



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

**FEBBRAIO 2014**





# CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

**President**

Lorenzo Menicanti

**Vice President**

Roberto Di Bartolomeo

**General Secretary**

Piersilvio Gerometta

**Scientific Secretary**

Alessandro Parolari

**Treasurer**

Vittorio Creazzo

**Councillors**

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

**Financial Auditor**

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



# EDITORIAL BOARD

## **Coordinatore Editoriale**

Michele Di Mauro

## **Staff Editoriale**

Guglielmo Actis Dato , Claudio Russo, Roberto Lorusso  
Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Ernesto Tappainer

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Moreno Naliato

Pino Fundarò

Francesco Paolo Tritto

*Le nostre radici*

*Stats: always facts?*

*Contenzioso Medico-legale*

*Italian Literature Watch*

*Tough and Monster Cases*

*Complicanze e "Decision Making"*

*Umanesimo e Cardiochirurgia*

*Commento "al libro"*

*quando il chirurgo abbraccia l'arte*

## **SICCH Social Networks**

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

*Linkedin*

*Social4med*

*Facebook*



# INDICE

<b>Congresso SICCH2014: Call for abstract</b> Alessandro Parolari	<b>pag. 4</b>
<b>Il Grande Lucio non c'è più</b> Lorenzo Galletti	<b>pag. 5</b>
<b>Editoriale del mese: Lettera di Roberto Lorusso alla SICCH e relativo dibattito</b> AA.VV.	<b>pag. 7</b>
<b>Umanesimo e Cardiochirurgia. Chirurgia difensiva: il risveglio delle coscienze</b> Pino Fundarò	<b>pag. 20</b>
<b>Le nostre radici: la Chirurgia a Roma nei 150 anni dell'Unità D'Italia</b> Roul Borioni	<b>pag. 23</b>
<b>Contenzioso medico legale: Un freno all'attacco della diligenza</b> <b>Resoconto e commenti in merito agli incontri con le autorità istituzionali</b> Gian Piero Piccoli	<b>pag. 44</b>
<b>Quando il chirurgo abbraccia l'arte: Pino Fundarò, un uomo tra chirurgia e umanesimo. Commento al suo libro: Nenè, fino in fondo al cuore</b> Francesco Paolo Tritto	<b>pag. 53</b>
<b>Stats: always facts?: Mantel-Haenszel</b> Fabio Barili	<b>pag. 55</b>
<b>Tough and Monster Cases: chi va per questi tragitti fistolosi!!</b> Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini	<b>pag. 59</b>
<b>Italian Literature Watch: gennaio 2014</b> Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino	<b>pag. 63</b>

Eventi: SICCH Clinical 29-30 Settembre, Roma  
pag. 39

# LETTERA DEL SEGRETARIO SCIENTIFICO

## CONGRESSO SICCH 2014 - CALL FOR ABSTRACT



Cari Amici e Colleghi,

è attiva la procedura di invio degli abstracts per il Congresso Nazionale SICCH che si terrà a Roma presso l'Ergife Palace Hotel da Venerdì 28 a Domenica 30 Novembre 2014.

Gli abstracts dovranno essere inviati tramite apposito form (che trovate sul sito [www.sicch.it](http://www.sicch.it)) all'indirizzo di posta elettronica [sicch2014@gmail.com](mailto:sicch2014@gmail.com) ed il termine ultimo per l'invio saranno le ore 24:00 del 31 marzo 2014.

Le lettere di eventuale accettazione saranno inviate entro il 15 settembre 2014.

Come già detto:

- 1) sono abolite le presentazioni poster, e sarà dato maggior spazio alla possibilità di comunicare i risultati mediante comunicazioni orali;
- 2) le tipologie di papers accettate saranno quattro: Italian multicentre studies, Full papers, Short papers, e Video;
- 3) sono previste successive "call for papers" per sessioni "a tema" (con deadlines dedicate), e di questo vi informeremo al più presto;
- 4) non vi è limite al numero di autori per comunicazione.

Voglio inoltre informarVi che gli abstract che avranno come primo autore un collega "under 40" (e questo dovrà essere segnalato nella casella apposita sull'abstract form), riceveranno un "bonus" del 20% di punteggio nel processo di valutazione; questo al fine di favorire le presentazioni dei nostri "giovani".

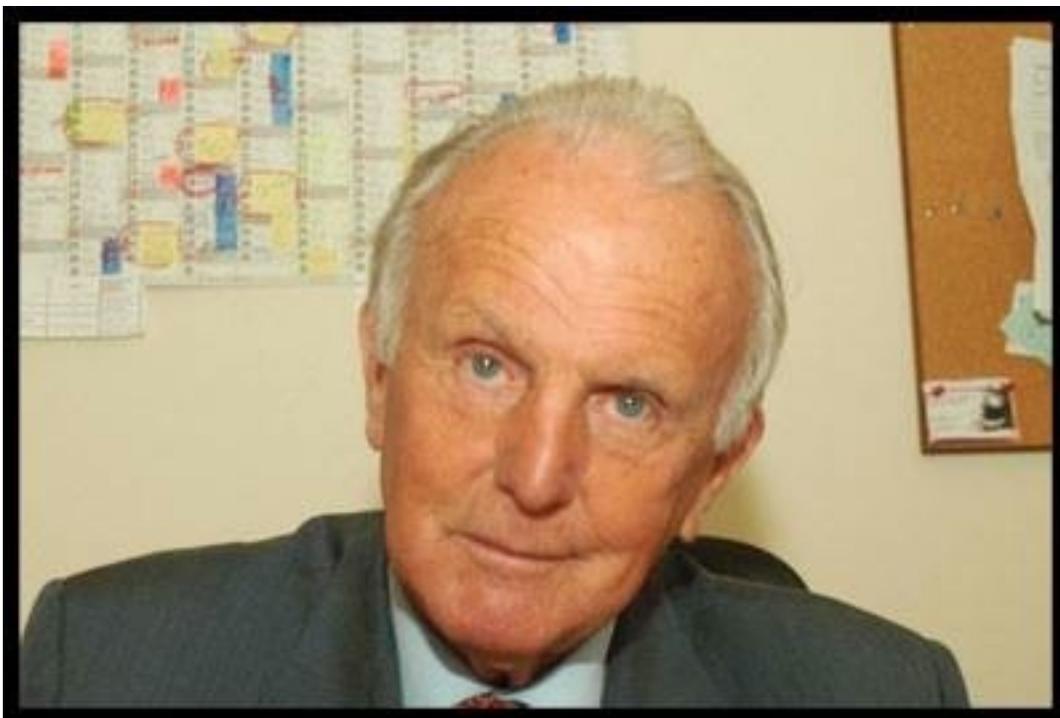
Permettetemi infine di ricordarVi che la data ultima per mettersi in regola con le quote associative e poter essere eventualmente invitati come moderatori o "invited speakers" è stata fissata al 28 febbraio 2014. In altre parole, tutti i moderatori e gli invited speakers saranno scelti dall'elenco di coloro i quali, alla data del 28 febbraio 2014, saranno in regola con le quote associative.

Attendiamo l'invio dei vostri abstracts migliori!!!!

*Alessandro Parolari*

# IL GRANDE LUCIO NON C'È PIÙ!

## IL RICORDO DI LUCIO PARENZAN



Il Grande Lucio non c'è più, se ne è andato in fretta come aveva vissuto, fuori da ogni schema, perché lui era diverso. Se ne è andato senza malattia; solo qualche giorno prima aveva messo in riga tutti i suoi ragazzi alla riunione del mercoledì, citando tipi di intervento, pubblicazioni, dati scientifici. "Il sole magna le ore" ci diceva quando vedeva il ritmo della squadra scendere, non si poteva e non si doveva perdere

tempo, la vita è troppo bella per sprecarne anche un attimo solo. Lucio Parenzan non ha sprecato nessun attimo della sua vita, ha fatto crescere una generazione di chirurghi, ha portato nel nostro paese conoscenza medica, tecnologia innovazione, metodo, ha sempre vinto contro tutto e contro tutti. Il suo entusiasmo, la sua voglia di vivere, di essere medico nell'accezione più grande e profonda erano contagiose, nessuno poteva essere indifferente a quegli occhi che ti scrutavano con curiosità ed ironia. "Se ne va un grande uomo che ci ha insegnato come si deve affrontare la vita e la professione, che ci ha mostrato come deve essere un vero chirurgo e un vero uomo" - Lorenzo Menicanti

"Caro Lucio, mentre ci lasci vorremmo che portassi con te tanti grazie; Quello dei tanti pazienti a cui hai regalato la vita. Quello dei bambini e delle loro famiglie, ai quali hai dedicato la tua esistenza. Quello di chi ti è stato vicino, che hai saputo illuminare con il semplice dono della tua presenza, umanamente e professionalmente edificante. Infine, vorrai gradire il grazie dei tuoi colleghi, di noi tutti cardiocirurghi pediatrici: grazie a Te ci siamo appassionati al cuore dei bambini, abbiamo capito che quella da te percorsa era la via giusta. Ci hai insegnato come fare a curare i nostri "piccoli" pazienti, a perseverare nella ricerca in modo da offrirgli sempre il meglio, e contemporaneamente a capire che la sola maniera per essere più bravi è imparare ad essere critici con noi stessi. Per tutti noi sei stato, sei e sarai un modello esemplare, un Padre a volte anche severo, ma sempre affettuoso.

Grazie, Maestro

*Lorenzo Galletti*



*A lato: Due padri della cardiocirurgia italiana:  
Lucio Parenzan e Angelo Actis-Dato  
Sotto: Lucio Parenzan con il presidente SICCH  
Lorenzo Menicanti*



# L'EDITORIALE DEL MESE

LETTERA DI ROBERTO LORUSSO ALLA SICCH E RELATIVO DIBATTITO



ROBERTO LORUSSO

U.O. DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALI RIUNITI  
BRESCIA

Nel corso degli ultimi mesi all'interno della nostra Società si è sviluppato un lungo dibattito sui criteri di selezione dell'abilitazione scientifica nazionale e dei criteri di valutazione per quello che riguarda le posizioni apicali ospedaliere in cardiocirurgia. Questo dibattito ha portato a diverse prese di posizione, e da questo momento in poi si è aperto un amplissimo confronto sui percorsi di selezione. Riteniamo questo dibattito un momento di grande confronto in un contesto di chiarezza e trasparenza, societaria ed istituzionale. Per questo motivo abbiamo raccolto i vari contributi e Ve li proponiamo sul bollettino di questo mese, in quanto riteniamo che la SICCH debba sempre più svolgere –a tutti i livelli- il ruolo di interlocutore istituzionale ogni volta che vi siano argomenti che interessano la nostra categoria/professione. Così è stato per gli aspetti medico legali e di responsabilità civile e penale di noi cardiocirurghi, e così continuerà ad essere anche negli aspetti di selezione delle future forze cardiocirurgiche italiane. E l'unico modo per essere ritenuti credibili come Società (e soprattutto come interlocutori istituzionali credibili) è la promozione della trasparenza e del merito in ogni occasione.

*Lorenzo Menicanti*

## LETTERA DI ROBERTO LORUSSO ALLA SICCH.

Carissimo Presidente, Carissimo Segretario Scientifico, Egr. Membri del Consiglio Direttivo della Società, cari Soci e Simpatizzanti,

In allegato la comunicazione che ho da poco ricevuto per la partecipazione al concorso per Direttore di Struttura Complessa di Cardiochirurgia dell'Ospedale di Alessandria. Chiedo cortesemente di far circolare questa mia mail ed i commenti in essa contenuti (per i quali mi scuso per la inusitata lunghezza...ma non volevo sentirmi da meno di altri colleghi universitari.....e non.....) in quanto, forse, i tempi sono maturi per una riflessione profonda e, magari, per una presa di posizione da tanto tempo colpevolmente assente (ma ci spero pochissimo).....e se non vi sarà, vorrà dire che dovremo prendere atto, per l'ennesima volta, che il sistema Italia, invece che celebrare i 150 anni di costituzione, dovrebbe considerare di resettare tutti gli apparati, leggi ed Istituzioni in quanto assolutamente scadenti, soprattutto in ambito sanitario-universitario. Come si evincerà dalla modalità di valutazione dei candidati, su un punteggio massimo di 100, il curriculum, questo sconosciuto, potrà valere al massimo 30 punti.....dicasi 30....meno di un terzo.....e come si sa, il curriculum contiene la formazione personale, le esperienze lavorative, la carriera (se esiste) scientifica, e, ovviamente, la casistica operatoria.

Se tanto mi da tanto, tutto quello che ho elencato prima vale al massimo meno di un terzo nella valutazione personale da parte della commissione, mentre il 70 per cento, dicasi 70%, è collegato alla valutazione del colloquio che, notoriamente in queste occasioni, rappresenta un fulgido esempio di scrupoloso esame professionale-scientifico, con attento controllo delle qualità del candidato, delle potenzialità dello stesso, delle caratteristiche di capacità di management, e delle eventuali progetti nei confronti del centro per il quale si presenta come possibile direttore.....questo in 5/10 minuti.....al massimo.....insomma.....sappiamo tutti di cosa parliamo (io di sicuro, visto che ho presenziato a 6 concorsi di tale fatta negli ultimi 4 anni.....).

Forse il concorso di Alessandria si caratterizzerà per unicità, serietà e completezza di metodo di valutazione, ma lasciatemi immaginare che così non sarà.....

Io penso che, da professionista e da persona che ha speso molto del proprio tempo a lavorare su più fronti pensando soprattutto che le esperienze e il bagaglio culturale e clinico delle stesse potessero rappresentare un valore aggiunto, dopo aver "gustato" i risultati della "commissione illuminata" dell'Abilitazione Nazionale, non avrò il coraggio di attendere anche quella dell'Ospedale di Alessandria (e a breve anche quella di Brescia o di altre sedi.....).

Carissimo Presidente, questo è lo scenario, questi sono i fatti.....tutto il resto non è solo noia.....ma anche desolazione e disillusione.....io penso che d'ora in avanti i miei unici consigli ai colleghi più giovani saranno orientati verso l'esortazione a espatriare prima possibile o di cambiare professione....sì...proprio di non intraprendere la carriera di medico.....non in Italia.....oppure di tro-

varsi i soliti agganci e raccomandazioni di biblica memoria...

I miei propositi attuali saranno di portare a termine alcuni progetti in corso e poi di abbandonare i contatti con le Istituzioni nazionali, fino a quando (ma penso che tale momento mi vedrà sicuramente in pensione, se non in altro luogo più esoterico) non avvertirò chiaramente che l'atmosfera e la gente sarà o cambiata o palesemente desiderosa di mettere fine a questo scempio costante ed inveterato. So che a tante persone questa comunicazione rappresenterà il nulla, o al massimo un flebile fastidio a qualche parte del corpo (o dell'anima....dipende dalla sensibilità...), ma ho pensato che era opportuno dare un piccolo segnale di vita, dopo i recenti trascorsi che avevo volutamente evitato di commentare ufficialmente (non in privato).

Ritengo con convinzione piena che, quando sono stato chiamato in aiuto di una Società Italiana in agonia, abbia dato molto personalmente affinché tale Istituzione non scivolasse verso un abisso difficilmente recuperabile, e che abbia tracciato alcuni percorsi che ancora oggi sono perseguiti. Proprio per questo rivendico il diritto di esprimere un immenso e profondo sentimento di disgusto. Ripeto, sappiamo tutti di cosa parliamo e mi dispiace ancora una volta sottolineare come le situazioni sono conosciute, sotto gli occhi di tutti, e come tutti si faccia finta di niente....auguri a tutti! Io non mi sento parte di tale teatrino.....tra soci che si dimettono, ma che non erano soci, tra valutatori che valgono un millesimo dei valutati, ma che si permettono di pontificare giudizi scientifici, tra leggi che con limpidezza disconoscono le più elementari regole di meritocrazia, tra sperimentazioni cliniche che si realizzano per curare i soliti noti, etc. penso che ve ne sia abbastanza. Vi ringrazio della compagnia nell'ambito del mio viaggio nella cardiocirurgia.....ho incontrato molte persone di valore e degli amici veri, penso che sia il momento di tenermi stretto ciò che c'è di buono (pochissimo) e di lasciare perdere tutto il resto. Ripeto...auguri a tutti e buon lavoro.....

Roberto Lorusso

Ex segretario scientifico della SICCH Lombardia

Ex Segretario Scientifico della SICCH

*Ex Direttore dell'EACTS School*

*Ex Fondatore della Junior Committee e Membership EACTS*

*Associate Editor International Journal of Cardiology*

*Revisore per le maggiori riviste internazionali di settore*

*PhD presso Università del Limburg, Maastricht*

*Master presso Università Pierre e Marie Curie, Parigi*

*Junior Investigator's Award EACTS*

*Lillehei Award EACTS*

*Conference Chair (2012-2014) Euro-ELSO*

*Steering Committee Member Euro-ELSO*

*Vincitore di Bandi Ministeriali e ideatore di prototipi biomedicali*

Organizzatore (in collaborazione) del primo congresso mondiale sul trapianto cellulare in medicina cardiovascolare

Organizzatore del primo congresso europeo sull'ECMO

Realizzatore di pubblicazioni e mostre storico-scientifiche (con il grande Actis ed altri amici !)

Principal Investigator di molti studi clinici e sperimentali

Autore di 500 pubblicazioni (ma valutate solo 20 o 14 da una commissione non ben definita) e primo operatore in migliaia di interventi chirurgici.....e altro ancora nel curricu-

lum, ma che vale meno di 1/3 nel giudizio finale ad un concorso nazionale (una volta tanto me la suono e me la canto.....)

 Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria

Via Venezia, 16 - 15121 ALESSANDRIA  
Tel. 0131/206111 - [www.ospedale.al.it](http://www.ospedale.al.it)  
[info@ospedale.al.it](mailto:info@ospedale.al.it)  
[asoalelessandria@pec.ospedale.al.it](mailto:asoalelessandria@pec.ospedale.al.it) (solo certificata)

C.F. - P.I. 01640560064

S.C. Gestione e sviluppo del personale  
Direttore: dr.ssa Patrizia Nebiolo  
Responsabile del procedimento: dott.ssa Lombardi Simona  
email: [slombardi@ospedale.al.it](mailto:slombardi@ospedale.al.it)  
Tel: 0131/206768 - Fax: 0131/206857

**RACCOMANDATA R.R.**

REGIONE PIEMONTE  
Azienda Ospedaliera  
Alessandria  
Prot. n° 960 - 17/01/2014

Dr. Lorusso Roberto  
Via Stretta n. 21  
25128 Brescia

**OGGETTO:** Procedura per il conferimento dell'incarico quinquennale al posto di Dirigente Medico - Direttore di Struttura Complessa "CARDIOCHIRURGIA". **Convocazione dei candidati**

Si comunica che, con determinazione del Direttore S.C. Gestione e sviluppo del personale n. 13 del 16/01/2014, la S.V. risulta in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione in oggetto indicata.

La S.V. è pertanto convocata per **Giovedì 6 Febbraio 2014 alle ore 09.00** presso l'Area Didattica di questa Azienda Ospedaliera, sita in Via S. Caterina n. 30, piano terra, Alessandria, per sostenere il colloquio previsto dall'art. 8 del D.P.R. 10.12.1997 n. 484.

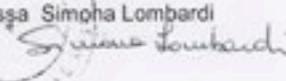
La S.V. dovrà presentarsi all'ora e nel giorno sopra indicati fornita di un valido documento di identificazione, fermo restando che la mancata presentazione sarà considerata quale rinuncia.

Con la presente, in ottemperanza a quanto stabilito dalla Regione Piemonte con DGR n. 14-6180 del 29/07/2013 "disciplinare per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica e veterinaria e per la dirigenza sanitaria nelle aziende ed enti del SSR ai sensi dell'art. 4 del d.l. n. 158 del 13/09/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189 dell'8/11/2012", si intende altresì informare che:

- gli ambiti di valutazione saranno articolati nelle seguenti macroaree: 1) curriculum; 2) colloquio;
- la Commissione di selezione ha a disposizione un totale di 100 punti da attribuire ad ogni candidato. Il punteggio sarà così articolato: massimo n. 30 punti per la valutazione del curriculum; massimo 70 punti per la valutazione del colloquio;
- il colloquio si intende superato con l'attribuzione del punteggio minimo di 49;
- la tema dei nominativi dei candidati idonei da presentare al Direttore Generale sarà individuata sulla base dei migliori punteggi totali attribuiti.

Si segnala infine che, stante la numerosità dei candidati, la S.V. dovrà ritenersi impegnata per l'intera giornata.

Si resta a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento e si porgono cordiali saluti.

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE DI SELEZIONE  
dr.ssa Simona Lombardi  


 REGIONE PIEMONTE  
[www.regione.piemonte.it/sonito](http://www.regione.piemonte.it/sonito)





COMMENTO DI Giovanni Casali, Dipartimento di Cardiocirurgia, Ospedale San Camillo, Roma

Egregi Componenti del Consiglio Direttivo, Carissimi Soci, Gentili Colleghi,

Sono rimasto molto colpito dalla lettera aperta di Roberto e francamente non mi sento di lasciare che la sua resti una “voce solitaria” anche perché queste idee e questi stati d’animo hanno spesso occupato le nostre conversazioni e tanto vale allora cogliere l’occasione per esprimere con maggior completezza quello che penso essere un sentire molto diffuso.

Che in un concorso per Direttore di struttura complessa di un ospedale pubblico, tanto più se nell’ambito di una disciplina chirurgica (laddove l’esperienza conta, eccome!), venga letteralmente invertito ciò che il comune buon senso suggerirebbe nella ponderazione relativa del curriculum vitae rispetto a un colloquio mi sembra semplicemente RI-DI-CO-LO (leggendo la lettera di convocazione inizialmente pensavo che si trattasse di un banale errore di stampa!!!). Non si capisce infatti come anche la più accurata e scrupolosa valutazione in sede di colloquio possa sovrastare il peso di carriere professionali pluriennali (spesso più che ventennali!) fatte di formazione, attività chirurgica, organizzativa, gestionale, scientifica ecc. La legge infatti non a caso parla di “colloquio” e non di “esame” svuotando così la prova di ogni contenuto nozionistico e teorico per calarsi proprio nella verifica delle esperienze professionali del candidato (cioè il suo curriculum), nella valutazione dell’aderenza del suo profilo ai requisiti aziendali e nelle linee programmatiche che il candidato intenderebbe attuare qualora gli venisse conferito l’incarico. Ma se il curriculum rappresenta nel contempo il presupposto

e il contenuto fondamentale dello stesso colloquio come è possibile che tale ambito valutativo di fatto autoreferenziale e fatto di “buoni propositi” (“in caso di conferimento dell’incarico attuerei i seguenti programmi:...”) possa essere molto più importante di quanto il candidato ha già effettivamente realizzato nella propria carriera? Verrebbe da chiedere agli illuminati decisori di tale singolare ripartizione di punteggi: se avessero bisogno di un intervento al cuore sceglierebbero il chirurgo a cui affidarsi sulla base di dati oggettivi e documentabili (esperienza , mortalità ecc) o sulla suggestione di un colloquio e in base all’abilità autoreferenziale dell’operatore? Tanto per sdrammatizzare, ma anche per renderci conto di come tale grossolana distorsione valutativa possa essere percepita al di fuori del mondo cardiocirurgico, invito tutti a leggere cosa ne pensa a proposito l’Anao

Piemonte nella comunicazione web: [http://www.anaao.piemonte.info/anaao\\_piemonte/per-fare-il-cardio-chirurgo-ad-alessandria-basta-saper-parlare/](http://www.anaao.piemonte.info/anaao_piemonte/per-fare-il-cardio-chirurgo-ad-alessandria-basta-saper-parlare/) , che qui vi allego.

Occorre tuttavia ricordare che la discrezionalità nell’attribuzione dei punteggi delle cosiddette “macroaree valutative” è comunque riconosciuta per legge alle Amministrazioni Ospedaliere (non mi risulta che esistano direttive vincolanti in tal senso né in ambito nazionale né regionale) ed è bene che le Amministrazioni esercitino tale facoltà assumendosene ogni responsabilità. Quello che invece potrebbe essere fuori dalle regole è il non stabilire i relativi punteggi prima dell’acquisizione delle domande; cioè il non specificarlo nell’iniziale bando come per altro raccomandato dalle direttive regionali che disciplinano la materia (DGR n.14-6180). Da questo punto di vista vorrei un po’ completare e per certi versi rettificare quanto espresso da Lucia Torracca in commento alla lettera di Roberto. Lucia vedrebbe nell’esplicitazione di punteggi relativi un lato comunque positivo della vicenda. Mi sembra però importante chiarire che se vi è qualcosa di positivo questo deriva dall’obbligo di attenersi a una nuova disposizione legislativa in materia (cosiddetto decreto Balduzzi, novembre 2012) e non certo da uno spontaneo sforzo di trasparenza da parte dell’amministrazione ospedaliera in questione. Questo è infatti uno dei primi concorsi, almeno per la cardiocirurgia, in cui viene applicata la nuova normativa. Vengono introdotte significative modifiche nelle procedure concorsuali tra cui il rafforzamento della componente tecnico-specialistica della commissione, l’obbligatorietà di una graduatoria (e non il semplice giudizio di idoneità) e pertanto la necessità di definire i punteggi dei singoli ambiti valutativi. Tali definizioni, tuttavia, devono essere veramente a priori, cioè esplicitati nel bando iniziale, e non comunicati, come nel caso di Alessandria, circa otto mesi dopo la consegna delle domande e a soli 15 giorni dal fatidico colloquio.

Per concludere vorrei uscire dalla contingenza del caso specifico e suggerire una lettura un po’ più generale del problema. Non vi è dubbio che il decreto Balduzzi rappresenti uno sforzo per porre un argine alla discrezionalità politica nelle nomine dei vertici delle unità operative complesse; tuttavia distorsioni valutative di questo tipo rischiano di far entrare dalla finestra ciò che si è appena fatto uscire dalla porta. In altri termini viene di fatto mantenuta una nomina politica mascherandola però da decisione tecnica. Questo tipo di applicazione della nuova normativa rischia addirittura di essere peggiorativa rispetto al

vecchio sistema perché sottrarrebbe il decisore politico da ogni responsabilità di “accountability” (parola aimè non traducibile in italiano...) consentendogli la possibilità di “nascondersi” dietro una gra-

duatoria stilata da una commissione tecnica forse nemmeno troppo consapevole dell'importanza e della responsabilità che la nuova normativa gli attribuisce. Di fronte a una materia così complessa, delicata e in evoluzione penso che tutti gli appartenenti a una categoria professionale siamo chiamati a una profonda e seria riflessione collettiva. Questo non tanto e non solo per le future sorti della cardiocirurgia di Alessandria ma soprattutto per non creare un precedente che vanifichi sul nascere le buone intenzioni di una nuova norma di legge. Voglio pertanto associarmi a quanto accuratamente emerge dalla lettera di Roberto: <<Società, se ci sei, batti un colpo!>>.

*ANAAO Piemonte info*

<http://www.anaao-piemonte.info/anaao-piemonte/per-fare-il-cardiochirurgo-ad-alessandria-basta-saper-parlare/>

by Gabriele Gallone

Per fare il cardiochirurgo ad Alessandria basta saper parlare. Parrebbe che alla ASO di Alessandria abbiano deciso di comunicare solo ora (dopo un anno dal deposito delle domande) che il concorso da Primario in cardiocirurgia si baserà sui seguenti criteri: 30% del punteggio riservato al curriculum vitae, 70% al colloquio. Quindi i futuri pazienti sappiano, prima di finire sotto i ferri per farsi impiantare una valvola cardiaca o un by pass, che il responsabile della cardiocirurgia che li opererà è stato scelto più per la sua fluenza del linguaggio, l'espressività e la conoscenza della burocrazia sanitaria piuttosto che il numero degli interventi, l'esperienza all'estero, le pubblicazioni, la complessità dei casi trattati ecc.

E' mai possibile che invece che tale scelta, che all'estero sarebbe considerata una barzelletta, sia dettata dal fatto che CHI deve vincere, non avrebbe possibilità di competere sui titoli, mentre sulla chiacchierata con pasticcini e tè non avrebbe rivali?

Stiamo approfondendo le caratteristiche di un possibile predestinato. Chi ha orecchie per intendere intenda.

La lettera di Roberto Lorusso apre un dibattito ampio e dai numerosi risvolti. Abbiamo chiesto a Lucia Torracca, socio SICCH e primario U.O. Cardiochirurgia Ospedale Lancisi di Ancona, di commentarla, e La ringraziamo per questo.

Cari Soci, Gentili Colleghi,  
ho letto con interesse la lettera di Roberto e vorrei fare alcune considerazioni. Sono pienamente d'accordo con lui in merito al fatto che il curriculum rappresenti un elemento essenziale per la valutazione di un candidato ad un concorso. Detto questo è ovvio che il curriculum non possa rappresentare solo il 30% della valutazione del candidato. Altrettanto vero è il fatto che i colloqui per questi concorsi sono generalmente, almeno nella mia esperienza, delle brevi chiacchierate, dalle quali è impossibile evincere realmente le competenze dei singoli candidati. Ho trovato però singolare e, a mio avviso positivo, il fatto che in questo concorso siano stati definiti dei criteri di valutazione numerici, cosa che non è sempre presente o almeno non lo era nei concorsi ai quali io ho partecipato. Sebbene io concordi sul fatto che tali criteri non siano corretti, essi rappresentano pur sempre un punto di partenza per una discussione e una eventuale modifica. Se un documento ufficiale, come quello che tu alleggi, stabilisce dei criteri numerici, vi è uno spazio per avanzare, nelle sedi adeguate, una motivata proposta di cambiamento e di miglioramento dei criteri stessi.

Ben diversa è la situazione che abbiamo visto spesso, nella quale nessun criterio di valutazione oggettiva è prespecificato e la valutazione è effettuata sulla base di parametri assolutamente non noti (o meglio noti a tutti ma non dichiarabili!).

La selezione di un Direttore di Struttura complessa può seguire criteri differenti nei singoli centri poiché la figura professionale più adatta alla singola posizione può avere peculiarità differenti in ogni centro.

In tal senso credo che le caratteristiche peculiari di tale figura vadano chiaramente indicate nel bando di concorso e i criteri di valutazione accuratamente specificati al fine di rendere comprensibile e quanto più possibile trasparente il risultato finale. L'attività di ricerca, per esempio, può rappresentare un elemento di grande interesse per alcuni centri ma non per altri. Allo stesso modo, una esperienza chirurgica specifica in un determinato settore, può correttamente motivare la scelta di un candidato rispetto ad altri. In tal senso ritengo corretto che lo stesso bando di concorso lo specifiche a priori. Quando le regole sono scritte, la violazione delle stesse, offre a chi lo ritiene opportuno, la possibilità di chiederne ragione. Quando non esiste una regola, anche questa possibilità ti è negata. Detto tutto ciò, sono d'accordo con Te che siamo ancora molto lontani da un sistema equo e meritocratico, ma ritengo comunque che non sia giusto gettare la spugna né tanto meno spingere i nostri colleghi più giovani a farlo.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo una comunicazione del Dott. Nicola Giorgione, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria in merito alla procedura di selezione in svolgimento presso l'Azienda Ospedaliera di Alessandria per l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa di Cardiochirurgia.

Spett.le Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Le trasmetto la presente poiché sul sito della Società stessa è stata pubblicata la nota del dott. Lorusso, relativa alla procedura selettiva in svolgimento presso questa Azienda Ospedaliera di Alessandria per l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa di Cardiochirurgia, rispetto alla quale lo stesso dott. Lorusso riveste il ruolo di candidato.

Le comunico che questa Amministrazione ha annullato la prova di colloquio, già fissata per il 6 febbraio 2014, e che adotterà il provvedimento con il quale da un lato disporrà la revoca, in autotutela, dell'attuale procedura selettiva e dall'altro ne avvierà una nuova relativa al medesimo incarico. La decisione è stata assunta in quanto l'Azienda ha ritenuto doversi pubblicare nuovo avviso contenente gli elementi richiesti dalla D.G.R. 29.07.2013 n. 14-6180, mancanti nel precedente avviso in quanto pubblicato anteriormente alla DGR stessa.

Relativamente al dibattito inerente i criteri di valutazione, comunico che nella nota del dott. Lorusso non è presente l'ulteriore dettaglio nel quale si articolano le macro-aree di valutazione. Confermo che i criteri prevedono:

§ punti 30 per la valutazione del curriculum articolata sui seguenti fattori:

- a) esperienze di carattere professionale e formativo
- b) titoli professionali posseduti
- c) volume dell'attività svolta
- d) aderenza al profilo professionale ricercato, come pubblicato nell'avviso

§ punti 30 per la valutazione, nell'ambito del colloquio, delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina, con riferimento anche alle esperienze professionali documentate e pertanto 60 punti totali sono destinati alla valutazione degli aspetti clinico scientifici

§ punti 40 per l'accertamento, sempre nell'ambito del colloquio, delle capacità gestionali, organizzative e di direzione, con riferimento all'incarico da svolgere

per un totale complessivo di punti 100.

Tanto si doveva per corretta e completa informazione.

Invito la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca dare alla presente diffusione analoga a quella garantita al dott. Lorusso.

Commento del Dr

Riceviamo oggi e pubblichiamo il contenuto di Michele Triggiani della U.O. di Cardiochirurgia, Ospedale Manzoni di Lecco.

Egredi Membri del Consiglio Direttivo, Egredi Soci, Care Colleghe e Cari Colleghi, pur non appartenendo più ormai da qualche anno alla Società, vorrei portare il mio contributo alla discussione che è stata aperta da Roberto Lorusso sul tema del concorso per il primariato di Alessandria, discussione sulla quale ritengo di avere titolo per esprimere la mia opinione. Nel maggio 2010 avevo presentato anche io domanda di partecipazione a questo concorso, ma non ho aderito alla successiva richiesta di aggiornamento dei titoli. Questa mia "auto-esclusione", è scaturita dall'esperienza maturata in almeno tre dei sei concorsi espletati negli ultimi quattro anni a cui si riferisce Roberto, e a cui ho partecipato anche io come candidato (Novara, Cagliari, Mantova). Desidero innanzitutto dichiarare la mia affettuosa solidarietà a Roberto, a cui riconosco il merito, con la sua lettera aperta, di avere gettato un sasso nello stagno.

Tuttavia, credo che dovremmo approfittare di questa occasione, in cui viene affrontato pubblicamente il tema dei concorsi per direttore di struttura complessa, per sollevare almeno alcuni dei veli di ipocrisia che circondano l'argomento.

Credo che sia ben noto che i concorsi non sono delle libere competizioni in cui tutti gareggiano al meglio delle proprie capacità, e in cui quindi, sportivamente, vince il migliore, ma somigliano di più ad una complessa rappresentazione teatrale.

Il decreto Balduzzi, nel lodevole tentativo di rendere più meritocratica la scelta del candidato, vincola la nomina del nuovo primario, prima affidata alla discrezionalità del Direttore Generale, ad un punteggio espresso da una commissione d'esame composta da esperti, sulla base di complesse valutazioni di criteri oggettivi e sulla base di un colloquio d'esame.

Ma, ci aspettiamo veramente che queste modifiche del regolamento, possano effettivamente cambiare l'andamento dei concorsi da primario?

E anche il dibattito sul peso percentuale del curriculum rispetto al colloquio orale (che mi appassiona assai poco), cioè, rispettivamente, 30% e 70% come indicato ad Alessandria, piuttosto che 40 e 60 in altre regioni, o anche fosse 50 e 50, siamo veramente sicuri sia così importante ai fini della determinazione finale del vincitore?

La lettera di Roberto mi ha invitato a riflettere su quello che credo sia un tema centrale, ovvero quale delle due possibili alternative di modello concorsuale sia la più corretta, tra un concorso in cui la decisione è affidata in ultima analisi al DG, coadiuvato da una commissione di tecnici, ed un concorso basato su di una meticolosa valutazione del curriculum e relativo punteggio finale (con identificazione di criteri oggettivi, quali impact factor delle pubblicazioni, e non il loro numero, peso e complessità della casistica chirurgica personale, e non il solo volume, validazione della casistica e non auto-certificazione, etc.),.

Nel mondo della scuola pubblica, ad esempio, i posti vengono assegnati solo in base a graduatorie e punteggi.

Personalmente, visto che gli ospedali pubblici oggi sono delle Aziende, credo che il DG, cioè il manager responsabile, abbia, lui e solo lui, il delicato diritto-dovere di scegliere i propri dirigenti, operando la scelta che ritiene la migliore possibile per la realtà particolare che si trova a dirigere, e che, verosimilmente, nessuno conosce meglio di lui stesso.

E, sempre nel tentativo di essere diretto e sincero, chi fra gli aspiranti candidati ad un concorso da primario non ha chiesto (e sempre ottenuto nel caso del sottoscritto) un colloquio con il direttore generale prima del concorso? Colloquio, al quale il più delle volte presenza anche il direttore sanitario, e che si rivela quindi un vero e proprio "esame" in cui vengono analizzate le capacità ed esperienze professionali del candidato, i suoi progetti e programmi futuri, l'attitudine alla leadership, e tutto quello che attiene al ruolo di un futuro direttore di struttura complessa. Questo rappresenta il vero colloquio d'esame, e non i 5-10 minuti davanti alla commissione d'esame, che effettivamente probabilmente sono insufficienti ad esprimere una valutazione approfondita.

Ritengo quindi, ma ribadisco che è una posizione assolutamente personale, che la funzione dei concorsi pubblici da primario, dovrebbe essere solo quella di permettere al DG di individuare preventivamente quali professionisti aspirino ad uno specifico ruolo, permettendogli di valutarli in un colloquio riservato individuale precedente al concorso vero e proprio, facendone poi attestare professionalità ed idoneità da dei tecnici molto competenti della disciplina.

Detto questo, vi confesserò che non credo più a Babbo Natale ormai da molto tempo, e mi è ben chiaro che altre dinamiche possono concorrere ad influenzare le scelte dei DG, ma non per questo, e forse anzi proprio per questo, non credo sia dirimente nella valutazione dei candidati il punteggio per-

centuale assegnato al curriculum professionale piuttosto che al colloquio. In un mondo ideale la scelta di cui il DG si assume la responsabilità, dovrebbe essere sempre libera da condizionamenti di qualsivoglia natura, e votata unicamente ad essere la migliore possibile. Ma non avviene sempre così, e questo è il vero problema.

Concludo con questa domanda rivolta a coloro che preferirebbero concorsi in cui il curriculum avesse un peso determinante e decisivo: sono proprio sicuri che, una volta diventati primari, accetterebbero di buon grado che la scelta dei loro futuri collaboratori fosse interamente basata su un concorso essenzialmente per titoli?

# UMANESIMO E CARDIOCHIRURGIA

## CHIRURGIA DIFENSIVA: IL RISVEGLIO DELLE COSCIENZE



PINO FUNDARÒ

L'incessante sviluppo scientifico e tecnologico ha largamente ampliato le applicazioni cliniche della chirurgia. Fra le tante (chirurgia conservativa o aggressiva, chirurgia a cielo aperto o mini-invasiva, chirurgia estrema o compassionevole, chirurgia in urgenza o emergenza, chirurgia robotica e così via), a rivestire allo stato attuale particolare interesse è il fenomeno della chirurgia difensiva: cioè, di quelle scelte terapeutiche medico-chirurgiche dettate non tanto dalle effettive necessità del paziente, quanto dalla determinazione del medico di proteggersi dall'esposizione al rischio di malpractice e dal contenzioso giuridico relativo.

Originato negli USA anni '70, il fenomeno ha assunto in tempi recenti allarmanti proporzioni e sempre più ampia diffusione. Si apprende da fonti autorevoli che il 90 per cento dei medici ammette di aver fatto ricorso a pratiche chirurgiche difensive.

Combattere il fenomeno non è facile per varie ragioni: un numero imprecisabile di casi rimane sommerso e non viene mai alla luce; nel singolo paziente, è difficile stabilire quanto, in determinate decisioni vi sia di difensivo; vi possono

essere situazioni che esigono la chiamata in causa di altre discipline (etica, deontologia, giurisprudenza, filosofia, economia..). Inoltre è da considerare quanto variabile possa essere da chirurgo a chirurgo l'atteggiamento operatorio (da conservativo ad aggressivo) e quante incertezze possano scaturire dalla mancanza di criteri ampiamente condivisi a cui fare riferimento.

Fra le cause responsabili del fenomeno, un ruolo di primaria importanza debba essere riconosciuto all'attuale, crescente degrado del rapporto medico-paziente. La sfida che dobbiamo sostenere per contrastare il dilagare del fenomeno è assai ardua, ma c'è un principio basilare che non ammette discussioni e che deve essere assolutamente condiviso: in questa sfida, il medico e il paziente non combattono l'uno contro l'altro, ma insieme, da alleati, lottano contro lo stesso male.

Tralasciando, in questa sede, la crisi profonda che attualmente attraversa il nostro sistema sanitario, sono fondamentalmente due gli aspetti su cui soffermarsi a riflettere: a) la crescente sfiducia (se non ostilità) dei pazienti nei confronti del medico; b) la disaffezione del medico (chi-

urgo nel nostro caso ) verso la sua professione e, di conseguenza, l'indifferenza verso la sorte del paziente.

Ridare fiducia al paziente

Innanzitutto, onestà intellettuale impone il riconoscimento della condizione di maggiore debolezza del malato che si accinge ad affrontare un evento decisivo della sua vita. E' pertanto doveroso, da parte del chirurgo, adoperarsi per la promozione di un rapporto paritario fra medico e paziente, che sia, per il più debole, fonte di fiducia e di speranza, nonché garanzia di piena autonomia decisionale.

Ogni paziente rappresenta una storia a sé ed ha bisogno di essere informato, ascoltato e di trovare risposte confortanti ai suoi inquietanti problemi. Mai lasciare inaridire quella fonte di energia vitale che è la speranza, che sostiene, in ogni paziente, la volontà della guarigione. Soddisfare le esigenze di ciascun malato è forse impossibile, ma molto si può dare accostandosi ad esso con umiltà e spirito di servizio, senza mai essere avari di sé stessi. Si può dare tanto anche con la parola che, se tradotta in un linguaggio semplice e chiaro può veicolare la comunicazione di un umanesimo moderno al passo con il nuovo che continua ad avanzare.

Ridare dignità e motivazioni al chirurgo.

Dopo decenni segnati dalla crescita dello strapotere deleterio della politica, la crisi sanitaria è oggi sotto gli occhi di tutti. Va tuttavia riconosciuto che anche da parte dei medici non sono mancate colpe ed inadempienze.

Nell'affrontare le specifiche problematiche della chirurgia difensiva alcune raccomandazioni preliminari sono da ribadire.

Un efficace risanamento delle questioni sanitarie non potrà che venire dai medici i quali devono assolutamente liberarsi della frustrazione di sen-

tirsi incompresi e sfruttati, chiamando in causa le responsabilità altrui prima delle proprie. Anche a prezzo di personali sacrifici, è tempo di sradicare la cultura del piagnisteo: tornino i medici ad impegnarsi con coraggio e autorevolezza per ridare slancio e prestigio alla loro immagine, il camice bianco esibito con orgoglio come una bandiera da sventolare in difesa del malato e della professionalità. Reimpari il chirurgo ad amare il proprio lavoro e ad esserne orgoglioso; a far sì che che carisma ridiventi una parola alta, un contenitore di valori positivi da spendere a vantaggio di chi soffre.

E' ora che con apposite norme il legislatore provveda ad arginare la valanga di denunce che si abbatte sui chirurghi e ad abbreviare la gestione di eventuali contenziosi legali. Non è ammissibile la caccia al medico organizzata a fini di lucro da studi legali dedicati ed è intollerabile che i medici vengano trattati alla stregua di delinquenti comuni, condannati dai media prima di una sentenza giudiziaria. E' doveroso denunciare la malasana, ma è giusto pretendere che con lo stesso rilievo vengano notificati i tantissimi esempi di nobile dedizione al malato, fino al sacrificio della vita.

Dalla pratica clinica, tanti gli scenari da raccontare: atteggiamenti operatori eccessivamente cauti per controverse attribuzioni di diritti e doveri; rifiuto di interventi a rischio per il timore di ricadute negative sulle polizze assicurative; giustificare, fra paure ed ipocrisie, la indisponibilità a farsi carico di casi controversi; cedere, spinti da eccessiva competitività, ad atteggiamenti predatori nei confronti del malato e dei colleghi; inammissibili ritorsioni verso il paziente per l'ineadeguata remunerazione di un lavoro sempre oneroso e di alta responsabilità; subdole espressioni di diffidenza da parte del paziente o dei fami-

liari ("opera lei"?; "quanti nè ha fatti di questi interventi? sono andati tutti bene?") che fanno presumere sequele giudiziarie; la disinformazione: "si tratta di un intervento molto facile, in meno di due ore tutto fatto..." , mentre in cardiocirurgia non esiste il rischio zero; la coscienza messa a tacere quando quantità e produttività allontanano dall'umanesimo.

La chirurgia non è una scienza esatta, essa è dominata dall'individualità e dalla variabilità e non può dire cosa è bene e cosa male. Nell'esercizio della pratica chirurgia più che doti eccezionali sono richiesti dedizione ed umiltà. E' impensabile che i problemi della sanità si possano risolvere solamente con norme e leggi. E' banalizzante credere che, nella pratica quotidiana, l'area dell'arbitrio possa essere ridotta per vie legali: le norme sono strumenti troppo grossolani quando con esse si pretende di imporre decisioni sul trattamento di casi diversissimi: ci sono sempre più casi di quanti ne possa prevedere una legge.

Curare, assistere, consolare questi i doveri inalienabili del bravo chirurgo che deve sempre agire in scienza e coscienza senza lasciarsi fuorviare da confuse ragioni che alterano il delicato equilibrio del rapporto medico-paziente e senza lasciarsi sedurre dal modernismo delle ipertecnologie che confonde i principi dell'umanesimo e tende a cancellare la cultura della morte (in ospedale non si muore più). Bisogna camminare al passo con i tempi che attraversiamo, senza snaturare la professione e senza smarrire umanità, socialità e solidarietà spesso perse di vista nello sviluppo delle nuove terapie.

Per venir fuori dalla palude che attualmente stiamo attraversando, non può bastare il freddo rigore dei criteri scientifici. Bisogna puntare su un risveglio delle coscienze che sappia interpretare lo spirito dei tempi e dettare le regole di un

umanesimo nuovo che, in linea con l'incessante sviluppo del progresso, sappia trovare risposte coerenti alle attese del malato e rinnovate motivazioni per quanti sono dediti con impegno al servizio del malato.

# LA CHIRURGIA A ROMA

NEI 150 ANNI DELL'UNITÀ D'ITALIA (1861-2011)



ROUL BORIONI

DIVISIONE DI CHIRURGIA - U.O. CHIRURGIA VASCOLARE,  
AURELIA HOSPITAL,  
ROMA

*Relazione presentata in occasione delle celebrazioni del 150° Anniversario dell'Unità d'Italia.*

*Roma, 14 novembre 2011, Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria - XV Giornata Scientifica del Gruppo Medaglie d'Oro al Merito della Sanità Pubblica.*

## IL XIX secolo

Nel corso del XIX secolo si rende evidente nei paesi europei, al pari degli Stati Uniti, l'esigenza di costituire una vera e propria Scuola Chirurgica, capace di istruire i medici sullo sviluppo delle nuove tecniche operatorie, oramai in grado di curare patologie fino ad allora difficilmente risolvibili. A Roma, nel cuore dello Stato Pontificio, l'insegnamento della chirurgia viene esercitato sotto la giurisdizione papale, principalmente negli Ospedali Santo Spirito e San Giacomo, a partire dal 1815. Giuseppe Costantini (1801-1871), il chirurgo di Pio IX, è il direttore della Clinica Chirurgica dell'Università Pontificia dal 1851 al 1870.

Nel 1870, dopo la breccia di Porta Pia ed il completamento dell'Unità d'Italia, l'istruzione universitaria passa al Regno, che istituzionalizza la Clinica Chirurgica presso l'ospedale San Giacomo. Ne è il primo direttore Giuseppe Corradi (1830-1907), chirurgo ed urologo di notevole esperienza, che tuttavia lascia la carica precocemente, per trasferirsi a Firenze. Nel 1872 il suo posto viene affidato a Costanzo Mazzoni (1823-1885), marchigiano di Ascoli Piceno, fervente patriota, chirurgo di guerra, laureato a Roma e perfezionato in Francia. Il Mazzoni, altrimenti noto come "il chirurgo della cannuccia", avendo con un'ardimentosa tracheotomia d'urgenza salvato la vita ad un giovane in asfissia, è operatore di notevole esperienza, alla cui scuola si perfezioneranno le nuove leve chirurgiche della città, in primis Francesco Durante. La cattedra di Clinica Chirurgica della Regia Università ha sede nella sala dell'Accademia Medica dell'Ospedale Santo Spirito, ove Costanzo Mazzoni opera, oltre che nel teatro anatomico intitolato a Giovanni Maria Lancisi, eretto per volere di Papa PioVI nel 1870 all'interno dell'Arcispedale San Giacomo in Augusta (1, 4, 5).

Nel 1882, Costanzo Mazzoni, insieme ad altri 5 autorevoli chirurghi (Ferdinando Palasciano, Giuseppe Corradi, Carlo Gallozzi, Enrico Bottini, Pietro Loreta, Enrico Albanese), scrive ai colleghi italiani: Egregio Collega, da qualche tempo corre fra i Chirurghi Italiani non già l'idea, ma il vivo e sentito desiderio di riunirsi e collegarsi in Società, intesa a far conoscere, apprezzare e diffondere il lavoro ed i trovati della Chirurgia Italiana. E' la lettera programmatica dei Soci Fondatori della Società Italiana di Chirurgia, che, analogamente a quanto avviene in Europa, ben interpreta la necessità di riscatto della chirurgia rispetto alla medicina, dopo secoli di inferiorità.

Nel 1885 Mazzoni perde la vita in circostanze drammatiche, apprestandosi ad eseguire una visita domiciliare, verosimilmente in seguito ad un infarto miocardico (1, 2, 3)

### **Francesco Durante e l'inizio della Scuola Romana di Chirurgia**

Allievo di Mazzoni dal 1872, Francesco Durante (1845-1934) vanta una formazione culturale, scientifica e tecnica notevole, essendosi perfezionato chirurgicamente a livello europeo, sia nel corso di soggiorni a Vienna (Billroth), Berlino (Virchow), Londra (Lister) e Parigi (Ranvier), che partecipando alla guerra franco-prussiana del 1870, rilevante "palestra chirurgica" per molti medici dell'epoca.

Durante è nominato Direttore di Patologia Chirurgica nel 1879 e di Clinica Chirurgica nel 1885.



*La sede dell'Istituto Chirurgico di Francesco Durante (1888).*

La sua attività chirurgica si svolge, almeno fino al 1886, presso l'Ospedale San Giacomo, ove insegna nel leggendario teatro anatomico "Giovanni Maria Lancisi", per essere successivamente trasferita nell'Istituto Chirurgico, edificio situato al Gianicolo in via Garibaldi, che si configura come un vero e proprio istituto clinico universitario autonomo (fig.1). In questo edificio verrà ideata e prodotta la pinza chirurgica di Durante (4, 5, 6).



*La sede storica della Clinica Chirurgica del Policlinico Umberto I (1905)*

Francesco Durante, insieme a Guido Baccelli, Cattedratico di Clinica Medica e Ministro della Pubblica Istruzione del Regno, è uno dei maggiori sostenitori della necessità di un policlinico universitario e partecipa pertanto alla realizzazione del Policlinico Umberto I (1888), ove la Clinica Chirurgica si trasferirà definitivamente nel nuovo secolo (1904).

Primo chirurgo al mondo a resecare con successo un meningioma della falce cerebrale (1885), utilizzando una craniotomia da lui ideata (craniotomia con lembo a sezione osteo-tangenziale discontinua secondo Durante), pioniere delle suture ed anastomosi vascolari e di molte altre tecniche dell'epoca, Durante si fa' interprete in Italia della sentita necessità dei chirurghi europei di

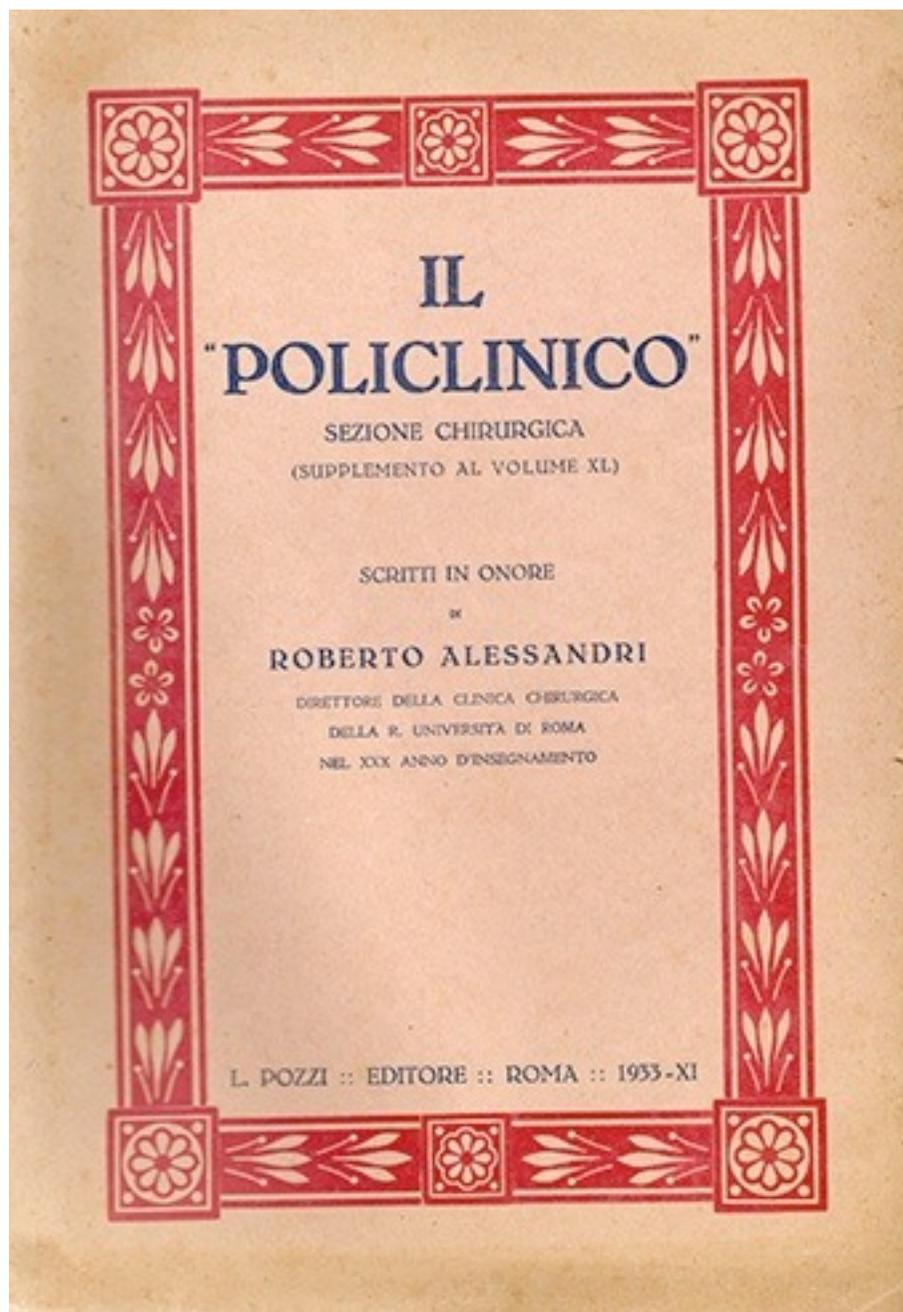
riscattarsi pienamente nei confronti dei colleghi internisti, fino ad allora autorità indiscusse del sapere medico. Questo comune sentimento è ben testimoniato da Theodor Kocher (2), che così si esprime durante una relazione alla Swiss Society of Surgery (1913): Ancora oggi è molto diffuso svilire il chirurgo definendolo un semplice specialista, tuttavia i chirurghi ora sono diventati i veri medici perché, studiando la fisiologia degli organi interni dispongono della terapia di questi ultimi.

In analogia a quanto avviene in Europa e negli Stati Uniti, Francesco Durante sviluppa una importante scuola chirurgica, che acquista piena maturità ed autorevolezza nell'edificio della nuova Clinica Chirurgica all'Umberto I (fig.2). L'interesse per la ricerca scientifica e per l'insegnamento lo stimola a scrivere e pubblicare nel 1907 il Trattato di Medicina Operatoria (7), colmando una lacuna rilevante nella trattatistica italiana, essendo disponibili fino ad allora solamente trattati stranieri tradotti, benché né il forte ingegno, né la profonda cultura facciano difetto fra i nostri insegnanti e nella numerosa schiera di valentissimi chirurghi.

### **L'eredità di Durante: Roberto Alessandri**

Nel 1920 Roberto Alessandri (1867-1948), già primario ospedaliero dell'Ospedale San Giacomo dal 1902, nonché Docente di Patologia Chirurgica della Regia Università, eredita la cattedra di Durante, ritiratosi per motivi di età nella sua Letojanni. Alessandri è degno erede di Durante, alla cui scuola si è formato, e ne prosegue gli intenti, modernizzando la Clinica Chirurgica (4, 5), sia da un punto di vista strutturale (ampliamento della clinica a 90 letti, biblioteca, labo-

ratori, sala sperimentale, museo), che funzionale (autonomia organizzativa, sezione di radiodiagnostica e radioterapia).



*Il volume che raccoglie lavori scientifici di scuole nazionali ed internazionali, scritti in onore di Roberto Alessandri (1933).*

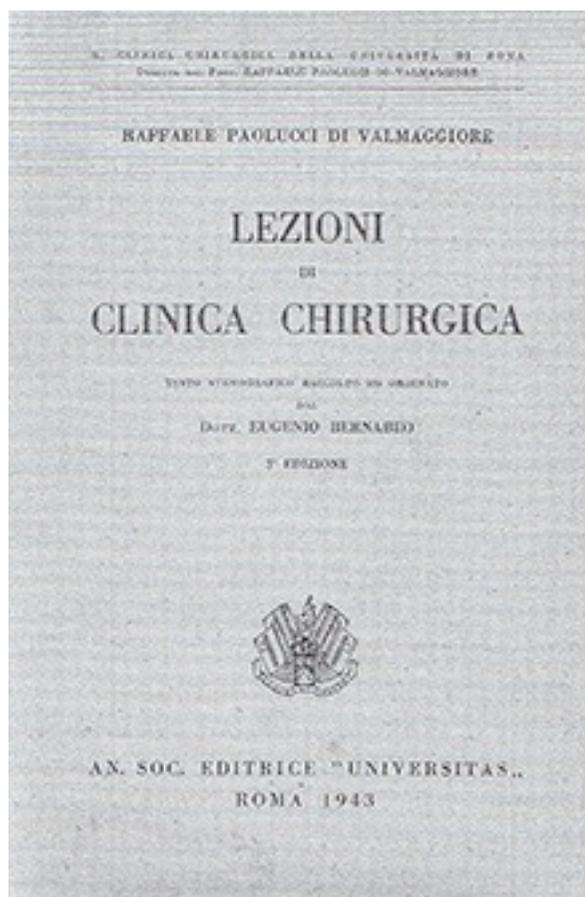
La Clinica Chirurgica di Alessandri, a parte l'attività assistenziale, è caratterizzata dall'impegno scientifico, che determina importanti relazioni e scambi culturali con la chirurgia europea ed extra-europea. La pubblicazione nel 1933 degli scritti in suo onore, in occasione del XXX anno di insegnamento (8), testimonia il valore di quella scuola e l'apertura verso nuovi orizzonti (fig.3). Analogo significato riveste il Manuale di Chirurgia, ideato e pubblicato dai suoi Allievi nel 1934, in cui Alessandri, al pari del suo maestro, dimostra il forte legame con l'insegnamento della chirurgia, avvalorando la propria vocazione didattica (9): Esso deriva dal Trattato di Patologia e Terapia chirurgica di Francesco Durante, che è stato per molto tempo il più completo ed adatto ai nostri studenti dei manuali di Patologia speciale, compendio degli insegnamenti che per quarantun'anni egli ha impartito senza tregua nella nostra Università. Leggendo l'introduzione del Manuale, si apprezza in pieno l'evoluzione della Scuola Chirurgica Romana, che passa dal concetto di chirurgia anatomica a quello di chirurgia funzionale, similmente alle contemporanee scuole europee ed extraeuropee: Nel succedergli, dopo un lungo tirocinio nell'insegnamento della Patologia al suo fianco, sulla Cattedra di Clinica Chirurgica, ho cercato di mantenere integro il carattere fondamentale della Scuola Chirurgica Romana, che nella clinica, tenendo sempre come base l'esposizione chiara dei concetti di patologia e il riferimento continuo alla anatomia patologica, accentuava sempre più quell'indirizzo in senso fisiologico, che oggi è quasi generalmente accettato e seguito, ma un tempo era considerato come una mentalità da condannare, e ritenuto come troppo scientifico e teorico, forse anche come un po' fantastico, mentre l'essenza della chirurgia era considerata la rigorosa tecnica operatoria,

basata su precise cognizioni anatomiche. Questo concetto di chirurgia moderna, basata su criteri anatomo-funzionali, lo avevano indotto a rinnovare strutturalmente e funzionalmente la Clinica Chirurgica: Questa è l'arte, che si deve però unire alla scienza, se non si vuol ridurre la chirurgia a una manualità pura e semplice, difficile e ardua quanto si vuole, che richiede sforzi e dà soddisfazioni nel conquistarla, ma che non può ritenersi più sufficiente oggi, in cui le possibilità chirurgiche estendono sempre più le loro applicazioni nel campo delle malattie interne, e in cui la diagnosi e la terapia tendono sempre più a perfezionarsi su precisi concetti fisio-patologici, su indagini che oltre all'esame diretto del malato richiedono ricerche sempre più fini di laboratorio, specie di ordine bio-chimico e di esami collaterali, e che hanno portato a indicazioni curative che possono essere sembrate dapprima ardite e discutibili, ma che hanno fatto compiere i maggiori progressi alla diagnosi e alle applicazioni terapeutiche, in un sempre più intimo contatto medico e chirurgico.

Qualche anno più tardi Roberto Alessandri colma una lacuna importante nella trattistica chirurgica italiana e pubblica insieme a Luigi Torraca il Trattato di Tecnica Operatoria (10): Il bisogno di un Trattato italiano di chirurgia operatoria era generalmente sentito, e i Collaboratori hanno adempiuto un obbligo che s'imponeva alla Chirurgia italiana. [...] Trattati italiani recenti di chirurgia operativa non esistevano; l'ultimo, ideato su vasto piano, quello del Durante e del Leotta, è rimasto incompleto.

## Raffaele Paolucci di Valmaggione

Raffaele Paolucci (1892-1958), nato a Roma, ma con forti legami con l'abruzzo, sua terra d'origine, approderà alla cattedra di Clinica Chirurgica nel 1938, cattedra che aveva frequentato per 2 anni come assistente volontario di Alessandri dopo la laurea. La carriera universitaria di Paolucci, dopo nove anni di chirurgia nell'Ospedale di Lanciano (1920-1929), inizia con l'insegnamento di Patologia Chirurgica a Bari. Nel 1932 Paolucci viene chiamato a dirigere la Clinica Chirurgica dell'Università di Parma e successivamente quella di Bologna, di cui rimane memoria la raccolta di lezioni collezionata da Eugenio Bernabeo (4, 5, 6, 11).



*Le lezioni di Clinica Chirurgica di Raffaele Paolucci (1943).*

Pioniere della chirurgia gastrica e toraco-polmonare, autore del primo intervento sul polmone in Italia (1935), Paolucci è anche noto per essere stato un eroe della I Guerra Mondiale, avendo affondato a Pola la corazzata austriaca "Viribus Unitis" con un'audace incursione. Paradossalmente questo episodio quasi ne oscurerà le doti chirurgiche negli anni successivi, come se egli avesse ottenuto dal regime fascista i riconoscimenti accademici e la prestigiosa cattedra della Regia Università più per le gesta eroiche, che per la valenza chirurgica. Giorgio Di Matteo, che sarebbe stato un suo giovane allievo negli anni a venire, racconta un episodio in proposito (12): Molti anni prima, poco più che bambino, ero stato da lui visitato per non so quale malattia a Bologna, dove dirigeva la Clinica Chirurgica dell'Università. Aveva rassicurato i miei genitori e, al commiato, mi domandò che cosa avessi voluto fare «da grande». Io gli risposi: naturalmente il chirurgo. Sorrise, forse compiaciuto, ma, con amarezza, mi raccomandò, se l'avessi fatto, di non «affondare mai una corazzata».

La notevole attività chirurgica di Paolucci è basata sulle esperienze che egli raccoglie osservando le tecniche di altri operatori, opportunamente filtrate attraverso le proprie conoscenze, come egli stesso riferisce nella prefazione del suo trattato di Tecniche Chirurgiche, edito in I edizione nel 1938 ed in II edizione nel 1954 (13): Viaggiando per il vasto mondo vedendo operare chirurghi grandi e piccolino appreso dagli uni e dagli altri, e forse più dagli ultimi che dai primi. Anche quando si assiste ad un'operazione male eseguita si apprende qualcosa: se non altro si vede come possano divenir difficili cose che a noi sembrano facili, e ci si riafferma nelle proprie capacità e convinzioni e, anche se attraverso tentennamenti ed errori, un qualche piccolo particolare di detta-

glio si strappa sempre a colui che opera: uno strumento semplice ed utile, un punto ben sistemato, un qualunque ripiego di tecnica. Le basi culturali e scientifiche sono dunque importanti per il chirurgo, ma rimangono fini a loro stesse se non opportunamente integrate dalla pratica in sala operatoria: La chirurgia è un grande arte che si sviluppa sopra solide fondamenta scientifiche: non può prescindere dalla scienza, come non può prescindere dall'arte. Quella si apprende sui libri, nei laboratori, nelle corsie; questa invece solamente nelle sale operatorie. E non in una sola. Tenendo fede a questi principi, con umiltà ed interesse scientifico, Paolucci si reca periodicamente a Parigi per frequentare le migliori scuole chirurgiche dell'epoca, frequentemente invita chirurghi stranieri ad operare nelle sue cliniche e non disdegna di assistere alcuni chirurghi ospedalieri dell'epoca, come riporta Giorgio Di Matteo (12): Nei primi tempi del suo insegnamento a Roma usava andare negli ospedali per osservare le tecniche e i procedimenti seguiti da molti valenti chirurghi ospedalieri dell'epoca senza tema di commenti speculativi. Nei tempi non ancora maturi della sua carriera usava invitare a Parma e a Bologna, dove fu clinico, ma perfino nei tempi romani (ricordo, nel 1950, Francois D'Allaines) colleghi stranieri che, sul campo, cioè in sala operatoria, gli mostrassero le doti e gli aspetti della loro esperienza. Questa esperienza la passava al filtro della sua originale riflessione per elaborarla ed eventualmente volgerla al vantaggio dei suoi malati.

Oltre per le capacità operatorie ed il valore accademico, Raffaele Paolucci viene ricordato per l'animo generoso e sensibile. Ricorda un suo giovane allievo, Dante Manfredi (14): A volte mi diceva "stamattina sto un po' giù, raccontami una storiella". Lui rideva e si distendeva. [...] Diceva

di me "io non capisco perché quel ragazzo si ostina a voler fare il chirurgo. Potrebbe fare l'attore pure lui, è anche più bravo del fratello". Durante il periodo bellico, forte del proprio prestigio di eroe di guerra, Paolucci riesce a dare protezione a professori ebrei dell'Università. Nell'inverno del 1944 protegge un giovane studente di medicina dall'arresto e dalla fucilazione, ad opera della polizia nazi-fascista (15): Nel febbraio del 1944 nel corso di una manifestazione universitaria a favore della Resistenza, Raffaele Garofalo, allora studente di medicina, venne ferito e catturato dalla polizia. Raffaele Paolucci, direttore della Clinica Chirurgica, dichiarò che il paziente era grave e doveva essere sottoposto a cure speciali, scongiurandone temporaneamente l'arresto e favorendone l'evasione in un momento successivo.

Nel dopoguerra Paolucci sperimenta amaramente la sospensione temporanea dall'insegnamento per motivi politici. Per tre anni la cattedra è tenuta da Ettore Ruggieri (1925-1978), suo allievo, che diventerà successivamente Patologo e Clinico a Napoli istituendo una scuola chirurgica di rilievo, ma che non potrà ereditare la prestigiosa cattedra romana del maestro. Infatti, dopo la scomparsa improvvisa di Paolucci nel 1958, la Clinica Chirurgica viene affidata a Pietro Valdoni, già Patologo Chirurgo a Roma dal 1946.

## Raffaele Bastianelli e la tradizione chirurgica ospedaliera

La chirurgia romana riconosce radici storiche importanti negli ospedali della città, quali il Santa Maria della Consolazione (1045),



*L'Ospedale di Santa Maria della Consolazione, il più antico della città (1045).*

il Santo Spirito in Sassia (1198), il San Salvatore in Sancta Sanctorum (1216), poi divenuto San Giovanni in Laterano, l'Arcispedale San Giacomo in Augusta (1339), il San Giovanni di Dio (1581), detto Fatebenefratelli all'Isola Tiberina (qui sotto)



Per almeno un trentennio dall'Unità d'Italia, alcuni di questi ospedali sono stati sedi preferenziali per l'insegnamento della chirurgia ad opera di grandi maestri, quali Costanzo Mazzoni, Francesco Durante, Roberto Alessandri e Raffaele Bastianelli, prima del trasferimento dei reparti chirurgici al Policlinico Umberto I, avvenuto all'inizio del '900.



*Il Policlinico Umberto I, in cui agli inizi del '900 venne trasferita la Clinica Chirurgica dell'Università ed alcuni reparti ospedalieri (1893).*

A prescindere dalla vocazione didattica, gli ospedali romani hanno una grande tradizione chirurgica, rappresentata da valenti operatori, quali Guido Egidi (1883-1949), Cesare Antonucci (1885-1964), Vittorio Puccinelli (1890-1951) e Angelo Chiasserini (1897-1949), chirurghi talmente preparati da competere con i colleghi universitari (1). Nell'ambito di questa importante tradizione ospedaliera, Raffaele Bastianelli (1863-1961) è universalmente riconosciuto come il testimone più autorevole. Figlio di un medico dell'Ospeda-

le Santo Spirito, si laurea nel 1887 e lavora al San Giacomo, allievo di Francesco Durante. Nel 1896 è primario chirurgo all'Ospedale della Consolazione, dal quale si sposta successivamente nei reparti ospedalieri del Policlinico. Gli interessi scientifici e la curiosità intellettuale, che condivideva con il fratello, lo portano a viaggiare nel mondo, riportando dagli ospedali inglesi, tedeschi ed americani, novità, scienza, strumentario e progresso. Bastianelli è un fine operatore ed un pioniere della chirurgia oncologica; nel 1893 è il primo al mondo ad asportare un tumore mediastinico, intervento che gli valse una notevole notorietà internazionale, seguito 2 anni più tardi dall'asportazione di un sarcoma della fossa cranica anteriore. Il suo interesse per l'oncologia lo spinge a fondare nel 1932 l'Istituto de Tumori Regina Elena, che dirigerà fino al 1950, e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (6).

Nella 49<sup>a</sup> adunanza della Società Italiana di Chirurgia, presieduta da Bastianelli a Roma il 22 ottobre 1947, egli riafferma tutto l'orgoglio ed il valore della chirurgia ospedaliera che rappresenta (16): Ma io sento invece che la mia nomina è il riconoscimento dell'opera dei chirurghi ospedalieri d'Italia e di Roma, dei quali sono il più vecchio rappresentante. E perciò, mentre dò il benvenuto ai professori, ai maestri, agli amici, con il rispetto e con quell'ossequio che è doveroso, mi rivolgo con sentimenti di fratellanza e di profondo affetto a tutti i chirurghi e medici d'Italia che negli ospedali grandi e piccoli lavorano con coscienza, con amore, e la cui abilità e dignità è pari alla loro coraggiosa umiltà, al loro silenzio. Non vi è dubbio che Raffaele Bastianelli debba essere considerato l'emblema del moderno chirurgo ospedaliero, dotato di capacità tecniche d'alto livello e notevole intuito scientifico, modello ideale negli anni a venire.

## Pietro Valdoni

Triestino di Nascita, Pietro Valdoni (1900-1976) frequenta il primo anno della Facoltà di Medicina presso l'Università di Vienna ed il secondo presso l'Università di Bologna, per completare gli studi e laurearsi nel 1924 alla Regia Università di Roma. Lavora in qualità di assistente nella Clinica Chirurgica di Roberto Alessandri, consegue la Libera Docenza nel 1930, per essere poi chiamato a dirigere la Clinica Chirurgica di Cagliari (1938), di Modena (1940) e di Firenze (1943). Nel 1946 ritorna a Roma a dirigere l'Istituto di Patologia Chirurgica, fino al 1959, quando assume il ruolo di Direttore della Clinica Chirurgica, reso vacante dalla scomparsa di Raffaele Paolucci (5, 6, 17).

Analogamente ai suoi predecessori, Valdoni esegue una chirurgia ad ampio raggio, spaziando dalla chirurgia ortopedica, alla neurochirurgia, alla chirurgia generale. Paride Stefanini, nella commemorazione dopo la morte, ricorda che negli anni '40 fu il primo chirurgo in Italia ad aver eseguito un intervento per ernia del disco (1). Nel 1935, giovane assistente di Alessandri, è autore della prima embolectomia polmonare nel nostro Paese, una delle prime in Europa e nel 1939 esegue per primo in Europa la legatura del dotto di Botallo. Le notevoli capacità tecniche permettono a Valdoni di affrontare con disinvoltura la chirurgia polmonare, la chirurgia addominale e la cardiocirurgia, dapprima a cuore chiuso – uno dei primi ad eseguire la valvulotomia secondo Blalock - e dal 1956 a cuore aperto in circolazione extracorporea. Giorgio Zeri, suo allievo dal 1946, ricorda (17): Tra le doti richieste al chirurgo generale per operare in molti campi una era particolarmente posseduta da Valdoni, la semplicità. Tutto sembrava essere fatto con estrema

semplicità, precisione e rapidità, conseguenze di una perfetta conoscenza dell'anatomia chirurgica, dei piani di scollamento che rendevano minime le perdite ematiche e tutto poteva essere realizzato in tempi molto brevi. La precisione dell'atto chirurgico e l'attenzione ai particolari sono punti fondamentali della chirurgia di Valdoni, che afferma (18): Il successo di un'operazione è molte volte legato a particolari ed evidentemente se tutti fanno fondamentalmente lo stesso, è proprio nel particolare che un intervento riceve quell'impronta personale che è frutto non solo di esperienza ma anche della propria preparazione mentale. Ed è per questa ragione che l'intervento chirurgico è un atto artistico e non sempre artigianale. Da queste parole emerge tutta la passione del Maestro per la chirurgia, che in effetti occupava tutta la sua settimana lavorativa, insieme agli impegni accademici. Giorgio Zeri ricorda che (17): Il professore operava tutti i giorni meno il sabato e la domenica. Il sabato si eseguiva una visita generale spostata di domenica quando il sabato fu dedicato alle riunioni di cardiocirurgia. Per un certo periodo ci si riunì di giovedì per riferire sulla letteratura consultata durante la settimana.

Accanto all'attività di sala operatoria, Valdoni associa un'intensa attività didattica e scientifica. È autore del Manuale di Patologia Chirurgica, su cui si formano i giovani studenti di medicina, nonché dello straordinario testo Chirurgia Addominale: Tecniche Operatorie (19), edito anche in lingua inglese. Sia nelle lezioni universitarie, che nei numerosi interventi ai congressi della Società Italiana di Chirurgia, Valdoni dimostrava le sue capacità di oratore senza accademia. A tale proposito è memorabile la relazione alla Società Italiana di Chirurgia sull'ipertensione portale (63° Congresso Società Italiana di Chirurgia, Torino

24-27 ottobre 1961), in cui vengono esemplificati i meccanismi fisiopatologici e le tecniche chirurgiche correttive, in una mirabile sintesi scientifica (20).

Come i suoi predecessori, Valdoni è un profondo conoscitore della chirurgia al di là dei confini nazionali. I numerosi soggiorni all'estero, oltre ad arricchire la sua esperienza, lo portano a considerare il profondo cambiamento che la chirurgia generale si appresta ad assumere nella seconda metà del XX secolo, con l'avvento delle chirurgie specialistiche. Le nuove tecniche di chirurgia toracica e cardiovascolare, l'anestesiologia e la rianimazione sono apprese da Valdoni e dagli allievi, che egli invia in centri di avanguardia, con lo scopo di creare una competente specializzazione all'interno del team chirurgico ed una Clinica Chirurgica al passo con i tempi. L'inaugurazione nel 1956 dell'edificio della nuova Patologia Chirurgica al Policlinico, che diverrà la sede della Clinica Chirurgica nel 1959, risponde ai requisiti strutturali di una chirurgia moderna ed efficiente: l'edificio comprende 4 sale operatorie, 200 letti di degenza, 3 sezioni radiologiche, di cui una dedicata all'angiografia, servizi di medicina nucleare, endoscopia ed istopatologia. Valdoni promuove inoltre la ristrutturazione della vecchia Clinica Chirurgica, prestigiosa sede di Durante, Alessandri ed in ultimo di Paolucci, dotandola di 3 sale operatorie, letti di degenza per cardiocirurgia, servizio di emodinamica, centro di rianimazione, servizio di cardiostimolazione, camera iperbarica e laboratorio di chirurgia sperimentale (4, 5, 6).

Sono anni d'oro per la Scuola Chirurgica Romana, le cui sale operatorie sono frequentate da molti chirurghi provenienti da ogni parte d'Italia, per apprendere le tecniche valdoniane, frutto di solide basi scientifiche, ma anche della personalità del maestro. Del resto, come egli stesso affer-

ma (19): La tecnica operatoria, nel modo con cui viene eseguita, è naturalmente l'elemento più qualificante la personalità del chirurgo; Egli, in rapporto alla sua disposizione naturale, alla sua preparazione culturale ed alla sua esperienza vi apporta modificazioni personali. Queste, anche se costituite da piccoli particolari e modesti accorgimenti, nel loro insieme diventano la ragione del progresso chirurgico.

Nel 1970 Pietro Valdoni lascia la cattedra, riaffermando l'importanza della tradizione di una scuola universitaria di chirurgia (21): Mi auguro che il rapporto tra maestro ed allievo non si perda mai. E' un rapporto iniziato nella scuola socratica, che si è mantenuto sempre e che è necessario che si mantenga, perché il giorno che finisce questo binomio, finisce anche la Scuola. In quel momento la sua Clinica Chirurgica comprende circa 400 letti di degenza e tutte le specialità chirurgiche dirette dai suoi allievi. Pietro Valdoni muore all'età di 76 anni per un tumore polmonare. Paride Stefanini così lo ricorda nella commemorazione dopo la sua morte (6): Valdoni è nato chirurgo e chirurgo è stato sempre. Chirurgo tra i più grandi, certamente è il più grande del Suo periodo nel nostro Paese, uno fra i maggiori del mondo: accanto a una tecnica prodigiosa, aveva una capacità di intuizione rapida delle situazioni morbose cui seguiva una rapida, talora coraggiosa decisione.

### **L'eredità di Pietro Valdoni**

Paolo Biocca (1913-1994) è il titolare della I Clinica Chirurgica dopo Valdoni, fino al 1985, proseguendo la tradizione del maestro nel campo della chirurgia toracica (22), a cui subentrano in successione Gianfranco Fegiz e Sandro Tagliacoz-

zo. Fegiz è chirurgo di grande capacità, autore di importanti contributi nel campo della chirurgia epato-biliare, stretto erede di Valdoni per quel che riguarda la chirurgia dell'esofago e del colon (23, 24). Anche Tagliacozzo, già allievo di Valdoni a Cagliari, è chirurgo elegante e preparato dal punto di vista scientifico, particolarmente votato alla chirurgia del colon ed alla chirurgia dell'echinococcosi epatica (25).

Dal 1970, quando Valdoni lascia l'Università, la Clinica Chirurgica viene suddivisa progressivamente in singoli Istituti, diretti dagli allievi (4, 5, 26, 27, 28). Tra gli altri vanno annoverati: Luciano Provenzale, Attilio Reale e Pieragostino Giofrè (cardiologia ed emodinamica), Piero Mazzoni e Corrado Manni (anestesiologia e rianimazione), Silvano Becelli (chirurgia d'urgenza e Pronto Soccorso), Sergio Stipa (chirurgia vascolare, chirurgia esofagea, chirurgia dell'ipertensione portale), Giovanni Marozzi e Giorgio Di Matteo (chirurgia tiroidea, chirurgia del cancro dello stomaco e del colon). Molti allievi di Valdoni si distribuiscono nelle sedi universitarie italiane, come Aldo Leggeri e Gianfederico Monti a Trieste, Luigi Tonelli a Firenze, Antonio Lanzara e Giuseppe Zannini a Napoli, Aldo De Maria e Benedetto Marino a Catania, Marino Cagetti e Gianni Daniele a Cagliari. Infine, merita menzione il fatto che l'influenza di Valdoni può essere riconosciuta nell'attività di molti chirurghi che hanno operato in realtà diverse da quella universitaria. Tra questi, risulta particolarmente interessante la figura di Raffaele Garofalo (1922-2006), che esercitò nei duri anni del dopoguerra la professione di medico condotto e successivamente di giovane chirurgo nella provincia marchigiana (15). A Roma apprese dalla Scuola Chirurgica Romana e da Valdoni i molti segreti dell'arte chirurgica, intuendo d'altra parte che una grande e moderna chi-

rurgia si basa sulla specializzazione del team chirurgico. Nell'ambito a lui più congeniale, quello delle cliniche private convenzionate, riprodusse il concetto valdoniano della Chirurgia, dotando le sue cliniche di moderne tecnologie ed indirizzando i suoi giovani allievi alle varie branche specialistiche, che si andavano sviluppando nella seconda metà del XX secolo, comprese quelle di alta specialità.

### **Paride Stefanini, il principe della chirurgia**

Nato a Roma, Paride Stefanini (1904-1981) si forma alla Scuola di Alessandri, dove assiste Valdoni nello storico intervento di embolectomia polmonare nel 1935. Nei primi anni la sua carriera è di stampo ospedaliero, lavorando all'ospedale San Giacomo, per poi divenire Primario Chirurgo all'Aquila nel 1940. Gli 8 anni spesi in quella città creano un rapporto indissolubile tra Stefanini e gli aquilani, rafforzato nel tempo dalla istituzione della Libera Università dell'Aquila e della Facoltà di Medicina, e negli anni aquilani si radica il rispetto e l'affetto nei suoi riguardi. Vincenzo Speranza ricorda che nel giugno del 1944 una donna del popolo, vedendolo impegnato in un duro lavoro manuale, per assicurare l'energia elettrica all'Ospedale San Salvatore, lo apostrofò dicendo: Assignoria no, le mani te servono per quiji quattranji che revengono dalla guerra! Nel capoluogo abruzzese Stefanini è ricordato anche per il coraggio che dimostrò in tempo di guerra, facendo ricoverare in ospedale i prigionieri feriti, e molti anche non feriti, ed impedendone le dimissioni malgrado le pressioni dei tedeschi (4, 5, 29, 30).

Successivamente all'esperienza aquilana, Stefanini entra in ambiente universitario e viene nomi-

nato Professore Ordinario di Chirurgia a Perugia nel 1948 ed a Pisa nel 1957, per poi essere chiamato a Roma a dirigere la Cattedra di Patologia Chirurgica (1959), che verrà trasformata in II Clinica Chirurgica da Valdoni nel 1966. Nella prolusione alla Cattedra di Roma (5 maggio 1960) Stefanini dimostra tutto il suo impegno nell'istituzione universitaria, al pari dei grandi nomi della Scuola Romana (30): L'insegnamento della chirurgia ha tre obiettivi: la preparazione del giovane medico, la preparazione dello specialista chirurgo, l'aggiornamento costante dei chirurghi, dove la teoria e la pratica devono concatenarsi in un percorso unitario.

Stefanini è un chirurgo poliedrico, esperto in tutti i campi della chirurgia, ma particolarmente votato alla chirurgia toracica – è tra l'altro uno dei maggiori promotori della Società Italiana di Chirurgia Toracica - ed alla chirurgia dei trapianti, della quale sarà un pioniere (31). Esegue il 30 aprile 1966 il primo trapianto di rene in Italia e successivamente il secondo xenotrapianto di rene al mondo. La sua scuola negli anni '80 conquisterà il primato nella trapiantologia italiana, eseguendo trapianto di rene + pancreas (9 settembre 1981 - Raffaello Cortesini), trapianto di fegato (20 maggio 1982 -Raffaello Cortesini), trapianto multiviscerale (26 febbraio 1989 -Raffaello Cortesini) e trapianto di polmone singolo (12 gennaio 1991 - Costante Ricci). Nel campo della chirurgia generale Stefanini promuove una scuola attenta all'evoluzione delle tecniche ed alla ricerca scientifica, elementi che si ritrovano nelle sedi universitarie ed ospedaliere dirette da alcuni suoi allievi, quali Carlo Umberto Casciani ed Eugenio Santoro a Roma, Massimo Ermini e Mario Selli a Pisa, Emanuele Lezoche ad Ancona, Ugo Mercati a Perugia, Giorgio Ribotta a L'Aquila. Al pari di Valdoni, Stefanini considera nella giusta luce l'evolu-

zione della chirurgia nella seconda metà del '900 ed avvia sotto la sua guida alcuni suoi allievi alle branche specialistiche, ed in particolare Costante Ricci alla chirurgia toracica, Paolo Fiorani e Fabrizio Benedetti Valentini alla chirurgia vascolare (4, 6, 32, 33).

Paride Stefanini viene ricordato per la incessante necessità di progressione e miglioramento delle proprie attività, come conferma Vincenzo Speranza (29): La sua incredibile carica dinamica, lo ha sempre spinto alla ricerca ed al perfezionamento delle cose, rendendolo nel contempo intollerante degli stagnanti ed indolenti equilibri già consolidati e nemico dei facili consensi e della comoda quiete dei successi. Le sue innumerevoli iniziative sono tutte nate da queste sue doti che sottolineano i meriti di una persona che sentiva i problemi assai prima degli altri e che li sapeva affrontare con coraggio e grande equilibrio. Per le sue doti, Stefanini è annoverato come uno dei più efficienti esponenti della Società Italiana di Chirurgia e dell'International College of Surgeons. Rilevante è poi l'impegno socio-sanitario, soprattutto nell'istituzione dei gruppi chirurgici destinati all'insegnamento ed all'attività operatoria nei paesi sottosviluppati. Il grande coraggio non fu meno durante la sua malattia, che si concluse fatalmente nel 1981, con grandissime sofferenze.

### **La chirurgia ospedaliera nella seconda metà del XX secolo**

Dall'Unità d'Italia, per almeno 30 anni, gli antichi ospedali della capitale sono stati il teatro delle attività di grandi chirurghi e la sede per l'insegnamento della chirurgia. All'entrata in funzione dei reparti chirurgici del Policlinico Umberto I, avvenuta agli inizi del secolo, e con la migrazione di

alcuni reparti ospedalieri in quella sede, primo fra tutti quello di Raffaele Bastianelli dall'Ospedale Santa Maria della Consolazione, la vocazione didattica negli ospedali viene progressivamente perduta, in favore di una funzione fondamentale pratica: l'edificazione dell'Ospedale del Littorio, in seguito noto come San Camillo, avvenuta nel trentennio fascista, la ristrutturazione del Forlanini e l'edificazione successiva di altre strutture ospedaliere negli anni '50 avranno fondamentalmente un obiettivo assistenziale.



*L'Ospedale San Camillo, edificato nel trentennio fascista e denominato inizialmente Ospedale del Littorio.*

Tuttavia, a dispetto della minore valenza accademica, nel dopoguerra la chirurgia ospedaliera romana si avvale del contributo di uomini straordinari e riacquista tutta il suo valore culturale e scientifico.

Giuseppe Grassi (1913-1980), catanese di nascita, laureato nel 1936 a Roma, assistente volontario per un anno alla scuola di Perez, lega inizialmente la sua storia chirurgica al padiglione Morgagni dell'Ospedale San Camillo, teatro dal 1940 al 1946 delle sue prime attività operatorie e suo modesto domicilio. Di ritorno a Roma, dopo anni

di primariato a Trieste, Grassi è chirurgo sperimentato e riveste nel 1962 il ruolo di Primario nell'Ospedale San Giovanni, ove riorganizza i reparti chirurgici in senso moderno, alleva un'equipe di abili chirurghi ed esegue importanti ricerche sulla fisiopatologia dell'ulcera gastroduodenale, che lo porteranno a mettere a punto la tecnica della vagotomia, in contrapposizione alla tradizionale gastroresezione. L'innato spirito universitario lo induce a prediligere lo studio e la ricerca, accanto alle abituali attività di sala operatoria, il che lo porta ad allacciare importanti relazioni scientifiche con colleghi europei, a fondare il periodico *Chirurgia Gastroenterologica* ed a costituire un'associazione internazionale con il nome di *Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae*, insieme a Benedetti Valentini e Hollender. Molti chirurghi, italiani e stranieri, frequenteranno la sua sala operatoria, e lo stesso Pietro Valdoni, alla fine della carriera, assisterà alla sua tecnica di vagotomia, rammaricandosi di non poter applicare quella nuova metodica per motivi di età (34).

La tradizione ospedaliera a Roma produce altri esempi di chirurghi che, senza significativi trascorsi accademici, realizzano un'attività di alto livello, al pari dei colleghi universitari. Guido Chidichimo (1912-1998), originario di Alessandria del Carretto (CS), si laurea a Roma nel 1935 e si forma professionalmente in ambito ospedaliero, nell'ambito della chirurgia generale. Dopo un periodo di formazione in Francia e negli Stati Uniti, all'inizio degli anni '60 avvia la cardiocirurgia al San Giacomo, per trasferirla nel 1968 all'ospedale San Camillo. Nella sua nuova divisione ospedaliera, accanto ad una cardiocirurgia affermata e considerata, si svilupperà progressivamente la chirurgia vascolare, ad opera di Giorgio Rabbitti, destinata a diventare una delle più rilevanti a

livello nazionale (35). Più recente, ma non meno luminoso, è l'esempio di Carlo Marcelletti (1944-2009). Originario di Moie (Ancona), dopo la laurea all'Università Cattolica si perfeziona in Inghilterra e negli Stati Uniti, specializzandosi a Stanford ed alla Mayo Clinic. Nel 1982 rientra in Italia per dirigere la Cardiocirurgia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù fino al 1995, dove eseguirà il primo cardiotrapianto in Italia su un bambino di 4 mesi (1989).

A partire dagli anni '60 in poi, un altro fenomeno consente il pieno riscatto scientifico e culturale della chirurgia ospedaliera, vale a dire la migrazione di numerosi chirurghi, con un'importante formazione universitaria alle spalle, verso i reparti ospedalieri (6). Dante Manfredi frequenta dal 1946 per 13 anni la Clinica Chirurgica di Raffaele Paolucci, prima di intraprendere una brillante carriera extra-universitaria, prima in provincia e poi all'Istituto dei Tumori Regina Elena, ove diviene un punto di riferimento per la chirurgia resettiva epatica. D'altra parte, prima di lui, anche il grande Ettore Ruggieri (1925-1978), allievo di Paolucci e suo vicario nel periodo della sospensione per motivi politici, aveva maturato un'importante esperienza ospedaliera, praticando e sviluppando la chirurgia toracica all'ospedale Carlo Forlani nel dopoguerra, prima di assumere la cattedra a Napoli nel 1949. Altri illustri esempi di primari ospedalieri della città con precedenti universitari sono Eugenio Santoro, proveniente dalla scuola di Stefanini, Roberto Tersigni, proveniente dalla scuola di Valdoni e di Sergio Stipa, Giorgio Zeri, proveniente dalla scuola di Valdoni, Mario Giordani, proveniente dalla scuola di Ugo Emanuele Scavo, che era stato nel 1935 il fondatore della cattedra di Anatomia Chirurgica. Questi ed altri andranno a ricoprire ruoli non universitari, nei quali trasferiranno lo spirito universitario che ha

contraddistinto la loro formazione, rinnovando la gestione dei reparti, dando impulso alle innovazioni ed alle nuove tecnologie, avviando la ricerca, fino ad essere parte attiva in associazioni scientifiche ed iniziative didattiche.

## L'Università Cattolica ed il Policlinico Gemelli

Anche l'Università Cattolica, che entra nel panorama universitario della città agli inizi degli anni '60, riveste un ruolo significativo nella chirurgia romana. Aureliano Puglionisi, allievo del grande Edmondo Malan, è il Direttore del neonato Istituto di Patologia Chirurgica, che costruisce su solide basi universitarie. In Patologia Chirurgica si costituiscono gruppi di lavoro nel campo della chirurgia digestiva ed epatobiliare, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia endocrina. Come ricorda Ignazio Marino, che in quell'Istituto muove i suoi primi passi da chirurgo, Puglionisi crea un ambiente universitario ideale per la formazione dei giovani chirurghi (36): Devo dire che sono stato anche fortunato, perché all'inizio ho lavorato molto con questo "barone", che bisbigliava, non alzava mai la voce, non urlava, mentre a volte si sente raccontare di grandi chirurghi intemperanti. Puglionisi, affiancato da Vincenzo Di Giovanni, anch'egli allievo di Malan, trasferisce nel suo istituto una grande tradizione di chirurgia vascolare (37, 38), affiancando sul panorama romano gli altri autorevoli esponenti della chirurgia vascolare, allievi di Valdoni e Stefanini.



*Il volume degli Atti della Società Italiana di Chirurgia, in cui sono raccolte significative relazioni della scuola di chirurgia vascolare di Stefanini e di Puglionisi (1980).*

Anche Giancarlo Castiglioni (1921-1994), titolare dell'Istituto di Clinica Chirurgica, crea una grande clinica chirurgica universitaria. Proveniente dalla scuola chirurgica milanese e padovana, Castiglioni si occupa di chirurgia generale e specialistica a tutti i livelli. I campi di eccellenza sono la chirurgia del pancreas, di cui egli è stato un pioniere in Italia, la chirurgia urologica, affidata ad Eugenio Alcini, la cardiocirurgia, affidata a Francesco Intonti, la chirurgia dei trapianti, affidata a Marco Castagneto, la chirurgia d'urgenza e del trauma, affidata ad Alfredo Wiel Marin ed a tanti giovani chirurghi. Il filone di ricerca più significativo è quello relativo alla fisiopatologia dello shock, nell'ambito del quale si colloca una collaborazione scientifica con gli Stati Uniti ed un centro studi in collaborazione con il Centro Nazionale delle Ricerche.

Dalla Clinica Chirurgica di Castiglioni proviene una figura storica della chirurgia romana: Francesco Crucitti (1930-1998), noto nel mondo per aver operato Papa Giovanni Paolo II, in seguito all'attentato di Piazza San Pietro il 13 maggio 1981. Nato a Reggio Calabria, laureato a Bologna nel 1952, Crucitti si forma chirurgicamente a Padova, dove risiede per 14 anni. La scuola è quella di Vittorio Pettinari, ove apprende la chirurgia generale, la chirurgia toracica e la chirurgia urologica, specializzandosi tra l'altro nella chirurgia del mediastino nei pazienti affetti da miastenia gravis. Chiamato da Castiglioni nel 1966, in qualità di aiuto, svolgerà tutta la sua carriera chirurgica al Policlinico Gemelli, dove gli viene affidato l'Istituto di Semeiotica Chirurgica nel 1977, che sarà il teatro di una chirurgia multiorgano e multisistema, essendo egli dotato di conoscenze tali da poter affrontare agevolmente patologie toraciche ed addominali di interesse chirurgico (39). Da un punto di vista scientifico, a parte la mole di lavoro svolta a Padova in tema di chirurgia del timo e chirurgia urologica, Crucitti si appassionò ai temi della chirurgia oncologica, a cui contribuì con la sua Scuola in maniera significativa, ed alle metodiche sempre più specializzate di assistenza al paziente chirurgico critico.

### **I pazienti illustri della chirurgia romana**

Nei 150 anni dell'Unità d'Italia la chirurgia romana è stata coinvolta nella cura di pazienti illustri. Il primo esempio fu quello del re Vittorio Emanuele III, che il 25 gennaio del 1930 fu operato da Raffaele Bastianelli, per un'ernia inguinale destra (40).

Il 14 luglio 1948, in un clima politico e sociale turbolento, Pietro Valdoni opera d'urgenza Palmiro

Togliatti, che ha riportato ferite alla nuca, all'emitorace ed all'ipocondrio sinistro, in seguito all'attentato all'uscita di Montecitorio. I motivi per cui fu scelto Valdoni, allora patologo chirurgo, in luogo del direttore della Clinica Chirurgica, Raffaele Paolucci, non sono interamente noti. Ne danno una interpretazione Eugenio Santoro e Luciano Ragno (41): Chi invocò la politica spiegava che Paolucci era stato Vicepresidente della Camera dei Fasci e delle Corporazioni e come uomo del regime, a guerra finita, era stato sospeso dall'incarico ed inquisito dal governo Parri nel quale Togliatti era Ministro della Giustizia. Ed in quel 1948 Paolucci era Senatore della Repubblica per il Partito Monarchico. [...] Togliatti ferito al polmone, da uomo straordinario quale era, decise di far politica anche con il suo sangue e scelse l'uomo diverso che era Valdoni, la cui stagione politica non era compromessa.

Lo stesso Valdoni, il 28 ottobre 1962 coinvolge Achille Mario Dogliotti, Ettore Ruggieri e Paride Stefanini nella cura di Papa Giovanni XXIII, a cui aveva diagnosticato un carcinoma gastrico. Per una serie di circostanze l'intervento non viene eseguito ed il Papa muore il 2 giugno 1963. Ancora Valdoni, insieme al primario urologo del San Camillo, Mario Arduini, esegue il 4 novembre 1967 un intervento di prostatectomia su Papa Paolo VI, in una sala operatoria appositamente attrezzata in Vaticano (40).

Il 13 maggio 1981 Francesco Crucitti opera d'urgenza Papa Giovanni Paolo II, in seguito all'attentato di Piazza San Pietro. Crucitti eseguirà due nuovi interventi intestinali sul Pontefice: l'asportazione di un polipo del colon, il 15 luglio 1992, un'appendicectomia l'8 ottobre 1996. Per quest'ultimo intervento fu richiesta la consulenza di Giorgio Ribotta (40).

## Le Società Scientifiche

Il rapporto tra la chirurgia romana e le società scientifiche è antico e profondo. La Società Italiana di Chirurgia viene fondata a Roma nel 1882, un anno dopo la società tedesca ed un anno prima di quella francese. Il primo Congresso Nazionale si tiene a Roma nel 1883, nella sala dell'Accademia Medica dell'Ospedale Santo Spirito, ove aveva allora la sede principale la Cattedra di Clinica Chirurgica della Regia Università, diretta da Costanzo Mazzoni, presidente della neonata società. Dopo Mazzoni, gli altri esponenti della chirurgia romana che rivestiranno il ruolo presidenziale sono: Durante, Alessandri, Paolucci, Valdoni, Stefanini, Biocca, Fegiz, Di Matteo, Santoro, De Antoni e Tersigni. Eugenio Santoro, nell'allocuzione al 100° congresso della Società, afferma (42): La storia della Società Italiana di Chirurgia è fortemente intrecciata con quella della nostra Città Capitale. Nove dei trentadue Presidenti che mi hanno preceduto sono professionalmente romani tutti Clinici Chirurghi della Sapienza. Nessun'altra Università Italiana tanto ha avuto e tanto ha dato alla nostra Società. [...] L'intreccio tra Roma e la chirurgia è poi particolarmente intenso a livello Congressuale. 51 dei nostri 100 Congressi hanno avuto luogo a Roma, compreso l'odierno di cui va il merito a Giorgio Ribotta, con il ringraziamento di tutti noi.

L'ambiente culturale romano e la necessità innata da parte dei chirurghi di scambiarsi esperienze hanno determinato la costituzione di altre società scientifiche nella capitale (43, 44): la Società Romana di Chirurgia, costituita nel 1929, di matrice universitaria; l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, costituita nel 1980, di matrice ospedaliera a carattere nazionale; il Laborato-

rio di Studi di Chirurgia, costituito nel 1983, su iniziativa di Mario Giordani, successivamente trasformato in Fondazione Roma Chirurgia (1992), confluito con il Centro Europeo di Ricerche Mediche Applicate della Fondazione Europea Dragan, fondata nel 1950; l'Associazione Incontri Clinici della Vecchia Roma, costituita nel 1985 presso l'Ospedale San Giacomo, su iniziativa di Enrico Fedele.

## L'eredità della Scuola Romana nel III millennio

Analogamente a quanto avviene nel resto d'Italia e nel mondo, nel panorama chirurgico romano del III millennio si assiste al preponderante impiego della tecnologia a livello terapeutico ed alla standardizzazione delle metodiche, con l'adozione di protocolli comuni e linee-guida. In un panorama del genere, complice anche la burocratizzazione della medicina, vengono a mancare le figure carismatiche del passato. Pierluigi Prati, illustre cardiologo del San Camillo scomparso recentemente, scriveva nella sua lettera "Nostalgia di Baroni" (45): Troppi geometri, troppi ragionieri sono andati ad ingrossare le file dei dottori in Medicina distruggendo l'habitat necessario alla vita del Barone. [...] Ci conforta il pensiero - cari, vecchi Baroni - che non abbiate conosciuto la mortificazione delle Unità Sanitarie Locali. Animali di razza, forti ma delicati, avreste resistito pochissimo.

Quale eredità rimane oggi dalla Scuola Chirurgica Romana? La conoscenza delle discipline fondamentali (anatomia, fisiologia, anatomia patologica, fisiopatologia del processo morboso), l'interesse verso la ricerca e la comunicazione scientifica e lo stimolo al lavoro di "equipe" rappresentano l'eredità più importante su cui si basa l'evolu-

zione moderna del concetto di Scuola Chirurgica. D'altra parte, l'esempio dei maestri del passato insegna che la tecnica fine a sé stessa inevitabilmente riduce la statura culturale del chirurgo e la sua valenza intellettuale. Mario Donati, importante rappresentante della Scuola Milanese del secolo scorso, affermava che (46): L'operazione chirurgica, prima che un'operazione manuale, tecnica, è un'operazione intellettuale, clinica. Lo stesso concetto, in tempi recenti, è stato ripreso e magistralmente rielaborato da Sherwin B. Nuland (3): La chirurgia è un esercizio intellettuale. L'operazione è il momento nel quale la mente del medico fa eseguire alle mani degli ordini basati sull'intelligente comprensione del modo in cui il corpo umano dovrebbe funzionare e del modo in cui esso non funziona. La precisione apparentemente meccanica del tagliare, cucire ed annodare dipende da un processo di sintesi intellettuale e di logica, che costituisce uno dei più alti risultati conseguiti insieme da cervello e psiche.

## BIBLIOGRAFIA

1. Felici A, Spoletini F. Chirurgia a Roma: dalle Origini ai Giorni Nostri. Roma: Società Editrice Universo; 1983
2. Rutkow MI. Storia Illustrata della Chirurgia. Roma: Antonio Delfino Editore; 1996
3. Nuland SB. Storia della Medicina. Milano: Edizioni Oscar Mondatori; 2008
4. Di Matteo G. Cent'Anni di Policlinico. La Chirurgia. In: Serarcangeli C. Policlinico Umberto I: un Secolo di Storia. Roma: Casa Editrice "La Sapienza", 2006. p.208-22
5. Ziparo V. La Clinica Chirurgica: la Storia e la Scuola. In: Serarcangeli C. Policlinico Umberto I: un Secolo di Storia. Roma: Casa Editrice "La Sapienza", 2006. p. 191-205
6. Santoro E, Ragno L. La Scuola Romana. In: Cento Anni di Chirurgia. Roma: Edizioni Scientifiche Romane; 2000. p. 51-73
7. Durante F, Leotta N. Trattato di Medicina Operatoria. Roma: Unione Tipografico-Editrice Torinese; 1923
8. Il Policlinico: Scritti in Onore di Roberto Alessandri. Roma: Casa Editrice Luigi Pozzi; 1933
9. Alessandri R. Manuale di Chirurgia. Roma: Casa Editrice Luigi Pozzi; 1934
10. Alessandri R, Torraca L. Trattato di Tecnica Operatoria. Milano: Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi; 1944
11. Paolucci R. Lezioni di Clinica Chirurgica. Roma: Società Editrice "Universitas"; 1943
12. Di Matteo G. Rievocazione di Raffaele Paolucci. Annali Italiani di Chirurgia 1992;63:835-839
13. Paolucci R. Tecniche Chirurgiche. Bologna: L. Cappelli Editore; 1954
14. Manfredi D. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Raffaele Paolucci (1892-1958). In:

- Giordani MM. Da Placozoo (*Trichoplax Adhaerens*) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 201-10
15. Garofalo ML. Ca Ira! Ce la faremo! La straordinaria Storia di Raffaele Garofalo. Roma: Gremese Editore; 2010
  16. Bastianelli R. Inaugurazione al Congresso. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.2, 49° Congresso Nazionale; 1947 22-25 ottobre; Roma. Roma: Edizioni Allulli C.R.E.A.; 1947
  17. Zeri G. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Pietro Valdoni (1900-1976). In: Giordani MM. Da Placozoo (*Trichoplax Adhaerens*) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 223-31
  18. Brewe HE, Kremer K. Atlante di Atti Chirurgici. Roma: Editrice Internazionale "Arti e Scienze"; 1966
  19. Valdoni P. Chirurgia Addominale: Tecniche Operatorie. Milano: Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi; 1974
  20. Valdoni P. Ipertensione Portale. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.1, 63° Congresso Nazionale, 24-27 ottobre 1961; Torino. Roma: Edizioni Mediche e Scientifiche; 1961
  21. Lo Russo R, Actis Dato GM. Il Contributo Italiano alla Medicina Cardiovascolare ed alla Cardiochirurgia. Roma: Associazione Italiana di Chirurgia Cardiaca; 2011
  22. Biocca P. Chirurgia Toraco-polmonare. In: Trattato di Tecnica Chirurgica. Padova: Piccin Editore; 1983
  23. Fegiz GF. Diagnostica e Terapia del Cancro dell'Esophago. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.1 Parte III, 66° Congresso Nazionale, 29-31 ottobre 1964; Roma. Roma: Edizioni Mediche e Scientifiche; 1964
  24. Fegiz GF. Chirurgia della Colite Ulcerosa. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.1, 74° Congresso Nazionale, 15-18 ottobre 1972; Roma. Padova: Piccin Editore; 1972
  25. Tagliacozzo S. Pericistectomia Totale per Echinococco del Fegato. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.1, 81° Congresso Nazionale, 8-11 ottobre 1979; Catania. Bologna: Cooperativa Libreria Universitaria Editrice; 1979
  26. Stipa S. La Chirurgia delle Arterie Periferiche. Padova: Piccin Editore; 1977
  27. Di Matteo G. Alcune Riflessioni e qualche Proposta sulla Gastrectomia Totale per Cancro. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.1, 81° Congresso Nazionale, Catania 8-11 ottobre 1979. Bologna: Cooperativa Libreria Universitaria Editrice; 1979
  28. Di Matteo G. Principi e Tecniche nella Chirurgia del Cancro del Retto Sottoperitoneale. Relazione Biennale della Società Italiana di Chirurgia. Roma: Società Italiana di Chirurgia; 1995

29. Speranza V. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Paride Stefanini, l'uomo. In: Giordani MM. Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard, 2006. p. 248-53
30. Casciani CU. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Paride Stefanini (1904-1991), il "Principe" della Chirurgia. In: Giordani MM. Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard, 2006. p. 244-48
31. Santoro E, Ragno L. Trapianti in Italia. In: Cento Anni di Chirurgia. Roma: Edizioni Scientifiche Romane; 2000. p. 253-71
32. Fiorani P, Spartera C. Risultati a Distanza nel Trattamento Chirurgico dell'Ipertensione Renovascolare. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 74° Congresso Nazionale, 15-18 ottobre 1972; Roma. Padova: Piccin Editore; 1972
33. Fiorani P, Pistolese GR, Faraglia V, Benedetti Valentini F. Problemi Attuali del Trattamento Chirurgico delle Trombo-embolie degli Arti Inferiori. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia 74° Congresso Nazionale, 15-18 ottobre 1972; Roma. Padova: Piccin Editore; 1972
34. Giordani MM, Grassi GB. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Giuseppe Grassi (1913-1980). In: Giordani MM. Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 262-66
35. Chidichimo G, D'Alessandro LC, Marsocci G, Rabitti G, Albisinni F, Baruffi E. Il Trattamento delle Ostruzioni Arteriose Acute Emboliche degli Arti Associato o meno a Correzione d'Urgenza in CEC della Malattia Mitralica Embolizzante. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, Vol.2, 74° Congresso Nazionale, 15-18 ottobre 1972; Roma. Padova: Piccin Editore; 1972.
36. Marino I. Idee per diventare Chirurgo dei Trapianti. Bologna: Zanichelli Editore; 2007
37. Puglionisi A, Picciocchi A, Cina G, Snider F, Cavilli S, Lemmo G, Granone PL, Manni R. Implicazioni delle Vene Cave in Chirurgia Generale. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 82° Congresso Nazionale, 27-30 ottobre 1980; Roma. Milano: Edizioni Masson; 1980
38. Puglionisi A, Di Giovanni V, Camilli S, Cina G. Problemi di Terapia Chirurgica delle Flebotrombosi Acute degli Arti. In: Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia. 74° Congresso Nazionale, 15-18 ottobre 1972; Roma. Padova: Piccin Editore; 1972
39. Giordani MM, Crucitti A, Angelici F, D'Amico DF, Di Giovanni V, Rosa A, Crucitti P. Il Futuro ha un Cuore Antico. Memoria di Maestri della Chirurgia Italiana del Novecento: Francesco Crucitti (1930-1998). In: Giordani MM. Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 193-201
40. Santoro E, Ragno L. Al Capezzale dei Papi e del Re. In: Cento Anni di Chirurgia. Roma: Edizioni Scientifiche Romane; 2000. p. 229-51

41. Santoro E, Ragno L. L'Attentato a Togliatti. In: Cento Anni di Chirurgia. Roma: Edizioni Scientifiche Romane; 2000. p. 221-27
42. Santoro E, Ragno L. Presidenti e Consigli Direttivi. In: Cento Anni di Chirurgia, Roma: Edizioni Scientifiche Romane; 2000. p. 285-307
43. Giordani MM. Il Laboratorio di Studi di Chirurgia, Fondazione Roma Chirurgia, Fondazione Europea Dragan. In: Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Giordani MM. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 113-15
44. Fedele E. L'Ospedale San Giacomo (Roma) e l'Associazione Incontri Clinici della Vecchia Roma. In: Giordani MM. Da Placozoo (Trichoplax Adhaerens) a Modernizzatore. Milano: Edizioni Nagard; 2006. p. 142-49
45. Prati PL. Lettere a Prati. Roma: Edizioni Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione ONLUS; 2009
46. Cosmacini G. Medicina e Sanità in Italia nel XX secolo. Bari: Editori Laterza; 1994

# CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

## UN FRENO ALL'ATTACCO DELLA DILIGENZA



GIAN PIERO PICCOLI

Uno dei primi atti della presidenza Menicanti della SICCH, nel Dicembre del 2012, fu quella di istituire una Task Force dedicata alle problematiche della responsabilità professionale della nostra specialità, con il triplice obiettivo di sensibilizzare i soci nei riguardi dei temi legali, di coinvolgere l'opinione pubblica evidenziando come l'eccesso di conflittualità con i medici incentivi una medicina difensiva ed, infine, far promuovere, a livello politico, delle iniziative legislative che tutelino il medico nella propria professione sanitaria.

L'iniziativa, quindi, non voleva essere corporativistica, a difesa indiscriminata dei medici che, se commettono errori, devono essere messi di fronte alle loro responsabilità, ma invece voleva rappresentare una tutela della nostra dignità professionale e porre un freno alla dilagante moda del "tiro al piccione" nei riguardi dei medici, con rinvase supportate, il più delle volte, da motivi economici, piuttosto che etici e volti alla ricerca della verità, con i medici visti, dai pazienti e, purtroppo, da molti soggetti dell'ambiente forense, come bancomat cui attingere soldi.

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.) nel proprio Bollettino, la scorsa primavera, aveva comunicato ai propri iscritti la istituzione della nostra Task Force e si augurava che, una simile iniziativa potesse essere adottata anche da tutte le altre società scientifiche mediche e chirurgiche, essendo le problematiche legali comuni a tutti i soggetti che svolgono una attività sanitaria ed esposti, quindi, a rinvase per lo più pretestuose, per puri motivi economici di risarcimento.

Sul Corriere della Sera, di Giovedì 15 Agosto dello scorso anno, in occasione della entrata in vigore dell'obbligo, per tutti i professionisti, di una copertura assicurativa per responsabilità professionale, nella sezione Economia, appariva un articolo firmato da I.Tro. dal titolo "Camici bianchi i più a rischio. Il nodo delle tutele sul passato" che di seguito è riportato:

"Camici bianchi i più a rischio. Il nodo delle tutele sul passato.

Sono i professionisti più esposti alle cause, quelli che avrebbero un disperato bisogno di una copertura assicurativa per mettersi al riparo da risarcimenti milionari. Eppure i medici sono pro-

prio i professionisti per i quali è scattato il rinvio dell'obbligatorietà. Le ragioni sono semplici: non è stata fatta chiarezza riguardo ai requisiti minimi delle polizze, in particolare per quanto riguarda la responsabilità pregressa. Sarebbero davvero tutelati medico e paziente se il primo non fosse assicurato per prestazioni fornite qualche anno prima, quando ancora non aveva stipulato una polizza? E poi c'è il tema dell'obbligatorietà a senso unico, con il paradosso che nel mercato attuale le compagnie possono rifiutarsi di assicurare professionisti con richieste di risarcimento in corso, indipendentemente dall'esito dell'azione legale. Da ciò il paradosso: i medici sarebbero obbligati ad assicurarsi ma le assicurazioni no e quindi (come già accade) dopo uno, al massimo due sinistri, arriverebbe la disdetta che, di fatto, impedirebbe al medico di esercitare.

“La categoria medica è molto eterogenea e ogni specializzazione ha i suoi rischi specifici – ricorda Alberto Oliveti, Presidente della Fondazione Enpam – Per questa ragione è difficile che le compagnie assicurative offrano una polizza uguale per tutti. L'Enpam in quest'anno di tempo farà l'analisi dei dati relativi alle singole branche in modo da facilitare la predisposizione di polizze quadro. Inoltre cercheremo un confronto con le assicurazioni, a partire da quelle che già gestiscono una parte degli investimenti finanziari dell'ente di previdenza dei medici”. Allo stato attuale, dunque, l'obbligatorietà per i medici è rinviata al 13 agosto del 2014, con la speranza che un anno basti a sciogliere i nodi e tutelare categorie (come ginecologi, ortopedici e chirurghi) esposte a cause milionarie e bersaglio privilegiato di un business chiamato causa sanitaria”.

Nello stesso articolo veniva riportata la percentuale delle richieste di risarcimento per riverse

medico-legali dell'anno 2011 a seconda delle diverse specialità sanitarie che risultavano

Ortopedia	14,4 %
Pronto soccorso	37,7 %
Chirurgia	11,6 %
Ostetricia e Ginecologia	7,2 %
Anestesia e Rianimazione	3,6 %
Medicina generale	3 %
Oculistica	2,3 %
Radiologia	2,2 %

anche se l'articolo concludeva che il 98% dei procedimenti si era concluso a favore dei sanitari, con l'archiviazione dei casi.

Lo scorso Settembre, di fronte ad una problematica che, invece che recedere, a livello di opinione pubblica sembrava assumere un carattere ingravescente, il nostro presidente, in modo purtroppo preveggenze (visti gli sviluppi più recenti della problematica in oggetto, come vedremo) faceva pubblicare il seguente comunicato stampa:

“Menicanti (Sicch): boom dei contenziosi effetto del decreto Bersani

“La stragrande maggioranza dei cardiocirurghi è assicurata, anche se con coperture molto differenti se lavorano in strutture pubbliche o private accreditate. In ogni caso, al di là dell'eventuale obbligatorietà, è sempre fortemente consigliata la stipula di una polizza assicurativa” ad affermarlo è Lorenzo Menicanti, presidente della Società italiana di chirurgia cardiaca (Sicch). “Anche perché” prosegue “esistono ospedali che non assicurano e casi in cui la Corte dei Conti si rivale sull'ospedale che a sua volta si rivale sul professionista. Una situazione che genera notevole inquietudine”. E così, dopo gli scioperi dei ginecologi e degli ortopedici, anche i chirurghi sono sul piede di guerra. Per Menicanti il rapido sviluppo dei contenziosi medico-legali trae origine dalla leg-

ge Bersani 4 agosto 2006 n.248 (il “decreto sulle liberalizzazioni”) che ha legalizzato i “patti di quota lite” con cui i legali si fanno riconoscere una percentuale in caso di vittoria. “A quel punto il paziente può denunciare qualunque medico e, se perde la causa, non è tenuto ad alcun risarcimento, mentre il medico ha possibilità di rivalsa solo dopo un verdetto favorevole in terzo grado di giudizio. Negli Usa, invece, se il paziente perde la causa deve pagare il professionista in modo consistente. In altri paesi, come la Germania o l’Austria, chi denuncia deve lasciare un deposito che sarà restituito in caso di vittoria processuale, o incamerato dal denunciato in caso contrario”. Senza questi freni, si spiegano anche le 12.500 denunce registrate l’anno scorso per malpractice, che fanno assurgere l’Italia – una delle nazioni dall’età media più avanzata – a paese con maggior numero di contenziosi per milione di abitanti. Ma quando si può affermare con certezza che un chirurgo ha sbagliato? “Se è stata posta un’indicazione non appropriata e se la procedura non è stata eseguita in modo corretto. Questa valutazione però è complessa e richiederebbe una commissione di esperti, mentre i consulenti dei tribunali spesso sono cultori della materia senza conoscenze pratiche”. Da notare, infine, che l’Italia è uno dei soli 3 paesi al mondo (insieme a Polonia e Messico) a configurare un decesso ospedaliero come omicidio colposo”.

Ma veniamo ai giorni nostri.

Da alcuni mesi sui network televisivi è cominciato a circolare uno spot che invita coloro che si sentono vittima di malasanità ad intraprendere iniziative legali per reclamare un risarcimento danni.

E’ superfluo evidenziare come questo sia un atteggiamento dannoso che avrà, come primo risultato, quello di aumentare la già alta conflittualità

fra medico e paziente, con ulteriore incremento delle conseguenti strategie di medicina difensiva e dei costi indotti al servizio sanitario nazionale.

A difesa dei sanitari, contro questo indiscriminato e pretestuoso (economico) attacco contro la classe medica, contro questa istigazione alla “violenza legislativa” il Presidente della S.I.C. Prof. Nicola Surico, ha scritto un lettera al Ministro della Salute ed alle più alte cariche sanitarie istituzionali, che di seguito riportiamo:

“OGGETTO: OBIETTIVO RISARCIMENTO.

E’ in atto una campagna pubblicitaria che non può non destare particolare preoccupazione nei medici e nel personale infermieristico che quotidianamente, con abnegazione e tra difficoltà di tipo strutturale ed organizzativo, si prodigano per salvare vite umane.

Il CIC critica aspramente lo spot televisivo OBIETTIVO RISARCIMENTO, trasmesso sulle principali reti nazionali, che invita le vittime di presunti casi di malasanità ad intraprendere iniziative giudiziarie per reclamare un risarcimento danni, che nel 95% dei casi si concludono con esito favorevole nei confronti del medico, dopo aver procurato, tuttavia, stress ai pazienti e agli stessi operatori sanitari, nonché ingolfato i tribunali di cause infondate.

Il CIC è al fianco dei pazienti e delle loro associazioni che giustamente chiedono un equo risarcimento nei casi accertati di malpractice e li invita a una sana alleanza al fine di tutelare non solo i cittadini ma anche i medici, spinti sempre più verso una medicina difensiva molto costosa e, da qualche tempo, anche astensiva, poiché evitano casi difficili e ad alto rischio che potrebbero sfociare in un contenzioso medico-legale.

Essendosi creata una situazione ormai insostenibile per gli alti costi delle polizze assicurative e per la “fuga” delle Società Assicuratrici”. Il CIC

sollecita il Parlamento ad accelerare l'iter legislativo in corso presso le Commissioni Parlamentari affinché si arrivi quanto prima ad una giusta soluzione relativa al contenzioso medico-legale, che possa ridare serenità al lavoro dei medici e soprattutto far sì che si recuperi quel rapporto di fiducia tra medico e paziente da tempo deteriorato".

Il quotidiano "La Stampa" del 14.02.2014, ha così dato seguito alla problematica sollevata dal precedente scritto con un articolo a firma di Marco Accossato:

"Avvocati-chirurghi

guerra tra professioni a colpi di spot in tivù

I legali: malati, fate valere i vostri diritti. La replica: basta istigare alla denuncia

Guerra a colpi di spot fra medici e avvocati. Alla pubblicità "Obiettivo risarcimento" che sui canali Rai, Mediaset e La7 invita da luglio i cittadini vittima di presunta malasanità a denunciare i medici ("Hai dieci anni di tempo per reclamare quello che ti spetta"), ora risponde con un contro-video il Collegio Italiano dei Chirurghi: "Ogni anno – mette in guardia il CIC – decine di migliaia di denunce per lo più infondate spingono bravi chirurghi a non operare e giovani medici a non scegliere le specializzazioni chirurgiche". Trenta secondi contro due minuti di video: musica, frasi e immagini ad effetto. L'anti-spot dei camici bianchi per ora circola su YouTube, ma sarà trasmesso in tivù: una mamma che partorisce («Quando nasce un bambino noi siamo lì»), uno spaventoso incidente stradale («Siamo dove è difficile stare, pronti ad assumerci le nostre responsabilità»), un uomo in barella che forse non ce la farà («Il nostro lavoro richiede decisioni difficili a volte con esiti non prevedibili»). Gli avvocati, invece, urlano rabbia e disperazione: «Se pensi di essere vittima di un caso di malasanità puoi far senti-

re la tua voce, saremo a tua disposizione a zero anticipi e zero rischi». Con il primo spot del genere in Italia, "Obiettivo risarcimento", in caso di fallimento,, promette di assumersi i costi processuali della causa persa.

Il dottor Nicola Surico, presidente dei chirurghi italiani, è infuriato: «E' un'istigazione alla denuncia". Messaggi come questo, sostiene, "non fanno altro che alzare il contenzioso medico-paziente, con un rischio enorme: la medicina difensiva ha fatto crescere a 14 milioni di euro l'anno la spesa per esami e ricoveri impropri. L'ombra del magistrato, di questo passo, farà sì che alla medicina difensiva si aggiunga "l'astensione": nessun chirurgo vorrà operare i pazienti più gravi».

Sostengono i chirurghi che il 99 per cento delle cause penali finisca con un'assoluzione, mentre in un processo civile si va da richieste di risarcimento di poche migliaia di euro («Addirittura inferiori ai costi processuali») a cifre milionarie: danno biologico più risarcimenti morali dell'intera famiglia.

Non è solo una battaglia d'immagine. «Già oggi – spiega Surico – la crescita dei contenziosi ha fatto sì che molti ospedali non siano più assicurati, o abbiano una franchigia altissima, anche 50 mila euro. Ciò significa che un medico neo assunto deve sborsare 12 mila euro l'anno per mettersi al riparo delle possibili cause, mentre un primario, per lo stesso premio assicurativo, paga 20-25 mila euro, cinque mesi del suo stipendio».

Ogni anno – secondo "Obiettivo risarcimento" – sono 45 mila i casi di malasanità in Italia. In 8 mila si sono rivolti a loro in dodici mesi. «Sovente – contestano i chirurghi – ciò che viene chiamato errore è in realtà una tragica complicanza, o è conseguenza di qualcosa per cui il medico non ha una responsabilità diretta». Roberto Simioni, presidente di "Obiettivo risarcimento", replica:

«Nessuna istigazione alla denuncia: la nostra attività non è in assoluto “contro i medici”, ma vuole garantire un diritto. Innanzitutto non ci occupiamo di cause penali, e per quelle civili esaminiamo preventivamente la vicenda sia da un punto di vista scientifico, sia legale. Soltanto se il paziente che viene a bussare alla nostra porta si trova realmente davanti a un caso di malasanità verrà assistito». Di tutte le cause seguite dal pool di avvocati del pool trevigiano, «nel 98,6 per cento è stato riconosciuto l'errore medico, e sei casi su dieci si sono chiusi in via stragiudiziale. Perché la malasanità, purtroppo, esiste».

In seguito agli spot televisivi menzionati, anche la classe dei ginecologi (tra i più bersagliati in questa gara al tiro al piccione) con le tre sigle Sigo, Aogoi e Agui, si è mobilitata con una serie di comunicati stampa, che di seguito vengono riportati.

“I ginecologi si schierano contro gli spot TV sui presunti casi di malpractice: “Il 90% delle cause legali termina con un'assoluzione. La malasanità si combatte con il dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni”. E per risolvere il problema del contenzioso “meglio stabilire un tetto massimo ai risarcimenti”:

09 GEN – Stop alle campagne televisive e mediatiche pro-denunce contro i medici e chirurghi accusati di presunti casi di malasanità. E' questa la richiesta avanzata con forza dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri (AOGOI) e dall'Associazione Ginecologi Universitari (AGUI) che per risolvere il problema dei contenziosi medico legali indicano come possibile soluzione, stabilire un tetto massimo ai risarcimenti, come già avviene negli Stati Uniti. Un limite che potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale che lavora all'interno del Ssn.

“Il 10% delle denunce contro i camici bianchi è a carico dei ginecologi – ha affermato il Presidente Sigo, Paolo Scollo – chi sbaglia è giusto che paghi e ogni cittadino ha il diritto a rivolgersi alla magistratura se pensa di aver subito un'ingiustizia. Ma istigare la popolazione a sporgere denuncia tramite martellanti campagne mediatiche è un elemento molto pericoloso e controproducente sia per noi che per i pazienti. Il rischio è che molti medici di fronte ad una severa emergenza, si rifiuteranno di assumersi potenziali e gravi responsabilità. Ma se un chirurgo o un traumatologo possono, a volte, ritirarsi di fronte a casi complicati, questo non può avvenire per un ginecologo ostetrico, che opera in sala parto ed è costretto a prendere importanti decisioni in tempo reale per tutelare la salute di madre e neonato”.

“Il rischio legato a queste campagne – aggiunto Vito Trojano, Presidente Aogoi – è alimentare il contenzioso che andrà così a pesare sul lavoro dei Tribunali e degli stessi medici, con forti ricadute sociali come la diminuzione della fiducia nei lavoratori del servizio sanitario nazionale. Aumenterà anche il ricorso alla medicina difensiva e i costi assicurativi per i camici bianchi. Anche perché vi è un ragionamento del tutto non condivisibile e irricevibile: il potenziale rimborso in questi casi non è a carico dello Stato ma dei suoi operatori, cioè medici, infermieri e ostetriche che purtroppo non possono intervenire in alcun modo nelle scelte aziendali strategiche riguardanti qualità e sicurezza in corsia e in sala operatoria. Questi spot non porteranno quindi nessun beneficio per la collettività ma solo ad alcuni consorzi di consulenti legali che possono speculare su questo tipo di contenzioso. Ricordiamo infatti che 9 cause legali su 10 contro i medici terminano con un'assoluzione da parte della magistratura”.

“La malasana non si combatte a colpi di spot ma migliorando la preparazione del personale sanitario” ha infine aggiunto Presidente Agui, Nicola Colacurci.

“Noi ginecologi – hanno concluso i tre Presidenti – da anni siamo impegnati nella prevenzione di questi casi, assicurando il costante dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni; elaborando linee guida condivise; organizzando corsi di aggiornamento; instaurando rapporti di collaborazione con le varie figure professionali che si occupano del benessere della donna. L’enorme crescita del contenzioso medico-legale è stato uno dei motivi dello sciopero del 12 febbraio 2013. Per la prima volta nella storia repubblicana noi ginecologi abbiamo incrociato le braccia per protestare contro la difficile situazione nella quale dobbiamo quotidianamente lavorare. Una possibile soluzione è stabilire un tetto massimo ai risarcimenti come avviene negli Stati Uniti. Questo limite potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale che lavora all’interno del sistema sanitario nazionale”.

In definitiva, come si evince dall’andamento degli eventi, in tema di responsabilità professionale medica, è evidente come le problematiche legali tendano a condizionare la nostra attività e come sia necessario arginarle nel loro corretto percorso, per garantire obiettività nel giudizio e serenità nelle scelte, evitando di far adottare alla classe medica quella “medicina difensiva” verso la quale, invece, molte iniziative, come quella della campagna pubblicitaria in corso, sembrerebbe volerci indirizzare.

## **RESOCONTO E COMMENTI IN MERITO AGLI INCONTRI CON LE AUTORITA’ ISTITUZIONALI**

Lo scorso 9 Ottobre una delegazione della SICCH, guidata dal Presidente, Lorenzo Menicanti, si è incontrata a Roma con l’On. Pierpaolo Vargiu, Presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, per esporre le problematiche medico-legali che coinvolgono la nostra professione ed i rischi che la possano condizionare in modo significativo, in merito alla medicina di tipo “difensivo”.

L’On. Vargiu, consapevole della problematica, ha illustrato ai convenuti la proposta di legge, dallo stesso presentata, in merito alla problematica in oggetto, proposta che verrà pubblicata sul prossimo numero del Bollettino, con una prefazione del Dr. Marco Pagliaro, che ha promosso l’incontro.

Successivamente, il 18 di Dicembre, si è svolto un ulteriore incontro di una delegazione della SICCH, a Roma, con l’On. Paolo Fadda, sottosegretario al Ministero della Salute. Durante questo incontro Lorenzo Menicanti ha fatto nuovamente presente i numerosi problemi che la nostra categoria incontra ogni giorno sia sul lato assicurativo che su quello del crescente numero di contenziosi, sottolineando come siano necessari dei provvedimenti atti a ristabilire un equilibrio in un sistema attualmente troppo sbilanciato verso i pazienti e che vede i medici oggetto di troppe pressioni che esulano dalla professione sanitaria. L’On. Fadda ha quindi ricevuto le proposte della delegazione della SICCH per costituire un tavolo di fattiva collaborazione, al fine di giungere a modifiche legislative che consentano di risolvere questi annosi problemi ed ha manifestato la propria disponibilità ad incontrare nuovamente i rap-

presentanti della SICCH, per giungere a delle proposte di modifica alle attuali normative.

L'Avv. Francesco Isolabella, che ha partecipato al primo incontro, ha inviato un breve commento in merito alla importanza che il legislatore riconosca un rapporto tra medico e paziente di tipo contrattuale e non, invece, extracontrattuale come è quello attualmente vigente per le ragioni sotto riportare:

L'art.3 comma 1 della "Legge Balduzzi" (il cui scopo era quello di contrastare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva"), DL 158/2012, dispone che:

"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate alla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Condizione per l'esclusione della responsabilità penale è che le linee guida a cui il professionista si sia attenuto siano state accreditate dalla comunità scientifica. Il medico continua a rispondere per dolo o colpa grave.

Nonostante la novella Balduzzi, continuano però a convivere due – opposti – orientamenti giurisprudenziali, con una decisa prevalenza per il secondo.

Secondo il primo – peraltro vicino alla lettera dell'art.3 del decreto Balduzzi – la responsabilità del medico/struttura sanitaria sarebbe di natura extracontrattuale il cui accertamento prevede l'onere probatorio in capo a chi contesta la responsabilità del medico/struttura sanitaria (la prescrizione dell'azione è di cinque anni).

Il secondo orientamento – ripreso dalla interpretazione prevalente e precedente al decreto – interpreta invece la responsabilità del medico e/o della struttura sanitaria come di natura contrattuale, per il cui accertamento l'onere probatorio è invertito ed è a carico del medico e/o della struttura sanitaria che deve difendersi (in tal caso la prescrizione dell'azione è doppia: dieci anni).

Giovedì 30 gennaio u.s. una delegazione della task force medico-legale, guidata dal presidente Lorenzo Menicanti, si è recata a Roma per una serie di incontri con le Istituzioni.

Il primo incontro è avvenuto presso il ministero della salute con il magistrato di cassazione Adelchi d'Ippolito, consulente legale del Ministro della Salute. Nel corso di questa riunione il presidente Lorenzo Menicanti ha esposto al dottor d'Ippolito il crescente disagio dei cardiocirurghi italiani ed in generale dei medici italiani dovuto al costante aumento del contenzioso medico-legale ed alle sempre più esigue possibilità dei medici, e soprattutto dei chirurghi, di potersi assicurare senza che vi siano condizioni capestro. Sono state fatte presenti inoltre le enormi discrepanze delle condizioni assicurative che vengono proposte a medici che prestano la loro opera nel pubblico oppure nel privato, ed è stato posto in risalto il ruolo fondamentale che nelle eventuali procedure penali e civili vengano identificati dei consulenti tecnici qualificati. Sono state infine formulate alcune proposte per ridurre il contenzioso medico paziente: tra queste, la costituzione di una commissione di conciliazione e di un fondo di compensazione, la possibilità di promulgare una legislazione che tratti i decessi dovuti ad azioni mediche in modo differenziato dall'omicidio colposo, la possibilità di sviluppare protocolli di risk management che consentano di ridurre in parte gli errori medici, e protocolli di umanizzazione

della medicina al fine di ridurre le eventuali distanze tra medico e paziente riducendo allo stesso tempo il rischio di contenzioso.

Il consigliere d'Ippolito ha mostrato estremo interesse ed attenzione alle proposte fatte e si è dichiarato disposto ad ulteriori incontri per approfondire ulteriormente questo argomento.

Il secondo incontro è avvenuto col vicepresidente vicario del Parlamento europeo Onorevole Gianni Pittella (vedi foto). Durante questo incontro il Presidente Menicanti ha fatto presente all'onorevole Pittella come, in sede di Stati sovrani europei, vi sia un'enorme differenza nelle modalità in cui la legge affronta i casi di decessi dovuti ad atti medici. È stato infatti sottolineato come l'Italia è praticamente l'unico paese in cui il medico può venire incriminato per omicidio colposo, e come la legislazione italiana sia, tra i diversi paesi europei, la più punitiva in questo contesto nei confronti dei medici. È stata quindi chiesta un'azione forte di armonizzazione delle diverse legislazioni europee in questo contesto, dal momento che appare illogico ed irrazionale che vi sia una tale discrepanza legislativa all'interno dei paesi aderenti all'unione europea. L'onorevole Pittella, che è un medico, ha mostrato di recepire perfettamente i problemi esposti e si è impegnato ad un'azione forte e risoluta al fine di porre le basi per affrontare un iter presso il parlamento europeo su questi temi così scottanti per i medici italiani.

Le "fatiche di Tantalo". Con la caduta dell'attuale governo, il 13 Febbraio del 2014, e con la istituzione del nuovo, è molto probabile che cambino anche i nuovi interlocutori con cui ci si dovrà confrontare. Poiché le problematiche medico legali della nostra professione non solo restano, ma sembrano avere un carattere ingravescente, spe-

riamo che qualche cosa sia rimasto di scritto, per non dover cominciare tutto da capo!



*IL PRESIDENTE SICCH LORENZO MENICANTI  
CON L'ONOREVOLE GIANNI PITTELLA*



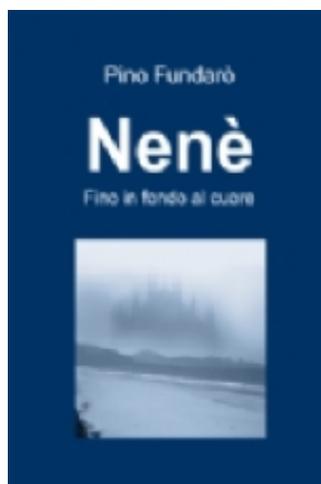
# QUANDO IL CHIRURGO ABBRACCIA L'ARTE

PINO FUNDARO', UN UOMO TRA CHIRURGIA E UMANESIMO



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA



NENE'  
FINO IN FONDO AL CUORE  
Pino Fundarò  
3a edizione 9/2013  
272 pagine

Un romanzo autobiografico di un cardiocirurgo: detto così potrebbe sembrare banale, ma noi che conosciamo il mestiere sappiamo le diverse sfaccettature di un lavoro che non ha uguali, in termini di impegno, psico-fisico e soprattutto emotivo. Certamente la profondità del libro di Fundarò lo dimostra. Egli vuole non essere più 'strettamente scientifico, come la sua formazione vorrebbe, e ottiene un romanzo decifrando il senso delle esperienze della propria vita (come egli stesso dichiara). Una vita infatti intensa, varia e piena di emozioni, con il desiderio di trasmetterle a chi legge il libro. Il condimento di questa storia è l'allontanamento dalla terra d'origine, la Sicilia: una terra dal grande

fascino ed enormi contraddizioni, e quindi espressione sia di pregi che di difetti, ed il cui legame con il protagonista è sempre stretto e presente. La vita, quella di Nenè, descritta dalla crescita familiare, con tutte le influenze della terra d'origine, all'emigrazione, per inseguire il sogno della sua vita, la chirurgia del cuore, fino all'adattamento in terra lontana, e coronato da sentimenti, emozioni, con variabile soddisfazione.

Fundarò con modestia ammette che, alla luce dell'esperienza dello scrivere il libro, riesce a riflettere su se stesso. E' come una lezione di vita: tutti noi corriamo, ma non troviamo mai il tempo per soffermarci su di noi stessi.

Appreziamo tra le righe una considerazione, prendendola come lezione: Senza la voglia e la capacità di sognare non c'è per l'uomo possibilità di crescita. Solamente il sogno, se sorretto dall'entusiasmo e dal coraggio, può dare slancio alle idee innovative dell'uomo e alla sua maturazione interiore.

Il racconto è avvincente, la lettura piacevole e ben ritmata, con momenti di riflessione, alternati ad altri di pacata ironia.

Abbiamo letto con molto interesse questo libro di Pino Fundarò, testimone dell'evoluzione della cardiocirurgia da una fase pionieristica ad una più routinaria, seguendone le emozioni e spesso condividendole.

# STATS: ALWAYS FACTS

## MANTEL-HAENSZEL



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO



Il metodo di Mantel-Haenszel permette di confrontare l'associazione tra 2 variabili dicotomiche indipendenti in presenza di un fattore di stratificazione. Con quest'analisi, è possibile aggiustare il confronto tra 2 gruppi per una terza variabile. Spesso, la relazione tra 2 variabili dicotomiche indipendenti viene analizzata in popolazioni differenti (strati), che possono derivare dallo stesso studio oppure da studi diversi:

a) Singolo studio disaggregato o stratificato. Supponiamo di voler valutare l'associazione tra arteriopatia extracardiaca e infarto miocardico acuto nei due sessi. E' necessario quindi creare 2 tabelle di contingenza disaggregate, una per il sesso maschile e una per il sesso femminile. Per entrambe queste tabelle di contingenza (di variabili indipendenti), si possono calcolare l'eventuale associazione (test del Chi-quadrato) e la forza di tale associazione (Odds Ratio).

b) Studi differenti. Supponiamo di voler analizzare 2 tabelle di contingenza 2x2 riportate in due lavori differenti che analizzano l'associazione tra arteriopatia extracardiaca e infarto miocardico acuto. Entrambi gli studi descrivono un'associazione tra le 2 variabili (test del Chi-quadrato) e la forza di tale associazione (Odds Ratio)

In entrambi questi esempi, come possiamo sapere se gli odds ratio sono omogenei e se può essere calcolato un odds ratio globale? Il test di Mantel-Haenszel permette di rispondere a queste domande.

### Un cenno alla teoria

Consideriamo il primo esempio (studio singolo stratificato) e valutiamo l'associazione tra arteriopatia extracardiaca e IMA nei 2 sessi. Per entrambi i sessi, è possibile definire una tabella di contingenza, un test Chi-quadrato e un Odds Ratio.

**MASCHI**

		IMA recente		Tot.
		No	Si	
Arteriopatia extracardiaca	No	6073	1248	7321
	Si	870	249	1119
Tot.		6943	1497	8440

P del test Chi-quadrato = 0; Odds Ratio = 1.39

**FEMMINE**

		IMA recente		Tot.
		No	Si	
Arteriopatia extracardiaca	No	3182	396	3578
	Si	254	53	307
Tot.		3436	449	3885

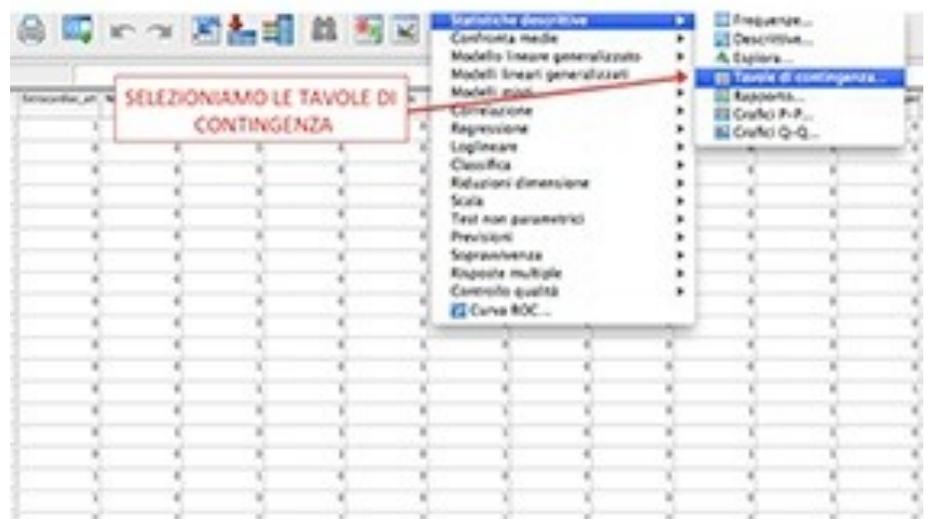
P del test Chi-quadrato = 0.002; Odds Ratio = 1.67

Il metodo di Mantel-Haenszel per confrontare le 2 tabelle di contingenza prevede 4 fasi:

- a) test di omogeneità: si esegue per verificare che gli odds ratio dei due gruppi (maschi e femmine) siano omogenei. Se il valore di  $p$  è inferiore a 0.05, i due odds ratio saranno considerati significativamente differenti, in caso contrario (ipotesi nulla) saranno considerati omogenei. Nel caso in cui il test di omogeneità sia significativo e quindi i 2 OR siano differenti, non ha senso stimare un OR globale e i due valori devono essere riportati entrambi perché la variabile di strato (sesso) influenza l'associazione tra IMA e arteriopatia extracardiaca. Se il test di omogeneità non è significativo e quindi l'OR nei due strati non sono diversi, si può procedere con la seconda fase, il metodo di Mantel-Haenszel, per il calcolo di una stima complessiva della forza di associazione
- b) calcolo di una stima puntuale per l'OR globale (in pratica è la media ponderata degli OR nei singoli strati)
- c) calcolo dell'intervallo di confidenza dell'OR globale
- d) test di associazione per valutare se c'è associazione nella popolazione aggregata. Questo test valuta se nella popolazione combinata (OR globale) c'è associazione tra le due variabili (IMA e arteriopatia extracardiaca). In pratica il test valuta se OR globale è uguale a 1. Se  $OR = 1$ , non c'è associazione tra le due variabili; se OR globale è significativamente diverso da 1, esiste un'associazione tra le due variabili nella popolazione aggregata.

Calcolo della statistica di Mantel-Haenszel con il software

Il calcolo del test di Mantel-Haenszel con il software è identico alla procedura vista per il calcolo dell'OR in una tabella di contingenza 2x2. La differenza è che in questo caso prenderemo in con-



siderazione 2 o più tabelle di contingenza e il test stimerà l'OR comune.

In primo luogo è necessario selezionare tra le analisi statistiche possibili le Tavole di contingenza.

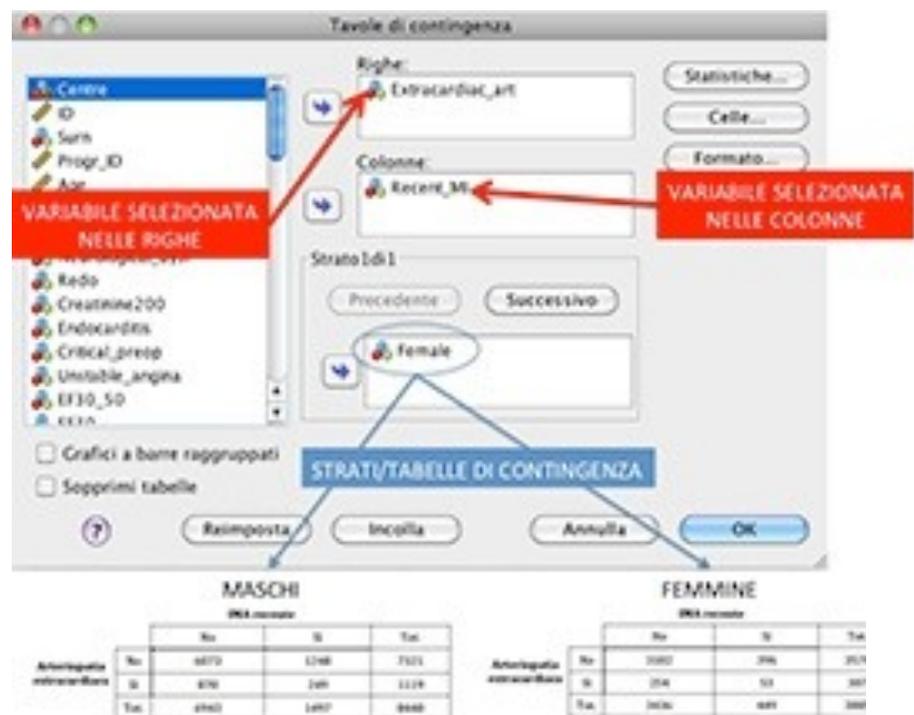
Successivamente, si selezionano le variabili in valutazione. In questo caso, si deve valutare la relazione tra "arteriopatia extracardiaca" e "infarto miocardico acuto recente" nei 2 sessi; le domande a cui rispondere sono:

- C'è relazione tra "arteriopatia extracardiaca" e "infarto miocardico acuto recente" e qual è la forza di questa associazione?
- Ci sono differenze significative tra gli OR nei maschi e nelle femmine?

Quindi le variabili da selezionare saranno “arteriopatia extracardiaca” e “infarto miocardico acuto recente” stratificate per sesso, in modo da ottenere 2 tabelle di contingenza, 1 per il sesso maschile e 1 per sesso femminile.

L'output dell'analisi è diviso, anche in questo caso, in 2 parti:

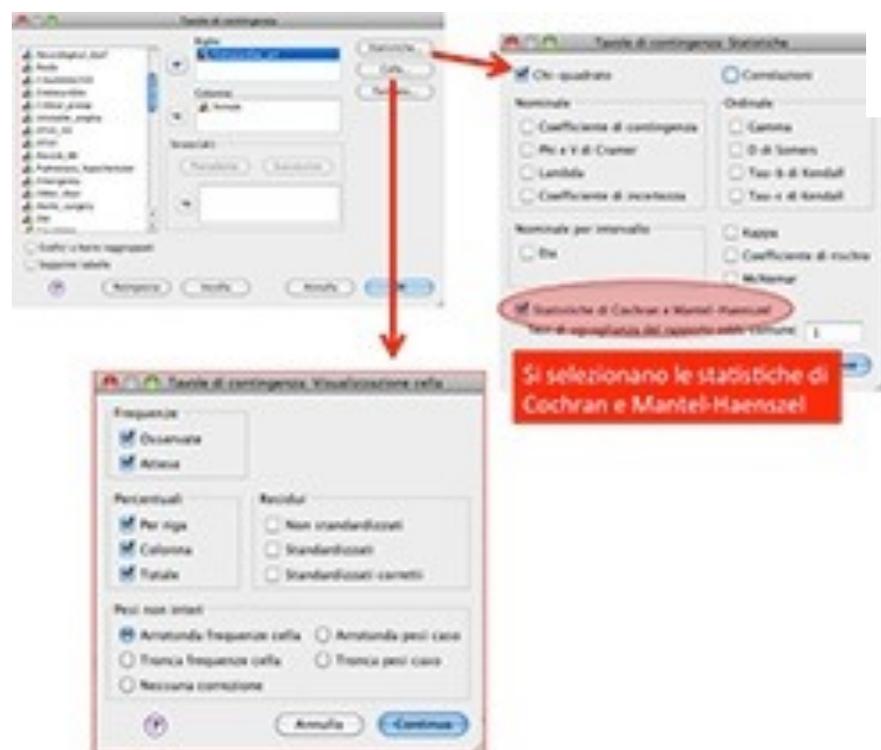
- 1) test del Chi-quadrato per le due tabelle di contingenza (maschi e femmine)
- 2) test di Mantel-Haenszel



Il test del Chi-quadrato evidenzia come ci sia una forte correlazione tra IMA recente e arteriopatia extracardiaca in entrambi i sessi ( $p < 0.05$ ).

		Recent_MI			Totale
		0	1		
Female	Extracardiac_art 0	6073	1248	7321	
	1	870	249	1119	
	Totale	6943	1497	8440	
1	Extracardiac_art 0	3182	396	3578	
	1	254	53	307	
	Totale	3436	449	3885	

Accedendo alla schermata delle “Statistiche”, oltre a selezionare il test di confronto (nel nostro caso essendo 2 variabili nominali dicotomiche indipendenti, selezioniamo il test Chi-quadrato), si selezionano anche le “Statistiche di Cochran e Mantel-Haenszel”



		Chi-quadrato				
		Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
FEMMINE	0	Chi-quadrato di Pearson	18,024 <sup>a</sup>	1	,000	
		Correzione di continuità <sup>b</sup>	17,669	1	,000	
		Rapporto di verosimiglianza	17,130	1	,000	
		Test esatto di Fisher				,000
		Associazione lineare-lineare	18,021	1	,000	
		N. di casi validi	8440			
MASCHI	1	Chi-quadrato di Pearson	10,620 <sup>a</sup>	1	,001	
		Correzione di continuità <sup>b</sup>	10,022	1	,002	
		Rapporto di verosimiglianza	9,505	1	,002	
		Test esatto di Fisher				,002
		Associazione lineare-lineare	10,617	1	,001	
		N. di casi validi	3885			

La seconda parte dell'output riporta il test di Mantel-Haenszel.



a) I fase: Test di omogeneità. Il test non è significativo e quindi l'OR nei due strati sono omogenei; si può procedere con il calcolo di una stima complessiva della forza di associazione

b) II fase: l'OR globale della popolazione non stratificata (maschi e femmine) è uguale a 1.440.

c) III fase: l'intervallo di confidenza al 95% dell'OR globale è 1.255-1.653

d) IV fase: test per valutare l'associazione nella popolazione aggregata. L'OR globale è significativamente diverso da 1, quindi c'è un'associazione significativa tra IMA e arteriopatia extracardiaca nella popolazione aggregata.

# TOUGH AND MONSTER CASES

CHI VA PER QUESTI TRAGITTI FISTOLOSI !!



CARLO DE VINCENTIIS

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



MARCO ZANOBINI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO,  
MILANO*

Paziente di anni 64, con storia di diabete mellito tipo II, ipotiroidismo autoimmune e celiachia. Nel 2007 veniva sottoposto ad intervento cardiocirurgico di sostituzione valvolare aortica mediante posizionamento di protesi meccanica. Il paziente tra il Novembre e il Dicembre 2013 presentava alcuni un' evidenza di atassia della marcia da ischemia cerebellare destra ed almeno quattro TIA. Per questa ragione il 03/01/2014 veniva anche sottoposto ad esame ecocardiografico transesofageo risultato normale; tornato al domicilio il paziente cominciava a presentare febbre e ricidivano due episodi di TIA; il medico curante, in accordo con il cardiologo, gli prenotava un ecocardiogramma trans esofageo di controllo ambulatoriale, programmato per il 22/01/2014; in quella data il paziente arrivava presso l'ambulatorio guidando la propria auto, in completo benessere, solo con una febbre serotina da alcuni giorni. L'esame mostrava la presenza di un importante ascesso periprotetico aortico fistolizzato in atrio sinistro e destro senza una apparente dislocazione della protesi meccanica. In considerazione di tale quadro clinico – strumentale veniva trasferito

presso il nostro centro. Il paziente eseguiva i consueti esami diagnostici pre – operatori tra cui un ecocardiogramma trans toracico: “una protesi meccanica aortica in sede, non mobile; in asse parasternale corto, a ore 12:00 presenza di immagine ecopriva paraprotetica compatibile con vacuolizzazione ascessuale con tre jet ampi, multipli tramiti fistolosi su più piani tra la radice aortica, atrio destro, ventricolo destro ed atrio sinistro quest'ultimo di maggiore entità”. Veniva effettuata inoltre una TC addome ove si evidenziavano due aree ipodense di circa 1 cm al III medio-inferiore del parenchima splenico, sottocapsulari, compatibili con esiti ischemici; inoltre una ipodensità al III corticale superiore – medio del rene di sinistra compatibile con quadro di ipoperfusione parenchimale su base ischemica embolica.

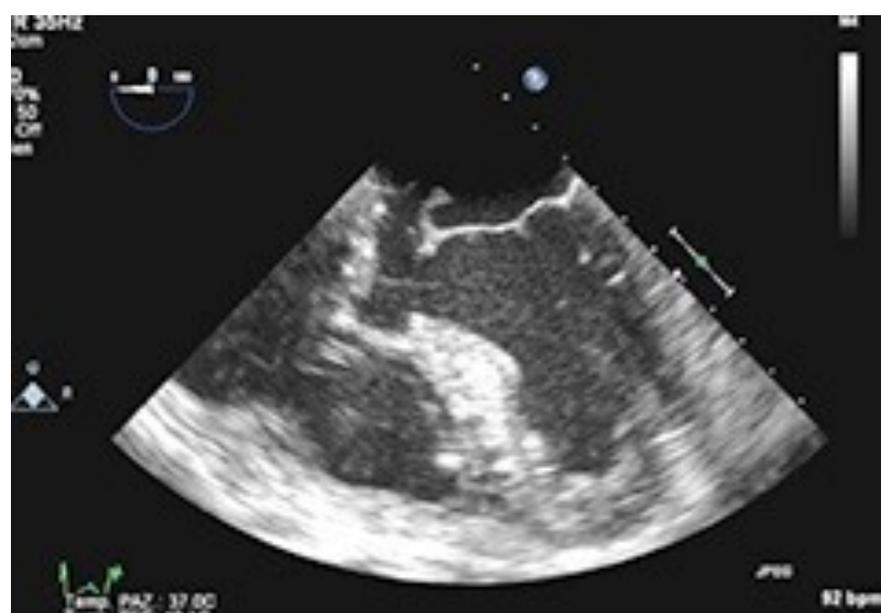
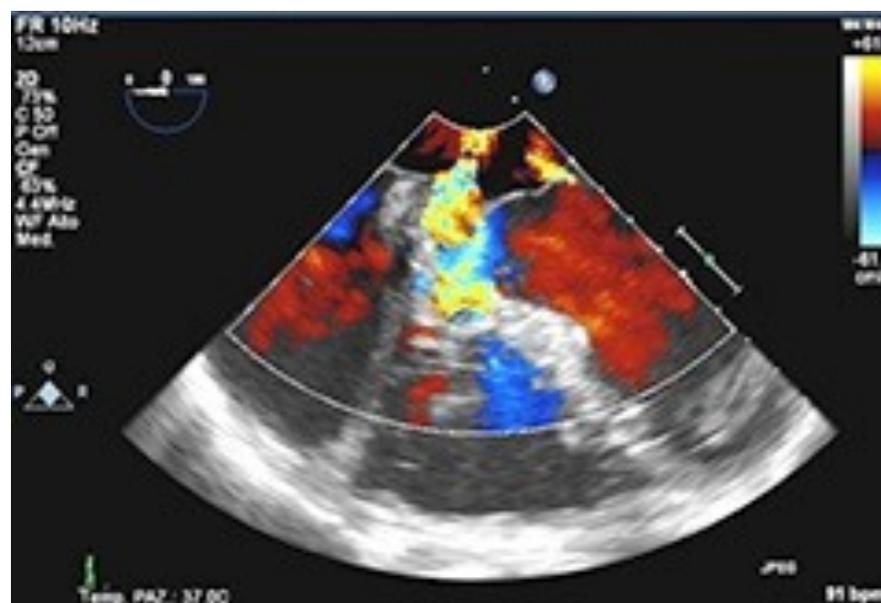
Purtroppo il paziente, che era portatore di una protesi meccanica, presentava all'ingresso un valore di INR 3,9. Per cui si è provveduto a somministrare vitamina K e successivamente plasma e l'intervento è stato rinviato al giorno successivo.



Durante la notte si è assistito a comparsa di febbre con brividi, per cui sono state eseguite emocolture, che poi hanno evidenziato la presenza S.Aureus.

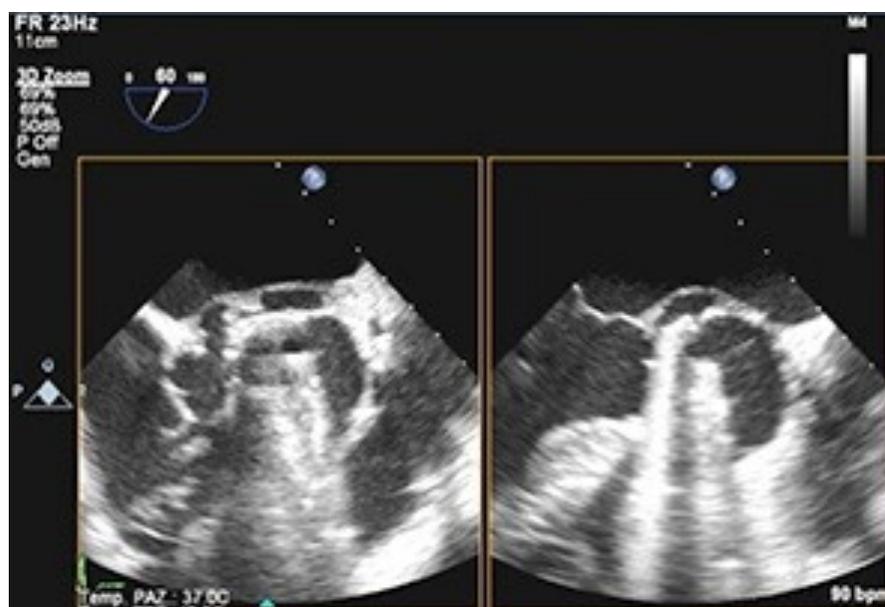
Al termine degli accertamenti clinico – strumentali si confermava l'indicazione chirurgica seppure con un elevato rischio operatorio.

Quindi si sottoponeva il paziente ad intervento chirurgico con una doppia cannulazione venosa (via giugulare destra e via vena femorale destra) e con la cannulazione dell'arteria femorale destra.



*Immagini ecocardiografiche trans-esofagee perioperatorie in cui si nota l'ascesso periprotetico con le due fistolizzazioni in atrio sn e atrio dx.*

Si rimuoveva la valvola con evidenza di materiale infetto; per via transatriale destra si identificava il condotto fistolizzato facendo passare un passalacci attraverso la fistola che veniva così ben identificata. La fistola si estendeva dal setto membranoso fino a metà della continuità mitro-aortica; Si chiudevano tramite punti staccati con feltro i tramiti fistolosi periprotetici e si impiantava una protesi biologica come da richiesta del paziente.





Nel post operatorio per la comparsa di BAV completo si posizionava PM bicamerale. Al controllo ecocardiografico post - intervento si evidenziava una protesi valvolare aortica biologica normoposizionata, normofunzionante; assente rigurgito paravalvolare, gradiente anterogrado nei limiti di norma. Il paziente veniva pertanto trasferito con una buona emodinamica al centro di riabilitazione cardiopolmonare.



# ITALIAN LITERATURE WATCH

GENNAIO 2014



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



ANTONIO RUBINO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI CATANIA*



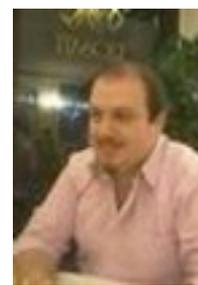
GIOVANNI MARISCALCO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ INSUBRIA DI VARESE*



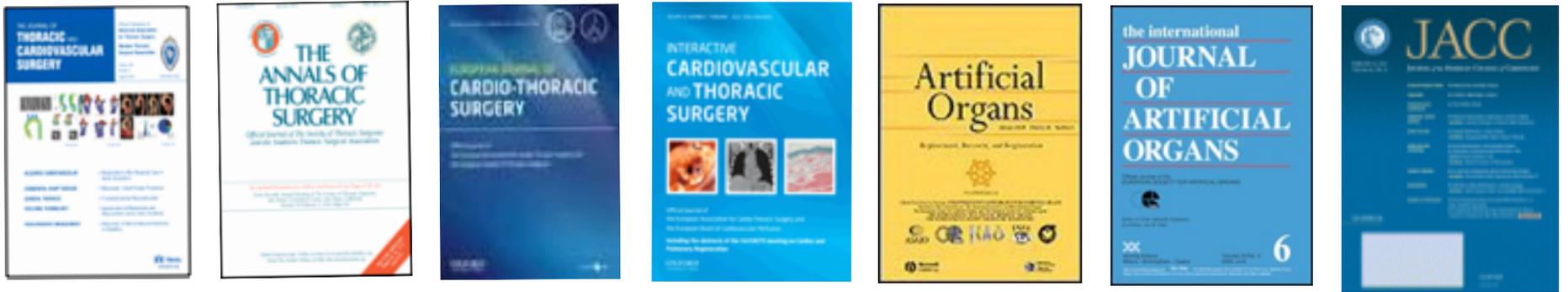
FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



### The Annals of Thoracic Surgery

1. Mariscalco G, Musumeci F. The Minithoracotomy Approach: A Safe and Effective Alternative for Heart Valve Surgery. *Ann Thorac Surg* 2014;96:356-364.
2. Cannata A, Martinelli L. Reply. *Ann Thorac Surg* 2014;96: 379



### The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

1. Angeloni E, Benedetto U, Takkenberg JJ, Stigliano I, Roscitano A, Melina G, Sinatra R. Unilateral versus bilateral antegrade cerebral protection during circulatory arrest in aortic surgery: a meta-analysis of 5100 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;147:60-7
2. Brancaccio G, Polito A, Hoxha S, Gandolfo F, Giannico S, Amodeo A, Carotti A. The Ross procedure in patients aged less than 18 years: the midterm results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;147:383-8



## European Journal of Cardio-thoracic Surgery

1. Yan TD, Tian DH, LeMaire SA, Misfeld M, Elefteriades JA, Chen EP, Hughes GC, Kazui T, Griep R, Kouchoukos NT, Bannon PG, Underwood MJ, Mohr FW, Oo A, Sundt TM, Bavaria JE, Di Bartolomeo R, Di Eusanio M, Roselli EE, Beyersdorf F, Carrel T, Corvera J, Della Corte A, Ehrlich M, Hoffman A, Jakob H, Matalanis G, Numata S, Patel HJ, Pochettino A, Safi HJ, Estrera A, Perreas KG, Sinatra R, Trimarchi S, Sun LZ, Tabata M, Wang C, Haverich A, Shrestha M, Okita Y, Coselli J. The ARCH Projects: design and rationale (IAASSG 001). *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:10-16
2. Di Dedda U, Ranucci M, Baryshnikova E, Castelvechio S. Thienopyridines resistance and recovery of platelet function after discontinuation of thienopyridines in cardiac surgery patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:165-170
3. Ferrari E, Berdajs D, Tozzi P, Prêtre R. Transaortic transcatheter aortic valve replacement with the Sapien™ valve and the first generations of Ascendra™. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:188-190
4. Colli A, Gallo M, Manzan E, Gerosa G. Reply to Kaleda. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:207-208

## Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery

1. Santarpino G, Pfeiffer S, Pollari F, Concistrè G, Vogt F, Fischlein T. Left ventricular mass regression after sutureless implantation of the Perceval S aortic valve bioprosthesis: preliminary results. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014;18:38-42
2. Fattouch K, Castrovinci S, Murana G, Nasso G, Guccione F, Dioguardi P, Salardino M, Bianco G, Speziale G. Functional annulus remodelling using a prosthetic ring in tricuspid aortic valve repair: mid-term results. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014;18:49-55

## Circulation

1. D'Amario D, Leone AM, Iaconelli A, Luciani N, Gaudino M, Kannappan R, Manchi M, Severino A, Shin SH, Graziani F, Biasillo G, Macchione A, Smaldone C, De Maria GL, Cellini C, Siracusa A, Ottaviani L, Massetti M, Goichberg P, Leri A, Anversa P, Crea F. Growth Properties of Cardiac Stem Cells Are a Novel Biomarker of Patients' Outcome After Coronary Bypass Surgery. *Circulation* 2014;129:157-172

## The American Journal of Cardiology

1. Biancari F, Onorati F, Faggian G, Heikkinen J, Anttila V, Jeppsson A, Mignosa C, Rubino AS, Gunn J, Wistbacka JO, Axelsson TA, Mennander A, De Feo M, Gudbjartsson T, Airaksinen J. Determinants of outcome after isolated coronary artery bypass grafting in patients aged  $\leq 50$  years (from the Coronary aRtery diseAse in younG adultS study). Am J Cardiol 2014;113:275-8

## Heart

1. Della Corte A. Phenotypic heterogeneity of bicuspid aortopathy: a potential key to decode the prognosis? Heart 2014;100:96-97.
2. Cantinotti M, Assanta N, Murzi B, Lopez L. Controversies in the definition and management of insignificant left-to-right shunts. Heart 2014;100:200-205.
3. Cantinotti M, Assanta N, Murzi B, Iervasi G, Spadoni I. Correspondence. Heart 2014;100:264-265.

## Cardiovascular Pathology

1. Zanatta A, Zampieri F, Bonati MR, Frescura C, Scattolin G, Stramare R, Thiene G. Situs inversus with dextrocardia in a mummy case. Cardiovasc Pathol 2014;23:61-4

## Artificial Organs

1. Undar A, Wang S, Palanzo D, Weaver B, Pekkan K, Agirbasli M, Zahn JD, Luciani GB, Clark JB, Wilson RP, Kunselman AR, Sano S, Belli E, Pierce WS, Myers JL. Outcomes of the ninth international conference on pediatric mechanical circulatory support systems and pediatric cardiopulmonary perfusion. Artif Organs. 2014;38:5-10.

## LETTURA CONSIGLIATA:

**Angeloni E, Benedetto U, Takkenberg JJ, Stigliano I, Roscitano A, Melina G, Sinatra R. Unilateral versus bilateral antegrade cerebral protection during circulatory arrest in aortic surgery: a meta-analysis of 5100 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:60-7**

Abbiamo scelto quale “lettura consigliata” del mese di Gennaio una interessantissima meta-analisi effettuata dai colleghi della Cardiochirurgia universitaria della Sapienza di Roma, avente come oggetto la valutazione della efficacia relativa, in termini di protezione cerebrale, delle tecniche di perfusione anterograda unilaterale (u-ACP) o bilaterale (b-ACP) in arresto circolatorio durante chirurgia aortica.

Sono state considerate nella meta-analisi 28 pubblicazioni (di 136 iniziali) su di un totale di 5100 pazienti (di cui 3206 sottoposti a b-ACP e 1894 sottoposti a u-ACP), escludendo reports relativi a casistiche limitate, casi clinici, esperienze nella popolazione pediatrica, dati ripetitivi, studi su modelli animali, precedenti review o commenti, e pubblicazioni su tecnica chirurgica alternativa/innovativa. Questa “stringente” selezione certa-

mente ha il vantaggio di far sì che la meta-analisi costituisca uno “specchio”, molto vicino alla realtà, della “practice” dei principali centri ad alto volume che abbiano specificamente analizzato la problematica della perfusione cerebrale unilaterale e bilaterale durante arresto di circolo.

I risultati della meta-analisi in oggetto dimostra chiaramente come non esistano differenze statisticamente significative tra le due tecniche per i 3 principali “outcome” analizzati: mortalità “a 30 giorni” (u-ACP: 8.6% vs. b-ACP: 9.2%), incidenza di danno neurologico permanente (u-ACP: 6.1% vs. b-ACP: 6.5%), incidenza di danno neurologico transitorio (u-ACP: 7.1% vs. b-ACP: 8.8%).

Quanto alla mortalità, è interessante sottolineare che la definizione di mortalità postoperatoria sia stata variabile tra i diversi studi considerati nella meta-analisi, con alcuni riportanti la sola mortalità ospedaliera in senso stretto, e solo 5 in grado di definire la mortalità a 30 giorni, quale tradizionalmente definita. Tuttavia, anche escludendo questi 5 studi, la mortalità ospedaliera sembra non differire tra le 2 tecniche operatorie. Questo costituisce senz’altro un aspetto importante, in considerazione anche del fatto che buona parte della mortalità a 30 giorni di questi pazienti potrebbe senza dubbio essere di natura neurologica, e quindi sottostimata dalla sola analisi della mortalità ospedaliera. In tal senso però, la dimostrazione di una simile incidenza di danno neurologico permanente – come riportato in questo studio – escluderebbe almeno quella quota rilevante di mortalità a 30 giorni dovuta a complicanze cerebrali/neurologiche, in quanto pressoché sempre di natura “acuta” perioperatoria.

Un ulteriore aspetto interessante della meta-analisi, provante la sostanziale equipollenza delle 2 metodiche, è nei risvolti medico-legali spesso connessi a denunce di “mal-practice” sanitaria nei pazienti sottoposti a chirurgia dell’aorta in arresto di circolo, spesso incentrate proprio sulle dinamiche relative all’insorgenza di una complicanza neurologica. Si dimostra infatti come le 2 tecniche non impattino tale outcome, ma al contrario come altri elementi, solo alcuni dei quali “iatrogeni”, siano piuttosto responsabili della qualità della protezione cerebrale. In particolar modo, gli Autori sottolineano che la durata dell’arresto di circolo, la natura non-elettiva della procedura, e la temperatura dell’arresto di circolo – nell’ambito sempre di una ipotermia moderata, quale quella impiegata dalla gran parte delle esperienze considerate in questa meta-analisi come dimostrato dalla Tabella 2 – in realtà impattino in maniera significativa sia la mortalità postoperatoria che l’incidenza di danno neurologico permanente. Quest’ultimo aspetto relativo alla temperatura dell’arresto di circolo, sembrerebbe anche ed ulteriormente sottolineare come temperature più basse (in ambito “moderato”) impattino favorevolmente la mortalità: considerando la non-trascurabile mortalità “non-cerebrale, splancnica” (renale, polmonare, intestinale, ecc) di questa chirurgia, tale dato dovrebbe indirettamente indicare l’efficacia protettiva dell’ipotermia moderata anche sul circolo splancnico. Certamente meta-analisi “ad-hoc” saranno utili in futuro per meglio sviscerare tale problematica.

Infine, va sottolineato come l’equipollenza delle 2 tecniche in termini di mortalità e danno cerebrale possa in realtà “favorire” – forse contrariamente all’opinione comune – la tecnica di perfusione unilaterale, considerando la possibilità di una “selection bias” di fondo nella scelta di quest’ultima

tecnica. Infatti, se è vero che la u-ACP è una tecnica più rapida e semplice, quindi più “comoda” per l’operatore, certamente essa riduce la manipolazione dei vasi cerebrali di sinistra (come giustamente sottolineato dagli Autori), ma soprattutto potrebbe essere spesso una “scelta obbligata” da parte dell’operatore, di fronte a quadri di patologia dissecativa e/o aterosclerotica dei vasi cerebrali di sinistra particolarmente “impegnativi” da approcciare (es. esteso coinvolgimento da parte della dissezione della calotta dell’arco, dissezione della carotide sx, severa aterosclerosi calcifica dell’arco, placche “Montgomery III-IV”, ecc...): questo aspetto potrebbe quindi indicare una equipollenza di risultato nonostante quadri anatomici più impegnativi o comunque “in partenza più sfortunati”.

Certamente lo studio soffre, come tutti gli studi clinici e le metanalisi, di limitazioni legate - ad esempio - ai disegni dei singoli studi considerati. Tali limitazioni sono correttamente sottolineate dagli Autori, e costituiscono piuttosto un motivo di “spinta” ulteriore per più approfondite ed innovative ricerche sulla protezione cerebrale in corso di arresto di circolo per patologia aortica