tessuto sociale italiano, che descrive nel libro. La sua ampia disamina di fatti osservati nel suo periodo di Presidenza è dimostrata dal variegato numero di capitoli, con particolare attenzione al rapporto dei medici con la società civile: da un lato esalta il ruolo della professione chirurgica, ma dall'altro raccoglie la delusione di una crescita della medicina difensiva e quindi dei contenziosi medico-legali. Tra le sue

numerose considerazioni personali è da sottolineare la necessità di consultare le Società Scientifiche rappresentative delle istanze dei chirurghi, avendo la possibilità di indicare chi deve interloquire con le Istituzioni ed i politici, chi con le Industrie, chi con le Aziende e di inserire i loro esperti nei Comitati tecnici nazionali, regionali ed aziendali.

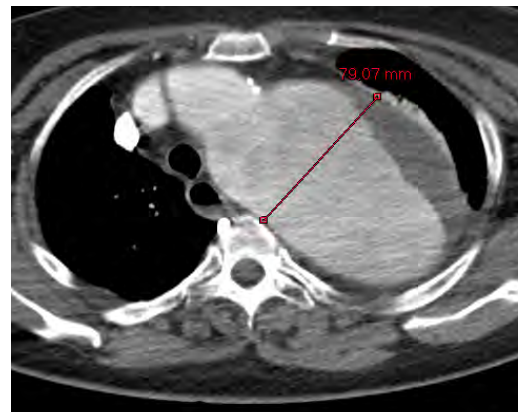
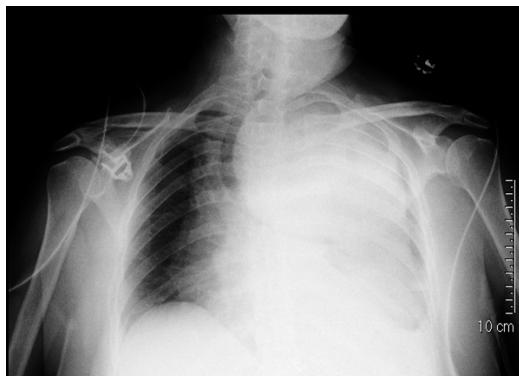
Vi sono numerose testimonianze personali, anche del rapporto con i media, riguardo argomenti come il testamento biologico, la donazione d'organi, la spending review, e le varie leggi coinvolgenti l'attività dei chirurghi.

In ultimo un capitolo sui giovani: dall'accusa dei limiti che la formazione in Italia riserva ai tanti giovani in formazione alla testimonianza di chi con propri mezzi e grazie ad una organizzazione che funziona ha avuto occasione di poter capire come si può emergere e realizzarsi.

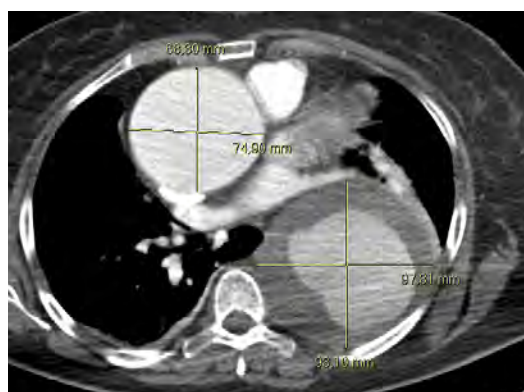
Il messaggio raccolto tra le righe: lo stato della sanità reale ma, soprattutto, quello della sanità percepita richiede necessariamente un patto d'onore ed un rinnovato impegno di tutti per la ricerca di una nuova alleanza terapeutica: medici e operatori sanitari, cittadine e pazienti, legislatori, politici ed Istituzioni, giuristi, magistrati ed avvocati; giornalisti e mezzi di informazione. E' assolutamente indispensabile, per la tutela della salute, per l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle cure dei cittadini che si recuperi un clima sereno di aperta e costante collaborazione e cooperazione tra tutte le parti. Altro messaggio: la convinzione dell'autore che si debba ribaltare la situazione attuale: sostituire cioè ai divieti l'assoluta trasparenza, passando dall'attuale dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ad una circostanziata dichiarazione di collaborazione.

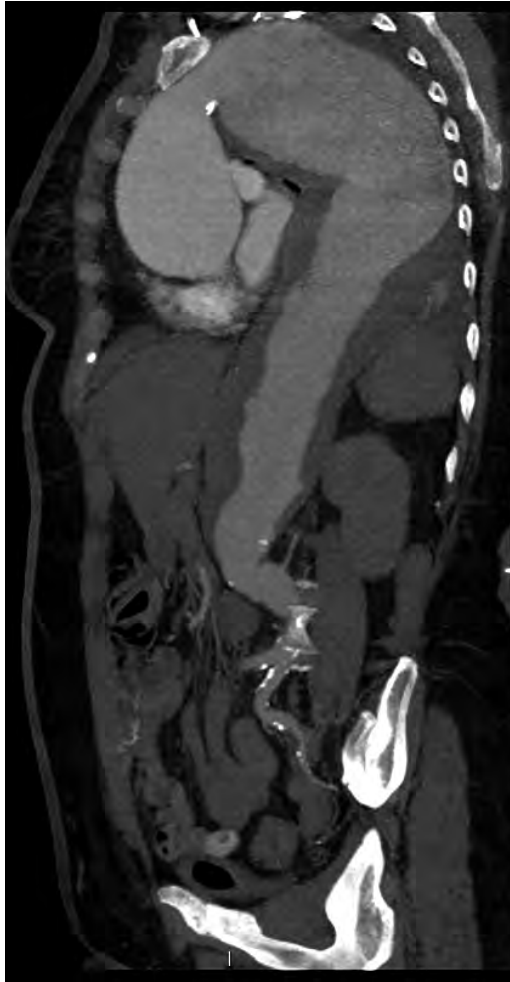
Parliamo quindi di un testo certamente provocatorio, ma allo stesso tempo stimolante, e non solo per chi opera in prima persona nel campo della chirurgia, ma anche per tutti coloro che ad essa afferiscono.

Una donna di 62 anni riportava da circa due mesi toracoalgia sinistra e dispnea ingravescente, ma essendo affetta da sindrome bipolare, tali sintomi erano stati sottovalutati sia dalla famiglia che dal medico curante. A causa dell'intensificarsi della toracoalgia, la paziente si recava in ospedale, dove la radiografia del torace mostrava un notevole ingrandimento del primo arco di destra e di quello di sinistra che configuravano la presenza di un voluminoso aneurisma coinvolgente diversi tratti dell'aorta; si evidenziava inoltre la presenza di un versamento pleurico sinistro.



Per tale motivo veniva sottoposta ad un angio-TC che confermava la presenza dell'aneurisma e ne definiva i diametri: aorta ascendente 70 mm, discendente toracica 95 mm, passaggio toraco-addominale 72 mm, soprarenale 60 mm, renale 37 mm, sottorenale 32 mm, al carrefour 22 mm; deposizione trombotica simmetrica maggiore nel tratto discendente toracico ed addominale con lume che si riduce fino a 32 mm





A seguito dell'angio-TC la paziente veniva trasferita in un Centro Cardiovascolare per la valutazione di un'eventuale trattamento.

La paziente giungeva quindi all'osservazione del chirurgo in buon compenso emodinamico e cognitivo, ma sintomatica per dolore toracico intermittente, irradiato al fianco sinistro e al dorso. Si riscontrava anche un'anemizzazione progressiva fino a giungere a valori di Hb pari a 7.3 g/dl, che richiedeva emotrasfusione urgente di 2 Unità di emazie concentrate.

Si eseguiva una coro-TC (TC indenne, IVA e CDx indenni, Cx non valutabile) ed un esame ecocardiografico (buona funzione ventricolare sinistra, lieve insufficienza valvolare aortica, assenza di versamento pericardico, versamento pleurico sinistro).

A questo punto, non essendovi i requisiti per un trattamento endovascolare per l'assenza di una landing zone sia prossimale che distale, si sono aperti vari scenari

terapeutici.....ampiamente discussi..... e con diversi pareri!!!

- 1) Non fare nulla per il troppo alto rischio chirurgico;
- 2) Trattare inizialmente il tratto toracico discendente (che era il più urgente visti i segnali di probabile fissurazione) e l'aorta addominale sottorenale con reimpianto dei vasi splanchnici. Utilizzare un approccio toraco-freno-laparotomico con procedura "Elephant Trunk" invertito, per trattare l'aneurisma dell'aorta ascendente e dell'arco in un eventuale secondo tempo;
- 3) Trattare inizialmente per via sternotomica l'aneurisma dell'aorta ascendente e dell'arco, eseguendo un "Elephant Trunk" (era presente una piccolissima zona dove si riduceva un po' il diametro aortico all'insorgenza dell'arteria succlavia di sinistra) per poi prepararsi ad un eventuale secondo stadio con l'approccio toraco-freno-laparotomico;
- 4) Sostituire l'aorta ascendente con debranching dei tronchi sovraortici, creando una landing zone prossimale, poi eseguire una laparotomia e un debranching dei vasi splanchnici per creare una landing zone distale, ed infine posizionare una endoprotesi;
- 5) Oppure ?????

Alla fine del dibattito si è deciso di adottare un intervento che includesse i diversi approcci menzionati al fine di trattare la patologia in un solo stadio riducendo al "minimo" i rischi.

L'idea fu di escludere l'aneurisma toracico discendente, senza la sua asportazione e senza la necessaria ampia toracotomia, per giungere ad un risultato finale simile a quello che si sarebbe ottenuto con il posizionamento di un'endoprotesi, se ci fossero state le landing zone:

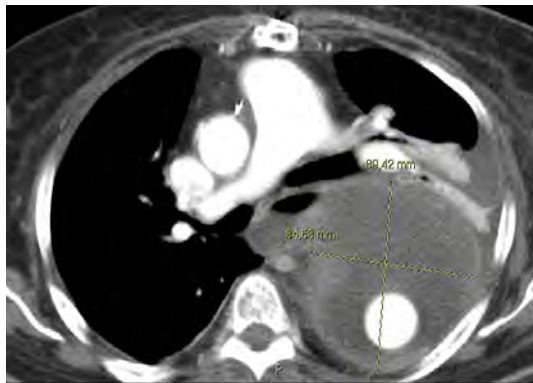
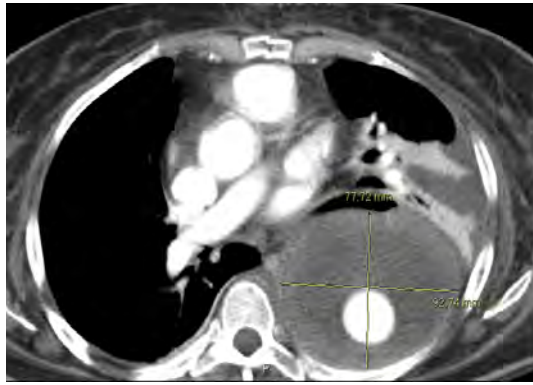
In Sternotomia mediana, è stata instaurata una CEC tra atrio destro e arteria ascellare destra. In ipotermia a 23°C, è stato effettuato un arresto di circolo con perfusione selettiva dei tronchi sovraortici. All'esplorazione, la valvola aortica era tricuspide e morfologicamente normale ed il bulbo aortico non dilatato. Si suturava (con rinforzo di teflon esterno) a livello dell'insorgenza dell'arteria succlavia di sinistra, con tecnica "Elephant trunk", un tubo di dacron n. 24 estremamente lungo, tale da raggiungere la zona addominale.

Per essere sicuri che la protesi raggiungesse la zona dell'aorta addominale era stata introdotta, prima della CEC, una guida metallica per via femorale che giungeva sino in arco, a cui fu agganciata la branca lunga della protesi vascolare, così che, tirando la guida, il tubo dacron potesse scendere in maniera rettilinea, senza alcun ripiegamenti. Una volta eseguita tale sutura, si suturava a livello della giunzione sino-tubulare la parte di tubo destinato all'aorta ascendente; Il tronco brachio cefalico e l'arteria carotide di sinistra venivano quindi reimpiantate unitamente, termino-lateralmente, sulla protesi vascolare. L'arteria succlavia di sinistra veniva reimpiantata sulla protesi vascolare con interposizione di tubo dacron n. 8. Al ripristino della CEC, sempre in ipotermia, veniva eseguita una mini-toracotomia sinistra al IX spazio intercostale, prolungata con una laparotomia mediana sopraombelicale ed esposizione, previa splenectomia, dell'aorta addominale. Dopo aver clampato la protesi vascolare a livello dell'arco, così da conservare la perfusione cardiaca e cerebrale e bloccare l'afflusso di sangue distalmente, si eseguiva transezione dell'aorta addominale a livello dell'insorgenza dell'arteria

mesenterica superiore. Si confezionava quindi, con il tubo proveniente dall'arco aortico, un elephant trunk inverso, con rinforzo esterno in teflon, così da escludere dalla circolazione l'aneurisma toracico. Una volta svagginata la protesi si eseguiva anastomosi termino-terminale tra la protesi in dacron e l'aorta addominale distale, a livello dell'insorgenza dell'arteria renale di sinistra, in zona non aneurismatica.

Durante tale fase si eseguiva perfusione selettiva del tripode celiaco dell'arteria mesenterica superiore e delle due arterie renali. Sulla porzione del tubo dacron che sostituiva una piccola porzione dell'aorta addominale venivano reimpiantati il tronco celiaco e l'arteria mesenterica superiore con interposizione di tubo dacron n. 8 a Y. L'arteria renale di destra, che si presentava di piccolissime dimensioni, veniva reimpiantata con interposizione di tubo gore-tex n. 4. Declampato l'arco aortico di ripristinava la circolazione generale con progressivo riscaldamento della paziente sino a normotermia.

La paziente è rientrata a domicilio dopo due mesi. Ad un follow-up di 18 mesi la paziente si presenta in buone condizioni generali, asintomatica e con una totale ripresa dell'autonomia. Durante la degenza postoperatoria è stata sottoposta ad un'angio-TC di controllo che ha confermato il perfetto raggiungimento dell'obiettivo della procedura effettuata in un unico stadio: esclusione dell'aneurisma con trombosi completa.



A cura di:

Francesco Onorati

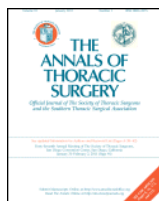
Fabio Bertoldo

Alessandro della Corte

Giovanni Mariscalco

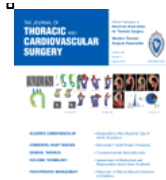
Antonio Rubino

Raffeale Giordano



The Annals of Thoracic Surgery

1. Castelvechchio S, Ranucci M, Bandera F, Baryshnikova E, Giacomazzi F, Menicanti L; Surgical and Clinical Outcome Research (Score) Group.
The additional prognostic value of left atrial volume on the outcome of patients after surgical ventricular reconstruction.
Ann Thorac Surg. 2013;95:141-147
2. Vida VL, Tessari C, Fabozzo A, Padalino MA, Barzon E, Zucchetta F, Boccuzzo G, Stellin G.
The evolution of the right anterolateral thoracotomy technique for correction of atrial septal defects: cosmetic and functional results in prepubescent patients.
Ann Thorac Surg 2013;95:242-247.
3. Di Eusanio M, Savini C, Folesani G, Di Bartolomeo R.
Improved brain and myocardial protection during complex aortic reinterventions.
Ann Thorac Surg 2013;95:358-359.
4. Coceani M, Ciardetti M, Pasanisi E, Schlueter M, Palmieri C, Neglia D, Sciagrà R, Glauber M, Rovai D.
Surgical correction of left coronary artery origin from the right coronary artery.
An Thorac Surg 2013;95:e1-e2.
5. Morsolini M, Zattera G, Meloni F, D'Armini AM.
Aortic valve replacement performed twice through ministernotomy 15 years after lung transplantation.
Ann Thorac Surg 2013;95:328-330.



The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

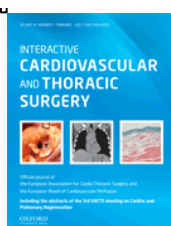
1. Lorusso R, Gelsomino S, Vizzardi E, D'Aloia A, De Cicco G, Lucà F, Parise O, Gensini GF, Stefàno P, Livi U, Vendramin I, Pacini D, Di Bartolomeo R, Miceli A, Varone E, Glauber M, Parolari A, Giuseppe Arlati F, Alamanni F, Serraino F, Renzulli A, Messina A, Troise G, Mariscalco G, Cottini M, Beghi C, Nicolini F, Gherli T, Borghetti V, Pardini A, Caimmi PP, Micalizzi E, Fino C, Ferrazzi P, Di Mauro M, Calafiore AM; ISTIMIR Investigators.
Mitral valve repair or replacement for ischemic mitral regurgitation? The Italian Study on the Treatment of Ischemic Mitral Regurgitation (ISTIMIR).
J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:128-39
2. Di Tommaso L, Stassano P, Mannacio V, Russolillo V, Monaco M, Pinna G, Vosa C.
Asymmetric septal hypertrophy in patients with severe aortic stenosis: The usefulness of associated septal myectomy
J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:171-175
3. Benedetto U, Melina G, Angeloni E, Codispoti M, Sinatra R.
Current results of open total arch replacement versus hybrid thoracic endovascular aortic repair for aortic arch aneurysm: A meta-analysis of comparative studies
J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:305-306
4. Villa E, Messina A, Troise G.
Concerning early and late results of training in off-pump coronary artery bypass surgery
J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:316-317



European Journal of Cardio-thoracic Surgery

1. Di Dedda U, Pelissero G, Agnelli B, De Vincentiis C, Castelvechchio S, Ranucci M.
Accuracy, calibration and clinical performance of the new EuroSCORE II risk stratification system.
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:27-32
2. Buzzatti N, Maisano F, Latib A, Cioni M, Taramasso M, Mussardo M, Colombo A, Alfieri O.
Computed tomography-based evaluation of aortic annulus, prosthesis size and impact on early residual aortic regurgitation after transcatheter aortic valve implantation
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:43-51
3. Onorati F, Santini F, Menon T, Amoncelli E, Campanella F, Pechlivanidis K, Faggian G, Mazzuco A.
Editor's choice: Leukocyte filtration of blood cardioplegia attenuates myocardial damage and inflammation
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:81-89

4. Di Mauro M, Iacò AL, Di Lorenzo C, Gagliardi M, Varone E, Al Amri H, Calafiore AM. Cold reperfusion before rewarming reduces neurological events after deep hypothermic circulatory arrest
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:168-173
5. Gilmanov D, Farneti P, Solinas M, Glauber M. Severe mitral regurgitation in patients with postinfarction interventricular septal defect: a simple way of simultaneous valve repair
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43: 184-186
6. Lentini S. Which management strategy should be chosen for calcified masses of the mitral annulus?
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43: 204
7. Czerny M, Bachet J, Bavaria J, Bonser RS, Borger MA, De Paulis R, Di Bartolomeo R, Grabenwöger M, Lonn L, Loubani M, Mestres CA, Schepens MAAM, Weigang E, Carrel TP. The future of aortic surgery in Europe
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43: 226-230



Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery

1. Miceli A, Crocchia M, Simeoni S, Varone E, Murzi M, Farneti PA, Solinas M, Glauber M. Root replacement with stentless Freestyle bioprostheses for active endocarditis: a single centre experience. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;16:27-30
2. Nosotti M, Rosso L, Tosi D, Palleschi A, Mendogni P, Nataloni IF, Crotti S, Tarsia P. Extracorporeal membrane oxygenation with spontaneous breathing as a bridge to lung transplantation. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;6:55-9.
3. Generali T, Tessitore G, Mushtaq S, Alamanni F. Pulmonary valve papillary fibroelastoma: management of an unusual, tricky pathology. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;6:88-90



Journal of Heart and Lung Transplantation

1. Takayama H, Truby L, Koekort M, Uriel N, Colombo P, Mancini DM, Jorde UP, Naka Y. Clinical outcome of mechanical circulatory support for refractory cardiogenic shock in the current era.
JHLT 2013, 1: 106-111
2. Massetti M, Gaudino M, Saplacan V, Farina P. From extracorporeal membrane oxygenation to ventricular assist device oxygenation without sternotomy.
JHLT 2013, 1: 138-139



Heart

1. Lentini S.
Surgery for rheumatic mitral valve disease and the forgotten role of concomitant organic tricuspid valve impairment.
Heart 2013;99:145



The American Journal of Cardiology

1. Figini F, Latib A, Maisano F, Montorfano M, Chieffo A, Carlino M, Cioni M, Basavarajaiah S, Ferrarello S, Giannini F, Alfieri O, Colombo A.
Managing Patients With an Indication for Anticoagulant Therapy After Transcatheter Aortic Valve Implantation
Am J Cardiol 2013;111:237-242
2. Buja P, Napodano M, Tamburino C, Petronio AS, Etori F, Santoro G, Ussia GP, Klugmann S, Bedogni F, Ramondo A, Maisano F, Marzocchi A, Poli A, Gasparetto V, Antoniucci D, Colombo A, Tarantini G; Italian Multicenter CoreValve Registry Investigators.
Comparison of variables in men versus women undergoing transcatheter aortic valve implantation for severe aortic stenosis (from Italian Multicenter CoreValve registry).
Am J Cardiol 2013;111:88-93



Journal of Cardiovascular Medicine

1. Generali T, Garatti A, Biondi A, Varrica A, Menicanti L.
Aorta to right atrial shunt due to the rupture of a degenerative aneurysm of the noncoronary sinus of Valsalva.
J Cardiovasc Med 2013;14:71-3.



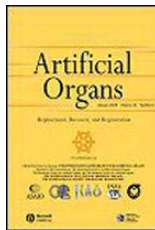
Journal of Vascular Surgery

1. Vendramin I, Piccoli G, Gasparini D, Livi U.
Surgical techniques and early experience of endovascular treatment of complex thoracic aortic disease via minithoracotomy.
 J Vasc Surg 2013;57:268-271.



European Heart Journal

1. De Bonis M, Bolling S.
Controversies in cardiovascular medicine: Mitral valve surgery: wait and see vs. early operation.
 Eur Heart J 2013 Jan;34(1):13-19



Artificial Organs

1. De Rita F, Marchi D, Lucchese G, Barozzi L, Dissegna R, Menon T, Faggian G, Mazzucco A, Luciani GB.
 Comparison between d901 lilliput 1 and kids d100 neonatal oxygenators: toward bypass circuit miniaturization.
 Artif Organs. 2013;37:E24-28.



Journal of Heart Valve Disease.

1. Gerosa G.
 Editorial: The 7th Biennial Meeting of the Society for Heart Valve Disease.
 J Heart Valve Dis. 2013;22:1.

LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE:



The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

Lorusso R, Gelsomino S, Vizzardi E, D'Aloia A, De Cicco G, Lucà F, Parise O, Gensini GF, Stefàno P, Livi U, Vendramin I, Pacini D, Di Bartolomeo R, Miceli A, Varone E, Glauber M, Parolari A, Giuseppe Arlati F, Alamanni F, Serraino F, Renzulli A, Messina A, Troise G, Mariscalco G, Cottini M, Beghi C, Nicolini F, Gherli T, Borghetti V, Pardini A, Caimmi PP, Micalizzi E, Fino C, Ferrazzi P, Di Mauro M, Calafiore AM; ISTIMIR Investigators. Mitral valve repair or replacement for ischemic mitral regurgitation? The Italian Study on the Treatment of Ischemic Mitral Regurgitation (ISTIMIR).

J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:128-39

Commento:

In questo numero del JTCVS, il Dr Lorusso e collaboratori presentano i primi risultati dello studio multicentrico retrospettivo italiano ISTIMIR, disegnato per indagare il trattamento chirurgico della insufficienza mitralica ischemica cronica (CIMR). Gli Autori vanno congratulati per aver raccolto una delle più ampie casistiche sull'argomento, forte di oltre 1006 pazienti trattati in 13 Istituti italiani a partire dal 1996.

Nonostante l'eterogeneità della popolazione, gli autori hanno selezionato e paragonato in termini di risultati a breve e lungo termine, mediante un rigoroso propensity-matching, 244 pazienti trattati mediante riparazione valvolare mitralica (con la sola anuloplastica restrittiva), ed un pari numero di pazienti sottoposti a chirurgia mitralica sostitutiva protesica (sia biologica che meccanica).

Lo studio fornisce importanti risultati su alcuni punti di dibattito ancora irrisolti per questa patologia. Riassumendo brevemente i risultati, lo studio dimostra che:

1. Il trattamento della CIMR è senza dubbio un trattamento di successo, considerata la bassa mortalità operatoria, sicuramente inferiore ai valori attesi per questa categoria di pazienti "fragili" dai comuni score di rischio preoperatori. Ne consegue quindi che questa patologia merita attenzione quotidiana, e va trattata laddove esistano le indicazioni specifiche;
2. Contrariamente a quanto comunemente ritenuto, il trattamento sostitutivo

protesico non si dimostra, né in acuto né in cronico, inferiore rispetto alla più "semplice" e "rapida" anuloplastica restrittiva;

3. L'esperienza italiana conferma il "tendine di Achille" della chirurgia riparativa della CIMR, caratterizzata da un non-trascurabile tasso di recidiva a distanza, laddove il trattamento protesico dimostra una incidenza di "recidiva", e quindi di necessità di re-interventi "valve-related" certamente inferiore (va tuttavia considerato che il tasso cumulativo di "eventi valve-related" non è differente tra le 2 popolazioni);
4. Il tipo di chirurgia (riparazione vs sostituzione) non è un determinante di mortalità né a breve né a lungo termine, laddove la riparazione valvolare costituisce un determinante indipendente di re-intervento a distanza
5. La maggiore degenerazione strutturale delle protesi biologiche rispetto alle meccaniche nel gruppo di pazienti sottoposti a chirurgia sostitutiva infrange un'altra "credenza popolare" di questa chirurgia, che vede le bioprotesi favorite sulle meccaniche nell'ottica di una migliore e più semplice preservazione estensiva dell'apparato cordale e dell'unità funzionale "ventricolo-mitralica" in toto. Peraltro, la maggiore incidenza di degenerazione strutturale delle bioprotesi nella popolazione giovane (<70 anni) porta facilmente a concludere che le protesi meccaniche andrebbero preferite

almeno in questo peculiare gruppo di pazienti.

6. Un'ulteriore sub-analisi della popolazione sottoposta a chirurgia sostitutiva conferma peraltro l'importanza della preservazione dell'apparato sotto-valvolare per questo tipo di chirurgia, indipendentemente dal tipo di sostituto protesico impiegato
7. Lo studio conferma quanto già evidenziato da altri dati della letteratura, relativamente al notevole beneficio clinico dopo chirurgia in termini di classe funzionale NYHA, nonostante la limitatissima percentuale di "reverse-remodeling" del ventricolo sinistro e/o miglioramento della funzione contrattile ventricolare anche a distanza di anni.

Pertanto, questo studio certamente contribuisce a far luce su di un annoso problema legato alla chirurgia della CIMR, e sembra senza dubbio "favorire" la chirurgia sostitutiva vs quella riparativa, anche considerando il disegno dello studio, di base "sbilanciato" a favore della riparazione (esclusione delle "failures" ospedaliere delle

riparazioni; inclusione di chirurgia sostitutiva senza preservazione dell'apparato sottovalvolare; disegno "propensity-matched" tra 2 popolazioni eterogenee in termini di baseline "bias", poco definibili in ambito di ricerca clinica, ma che nella pratica quotidiana portano a preferire generalmente la sostituzione valvolare per quei pazienti a maggior rischio di recidiva in caso di riparazione, quindi con patologia ventricolare più avanzata).

Questi risultati, poi, rappresentano il frutto di un registro multicentrico: non soffrono quindi delle "selection-bias" legate agli studi monocentrici; in quanto registro, rappresentano una fotografia degli "all-comers" - secondo nomenclatura anglosassone - quindi di tutti quei pazienti riferiti quotidianamente ai nostri centri per CIMR. Esso costituisce infine uno dei pochi studi comparativi tra le 2 tecniche, e soprattutto tra plastiche "fatte bene" e sostituzioni "fatte bene", data l'esclusione a priori nella raccolta delle "failures" precoci delle plastiche restrittive.



**WORK IN
PROGRESS**

COMING SOON!





Venerdì 15 marzo p.v. si svolgerà a Bari il convegno "Consumo di Sangue ed Emoderivati in Cardiocirurgia e Terapia Intensiva" organizzato dal Dipartimento d'Emergenza e Trapianti d'Organo, Sezione di Cardiocirurgia.

Vi sono sempre maggiori evidenze in letteratura che indicano le trasfusioni di emoderivati tra i principali fattori di rischio per eventi avversi dopo interventi di chirurgia cardiaca, ed un approccio sistematico alla terapia trasfusionale è sempre più necessario per ridurre con successo la necessità trasfusionali nel periodo perioperatorio e di conseguenza migliorare il decorso postoperatorio del paziente sottoposto ad intervento di chirurgia cardiaca.

Ciò comporta l'adozione di strategie preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie al fine di ridurre al minimo la perdite di sangue e ottimizzare la conservazione dello stesso. In questo convegno il problema trasfusionale in cardiocirurgia sarà dibattuto a 360 gradi grazie al contributo di cardiocirurghi, anestesisti, rianimatori ed ematologi che porteranno il loro punto di vista ed il loro contributo a sviscerare un problema che è destinato a diventare sempre più attuale sia per il progressivo invecchiamento della popolazione

cardiocirurgica (gli anziani sono i pazienti a maggior rischio trasfusionale) sia per le sempre più limitate disponibilità di emoderivati.

Programma del convegno:

http://www.sicch.org/x/2/198/xhtml/404/ConsumoSangueEmoderivati_Programma.pdf

INNOVATIONS IN CARDIOVASCULAR SURGERY AND HOW TO MAKE THEM SAFE.



Dal 12 al 17 maggio 2013 si terrà ad ERICE il corso: **“INNOVATIONS IN CARDIOVASCULAR SURGERY AND HOW TO MAKE THEM SAFE”**

Organizzato dalla International School of Cardiac Surgery, sotto l'egida della Fondazione «Ettore Majorana».

Questo Corso, interdisciplinare e interattivo, è stato progettato per

fornire un quadro completo delle tecniche innovative di recente introduzione in chirurgia cardiovascolare e per consentire un confronto aperto ma nello stesso tempo critico con le procedure chirurgiche convenzionali ben consolidate.

Oltre ai vantaggi offerti dalla implementazione di tecniche all'avanguardia, i partecipanti saranno messi a conoscenza dei possibili pericoli, agguati ed insidie derivanti dall'adozione troppo precipitosa e imprudente di queste tecniche in ambito clinico. Questi aspetti saranno evidenziati, valutati e discussi in modo approfondito, così da consentire ai partecipanti una conoscenza approfondita dello stato dell'arte di queste procedure. Tutto questo consentirà ai partecipanti di acquisire le informazioni necessarie che permetteranno loro di applicare in modo sicuro e con giudizio queste procedure innovative.

Address: Ettore Majorana Centre
Via Guarnotta,
26 I-91016 ERICE, Italy it
Telephone: +39.923.869133
Telex: 910366 ccsem i
E-mail: hq@ccsem.ccsem.infn.it
Telefax: +39.923.869226
Cable: CCSEM ERICE
<http://www.ccsem.infn.APPLICATIONS>

Persons wishing to attend the Course should apply in writing to:

Dr. Ugo Filippo Tesler
Scientific Director, Cardiac Surgery
Department
Policlinico di Monza Hospital Group
Via Amati, 11 – 20025 Monza, Italy
e-mail: hugin@iol.it

Per visualizzare la pagina dell'evento e per scaricare la brochure e gli allegati cliccate: qui sotto

http://www.sicch.it/Italiano/Home/a_2_197_1_INNOVATIONS-IN-CARDIOVASCULAR--SURGERY-AND-HOW-TO-MAKE-THEM-SAFE.html