



BOLLETTINO GIUGNO-LUGLIO 2015



CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

President

Roberto Di Bartolomeo

Vice President

Francesco Musumeci

General Secretary

Piersilvio Gerometta

Scientific Secretary

Alessandro Parolari

Treasurer

Vittorio Creazzo

Councillors

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Gabriele Iannelli

Domenico Paparella

Giuseppe Speziale

Financial Auditor

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



EDITORIAL BOARD

Coordinatore Editoriale

Michele Di Mauro

Staff Editoriale

Guglielmo Actis Dato , Roberto Lorusso

Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Marco Pagliaro

Pino Fundarò

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Francesco Paolo Tritto

Elena Caporali, Monica Moz

Luca Weltert, Michele Di Mauro

Alessandro Barbone, Luca Botta

Giuseppe Raffa, Fabrizio Sansone

SICCH Social Networks

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

Le nostre radici

Stats: always facts?

Contenzioso Medico-legale

Umanesimo e cardiocirurgia

Italian Literature Watch

Tough and Monster Cases

Commento "al libro"

Quando il chirurgo abbraccia l'arte

La valigia di cartone

Occhio che vede cuore non duole

La guerra dei mondi

Le dritte del maestro

Linkedin

Social4med

Facebook



INDICE

Comunicazione: 1 posto da direttore al Niguarda	pag. 4
Task-force sulla trasparenza	
Editoriale del mese	pag. 5
Da paziente a medico: empatia, comprensione e inversione dello sguardo oggettivante	
Francesco Codato	
Contenzioso Medico-Legale:	pag. 8
Responsabilità sanitaria: identificazione o distinzione tra struttura e medico e profili applicativi	
Gian Piero Piccoli, Francesca Di Marco	
Commento al libro: vi racconto tre libri	pag. 14
Francesco Paolo Tritto	
La Guerra dei Mondi: la Dissezione aortica acuta tipo A	pag. 22
Alessandro Barbone, Luca Botta	
Italian Literature Watch: Maggio 2015	pag. 27
Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino	

TASK-FORCE TRASPARENZA

INCARICO QUINQUENNALE DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA NIGUARDA - MILANO



TASK FORCE ALLA TRASPARENZA
SICCH: BOLLETTINO UFFICIALE -
REGIONE LOMBARDIA

Sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia – Serie Avvisi e Concorsi del 27 maggio 2015 è stato pubblicato l'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico quinquennale di n. 1 posto di dirigente medico direttore di struttura complessa - disciplina di cardiocirurgia, area chirurgica e delle specialità chirurgiche, per la s.c. cardiocirurgia presso l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano.

Inviando alla Vs cortese attenzione il bando che sarà tra l'altro oggetto della prossima riunione della Task-Force SICCH alla trasparenza in programma nei prossimi giorni.

Potrete trovare il bando a questo link

[http://www.sicch.it/files/Bollettino_Ufficiale - Regione Lombardia.pdf](http://www.sicch.it/files/Bollettino_Ufficiale_-_Regione_Lombardia.pdf)

L'EDITORIALE DEL MESE

DA PAZIENTE A MEDICO: EMPATIA, COMPrensIONE E INVERSIONE DELLO SGUARDO OGGETTIVANTE



FRANCESCO CODATO

UNIVERSITÀ CA FOSCARI
VENEZIA

La parola comprensione è una delle forme verbali oggi più utilizzate nel campo della medicina, della bioetica e della riflessione filosofica sulla medicina. Tale vocabolo si riferisce alla possibilità, anzi all'obbligo morale, che il paziente non venga considerato da parte dello sguardo clinico unicamente come un "sacco di organi", ma venga invece concepito come soggetto aperto al mondo che dà senso al proprio essere e alla propria possibilità di agire attraverso peculiari esperienze. E' cosa ben nota come una delle prove più comuni nella vita di tutti gli uomini sia quella di avvertire dolore, di sperimentare l'alterazione del proprio equilibrio vitale che comporta una personale modalità di espressione e di rielaborazione per poter tornare allo stato di normalità. Per riuscire ad annientare tali inconvenienti di vita - le malattie - nel modo più proficuo è nata, sin dagli albori dell'umanità, una particolare forma di *téchne* che ha assunto il nome di medicina. Spesso, però, si è soliti sostenere che la medicina sia una scienza che ha come unico scopo quello di debellare le malattie, costruendo così un rapporto che si basa sulla relazione: medicina (soggetto) - cura (mezzo)

- guarigione della malattia (fine). Tale descrizione non è esatta e non corrisponde a ciò che la medicina e i medici compiono, poiché come scrive il noto storico della medicina Giorgio Cosmancini (Il mestiere del medico, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. XI) la pratica medica è una tecnica, un'arte, una scienza che assume come propria vocazione e come proprio fine non la malattia, bensì l'uomo, ovvero il soggetto umano si colloca come fine ultimo e primo dell'agire terapeutico. Questo orizzonte esplicativo della disciplina medica costituisce la base su cui prende forma e si articola ogni discorso inerente all'etica e alla bioetica medica. Per fare un esempio, potremo citare il compito del medico e del chirurgo che curano una persona che ha avuto un infarto, i quali non dovranno concentrarsi solo ed esclusivamente sulla possibilità di "aggiustare" il problema al cuore, ma dovranno far sì che il paziente riesca non solo a metabolizzare questo intervento provante che ha appena subito, ma anche a cogliere come alcuni atteggiamenti, quali smoderata assunzione di alcol, vita sedentaria, rabbia e stress eccessivi, ecc. potrebbero essere causa di grossi problemi ne-

gli anni avvenire. Inoltre, essi dovrebbero pure accertarsi che questa complicata operazione non abbia portato il soggetto a sviluppare una particolare forma depressiva che gli impedisca di vivere senza la paura costante di poter essere soggetto ad un nuovo infarto, consigliandogli in caso una visita da un collega psichiatra o psicologo. Tutto questo lavoro deve essere condotto senza dimenticare le particolarità proprie del soggetto, dunque rispettando la sua cultura, le sue credenze e la sua particolare modalità di abitare e dar senso al mondo. In termini bioetici questo discorso può essere spiegato ricorrendo alla divisione tra il *to cure* che, letteralmente, vuol dire essere in grado di curare, dunque di intervenire in maniera puramente tecnica sulla malattia (spiegandone i nessi causa ed effetto che regolano la patologia), e il *to care* che significa prendersi cura in maniera umanistica, ovvero riuscire ad integrare il sapere tecnico-specialistico con l'analisi degli aspetti che donano senso alla dimensione singolare e propria del soggetto che vive ed esperisce la crisi prodotta dallo stato patologico. In altri termini, ciò che oggi viene richiesto a qualunque tipo di medico, perciò anche a chi si occupa di chirurgia toracica, è quello di comprendere il paziente, ovvero di dar senso e significato al lavoro tecnico che si sta compiendo senza ridurre lo stesso atto alla sola dimensione espressiva donata dall'esecuzione materiale. In ambito bioetico tale differenza tra comprendere (*to care*) e spiegare (*to cure*) è una delle istanze che ha condotto nel 1973 la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research alla stesura del Belmont Report, documento che enunciò i principi chiave su cui deve reggersi la ricerca e la pratica biomedica che sono: il rispetto della persona e della sua autonomia, la volontà di fare il suo bene (benefi-

cenza) e la giustizia. Questi tre principi possono essere riassunti nella definizione di comprensione dell'alterità, la quale a sua volta può essere spiegata utilizzando il termine "empatia", ovvero la capacità di comprendere appieno lo stato d'animo altrui. Il medico deve così esercitare un mix tra vicinanza empatica, che permette al soggetto di non sentirsi ridotto nella sua veste di paziente, e lontananza terapeutica che consenta di svolgere quelle attività pratiche che sole protraggono la vita e riducono lo stato patologico. Questa modalità di agire da parte del medico e del chirurgo prende comunemente il nome di olistico terapeutico, ovvero una forma di agire che rifiuta ogni tipo di riduzionismo, avallando così l'idea che la comprensione dell'uomo (oggetto finale della pratica medica) non possa essere raggiunta e attuata tramite la scomposizione dello stesso in livelli più bassi. Ciò vuol dire che nessun problema medico dal più semplice e comune (come un raffreddore) a quello che appare più complicato (un trapianto di cuore) può e deve essere trattato come mero disturbo organico, ma esso deve essere risolto tenendo ben presente la particolarità del soggetto che ne soffre. Tale modo olistico di intendere la professione medica deriva dalla definizione di salute, che attualmente utilizziamo, coniata dall'OMS nel 1948 che invita ad intendere la stessa come "uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale, e non come una mera assenza di malattia o infermità". Il lavoro del medico e del chirurgo si sta, dunque, trasformando ed evolvendo e sta giungendo ad essere un lavoro sempre più arduo da attuare, poiché alla difficilissima azione tecnica si deve oggi affiancare anche la dimensione empatica, dunque il medico si erge sempre di più a depositario di un sapere di estrema difficoltà impegnato nel curare comprendendo, al fine di non oggettivi-

vare l'altro pur cercando di preservare la sua salute. La bioetica accademica si concentra spesso su tali tematiche, anzi si può dire che essa sia nata negli anni 60 come reazione critica- interrogativa, al fine di riflettere (non di sminuire o delegittimare) sull'azione terapeutica compiuta dai medici. Tuttavia, vorrei far rilevare, in questa sede, come la stessa disciplina (bioetica) non si rivela del tutto attenta ad attuare un processo inverso ovvero quello di valutare come il medico e il chirurgo venga trattato dal soggetto malato, il quale di certo esige di non essere considerato come un oggetto, ma spesso oggettivizza lo stesso medico pretendendo empatia, ma non offrendo lo stesso grado di comprensione. Ciò che a mio avviso spesso viene dimenticato è che il medico che si ha davanti è pur sempre un uomo e tutte le dinamiche che deve mettere in gioco per esercitare la sua professione non sono sempre facili e scontate. La piccola riflessione che propongo non vuole essere un giustificativo per chi esercita male e senza cura la propria professione ma, prendendo spunto dal secondo punto descritto dal Belmont Report, vuole suggerire che l'edificazione di un rapporto biunivoco basato sulla volontà di fare il meglio per il paziente passa necessariamente per un'educazione alla comprensione empatica reciproca da parte di tutti e due gli attori impegnati nella dinamica di cura. Saper prestare empatia è di certo una dote che non deve mancare in nessun medico, ma saper cogliere fino a che punto lo stesso medico può esercitare l'empatia al fine di non sminuire il proprio ausilio tecnico è una delle componenti essenziali che il paziente dovrebbe imparare ad esercitare. Solo in questo modo si può davvero creare una relazione che non oggettivizzi nessuno dei partecipanti impegnati nell'affrontare una delle esperienze più comuni nella vita di tutti noi

ovvero quella della malattia, ponendo come fine della medicina l'uomo e non la patologia.

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

RESPONSABILITÀ SANITARIA: IDENTIFICAZIONE O
DISTINZIONE TRA STRUTTURA E MEDICO E PROFILI
APPLICATIVI



GIAN PIERO PICCOLI

E' sempre più frequente che, nei casi di risarcimento per responsabilità professionale medica, la parte ricorrente chiami in giudizio prima l'Istituto di Cura dove l'evento ritenuto colposo si sia verificato e, solo subordinatamente, il sanitario che lo stesso ha causato. Il medico si può sentire, in tal senso, esonerato da ogni problematica risarcitoria, ricadendo, la stessa, sull'ente di cura. Ma, purtroppo, non sempre è così. La possibilità che l'Istituto possa agire in termini di rivalsa nei confronti del medico qualora questi venga riconosciuto come unico responsabile dell'andamento avverso degli eventi (atteggiamento incentivato, o preteso, dalla stessa Corte dei Conti) rende evidente quanto sia importante, per gli operatori, essere edotti in materia. Ed è questa la ragione per la quale abbiamo chiesto all'Avv.to Francesca Di Marco, dello Studio Legale Astolfi e Associati di Milano delucidazioni in merito a questa complessa problematica.



**AVV.TO FRANCESCA DI MARCO
STUDIO LEGALE ASTOLFI E ASS.
MILANO**

Negli ultimi anni la disciplina della responsabilità medica è stata oggetto di un significativo quanto sostanziale cambiamento, finalizzato alla massima realizzazione di un “favor” nei confronti del soggetto danneggiato sotto il profilo del regime probatorio richiesto ai fini risarcitori, oltre che con riferimento all’ampliamento del novero dei soggetti potenzialmente responsabili (nonché solvibili rispetto all’obbligo risarcitorio), in quanto comunque coinvolti nell’erogazione della prestazione sanitaria complessivamente intesa, e quindi tutti obbligati al perseguimento della tutela della salute del paziente, quale obiettivo primario sotteso alla prestazione sanitaria di cui si tratta.

Tale fenomeno ha sortito il risultato di una pressoché generalizzata identificazione dei pur ontologicamente distinti profili di responsabilità del medico e della struttura, con conseguente imputazione a quest’ultima di una responsabilità contrattuale anche in relazione a contestazioni afferenti la sola condotta medica direttamente ascrivibile all’ambito della discrezionalità e connessa responsabilità del medico libero professionista, e non invece alla condotta sanitaria direttamente riferibile alla Casa di cura che, per quanto in suo potere, ha garantito al paziente quel complesso di prestazioni accessorie a quella più

strettamente medica e che ineriscono al ricovero ed alla relativa organizzazione.

E’, infatti, noto che in forza dell’ormai consolidato orientamento giurisprudenziale, la responsabilità dell’ente ospedaliero ha natura contrattuale sul rilievo che la semplice accettazione del paziente, al fine del suo ricovero, determina la conclusione di un contratto atipico a prestazioni corrispettive c.d. di spedalità o di assistenza sanitaria (Cass. 3492/2002; Cass. 11316/2003; Cass. 10297/2004, Cass. 9085/2006), di talché la responsabilità della struttura sanitaria potrebbe conseguire sia, ai sensi dell’art. 1218 cod. civ., all’inadempimento delle obbligazioni direttamente poste a suo carico (responsabilità per fatto proprio), sia, ai sensi dell’art. 1228 cod. civ., all’inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente da un sanitario in esercizio presso la stessa struttura (c.d. responsabilità oggettiva per fatto altrui), quale suo ausiliario necessario (Cass. 13066/2004; Cass. 2042/2005).

In altre parole, a fronte di accertati danni derivanti al paziente da atto medico, sussisterebbe sempre una responsabilità contrattuale diretta della struttura; responsabilità che può trovare origine nell’inadempimento di obbligazioni poste direttamente a carico della struttura oppure poste in essere da terzi, del cui operato la stessa struttura si avvale.

Se, quindi, in funzione del ricordato prevalente orientamento giurisprudenziale in materia, la Casa di cura “è responsabile per inadempimento dell’obbligazione che la stessa Casa di cura assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l’esecuzione dell’intervento richiesto” a fronte di “remune-

razione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo, inteso come rischio, dell'esercizio dell'attività di impresa della casa di cura" (Cass. Sez. III 8.1.1999 n. 103), rientrando nel predetto rischio "quello della distribuzione delle competenze tra i vari operatori, delle quali il titolare dell'impresa risponde ai sensi dell'art. 1228 cod. civ." (Cass. Sez. III 8.1.1999 n. 103), va tuttavia evidenziato che la delicatezza della materia sanitaria imporrebbe invece di discernere le differenti possibili situazioni concrete che si possano porre rispetto all'erogazione della prestazione professionale medica, onde evitare di dare adito ad ingiustificati quanto forse non del tutto legittimi automatismi applicativi, non sempre calzanti rispetto alle peculiarità dei singoli casi sottoposti alla valutazione del Giudice.

E proprio in quest'ottica la stessa Corte di Cassazione ha peraltro evidenziato che "può affermarsi la responsabilità di una casa di cura in solido con il medico che ha eseguito la prestazione solo se si individua un inadempimento delle obbligazioni facenti capo alla struttura, dovendosi invece escludere una sorta di responsabilità oggettiva a carico della stessa per il colpevole comportamento del medico" (Cass. Civ., Sez. III, 26.06.2012, n. 10630), esplicitando quindi il concetto che non può darsi adito ad inammissibili quanto inesistenti forme di responsabilità oggettiva neppure contemplate dal legislatore, in difetto di specifiche contestazioni direttamente rivolte dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria.

Coerentemente a quanto appena affermato, a rigore la struttura sanitaria dovrebbe poter andare esente da responsabilità, laddove dimostri il proprio corretto operato rispetto alla complessiva organizzazione del ricovero, tenuto conto

che l'adempimento della struttura attiene agli obblighi rientranti nell'ambito della buona organizzazione comprendenti, fra l'altro, alloggio e ristorazione, disponibilità di strutture adeguate, sicurezza degli impianti, organizzazione dei turni di assistenza, custodia del paziente, servizi infermieristici resi al paziente in vista degli interventi presso la stessa eseguiti.

Analogamente, e con specifico riferimento al disposto dell'art. 1228 c.c. ed alla sua asserita applicabilità ogniqualvolta ricorra un errore del medico libero professionista, la struttura sanitaria dovrebbe invece poter andare esente da responsabilità nella misura in cui dia idonea prova d'aver adottato un modello organizzativo adeguato per l'erogazione di prestazioni sanitarie e d'aver instaurato rapporti professionali con sanitari competenti e con alta qualificazione professionale al fine di scongiurare, per quanto di propria competenza, l'eventualità del verificarsi di eventi dannosi a causa di loro negligenza e/o imperizia.

Se, infatti, la prestazione resa dal sanitario rappresenta per la struttura un profitto in forza del quale andrebbe ad addossarsi il rischio della corretta esecuzione dell'intervento errato, parrebbe più corretto, per non dire "equo", poter affermare – al pari che per le altre ipotesi di responsabilità oggettiva previste dal legislatore – che anche per la struttura sanitaria sussista una sorta di prova liberatoria rispetto al pur sussistente onere di vigilanza e controllo sull'operato dei propri terzi ausiliari, e ciò a meno di non voler invece avallare ipotesi di responsabilità oggettiva per fatto altrui, la cui automatica applicazione alla struttura sanitaria ne lede radicalmente il diritto ad una giusta valutazione della relativa condotta.

È peraltro evidente che la previsione di cui all'art. 1228 cod. civ. e, quindi, l'implicito obbligo in essa contenuto di "controllo e/o vigilanza" da parte del committente, presuppone una modalità di erogazione della prestazione sanitaria non sempre esattamente rappresentativa dell'effettiva essenza della prestazione medesima; né peraltro il medico, proprio in considerazione della natura della prestazione alla quale è tenuto, può "asetticamente" considerarsi quale "ausiliario" ex art. 1228 c.c.

A quest'ultimo riguardo, appare meritevole di segnalazione il recente, ancorché minoritario, orientamento espresso in materia dal Tribunale di Reggio Emilia con sentenza n. 708 depositata in data 5 maggio 2015 (in senso conforme anche Trib. Reggio Emilia, sent. n. 1099 del 28.06.2013 e ancora Trib. Reggio Emilia, sent. 1997 del 19.12.2013) che, nel prendere le distanze dai noti principi giurisprudenziali sopra ricordati, sembra aver colto l'esigenza di analizzare le singole fattispecie oggetto di azione risarcitoria civile, ricostruendo gli effettivi e concreti assetti negoziali sottesi alla erogazione della prestazione sanitaria in contestazione, giungendo in questo modo ad individuare dei margini - seppur residuali - che consentano alla struttura di non rispondere - sempre e comunque - dei danni pur accertati ed ascrivibili all'operato dei propri medici "ausiliari", in funzione del sottinteso obbligo di vigilanza e controllo su questi ultimi, la cui violazione porta all'applicazione dell'art. 1228 c.c..

A tal proposito, il Tribunale di Reggio Emilia muove dal pur minoritario insegnamento della Corte di Cassazione tale per cui "se normalmente chi entra in una casa di cura per operarsi lo fa pretendendo obblighi di vigilanza anche sulla scelta dei medici libero professionisti, benché da lui stesso prescelti in quanto di sua fiducia, occorre,

nel delineare in concreto l'ambito della responsabilità del medico, per un verso, e della casa di cura o della struttura sanitaria, per altro verso, sceverare il contenuto effettivo e concreto dei rapporti negoziali instaurati con quest'ultima: sussistendo un obbligo di vigilanza sulla scelta dei professionisti collaboratori e delle loro capacità e perizia solo nelle ipotesi in cui il paziente abbia scelto il medico in quanto operante in quella clinica, ovvero comunque abbia intrattenuto rapporti con la clinica, in quanto il medico di fiducia operasse in via esclusiva nell'ambito di quella struttura, sia pure con rapporto libero professionale (cfr. Cass. Sez. III, n. 10616 del 26 giugno 2012)".

Conseguentemente, avuto riguardo a fattispecie concreta nella quale era stato provato un rapporto professionale tra paziente e medico antecedente al ricovero, in difetto di un rapporto di quest'ultimo in via esclusiva con la clinica, lo stesso Tribunale di Reggio Emilia ha affermato l'esclusiva responsabilità del medico libero professionista, evidenziando che "vista la natura non esclusiva del rapporto professionale e la pattuizione relativa all'intervento intervenuta in precedenza, e al di fuori dell'ambito della struttura sanitaria oggi convenuta, deve escludersi che sussistano gli indici individuati dalla più recente giurisprudenza di legittimità per affermare l'estensione all'obbligo di vigilanza dei medici collaboratori del contenuto del contratto tra Villa ... e il Sig. ...: quest'ultimo poteva pretendere dalla stessa clinica solo l'adempimento corretto della fornitura dei sopra ricordati servizi accessori. Manca ogni elemento quindi per poter affermare una responsabilità contrattuale per fatto dell'ausiliario in capo alla convenuta ex art. 1228 c.c."(1).

In sostanza, la decisione di merito appena ricordata, benché allo stato rappresentativa di un

orientamento giurisprudenziale pressoché isolato, sembra tuttavia sottintendere la condivisibile necessità di verificare in relazione alle singole fattispecie concrete la sussistenza di quel “collegamento” imprescindibile tra i differenti assetti negoziali di cui si compone l'erogazione della complessiva prestazione sanitaria da parte del medico e da parte della struttura, e che giustifica, in diritto oltre che in fatto, l'estensione dell'ambito di responsabilità della struttura a quell'obbligo di vigilanza dei medici terzi ausiliari che - a sua volta - comporta l'applicazione alla struttura dell'art. 1228 c.c. pur in difetto di una condotta colposa alla stessa strettamente imputabile.

Sotto tale profilo, pertanto, appare comunque degna di nota l'attenzione nuovamente posta da talune Corti di merito su quegli indici giurisprudenziali (assunzione diretta da parte della struttura anche della prestazione propriamente medica, e rapporto d'esclusiva del medico con la struttura), già in passato enucleati dalla Corte di Cassazione con pronuncia n. 10616/2012, e la cui assenza nella fattispecie concreta dovrebbe portare ad escludere la responsabilità della struttura ex art. 1228 c.c., pur in presenza di accertata responsabilità professionale dei propri medici ausiliari.

A prescindere, poi, dalla ritenuta applicabilità alla materia in esame dell'art. 1228 c.c., non residua alcun dubbio in merito invece al pacifico diritto della Casa di cura (soccombente nei confronti del paziente) di agire in rivalsa nei confronti del medico diretto ed esclusivo responsabile della condotta medica errata. In tal senso infatti la Corte di Cassazione ha avuto modo di precisare che “...la colpa di quest'ultimo – del medico ausiliario – potrà fondare l'azione di regresso

del contraente responsabile nei confronti di lui” (Cass. Civ. sent. 6053 del 12 marzo 2010; nel medesimo senso Tribunale di Bologna, sentenza 1922/2014, e ancora cfr. Trib. Milano, sez. V del 24 giugno 2010 n. 8333). In ordine al diritto di rivalsa della clinica privata nei confronti dei medici libero professionisti che prestano la propria attività all'interno della struttura la giurisprudenza ha, infatti, chiarito che “la struttura ospedaliera chiamata a rispondere del deficitario operato del medico curante ha regresso nei confronti del medico medesimo; diritto di regresso che nei confronti dei medici dipendenti incontra il limite del dolo o della colpa grave, mentre nei confronti dei medici non dipendenti che operano in regime di collaborazione non incontra alcun limite, con conseguente applicazione della regola generale dell'art. 1218 c.c. per la quale la struttura ospedaliera ha diritto di essere tenuta manlevata ed indenne ovvero rivalersi nei confronti del soggetto della cui opera si è avvalsa per rendere la prestazione richiesta ed inesattamente adempiuta” (Tribunale di Milano, sez. V, 23.05.2005, n. 5908, in senso conforme anche Trib. Milano, sez. II, Dott. Barbuto, 24.01.2002 n. 1114, e anche Cass. Civ. sez. III, 01/02/2011, n. 2334). In applicazione, pertanto, dei principi sin qui esposti, nella ricorrente ipotesi di condanna della Casa di cura in conseguenza della condotta colposa del medico “non può che essere riconosciuto alla Casa di cura il diritto di agire in regresso nei confronti del sanitario operante presso la propria struttura per ogni somma che sia tenuta a pagare in dipendenza del fatto colposo del professionista” (Tribunale Ravenna, G.I. dott.sa Flavia Mazzini, sentenza n. 58 del 16-20 gennaio 2014).

In conclusione, quindi, se da un lato, sarebbe certamente auspicabile un progressivo supera-

mento di determinati automatismi risarcitori a favore di una maggiore attenzione ai differenti ruoli e connessi profili di responsabilità riferibili ai soggetti che concorrono all'erogazione della prestazione sanitaria, dall'altro, quanto meno nel rapporto interno tra struttura e medico, non è in discussione l'applicabilità di una sorta di meccanismo correttivo, tale per cui la struttura, quale creditore di una prestazione professionale corretta a fronte di un suo obbligo remunerativo della prestazione medesima, ha diritto di agire in via di regresso nei confronti del medico che la esponga all'obbligo risarcitorio verso terzi, in ragione della accertata violazione di obbligazioni di sua stretta competenza.

COMMENTO AL LIBRO

VI RACCONTO TRE LIBRI



FRANCESCO PAOLO TRITTO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA*



Questa notte ho sognato la pace. Diario di una dottoressa vietcong

1968-1970

di Dang Thuy Tram

2007, XXI-206 p., ill., rilegato

€ 14,88

Mondadori

All'età di ventiquattro anni, Dang Thuy Tram, proveniente da una famiglia colta e borghese di Hanoi, partì come volontaria per prestare la sua opera di medico in un ospedale da campo vietcong, nelle vicinanze del quale, due anni dopo, fu uccisa dai soldati americani. Il suo diario, scritto tra il 1968 e il 1970, racconta la sua esperienza come giovane medico di guerra, ma anche l'amore e la devozione per la sua famiglia e il suo paese, lo struggimento per l'innamorato dei tempi del liceo, l'impegno per dimostrarsi degna di far parte del partito comunista e, naturalmente, tutti gli orrori della guerra. L'ufficiale americano che scoprì il diario subito dopo la morte della giovane dottoressa contravvenne agli ordini che aveva ricevuto e lo conservò per trentacinque anni, fino a quando ne restituì una copia all'anziana madre di Thuy. Il libro è la testimonianza delle lotte politiche e personali di una giovane donna durante uno dei più tragici conflitti del ventesimo secolo, ma è anche una storia di speranza e di amore per la vita.

Il testo è vibrante, a volte l'autrice parla di se in terza persona, a confermare la ricerca di se stessa osservandosi dal di fuori. E' il diario di un'analisi personale, con i ritmi periodici di sentimenti e sensa-

zioni di chi vive una realtà drammatica, affrontando tematiche che vanno dall'amore, alla famiglia, alla guerra, alla cura dei malati e soprattutto dei feriti di guerra. La sua appartenenza a una classe borghese le permette da un lato di affrontare con un'iniziale razionalità la terribile esperienza, mentre dall'altro le vieta l'ingresso nel partito, cui ambisce per ragioni socio-politiche fondamentali nel mondo in cui vive. "I sentimenti borghesi sono sempre complessi....e' strano che io preferisca essere ancora come sono invece che immediata e semplice come un contadino. Sono borghese solo nei sentimenti, non negli atteggiamenti...sono in grado di mescolarmi a ogni tipo di gente".

Come molti libri autobiografici, e soprattutto questo diario che non era mirato a essere un testo, la lettura va fatta non solo sull'analisi dei contenuti specifici, ma soprattutto sul messaggio che lascia. Il dramma della guerra rappresenta lo sfondo di una vita di una giovane donna, medico lanciato sul fronte, che fa intravedere l'importanza del campare quotidiano in una storia di una morte annunciata.

Riporto alcune frasi che mi hanno colpito, diverse secondo lo stato d'animo di Thuy:

- poetiche e drammatiche: Non è autunno, eppure tutte le foglie del mio mondo sono ingiallite. Non mi sono mai sentita così infelice e sola....
- da medico: "un caso di cancro allo stomaco in fase terminale. Compio un intervento esplorativo in condizioni chirurgiche molto limitate e scopro con gran dispiacere che il cancro è metastatizzato.....oggi pomeriggio accanto al suo letto provo dolore come se avessi un taglio al cuore....";
"dopo aver trasportato i feriti in un nascondiglio, ritorno all'ospedale e vado in sala operatoria. Voglio provare a vedere se nelle situazioni di emergenza ho lo stesso coraggio e la stessa lucidità di altre persone che sovente sono rimaste indietro a proteggere l'evacuazione".
- Di addio ad un amico:" ...il cuore si riempie di odio per i delinquenti che stanno saccheggiando la nostra nazione, un sentimento così grande da soffocarmi. Dobbiamo fare in modo che paghino per i loro delitti..."
- Esortazione a tenere duro: "Mantieni sempre il sorriso sulle labbra malgrado la serie infinita di pericoli"
- Considerazioni rivolte ai familiari:"Voi non potete vedere come è veramente la vita qui. E' una prova di eroismo estremo, di pericoli estremi in cui la morte ed il sacrificio sono più frequenti di quanto sia mangiare un boccone...sento che un giorno cadrò per il futuro del nostro popolo".
- L'aspetto romantico della giovane donna: "Il tramonto sulle risaie ha sempre una certa forza poetica, indipendentemente dagli orrori della giornata ". "La guerra ha rubato la mia giovinezza di felicità ed amore....E' attraverso la sofferenza che abbiamo capito il valore dei rivoluzionari. Chi rimarrà immobile nel fuoco e nell'acqua bollente sarà come l'acciaio".
- E poi l'ultima frase, dopo di che il diario finisce, perché l'autrice muore: "Da tempo non sono più fanciulla. Sono cresciuta. Ho superato prove pericolose in qualche modo, ma in questo momento ho tanta nostalgia della mano protettiva della mamma....Venite, stringetemi la mano, guardata la mia solitudine e datemi amore e forza di vincere sulla pericolosa strada che ho davanti a me."

Sono un insieme di considerazioni estrapolate dal diario che lasciano molto riflettere sui diversi aspetti di una situazione drammatica della giovane vietcong. Leggerle aiuta a capire quale sia stato il dramma umano di un medico nell'approccio alla guerra e a tutti i suoi risvolti emozionali.

Maylis de Kerangal
Riparare i viventi



RIPARARE I VIVENTI

di Maylis de Kerangal

Editore: I Narratori, gennaio 2015

Pagine 218

Prezzo euro 16.00

Sarebbe perfettamente inutile raccontare la trama di questo libro in un Bollettino della Società Italiana di Cardiocirurgia, in quanto si tratta, volendo semplificare, di ciò che accade intorno ad un trapianto cardiaco. Detto così sembra liquidata la storia di “Riparare i viventi” di Maylis de Kerangal: si legge un romanzo che ha le caratteristiche

di raccontare una storia del tutto reale, partendo dalla spensieratezza di adolescenti di ritorno da una sessione di surf che vanno incontro a un destino fatale per uno di loro, fino al fascino del trapianto cardiaco, che porterà un malato di cuore dall’attesa alla risoluzione della sua malattia.

In effetti, noi cardiocirurghi abbiamo spesso molto da raccontare su le storie di trapianti, anche se la tendenza è di rendere questa pratica una routine. Agli occhi di un pubblico “normale” invece si rivela sempre una storia anomala ed interessante, con numerose considerazioni emotive e sociali, che rendono il trapianto stesso un momento di gran fascino.

Il libro si sofferma su diversi momenti topici, con modalità alquanto introspettive, e non solo descrittive: l’autrice descrive la comunicazione alla famiglia che il donatore è in coma profondo, come momento del confronto assoluto, il più drammatico, “in cui la mamma riesce a percepire una voce non disgustosa e finta”. E aggiunge, alla richiesta del consenso al prelievo d’organo, che “bisogna arrivare alla brutalità di quelle frasi sbandierate come slogan su cartelli, con la loro carica aggressiva...”. Vengono a galla considerazioni, emozioni intense, domande esistenziali per come accettare di aver perso il proprio caro: “come collegare la sua memoria individuale a quel corpo disperso?”.

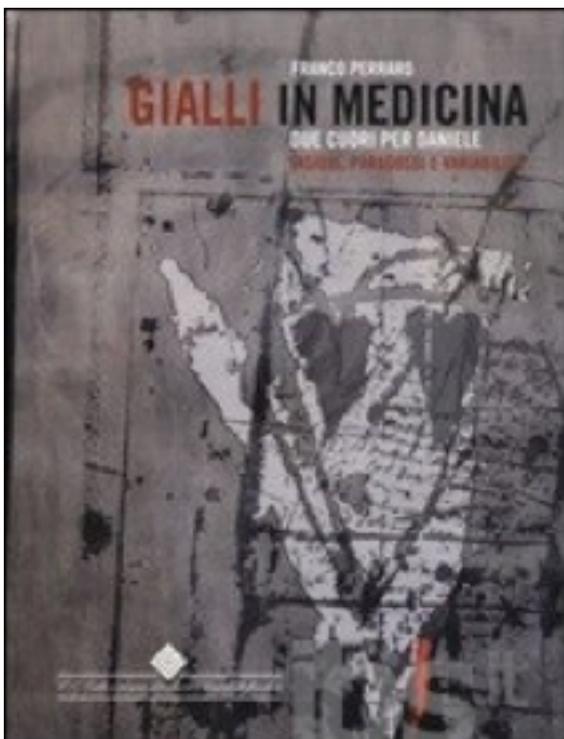
Seppellire i morti e riparare i viventi è la sintesi pratica, titolo del libro, che rappresenta la considerazione pragmatica degli addetti al settore: si utilizzano verbi semplici per definire ciò che veramente viene eseguito sul corpo del donatore (Si incide il corpo, si preleva, si richiude), per contrastare la violenza che l’idea di un’azione simile potrebbe trasmettere.

Il ritmo delle narrazioni va di pari passo con gli stati d’animo degli attori che si incontrano, sia dal lato della famiglia del donatore, sia degli operatori del trapianto stesso, che dal lato di chi si gioverà dell’operazione. Questo è un romanzo sul trapianto che non è romanzato, perché i singoli personaggi e le loro storie sono vere.

La paziente ricevente si sofferma su alcune considerazioni: Se è un dono (il cuore) è comunque un genere speciale. In quell’operazione non c’è donatore, nessuno ha avuto intenzione di fare un dono, e allo stesso modo non c’è beneficiario. Poiché lei (ricevente) non è nelle condizioni di rifiutare l’organo, deve accettarlo se vuole sopravvivere, allora cos’è? Il riciclaggio di un organo che poteva ancora es-

sere usato, assicurare il suo lavoro di pompa?...Non potrà mai manifestare riconoscenza verso il donatore..ovvero fare un contro-dono... Si domanda inoltre:” che fine fara’ l’organo sostituito?nella spazzatura?”.

Come in tutte le recensioni di libri, il mio giudizio passa per diverse emozioni: inizialmente sembra tutto così evidente, soprattutto alla lettura di chi queste situazioni le ha vissute dal lato dei freddi operatori, poi mi rendo conto che la l’aspetto umano prende il sopravvento, rilevando le numerose riflessioni che una storia di trapianto comporta.



**GIALLI IN MEDICINA.
DUE CUORI PER DANIELE.
INSIDIE, PARADOSSI E VARIABILITÀ.**

di Franco Perraro

Edizioni Medico-Scientifiche

pubblicazione del 2012

pagine XIV – 274

prezzo euro 15,00

Incuriosito dal titolo (Gialli in Medicina . Due cuori per Daniele. Insidie, Paradossi e Variabilità), mi sono inoltrato nella lettura di questo libro di Franco Perraro. Egli riassume i suoi numerosi anni di militanza come medico, soprattutto con esperienza di Pronto Soccorso. Abbiamo l'impressione di stargli vicino e di ascoltarlo mentre racconta aneddoti, casi clinici, storie veramente accadute, ma anche riflessioni sul sistema sanitario, e sull'avvento della medicina difensiva. Perraro ha vissuto un periodo della medicina che oggi non c'è più: si avverte, infatti, il carisma del medico, come si osservava di più un tempo, in un mondo sanitario molto diverso, fatto forse di mezzi e conoscenze più ridotti ma che maggiore umanità. In questi anni di recensioni di libri di medicina o scritti da medici ho avuto spesso occasione di leggere e confrontarmi con medici desiderosi di trasmettere le proprie esperienze e le proprie riflessioni, ma, spesso, non essendo l'arte della penna quella di chi scrive, il risultato non mi è sempre piaciuto. Di contro, in questo libro Perraro porta le sue emozioni con eleganza, ma a volte con un eccesso di tecnicità che non permette a chiunque di poterne comprendere le storie cliniche. Sono casi clinici descritti con attenzione, in cui ciò che forse risalta di più, è la riflessione conclusiva su ognuno di essi, con il messaggio finale dell'esperienza raccolta (per esempio sottolinea la variabilità e incertezza in medicina).

Il libro si divide in tre parti: la prima (gialli in medicina) si riferisce a casi clinicamente più impegnativi, soprattutto per il susseguirsi dei percorsi clinici. Storie di persone salvate grazie a una semplice intuizione dettata dall'esperienza dei medici, storie di malattie curate ascoltando con attenzione i racconti dei parenti, ma anche storie di piccole e grandi sconfitte.

La parte centrale è dedicata al "diario" di Daniele Mauro, conosciuto come l'uomo dei due cuori: il nuovo e il vecchio convivono dopo un trapianto etero topico in Sud Africa. Il racconto è commovente: la disperazione iniziale si trasforma in speranza prima e in gioia di vivere dopo. Perraro utilizza gli appunti del paziente per descriverne ogni emozione, lasciando trasparire ciò che era l'attività trapiantistica pionieristica a Città del Capo, prima che fosse introdotta in Italia. Gli dà voce ad altri suoi illustri colleghi, udinesi e non, a iniziare dal professor Cesare Puricelli, primario per anni del reparto di cardiocirurgia dell'ospedale di Udine, pioniere nel settore dei trapianti di cuore in Italia, per oltre tre anni al lavoro con Chris Barnard nell'equipe in Sudafrica.

La terza parte è dedicata a tredici casi da non dimenticare in pediatria ambulatoriale, la cui lettura è fluida e utilissima. Concludono il testo esempi e riflessioni sulla buona e cattiva gestione della qualità, riferita ai tre aspetti: struttura, processo e risultato di salute.

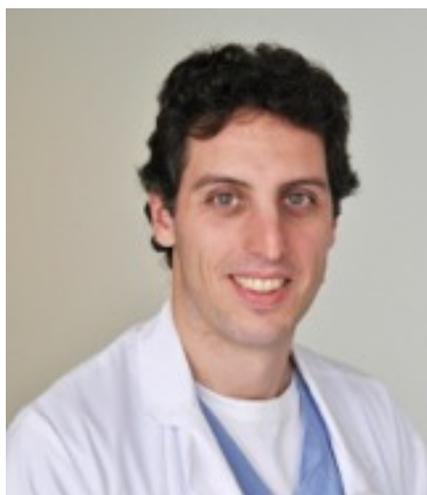
Tra le righe si ritrovano frecciate alla classe medica da parte dell'utenza: "La dottoressa avrebbe voluto parlare e seguito volentieri il paziente, ma non aveva il tempo: è la regola dell'ingaggio ospedaliero!" oppure "vedevo l'apparato medico ospedaliero confinato dietro il muro delle definizioni, del gergo tecnico e scientifico." oppure: "Il disordine e l'inefficienza sono colmati dalla buona volontà e dalla cortesia delle persone."

L'autore si fa quindi carico delle inefficienze del sistema, sia sotto il profilo organizzativo, che umano, mentre su quello tecnico ammette l'importanza dell'esperienza clinica.

Il testo non è di facile approccio per i non addetti al settore, soprattutto nella descrizione delle situazioni cliniche, ma i messaggi che si raccolgono possono essere molto utili nella quotidianità.

LA GUERRA DEI MONDI

LA DISSEZIONE AORTICA ACUTA DI TIPO A



Alessandro Barbone
U.O. Cardiocirurgia
Istituto Clinico Humanitas
Rozzano, Milano



Luca Botta
S.C. Cardiocirurgia
Ospedale Niguarda
Milano

Cari colleghi,

La dissezione aortica acuta di tipo A (secondo la classificazione di Stanford) è una condizione patologica che richiede un intervento chirurgico d'emergenza per l'elevata mortalità derivante dalla sua storia naturale.

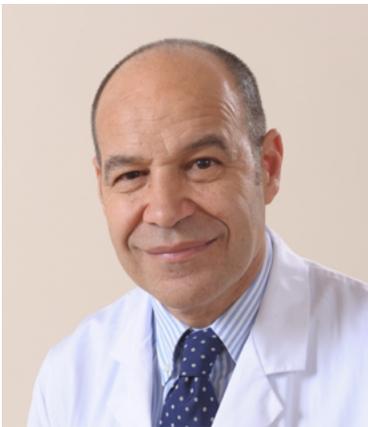
Lo scopo della chirurgia è quello di prevenire la rottura completa della parete aortica, e prevenire o trattare le complicanze legate alla progressione della dissecazione nella radice aortica e nell'aorta distale, tutte potenzialmente letali per il paziente.

Nonostante i miglioramenti delle tecniche chirurgiche e anestesologiche, la mortalità operatoria legata al trattamento di questa grave patologia resta ancora oggi piuttosto elevata ed influenzata sensibilmente dalle condizioni cliniche preoperatorie, che spesso sono le principali determinanti dei risultati a breve termine.

Grazie all'introduzione nella pratica chirurgica di protesi vascolari innovative, talvolta ibride (connesse ad uno stent ricoperto di tipo endovascolare), alle differenti modalità di protezione cerebrale ed ai differenti siti di incannulazione per la CEC, il cardiocirurgo moderno ha a disposizione diverse armi per affrontare questa temibile malattia. Questa molteplicità di scelte, associata alla mancanza di assolute certezze o evidenze in questo campo, potrebbe, da un lato, impedire la standardizzazione dell'approccio terapeutico (utile nella creazione di uno schema mentale specifico e dedicato) e dall'altro, stimolare la flessibilità nell'approccio a questa minacciosa emergenza.

Con l'aiuto di due colleghi, il Dr. Giampiero Esposito dell'Humanitas Gavazzeni di Bergamo ed il Dr. Pasquale Fratto dell'Ospedale Niguarda di Milano, affronteremo questo tema con la speranza di fornire un approfondimento utile soprattutto ai giovani o meno giovani cardiocirurghi che entrano o entreranno a far parte del selezionato gruppo degli operatori reperibili.

Buona lettura!



Giampiero Esposito (GE) Pasquale Fratto (PF)

Cosa ritiene piu' importante in un paziente con dissezione aortica di tipo A: la sede dell'intimal tear, il segmento di aorta coinvolto, l'estensione della malattia o le comorbidità? Come interferiscono queste informazioni con le scelte da adottare in camera operatoria?

GE

e' ovvio sostenere che ognuna delle informazioni citate nella vs domanda sono di grande interesse per il decision making. Sede dell'intimal tear ed estensione della dissezione sono sicuramente decisive per valutare l'estensione della riparazione chirurgica da effettuare pensando ovviamente non solo, come spesso si dice nei nostri meeting, a tirar fuori il paziente dalla sala operatoria, ma anche (e di questo sono fermamente convinto) a compiere un atto chirurgico che migliori il destino futuro del paziente che sopravvive a questo terribile evento. Un commento va fatto riguardo alle comorbidità che possono di certo, e giustamente, condizionarci sulla indicazione a portare il paziente in sala operatoria (età avanzata associata ad eventi neurologici gravi pre operatori) ma quando si decide di portare il paziente in sala non si può fare una chirurgia

"palliativa" ma "il più possibile risolutiva (questo commento risponde anche alla quinta domanda)

PF

Intimal tear e comorbidità sono punti essenziali nella valutazione di una dissezione aortica acuta che si pone alla nostra osservazione. Non che gli altri non lo siano. Però l'individuazione della lesione di ingresso con eventuali rientri attraverso la lettura attenta della AngioTC e dell'ecocardiogramma trans-esofageo ci dice la strategia da impostare. Le comorbidità notoriamente sono espressione reale dell'età biologica del caso in questione ed hanno un peso specifico nell'ipotizzare mortalità e morbilità del nostro paziente il cui destino talvolta va al di là di un gesto tecnico impeccabile e tempestivo. Infatti nonostante i progressi della diagnostica, delle tecniche chirurgiche e post-chirurgiche la mortalità della dissezione dell'aorta rimane ancora molto alta e l'approccio metodologico gioca quindi un ruolo essenziale nella programmazione del nostro intervento chirurgico che dovrà evidentemente tener conto di molte variabili e dell'imprevedibilità di situazioni che possono cambiare durante l'intervento stesso modificandone il programma iniziale.

Esiste una tecnica chirurgica che possa essere sempre utilizzata in tutti i pazienti affetti da dissezione acuta tipo A? E' possibile quindi una standardizzazione dell'approccio?

GE

esiste assolutamente una tecnica chirurgica riproducibile e standardizzabile che ormai eseguo personalmente da undici anni e che ho direttamente trasmesso ai chirurghi che hanno lavorato con me in questo lungo periodo. Come avete scritto nel cappello introduttivo, una volta codifi-

cate le tecniche di cannulazione e di protezione cerebrale, è' necessario " sagomare " la procedura da effettuare in base alle possibili differenze anatomiche e cliniche che si presentino, ma assicurando sempre la sostituzione della aorta ascendente (con anastomosi distale eseguita tra origina della carotide sinistra e tronco anonimo) e il reimpianto ovviamente di carotide sin. e tronco anonimo con origine bassa in maniera da creare una Landing zone di almeno 3 cm per il futuro eventuale trattamento endoprotesico della residua aorta dissecata. Ho di proposito escluso il trattamento della arteria succlavia sinistra dalla descrizione perché è' proprio il suo isolamento e eventuale reimpianto che determina in maniera considerevole il grado di difficoltà della procedura proposta e , nella mia esperienza , può essere gestito successivamente al primo intervento , sempre se fosse necessario aggredire ulteriormente la patologia semplificando quindi in maniera veramente significativa la standardizzazione della tecnica chirurgica.

PF

Ritengo che la chirurgia moderna ci imponga un atteggiamento "elastico" nei confronti dei nostri pazienti, atteggiamento che vale per ogni segmento della chirurgia ed in maniera particolare nei pazienti affetti da dissezione dell'aorta. Le variabili sono tante e non penso si possano trattare tutti i pazienti allo stesso modo né in senso estensivo né riduttivo. Credo, idealmente, nella standardizzazione metodologica, nel percorso mentale che ciascun chirurgo possiede per training ed esperienza ma ogni paziente va trattato "non solo" per salvargli la vita ma per avere un risultato il più duraturo e consolidato. Invece, dal punto di vista tecnico personalmente utilizzo lo stesso approccio: l'arteria ascellare sempre più frequente-

mente, 25-26° C di temperatura NF, cardioplegia ematica fredda retrograda, perfusione cerebrale anterograda selettiva senza clampare l'arteria succlavia sinistra. Ho abbandonato la colla (ho visto due casi di embolizzazione periferica, caso raro ma comunque possibile) e preferisco l'accollamento della parete aortica tra strisce di teflon. Per quanto riguarda l'annoso dilemma sul clampare o meno l'aorta non ho dogmi nel senso che tendenzialmente non la clampo ma quando l'ho fatto non ho notato differenze sostanziali, penso che al di là di casi particolari non vi siano differenze. Ricordo comunque a me stesso continuamente durante l'intervento che è auspicabile ridurre i tempi di arresto anche se si è in perfusione cerebrale!

Estendere l'intervento alla sostituzione dell'arco aortico, sia in modo tradizionale (con reimpianto singolo o con l'island technique) che tramite diverse procedure di debranching, incrementa il rischio operatorio e l'incidenza di complicanze?

GE

andare oltre la sola sostituzione della aorta ascendente con la tecnica " Lupiae" o similare, quindi con reimpianto totale o parziale dei vasi epiaortici e creazione di una Landing zone in arco aortico non determina in nessun modo aumento del rischio operatorio e di insorgenza di complicanze. Infatti i tempi di arresto di circolo sistemico e di perfusione cerebrale selettiva sono assolutamente comparabili (anche se mi piacerebbe dire ridotti) rispetto ad un classico " emiarco open" e il controllo della emostasi sicuramente più facile e sicuro rispetto a una Isola o ad un emiarco. Provare per credere!!

PF

Evitando di citare numeri e dati non vedo secondo la mia esperienza molte differenze, in termini di superiorità di risultati, tra le varie tecniche di approccio all'arco dell'aorta. Si tratta di scegliere la tecnica giusta al nostro paziente seguendo quelle che sono le nostre inclinazioni e il nostro training. Parliamo sempre di chirurgia complessa. Personalmente posso affermare che nel caso di dissezioni articolate con lesioni dell'arco e con una aorta toracica discendente che “non mi piace” come nella dissezione di tipo A retrograda se non è possibile utilizzare il frozen elephant trunk, utilizzo il reimpianto diretto del tronco anormale e dell'arteria carotide comune sinistra staccando l'arteria succlavia sx e reimpiantandola con un graft vascolare sulla protesi dell'aorta ascendente. Questo mi consente di “proteggere” l'aorta toracica discendente sia nell'immediato postoperatorio sia in caso di dilatazione significativa nel follow-up avendo una buona “landing zone” per il successivo utilizzo di una endoproteesi in aorta toracica discendente. Questo vale soprattutto per i pazienti più giovani che meritano una maggiore “aggressività”.

Che tipo di esperienza chirurgica e' necessaria per un giovane o meno giovane chirurgo per poter affrontare in tranquillità una dissezione aortica acuta di tipo A?

GE

in questa domanda emerge quella che considero la nota più dolente e che necessita una risposta basata sulla realtà. Ad oggi purtroppo, e spero di essere contraddetto dai colleghi magari più informati, la creazione del famoso Aortic Team, di un sistema cioè di reperibilità notturna e festi-

va che possa coinvolgere chirurghi esperti e più giovani in modo tale da trasmettere i tips and tricks necessari per poter poi affrontare da soli questo tipo di procedura, non mi sembra ancora regola codificata se non in poche cardiocirurgie italiane. questo permetterebbe sicuramente un trattamento (anche complesso) più sicuro per il paziente con maggiore tranquillità per il giovane chirurgo che si confronti con la patologia, e questo indipendentemente dal tipo di tecnica che si voglia utilizzare.

PF

Direi che in linea generale l'esperienza debba essere non solo chirurgica ma soprattutto organizzativa: sappiamo tutti quanto siano importanti le prime ore in un paziente colpito da dissezione, iperacuta o acuta, di tipo A. L'approccio pertanto a tale patologia è una straordinaria sintesi di varie tecniche chirurgiche in quanto prevede una consolidata esperienza da primo operatore in chirurgia vascolare, valvolare (riparativa e sostitutiva) e coronarica. Senza dimenticare che è essenziale la programmazione del nostro intervento partendo dalla accettazione (o meno!) del paziente quando chiamati di notte da un altro Centro, dall'organizzazione del team medico-infermieristico per ottimizzare i tempi portando possibilmente il paziente direttamente in camera operatoria, dalla conferma della dissezione attraverso l'esecuzione di un TEE (versamento pericardico, eventuale tamponamento, insufficienza aortica, mitralica, disfunzione biventricolare??) e dalla lettura attenta della TC, se possibile anche con l'aiuto di un radiologo in grado di darci tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno (accessi vascolari, valutazione dei tronchi sovra-ortici, estensione dissezione, entry tear, rientry, eventuale malperfusione viscerale con ischemia già evi-

dente). Nella pratica clinica comune si sono spesso presentati casi dubbi in cui la dissezione non era presente dopo la sternotomia e questo perchè la Tc era stata eseguita con vecchie macchine, non cardiosincronizzate e quindi con molteplici artefatti. Vera trappola, oggi probabilmente non più possibile ma probabile. Difficile inoltre la valutazione di quei casi che esordiscono con stroke e dei quali bisogna decidere operabilità o differimento. In sintesi non bisogna focalizzarsi solo sull'aspetto tecnico ma pianificare il nostro intervento in senso più completo discutendo senza esitazione il caso complesso con il collega anziano.

A cosa deve puntare il cardiocirurgo reperibile quando affronta una dissezione aortica acuta di tipo A: garantire la sopravvivenza immediata del paziente, magari con un intervento “di minima” oppure proteggere il paziente dagli eventi a distanza (reinterventi o rotture aortiche al FU), magari con un intervento più estensivo?

GE

credo di aver già risposto a questa vostra ultima domanda ma mi voglio ripetere: nel 2015 i grandi passi avanti nella chirurgia della dissezione aortica ci devono stimolare ad avere un approccio diverso al paziente affetto da dissezione aortica acuta : non essere palliativi ma essere preparati ad essere razionalmente aggressivi sia concettualmente sia tecnicamente (e qui sono coinvolti i direttori delle unità operative) mettendo a punto e, ove possibile, standardizzando procedure che guardino oltre la sola sostituzione della aorta ascendente come tecnica di scelta nella cura chirurgica della dissezione aortica tipo A.

PF

Personalmente cerco di dare il miglior risultato al primo intervento il più duraturo a distanza anche se questo spesso coincide con un intervento più complesso. Non si possono fare sconti anche perchè potremmo pagare un conto più salato successivamente!! Concettualmente è un principio che vale per qualsiasi chirurgia ma ancor di più per le dissezioni aortiche patologia con la quale ci confrontiamo consci che il primo intervento è solo una parte iniziale di un percorso lungo e difficile. Certo un paziente di 80 anni, quelli che vediamo sempre più frequentemente, i classici pazienti di 80 anni o più che costantemente ci presentano: “80 anni ma ben portati”, che avranno sicuramente una consistente lista di comorbidità behh che dire forse questo sottogruppo di pazienti, ai quali decidiamo di dare una chance meritano un atteggiamento diverso ma pur sempre corretto e completo e probabilmente meno estensivo per ridurre al minimo le complicanze.

ITALIAN LITERATURE WATCH

MAGGIO 2015



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

*DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR
SCIENCES UNIVERSITY OF LEICESTER,
GLENFIELD HOSPITAL (UK)*



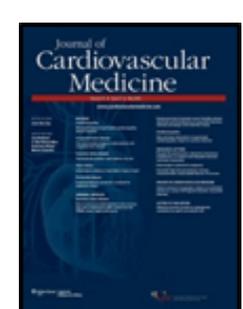
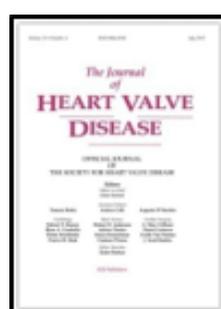
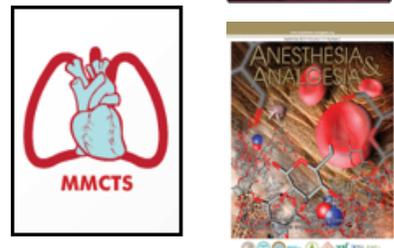
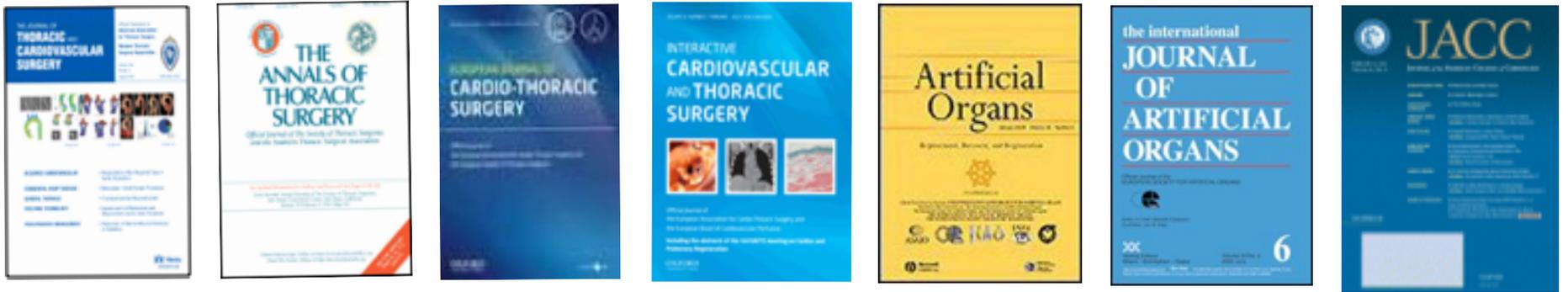
FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

Taramasso M, Maisano F, Denti P, Guidotti A, Sticchi A, Pozzoli A, Buzzatti N, De Bonis M, La Canna G, Alfieri O. Surgical treatment of paravalvular leak: Long-term results in a single-center experience (up to 14 years). J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149:1270-5.

Vida VL, Angelini A, Guariento A, Frescura C, Fedrigo M, Padalino M, Sanders SP, Thiene G, Stellin G. Preserving the pulmonary valve during early repair of tetralogy of Fallot: Anatomic substrates and surgical strategies. J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149:1358-63.

Nappi F, Spadaccio C, Chello M, Acar C. The Ross procedure: Underuse or under-comprehension? J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149:1463-4.

The Annals of Thoracic Surgery

Lombardi M, and Menicanti L. Invited Commentary. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1560–1561.

Gaudino M, Nesta M, Burzotta F, Trani C, Coluccia V, Crea F, and Massetti M. Results of Emergency Postoperative Re-Angiography After Cardiac Surgery Procedures. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1576–1582.

Paone G, Herbert MA, Theurer PF, Bell GF, Williams JK, Shannon FL, Likosky DS, and Prager RL. Red Blood Cells and Mortality After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: An Analysis of 672 Operative Deaths. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1583–1590.

Garatti A, Castelvechio S, Bandera F, Medda M, and Menicanti L. Mitraclip Procedure as a Bridge Therapy in a Patient With Heart Failure Listed for Heart Transplantation. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1796–1799.

Mariani S, and Peek GJ. Coronary Reimplantation in Aortic Root Surgery: The Trapdoor Technique for Adults. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1833–1834.

Bassano C, Bovio E. Devices for a Clampless Approach to Coronary Artery Operations: Effect on Stroke Rate. *Ann Thorac Surg* 2015; 99: 1867–1868.

European Journal of Cardio-thoracic Surgery

Shrestha M, Bachet J, Bavaria J, Carrel TP, De Paulis R, Di Bartolomeo R, Etz CD, Grabenwöger M, Grimm M, Haverich A, Jakob H, Martens A, Mestres CA, Pacini D, Resch T, Schepens M, Urbanski PP, Czerny M. Current status and recommendations for use of the frozen elephant trunk technique: a position paper by the Vascular Domain of EACTS. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:759-769.

de By TM, Mohacsi P, Gummert J, Bushnaq H, Krabatsch T, Gustafsson F, Leprince P, Martinelli L, Meyns B, Morshuis M, Netuka I, Potapov E, Zittermann A, Delmo Walter EM, Hetzer R; EUROMACS

members. The European Registry for Patients with Mechanical Circulatory Support (EUROMACS): first annual report. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:770-776.

Pozzoli A, Taramasso M, Colombo DF, Ancona F, Cianflone D, Della Bella P, Alfieri O, Benussi S. Electrophysiological efficacy of temperature-controlled bipolar radiofrequency. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:e188-e192.

Castelvecchio S, Menicanti L, Ranucci M; Surgical and Clinical Outcome Research (SCORE) Group. Development and validation of a risk score for predicting operative mortality in heart failure patients undergoing surgical ventricular reconstruction. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:e199-e205.

De Paulis R, Czerny M, Weltert L, Bavaria J, Borger MA, Carrel TP, Etz CD, Grimm M, Loubani M, Pacini D, Resch T, Urbanski PP, Weigang E; EACTS Vascular Domain Group. Current trends in cannulation and neuroprotection during surgery of the aortic arch in Europe. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:917-923.

Luciani GB. Perfusion strategies for aortic arch surgery: trends and evidence. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:924-925.

Nicolini F, Budillon AM, Borrello B, Gherli T. Ascending aortic graft thrombosis from an endoluminal candida albicans infection. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:e233-e234

Interactive Cardiovascular Thoracic Surgery

Colli A, Manzan E, Rucinkas R, Janusauskas V, Zucchetta F, Zakarkaitė D, Aidietis A, Gerosa G. Acute safety and efficacy of the NeoChord procedure. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2015;20:575-581

Crescenzi G, Torracca L, Pierri MD, Rosica C, Munch C, Capestro F. 'Early' and 'late' timing for renal replacement therapy in acute kidney injury after cardiac surgery: a prospective, interventional, controlled, single-centre trial *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2015;20:616-621

Gaeta R. eComment. Preoperative computed tomography scan for the proper planning of surgery for heart valve endocarditis *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2015;20: 684

Circulation

Gerosa G, D'Onofrio A, Manzan E, Besola L, Bizzotto E, Zucchetta F, Tarantini G, Pittarello D, Colli A. One-stage off-pump transapical mitral valve repair and aortic valve replacement. *Circulation* 2015;131:e430-e434.

JACC Cardiovascular Interventions

Latib A, Montorfano M, Agricola E, Castiglioni A, Blasio A, Monaco F, Spagnolo P, Alfieri O, Colombo A. First-in-human implantation of a direct flow medical valve in a radiolucent mitral annuloplasty ring. *JACC Cardiovasc Interv* 2015;8:e105-8.

International Journal of Cardiology

Morici N, Sacco A, Paino R, Oreglia JA, Bottiroli M, Senni M, Nichelatti M, Canova P, Russo C, Garscia A, Kulgmann S, Frigerio M, Oliva F. Cardiogenic shock: How to overcome a clinical dilemma. Unmet needs in Emergency medicine. *Int J Cardiol* 2015;186:19-21

Parato M, Pierri M, Torraca L, Scarano M. A giant myxoma of the left atrium involving the entirety of fossa ovalis: Clinical course, diagnosis and treatment. *Int J Cardiol* 2015;186:35-36

Taramasso M, Denti P, Latib A, Guidotti A, Buzzatti N, Pozzoli A, Di Giannuario G, La Canna G, Colombo A, Alfieri O, Maisano F. Clinical and anatomical predictors of MitraClip therapy failure for functional mitral regurgitation: single central clip strategy in asymmetric tethering. *Int J Cardiol* 2015;186:286-88

Artificial Organs

Luciani GB, Undar A. Welcome to the 11th International Conference on Pediatric Mechanical Circulatory Support Systems and Pediatric Cardiopulmonary Perfusion. *Artif Organs*. 2015;39:397-9.

Journal of Cardiac Surgery

Gilmanov DSh, Solinas M, Kallushi E, Gasbarri T, Bianchi G, Farneti PA, Glauber M. Sutureless aortic valve replacement for aortic incompetence. *J Card Surg* 2015;30:391-395.

Tasca G, Redaelli P, Riva B, De Carlini CC, Lobiati E, Gamba A. Hemodynamic comparison between Trifecta and Freestyle aortic valve during exercise in patients with small aortic root. *J Card Surg* 2015;30:400-404.

Calafiore AM, Al Abdullah M, Iacò AL, Shah A, Ali Sheikh A, Allam A, Kheirallah H, Awadi MO, Di Mauro M. Mitral valve replacement after Mitraclip therapy. *J Card Surg* 2015;30:414-418.

Quarti A, Iezzi F, Soura E, Colaneri M, Pozzi M. Anterior and posterior leaflets augmentation to treat tricuspid valve regurgitation. *J Card Surg* 2015;30:421-423.

Perrotta S, Lentini S. Pulmonary artery dissection. *J Card Surg* 2015;30:442-447.

Perri G, Albanese SB, Carotti A. Airway complications after single-stage unifocalization for pulmonary atresia, ventricular septal defect, and major aortopulmonary collateral arteries. *J Card Surg* 2015;30:453-458.

The Journal of Heart Valve Disease

Perri G, Polito A, Gandolfo F, Albanese SB, Carotti A. Outcome of standard and bicuspidalized cryopreserved homografts for primary right ventricular outflow tract reconstruction. *J Heart Valve Dis* 2015;24:83-88.

Villa E, Lauria G, Messina A, Rizzi A, D'Ambrosio A, Leonzi O, Sabatini T, Troise G. Osteopetrosis: a case of 'hostile chest' associated with symptomatic aortic valve stenosis. *J Heart Valve Dis* 2015;24:126-129.

Cimmino G, Ciccarelli G, Golino M, D'Amico C, Golino P. A fatal case of endocarditis on CoreValve ReValving System caused by *Enterococcus faecium* complicated by iatrogenic pancytopenia and subacute disseminated intravascular coagulation. *J Heart Valve Dis* 2015;24:130-132.

Moriggia S, Trumello C, Buzzatti N, Iaci G, Di Giannuario G, Alfieri O. Aortic sutureless Perceval valve for small root in concomitant mitral valve replacement. *J Heart Valve Dis* 2015;24:187-189.

Tarzia V, Bortolussi G, Rubino M, Gallo M, Bottio T, Gerosa G. Evaluation of prosthetic valve thrombosis by 64-row multi-detector computed tomography. *J Heart Valve Dis*;24:210-213.

LETTURA CONSIGLIATA – MAGGIO 2015

Mario Gaudino, Marialisa Nesta, Francesco Burzotta, Carlo Trani, Valentina Coluccia, Filippo Crea, e Massimo Massetti. Results of emergency postoperative re-angiography after cardiac surgery procedures. Ann Thorac Surg 2015; 99:1576-82.

La redazione della ILW ha scelto questo mese per la consueta rubrica della lettura consigliata, l'articolo apparso sul numero di Maggio degli The Annals of Thoracic Surgery dal titolo "Results of emergency postoperative re-angiography after cardiac surgery procedures" del gruppo dell'Università Cattolica di Roma, diretta dal Prof. Massimo Massetti.

Gli autori hanno analizzato i dati di una coorte consecutiva di pazienti (n=5275) sottoposti a chirurgia cardiaca nel lasso temporale gennaio 2005 - settembre 2014. Il gruppo finale di studio ha visto la selezione dei soli pazienti sottoposti a coronarografia postoperatoria d'emergenza (n=40) a seguito di nuove alterazioni ecgrafiche, aritmie ventricolari, arresto cardiaco o compromissione emodinamica, alterazioni della cinetica ventricolare regionale e tutti i casi di sospetta ischemia miocardica postoperatoria. Diciannove (47.5%) pazienti erano stati in precedenza sottoposti a rivascolarizzazione chirurgica del miocardio (CABG), mentre i restanti 21 (52.5%) a chirurgia valvolare, aortica o chirurgia combinata. Una "graft failure" è stata quindi diagnosticata in 17 (42.5%) casi, l'occlusione di una coronaria nativa in 7 (20%) ed uno spasmo coronarico in 5 (12.5%). Nessuna alterazione coronarica era invece presente nei restanti 7 (17.5%) pazienti ristudiati. Sulla scorta della valutazione angiografica, 3 (7.5%) pazienti sono stati poi rioperati, 15 (37.5%) sottoposti ad angioplastica coronarica e 22 (55%) trattati conservativamente. La totalità dei pazienti rioperati è successivamente deceduta, mentre il 93% di quelli sottoposti ad angioplastica percutanea ha avuto la risoluzione dell'insulto ischemico (6% i pazienti deceduti in questo gruppo).

Gli Autori concludevano che la coronarografia d'emergenza è sicura, consentendo la risoluzione dell'instabilità ischemica nella maggioranza dei casi. Pertanto la coronarografia d'emergenza dovrebbe essere sempre consigliata in caso di instabilità emodinamica o ischemia acuta dopo chirurgia cardiaca.

L'articolo qui brevemente descritto analizza un topic spesso scotomizzato e raramente trattato dalla letteratura scientifica, nonostante alterazioni emodinamiche perioperatoria di chiara matrice ischemica siano spesso oggetto di valutazione medico-diagnostica. Infatti, l'infarto miocardico perioperatorio (PMI, perioperative myocardial infarction) con danno cellulare subendocardico o transmurale e' una delle complicanze piu' serie della chirurgia cardiaca, specialmente dopo rivascolarizzazione chirurgica del miocardio (CABG), determinando un'inevitabile ed aumentata mortalita' e morbida' postoperatoria. La patogenesi del PMI e' stato in passato oggetto di svariate ricerche cliniche, con l'identificazione di una serie di plausibili ragioni eziologiche includenti la "graft failure" ed altri meccanismi "non-graft related". Tra le cause "graft related" si ricordano le occlusioni coronariche acute dovute a trombosi, stenosi chirurgiche anastomotiche, kinking o overstretching dei grafts nonche' spasmi coronarici postoperatori. Tra quelle "non-graft related" si citano un'inadeguata protezione miocardica, un'incompleta rivascolarizzazione miocardica ed anche la microembolizzazione coronarica da manipolazione cardiaca. Pertanto una precoce identificazione del problema coronarico primario e' della massima importanza, consentendo un tempestivo approccio chirurgico o percutaneo, minimizzando il danno miocardico conseguente e migliorando la prognosi postoperatoria.

Tuttavia come sottolineato dagli stessi autori la diagnosi di PMI e' spesso difficoltosa, soprattutto nelle prime fasi postoperatorie. Tuttavia, nuove e persistenti alterazioni ecgrafiche, un incremento significativo degli enzimi miocardio-specifici e nuove alterazioni della cinetica ventricolare depongono in maniera abbastanza chiara per un PMI. Non vanno dimenticate anche altre cause di possibile instabilita' emodinamica o di arresto cardiaco, quali l'embolia polmonare, la dissezione aortica ed il tamponamento cardiaco. L'esperienza degli autori, insieme ad altre casistiche presenti in letteratura, corrobora la nozione che in casi di sospetta ischemica perioperatoria la coronarografia d'emergenza non dovrebbe essere dilazionata, essendo sicura e soprattutto dirimente dal punto di vista diagnostico, e conseguentemente fondamentale per la migliore scelta terapeutica (reintervento, angioplastica percutanea e trattamento conservativo).