

BOLLETTINO
SOCIETÀ ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA

GIUGNO-AGOSTO 2014





CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

President

Lorenzo Menicanti

Vice President

Roberto Di Bartolomeo

General Secretary

Piersilvio Gerometta

Scientific Secretary

Alessandro Parolari

Treasurer

Vittorio Creazzo

Councillors

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

Financial Auditor

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



EDITORIAL BOARD

Coordinatore Editoriale

Michele Di Mauro

Staff Editoriale

Guglielmo Actis Dato , Claudio Russo, Roberto Lorusso

Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Ernesto Tappainer

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Pino Fundarò

Francesco Paolo Tritto

Le nostre radici

Stats: always facts?

Contenzioso Medico-legale

Italian Literature Watch

Tough and Monster Cases

Umanesimo e Cardiochirurgia

Commento "al libro"

quando il chirurgo abbraccia l'arte

SICCH Social Networks

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

Linkedin

Social4med

Facebook



INDICE

- Annuncio: XXVII Congresso SICCH** pag. 5
Lorenzo Menicanti e Alessandro Parolari
- Lettera dell'Editore: Buone Vacanze** pag. 8
Michele Di Mauro
- Editoriale del mese: Prelievo di Grande Safena,
Grande Taglio, Grande Chirurgo?** pag. 9
Carlo Zingaro
- Contenzioso medico-legale:**
- CTU SICCH APPROVED: I QUAQUARAQUA' E I MR. HYDE** pag. 14
GianPiero Piccoli
- L'IMPARI LOTTA TRA MEDICO E PAZIENTE** pag. 17
GianPiero Piccoli e AVV. Laura Andrao
- IN CASO DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE, IL RISARCIMENTO
E' PROPORZIONALE ALL'ENTITA' DEL DANNO BIOLOGICO
E NON A QUELLA DELL'ERRORE MEDICO** pag. 19
AVV. Violoni
- Le nostre radici: Le Scuole Italiane di Cardiochirurgia PARTE I** pag. 21
Guglielmo Actis-Dato, Roberto Lorusso e Michele Di Mauro
- Commento al libro: La vita in un attimo** pag. 29
Francesco Paolo Tritto
- Stats: always facts?: ANOVA, Analisi della Varianza** pag. 31
Fabio Barili
- Tough and Monster Cases: Neoplasia Tiroidea e Secondarismo Cardiaco** pag. 35
Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini, Lirio Mammana
- Italian Literature Watch: Maggio 2014** pag. 38
Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano,
Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Evento patrocinato SICCH: Focus on Aorta e
Mitrale Lecce 6-7 Giugno pag.
51

ANNUNCIO

XXVII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA



LORENZO MENICANTI
PRESIDENTE SICCH



ALESSANDRO PAROLARI
SEGRETARIO SCIENTIFICO SICCH

Cari Soci, Cari Colleghi, Cari Lettori,

Innanzitutto ci scusiamo in anticipo per la lunghezza di questa lettera ma crediamo di avere veramente tante cose da dirVi....

Vi ricordiamo che dal 28 al 30 novembre p.v. si terrà a Roma, presso l' Ergife Palace Hotel, il XXVII Congresso della Società italiana di chirurgia cardiaca, ed a breve inizierà l'invio delle comunicazioni relative all'accettazione dei lavori.

Abbiamo cercato per questo congresso di introdurre alcune novità; tra queste l'abolizione delle comunicazioni mediante poster, l'introduzione delle comunicazioni orali brevi, e la riduzione della durata dei lavori congressuali da quattro a tre giorni.

Abbiamo inoltre introdotto un processo di revisione dei lavori inviati tendente a favorire quei presentatori la cui età anagrafica fosse al di sotto dei quarant'anni.

Inoltre, in linea con questo atteggiamento, abbiamo deciso di assegnare tre moderatori ad ogni sessione, e nella stragrande maggioranza di queste sessioni due moderatori saranno "Senior" e uno sarà "Junior", al di sotto dei quarant'anni, in regola con l'iscrizione alla SICCH e all'eventuale pagamento delle relative quote.

Tra le altre novità del nostro congresso vi sarà una sessione congiunta con i colleghi della Società Svizzera di Chirurgia Cardiaca (SGHC) dove i cinque migliori lavori già presentati al loro congresso nazionale da autori al di sotto dei quarant'anni di età saranno presentati nuovamente al nostro congresso e discussi da cinque discussants della nostra società. Lo stesso avverrà il prossimo anno al congresso svizzero e sarà nostra cura e dei nostri collaboratori selezionare le cinque migliori comuni-

cazioni presentate al nostro congresso da autori al di sotto dei quarant'anni; queste saranno presentate l'anno prossimo in terra svizzera.

Nel congresso saranno presenti inoltre diverse sessioni politico istituzionali centrate sui problemi medico-legali che affliggono la nostra professione, sui processi di selezione di noi cardiocirurghi dal momento in cui entriamo all'università fino alla scelta del capo dipartimento, e vi sarà anche una sessione di presentazione, ma nello stesso tempo operativa, del GIROC, il gruppo italiano di studio la cui nascita ha praticamente coinciso con l'inizio del mandato di questo consiglio direttivo SICCH. Vi saranno poi come tutti gli anni diversi premi per i lavori e le comunicazioni migliori.

Ma l'argomento scientifico che ci sentiamo di sottolineare maggiormente in questo Congresso è il grande spazio che sarà dato al concetto di traslazonalità. Infatti, le sessioni scientifiche dedicate a tutte le comunicazioni orali sono state disegnate come un continuum che porti avanti proprio questo concetto di medicina e chirurgia transazionale cardiovascolare, così come recita il titolo che abbiamo voluto dare al congresso "From basic science to surgical innovation". Ogni sessione sarà quindi aperta, compatibilmente con gli abstract che sono stati inviati e selezionati, da comunicazioni di basic science seguite da lavori che prendono in considerazione aspetti prettamente clinici; ogni sessione sarà quindi conclusa da lavori che prendono in considerazione aspetti di innovazione. In pratica, non vi saranno più sessioni dedicate solo ad aspetti di base o sessioni dedicate solo a terapie innovative (ad esempio, il trattamento transcateretere delle patologie valvolari); in ogni sessione del congresso sarà preso in considerazione un argomento (ad esempio la valvulopatia aortica o la chirurgia dello scompenso) che sarà sviscerato (siamo chirurghi, non facciamo fatica a fare questo) ed affrontato a tutto tondo, mettendo nella stessa sala ricercatori di base, ricercatori clinici e studiosi di terapie innovative.

Crediamo fermamente che il concetto di traslazonalità sarà sempre più importante nel corso degli anni.

E la nostra società è stata all'avanguardia in questo, dapprima organizzando il primo meeting italiano "SICCH Educational" il 2 febbraio 2010 a Milano, il cui titolo era "L'evoluzione del cardiocirurgo nell'era della ricerca transazionale"; a questo sarebbe seguito nel 2012 il meeting "Translational cardiovascular medicine: italian meeting on cardiovascular surgery" e, nel 2013, sempre nel contesto delle attività scientifiche SICCH, il meeting "SICCH basic and translational meeting. Translational cardiovascular medicine: third italian meeting on cardiovascular surgery". E la conseguenza naturale di queste nostre attività è stata proprio lo sfociare in una concezione diversa dell'organizzazione delle sessioni del congresso.

Permetteteci di dirvelo anteprema, grazie anche agli sforzi della SICCH, e proprio in coincidenza con il congresso EACTS 2014 che si svolgerà in autunno a Milano, anche la principale società scientifica europea sta iniziando a recepire il concetto di traslazonalità organizzando per la prima volta nella sua storia una sessione dedicata a questi argomenti. Crediamo sia comunque ben diverso dare tutto il taglio di un congresso a questo aspetto rispetto a dare spazio in una sola sessione.

Speriamo di averVi dato le informazioni utili riguardo a quello che sarà il nostro prossimo congresso; Vi ringraziamo tutti inoltre per l'enorme sforzo fatto da tutte le cardiocirurgia italiane, e da diversi italiani che lavorano all'estero, per fornire i loro migliori contributi per le sessioni scientifiche.

Ringraziamo fin da ora il Consiglio Direttivo, la CONOR, e tanti altri colleghi che hanno dato il loro preziosissimo contributo per l'organizzazione dello stesso; in primis Michele di Mauro ed in secundis Marco Pagliaro, Giampiero Piccoli e Monica Moz per il loro aiuto ed i loro preziosissimi suggerimenti.

Infine vi aspettiamo tutti a Roma il prossimo novembre!

BUONE VACANZE!!!



MICHELE DI MAURO

*DIPARTIMENTO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA*

Cari Soci, Cari Colleghi, Cari Lettori

Eccoci all'ultimo numero prima della pausa estiva. Non a caso, a differenza dell'anno scorso, ho editato questo numero, etichettandolo come numero di Giugno-Agosto. Prendiamo quindi una pausa nella speranza di recuperare energie e nuove idee che possano mantenere il livello di questo "magazine" divulgativo della SICCH, che mi onoro di coordinare.

Prima di lasciarvi, augurandovi buone ferie, voglio ringraziare tutti i redattori di questa rubrica che anche quest'anno si sono spesi tanto per far sì che ogni mese la SICCH potesse offrire questo servizio all'intera comunità dei cardiocirurghi italiani e non solo.

Con un pizzico di presunzione mi permetto di evidenziare l'importanza di questo mezzo di comunicazione, non solo ai meri fini culturali, ma anche come link tra le diverse anime di questa comunità, che grazie ad esso e grazie ai diversi Social e al rinnovato sito SICCH, si sente meno disgregata.

Ecco ho esagerato, lo sapevo, ma con il sole ed il caldo tutto è permesso!!!

Da questo mese torniamo ad avere come in alcuni numeri passati, un editoriale alcuni che entra più nell'aspetto tecnico del nostro lavoro, senza mai avere però la veste di un vero e proprio articolo scientifico, ma ricalcando la natura puramente divulgativa del nostro bollettino.

Concludo ringraziando e augurando buone ferie al Presidente Menicanti, a tutto il Direttivo, ai Segretari della SICCH, alla CONOR, a tutti i Soci e a tutti voi Lettori.

Grazie e buona lettura!

EDITORIALE DEL MESE

PRELIEVO DI GRANDE SAFENA: GRANDE TAGLIO, GRANDE CHIRURGO?



CARLO ZINGARO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALI RIUNITI
ANCONA

E' ormai assodato quanto sia importante ridurre il taglio cute negli interventi di Cardiochirurgia come di altre discipline chirurgiche. La ricerca continua di nuovi approcci cardiaci sempre più piccoli con l'utilizzo di metodiche via via più indirette e robotiche, è stata focalizzata quasi solo sul taglio toracico. Non bisogna però dimenticare quanta importanza ricopra ancora la vena safena nella patologia coronarica e l'ampia cicatrice che ne consegue dal prelievo. Nonostante il sempre maggior utilizzo di una rivascolarizzazione quasi completamente arteriosa, la vena safena è ancora largamente utilizzata per la rivascolarizzazione del territorio della coronaria destra e con impiego più completo negli ultra settantacinquenni. Dunque si incide poco sullo sterno, ma fino a tre volte di più in lunghezza sulla gamba! Eppure esiste la tecnica per avere rispetto dell'integrità estetica dell'arto inferiore: il prelievo endoscopico. Anche se si trattasse solo di

risolvere un problema estetico sarebbe dunque più che giustificato l'utilizzo di questa tecnica. Bisogna oltretutto ricordare come pazienti obesi, diabetici e vasculopatici, sottoposti ad un prelievo di safena, siano particolarmente esposti all'insorgere di complicanze di ferita della gamba cosiddette maggiori, come infezioni, linfangiti, grossi ematomi da sanguinamento.



Complicanza di ferita maggiore dopo prelievo "a ponti



Devono, poi, essere considerate anche le complicanze minori del prelievo classico, come il dolore, gli edemi localizzati, le parestesie e i fastidi che l'incisione può causare nella zona di piega del ginocchio e premalleolare, accentuati magari dai calzini maschili.

Nel 2005, la International Society for Minimally Invasive Cardiothoracic Surgery ha pubblicato un consensus statement in cui si raccomandava il prelievo endoscopico di vena safena come tecnica standard per ridurre le complicanze di ferita, il dolore e la degenza postoperatorie.

In letteratura si trovano molteplici studi che dimostrano quanto queste complicanze possano essere evitate, nel rispetto del condotto prelevato, senza prescindere dalla qualità strutturale ed anatomica del graft.

Sono sicuro che molti colleghi cardiocirurghi sarebbero pronti ad affermare di avere osservato pochissime o rarissime complicanze gravi di ferita della gamba. Mi preme però sottolineare che ne basta una sola per aumentare la degenza del paziente, quasi sempre di molto e quindi le spese per le cure che ne conseguono. Oltretutto, ritengo che probabilmente molte ferite della gamba infette non tornino direttamente all'osservazione del cardiocirurgo ma vengano dirottate dal pronto soccorso e dai medici di famiglia verso altre specializzazioni.

Negli Stati Uniti d'America l'85% dei prelievi di safena è endoscopico, con diffusione alla stragrande maggioranza dei centri, mentre in Euro-

pa si assiste all'inversione dei dati, poiché solo il 15% dei prelievi è endoscopico e pochi sono i centri praticanti, molti dei quali eseguono la tecnica endoscopica solo in pochi casi l'anno.

Nel nostro paese le Cardiocirurgie che praticano il prelievo endoscopico in maniera continuativa, con almeno 30 casi annuali, sono circa 22.

La possibilità di utilizzo della metodica penso sicuramente possa fare la differenza in un regime di concorrenzialità tra centri pubblici e privati logisticamente ravvicinati, situazione vigente in diverse grandi città italiane. La tecnica di prelievo endoscopico della vena safena permette, con un'incisione di poco più di un centimetro, di isolare un condotto di qualità e lunghezza necessaria ai più comuni interventi di rivascolarizzazione miocardica completa, in un tempo sovrapponibile a quello di un prelievo con tecnica classica. Non ha limitazioni di utilizzo ed è di semplice apprendimento e riproducibilità. Si pratica per l'appunto un'unica incisione di circa 1,5 cm sulla gamba, medialmente, appena sotto la piega del ginocchio, attraverso la quale, reperita la vena safena, si introduce uno strumento disponibile per eseguire il prelievo.

La direzione più diffusa e più comoda da tenere è quella verso la coscia ma è possibile prolungare il prelievo anche verso la gamba senza altri tagli.



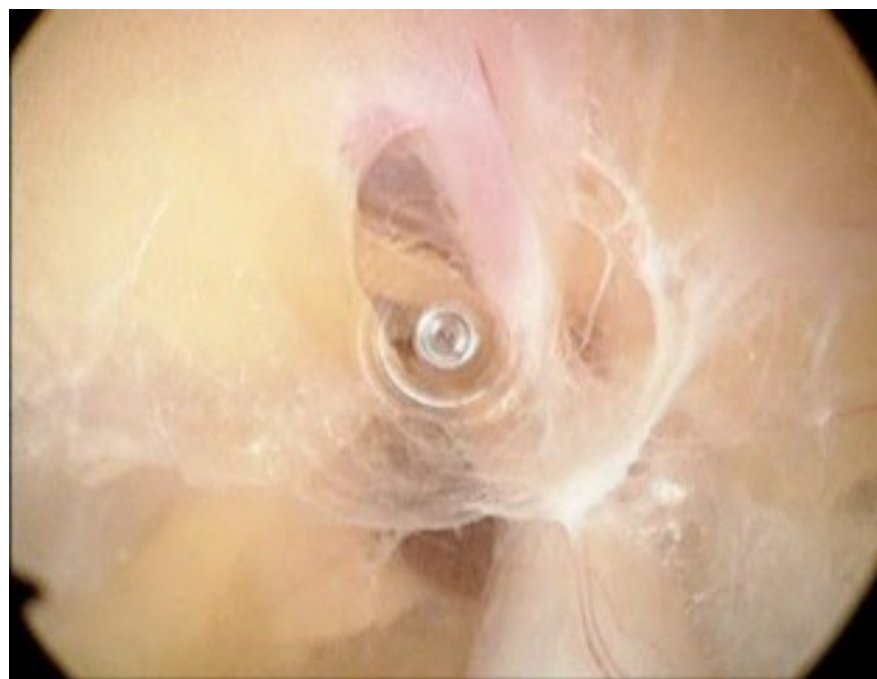
Strumento disposable per il prelievo endoscopico di vena safena



Prelievo endoscopico e decorso della vena safena

La fase endoscopica è supportata dall'ausilio dell'insufflazione di monossido di carbonio a formazione di un tunnel di lavoro nel connettivo e si suddivide in due momenti: nel primo si procede con la delicata dissezione del condotto dai tessuti molli e l'isolamento delle collaterali per mezzo di un'oliva trasparente posizionata sulla punta

dell'endoscopio; nel secondo si prosegue con la sezione delle collaterali per mezzo di un sistema di taglio e coagulo. Occorre poi un solo foro ulteriore di 2 mm circa, a livello della piega inguinale, per sezionare il condotto ed estrarlo dall'incisione. Si provvederà poi in visione diretta alla legatura in sicurezza dei monconi delle collaterali sul condotto. Indicizzando la tempistica di prelievo e parlando di velocità si può affermare che occorrono 11 minuti per ottenere 10 cm di condotto pronto per l'anastomosi, dopo una curva di apprendimento di circa 20 casi.



Endoscopia: dissezione della vena dai tessuti molli e isolamento delle collaterali

Nel centro di Ancona abbiamo eseguito in 9 anni circa 1000 prelievi endoscopici con un'incidenza di complicanze maggiori pari allo 0,1%, in pratica abbiamo riportato un solo caso di infezione localizzata al sito di incisione sulla piega del ginocchio. In 10 casi si è resa necessaria la conversione a prelievo classico, tutti avvenuti durante le curve di apprendimento dei 4 chirurghi endoscopisti. Oltretutto 5 conversioni su 10 sono da considerarsi totalmente indipendenti della tecnica di prelievo. Sono stati ottenuti condotti di coscia e di gamba di una lunghezza media di 42 cm, idonei per la rivascolarizzazione miocardica in sequenziale.



Endoscopia: taglio e coagulo delle collaterali

E' insomma una tecnica divertente e facilmente riproducibile che può dare grandi soddisfazioni al malato a parità di sicurezza e adeguatezza dei condotti prelevati, schiacciando praticamente a zero l'incidenza di qualunque possibile complicanza di ferita.

Sul fattore economico si possono fare alcune considerazioni: è vero che il materiale "disponibile" comunemente distribuito in Italia ha un costo comunque superiore se paragonato a quello di un prelievo eseguito con tecnica standard, ma il confronto va fatto con la spesa sanitaria da sostenere in caso di infezioni più o meno gravi della lunga ferita della gamba o della coscia. Pur essendo tali complicanze piuttosto infrequenti, ne basta probabilmente una su 100 casi per giustificare il costo dello stesso numero di prelievi endoscopici. Senza trascurare che non abbia prezzo percepire negli occhi e nelle parole del paziente la sua soddisfazione quando confronta la propria gamba del prelievo col minuscolo taglio con quella del collega di stanza operato da un chirurgo non endoscopista.

Dal punto di vista puramente tecnico e passionale sostengo sia una procedura molto divertente nei confronti della quale non si perde gusto e interesse anche se come chirurghi ci si sente proiettati verso interventi e problematiche più complesse. E' indubbiamente più facile avvicinarsi a questa metodica da giovani, da specializzandi magari, ma posso assicurare che non si

perde l'interesse ed il gusto dell'esecuzione e del risultato anche crescendo chirurgicamente e professionalmente.

Pratico il prelievo endoscopico di vena safena da 9 anni eseguendo più di 800 casi personali con 3 differenti tipi di devices per i quali, praticamente dallo stesso tempo, mi occupo di attività di proctoring presso le Cardiochirurgie Italiane. Alla luce di questa mia esperienza e in maniera più ampia del centro in cui lavoro, oltre che in supporto dei centri ai quali ho divulgato la passione endoscopica, è facile dedurre l'utilità, la sicurezza e la riproducibilità di questa metodica.

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

1. CTU SICCH APPROVED: I QUAQUARAQUA' E I MR. HYDE
2. L'IMPARI LOTTA TRA PAZIENTE E MEDICO
3. 3. AVV VIOLIONI



GIAN PIERO PICCOLI

CTU SICCH APPROVED: I QUAQUARAQUA' E I MR. HYDE.

a cura di Gian Piero Piccoli

In generale, dal titolo di un articolo, se ne evince il contenuto ma, questo, non ne è il caso. Di seguito ve ne si fornirà la chiave di lettura.

In caso di rivalsa per responsabilità professionale medica, il Consulente Tecnico di Parte (CTP) che è chiamato a difendere i diritti della parte attrice, o ricorrente, contro il medico, parte convenuta, non è tenuto ad essere obiettivo ma, come è specificato nell'acronimo che lo distingue "P" è di parte, la obiettività dei giudizi che esprime non è deontologicamente richiesta, in quanto il suo compito è quello di raggiungere l'obiettivo che gli è stato affidato dalle parti presunte lese.

Ben diversi, invece, sono i doveri del Consulente Tecnico di Ufficio (CTU) che è chiamato, da parte o del Pubblico Ministero (PM) o del Giudice, a fornire alla autorità o indagante o giudiziaria tutte quelle informazioni necessarie, affinché venga emesso un giudizio, per una analisi cor-

retta degli eventi. Per il CTU, quindi, la obiettività di quanto esprime costituisce un obbligo per cui, peritus peritorum, deve essere al di sopra delle parti e disporre di quel bagaglio culturale necessario a fornire una lettura obiettiva degli eventi. Il CTU, quindi, deve tener dritta la "barra" degli organi giudicanti che invece i CTU, con motivi contrapposti, cercano di far virare dalla propria parte. Ma non sempre è così! Sentenze la cui interpretazione non viene ritenuta obiettiva, nella maggioranza dei casi, non devono essere imputate a chi le ha emesse, ma alla incompetenza, alla faziosità, alla presupponenza di chi le ha influenzate.

Tra le categorie di CTU con i quali si può avere a che fare.

La prima, che ne costituisce la maggioranza, è composta da professionisti seri, culturalmente preparati, la cui imparzialità di giudizio costituisce una garanzia, sia per chi si avvale della loro opera sia per chi sia stato chiamato in causa. La classe medica non vuole essere omertosa o corporativistica, chi ha commesso degli errori in ambito professionale, è giusto che paghi la propria colpa; d'altra parte, però, pretende che il

proprio operato sia giudicato in modo obiettivo, e non fuorviato da giudizi che tutto hanno, tranne la serenità e la obiettività che invece sarebbero necessarie.

Ed il bello (se così lo vogliamo definire) è che il male, il più delle volte, ce lo facciamo proprio noi medici, l'uno contro l'altro.

Infatti alla seconda categoria dei CTU appartengono quelli che il termine "quaquaraquà" sembra meglio identificare. Si tratta di consulenti con scarso bagaglio culturale, in genere con altrettanto scarsi successi professionali ma che, chiamati da ballerine di terza fila a far la parte della prima donna, ne rivestono i panni e non gli par vero che, almeno una volta, i giudizi che esprimono siano ascoltati, indipendentemente dalla serietà e dalla obiettività della loro analisi di quanto accaduto. Pericolosi per la loro ignoranza, appunto!

Alla terza categoria di CTU, infine, appartengono i cosiddetti "Mr.Hyde" ossia professionisti che scendono nell'arena con tutta la loro prosopopea pronti a far del male ai propri pari (il termine colleghi non mi piace!). Supportati in genere da successi di carriera, questa categoria ritiene di poter pontificare, dall'alto del proprio trono, ed emettere giudizi che, senza basi scientifiche e culturali, sono solo espressione e prova del proprio autoritarismo e della propria prosopopea. Questi non ritengono di poter essere contraddetti, in quanto la loro, solo la loro interpretazione dei fatti è quella corretta. In genere questo atteggiamento è supportato dal narcisismo di dimostrare chi, nell'arena, è il più forte. L'arroganza del potere e la presunzione della propria superiorità sugli altri.

Mondo variegato, quindi, quello dei CTU, poveretto chi ci capita!

L'invito che si vuol rivolgere a chi fosse mai richiesto di mettere a disposizione la propria professionalità quale CTU è quello di rileggere queste righe, assunto l'incarico affidatogli e decidere, quindi, di quale tipo di CTU, dei tre illustrati, voglia vestire i panni.

Noi si vorrebbe che, chi è chiamato a giudicare i propri pari, lui stesso si ricordasse sempre quante volte, in sala operatoria, finito l'intervento, nonostante tutto fosse stato fatto secondo le regole dell'arte e senza errori suoi quali si potesse recriminare, il cuore non sia ripartito e riportasse alla memoria la vana ricerca affannosa di un aiuto da parte di un contropulsatore, di un ECMO o di un VAD. Ne' chi è chiamato a giudicare l'operato altrui, si deve scordare delle tante volte che, di notte, sia stato chiamato per un sanguinamento o per un arresto cardiaco del paziente che ha operato il giorno prima, senza problema alcuno, ma che poi si è deteriorato, inspiegabilmente e la inutile corsa affannosa in ospedale per cercare di porre rimedio alle complicanze succedutesi. E gli stessi soggetti devono tenere in mente tutte le volte che abbiano dovuto seguire il lungo calvario in terapia intensiva dei loro pazienti dopo interventi condotti secondo le regole dell'arte senza poter recriminarsi che, con una condotta differente, l'esito non sarebbe stato quello fatale poi verificatosi. Insuccessi, mortalità, complicanze, fanno parte della nostra professione, purtroppo un accanimento contro l'operato dei sanitari non fa altro che indurre la classe medica a rifugiarsi in una medicina di tipo difensivo per salvare, piuttosto che quella dei pazienti, la propria di pelle.

"Diritto alla salute", come già tante altre volte espresso in questo Bollettino, non è sinonimo di "diritto alla guarigione". Ed ecco allora che, chi è chiamato a rivestire i panni del CTU, queste considerazioni non può omettere di porsi, per non

cadere, lui stesso, in questa moda della sbandierata “malasanità” che più che tale è informazione faziosa, scoop dei media, motivata maggiormente da una richiesta di rivalsa economica da parte dei ricorrenti piuttosto che da una effettiva ricerca della verità sulla evoluzione degli eventi.

Obiettività di giudizio è quello che richiediamo alla categoria dei CTU, in questo gioco delle parti che, ci può vedere rivestire i panni ora di CTU, ora di CTP ma, ancora, non dimentichiamoci, anche quelli dell’indagato ed allora sì che queste pagine ci verranno in mente!

“I have two dreams” anche se, giuridicamente, molto difficili da realizzare.

Il primo è rappresentato dalla individuazione di un pool di esperti, certificati dalla SICCH, nel quale la autorità indagante o quella giudicante, possano attingere i loro CTU, con la sicurezza di scegliere professionisti sulla cui competenza e correttezza la nostra società stessa se ne fa garante.

Il secondo, invece, è costituito dalla possibilità che il giudizio espresso dal CTU in ambito legale, possa essere discusso, commentato ed, eventualmente, criticato nell’ambito della SICCH stessa, così che i periti sappiano che ogni giudizio espresso, sarà valutato, nella propria correttezza professionale e deontologica, non da gente di legge, che non è in grado di farlo, ma dai propri pari, che ne valuteranno la attinenza alle linee guida internazionali.

Capito il titolo dell’articolo, adesso?

(Questo scritto è stato ispirato da recenti eventi personali e da esperienze maturate nell’ambito della maggioranza dei componenti della task force).

L'IMPARI LOTTA TRA PAZIENTE E MEDICO

a cura di Gian Piero Piccoli
e Laura Andrao (Avvocato Reggio-Emilia)

L'articolo 3 comma 1 del DL 158/2012 (la cosiddetta "Legge Balduzzi") dispone che "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene alle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del Codice Civile"

Condizione per la esclusione della responsabilità penale, quindi, è che il professionista si sia attenuto a linee guida accreditate dalla comunità scientifica.

Ben diversa, invece, è la situazione in campo civile.

Innanzitutto, mentre in un procedimento penale, una sentenza di condanna per responsabilità professionale deve essere basata sul principio di "al di là di ogni ragionevole dubbio" in quello civile è sufficiente il criterio del "più probabile che non".

Ma non solo, in quanto vi è "l'onere probatorio" ovvero a chi spetti portare le "prove" della colpa. Nella già nominata "Legge Balduzzi" convive una duplice lettura giurisprudenziale.

Secondo alcune interpretazioni, la responsabilità del medico/struttura sanitaria sarebbe di natura "extra contrattuale" per cui l'onere probatorio sarebbe in capo a chi contesta (parte attrice) la responsabilità del medico/struttura sanitaria (parte convenuta) e la prescrizione dell'azione risarcitoria è di cinque anni.

Il secondo orientamento interpreta invece la responsabilità del medico/struttura sanitaria di na-

tura "contrattuale" facendo ricadere, quindi, l'onere probatorio sul medico/struttura sanitaria che si devono difendere e non, invece, su chi "attacca" con una prescrizione dell'azione civile solo dopo dieci anni.

Questo secondo orientamento è quello che è stato recentemente accettato dalla terza sessione civile della Cassazione con la sentenza n.11363/14 in merito alla responsabilità professionale relativa ai danni biologici susseguenti alla mancata diagnosi di una neoplasia mammaria successivamente emersa, dopo un intervento di mastectomia.

I giudici del Palazzaccio hanno infatti emesso nella loro sentenza che il riparto dell'onere della prova deve essere valutato secondo i principi enunciati dalle Sezioni Unite nella sentenza n.577/08 per cui al paziente basta provare l'avvenuto contratto con il medico/struttura sanitaria e l'aggravamento della patologia pre-esistente o la comparsa di una malattia o la mancata diagnosi di una già pre-esistente, allegando l'inadempimento della condotta medico/struttura sanitaria astrattamente idonea a provocare il danno. Grava invece sul duo medico/struttura sanitaria l'onere probatorio di dimostrare di aver adempiuto ai propri obblighi e che la propria condotta non abbia inciso causalmente sul verificarsi del danno. In definitiva, quindi, secondo questa ultima interpretazione dei giudici della Cassazione, alla parte attrice (il paziente) spetta solo la dimostrazione che quanto pattuito nel "contratto" con il medico/struttura sanitaria non è stato raggiunto, viceversa demanda l'onere più gravoso, ovvero quello di presentare le prove che nell'andamento degli eventi non vi siano stati errori attribuibili a responsabilità professionale, in capo alla parte convenuta (medico/struttura sanitaria).

In relazione a quanto giuridicamente codificato, si evince facilmente quanto “impari” sia la competizione “paziente contro medico” dal momento che al primo compete solo “attaccare” mentre al secondo tocca “difendersi” per non soccombere, presentando le prove della propria “non colpevolezza”.

Per concludere e per “tirarci un po’ su di morale” alcune brevi considerazioni finali.

Innanzitutto “diritto alla salute” non può essere inteso come “diritto alla guarigione”. La responsabilità sanitaria, quindi, è una obbligazione di mezzi, ma non di risultato. Di conseguenza non può e non deve essere sufficiente la dimostrazione della evenienza di una complicanza per attribuirne la colpa e responsabilità professionale medica, ma deve essere necessario valutare se l’operato dei sanitari sia stato, o meno, attinente alle regole dell’arte medica ed alle Linee Guida che indicano la corretta strategia da adottare nei singoli casi presi in considerazione.

Con l’augurio, quindi, che nel prossimo futuro il legislatore possa fornire maggiori garanzie a tutela della professionalità della classe medica in modo da scongiurare quella “medicina difensiva” che, al momento, sembrerebbe essere l’ultima trincea di difesa contro gli attacchi indiscriminati ai quali siamo sottoposti.

IN CASO DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE, IL RISARCIMENTO E' PROPORZIONALE ALL'ENTITA' DEL DANNO BIOLOGICO E NON A QUELLA DELL'ERRORE MEDICO

a cura di Alessandro Violoni (Avvocato Ancona)
con introduzione di GianPiero Piccoli

Meritevole di lettura e di riflessione il successivo articolo dell'Avvocato Alessandro Violoni, dell'omonimo studio di Ancona, che puntualizza come, se ad un errore medico, non consegua un danno biologico, alcun risarcimento è da elargire a chi il danno abbia subito; se conseguenza biologica invece si è verificata, l'entità del risarcimento è proporzionale al danno e non alla gravità dell'errore commesso.

Il danno biologico, per definizione, nel diritto italiano, consiste nella lesione dell'interesse, costituzionalmente garantito, all'integrità fisica della persona. Questo sussiste in presenza di una lesione fisica o psichica della persona, permanente o reversibile, da cui derivi, però, una compromissione delle attività vitali del soggetto, considerate nel senso più ampio.

Il danno biologico, dunque, deve essere inteso come una menomazione nonché violazione dell'integrità psico-fisica che va a incidere, in maniera significativa, sul valore della vita dell'uomo intesa non solo come riduzione della capacità a produrre ricchezza ma anche come semplice pregiudizio costituito da una sofferenza soggettiva che va a influire negativamente nella qualità della vita di un individuo.

Il verificarsi di tale voce di danno determina il diritto, per chi l'ha subito, a chiedere il risarcimento.

I criteri di liquidazione sono determinati sia dal legislatore sia dalla giurisprudenza i quali hanno

elaborato dei parametri tabellati a cui si deve, necessariamente, far riferimento in caso di determinazione dell'ammontare del danno. A tal proposito si pensi alle Tabelle di Milano per le lesioni macropermanenti (e cioè superiore a 9%) o a quelle previste dall'art. 139 del D.lgs 209/05 per le micropermanenti (e cioè da 0 a 9%).

Si è voluto, dunque, tradurre il danno biologico in punteggio espresso in percentuale (%) a cui corrisponde per ogni punto, in base alle succitate tabelle, una somma di denaro.

Chiarito, se pur in maniera succinta, il significato del danno biologico e del suo risarcimento c'è da chiedersi se esso sussista in tutti i casi di malpractice.

Affinché esso esista, devono essere presenti gli elementi costitutivi del danno biologico che detto in maniera più dettagliata si posso elencare in:

- a) esistenza di una lesione psico-fisica della persona,
- b) esistenza di un'incidenza negativa della vita dell'individuo,
- c) esistenza del nesso causale tra la lesione subita e la compromissione della vita dell'individuo.

Va da se che anche nel caso della presenza dell'errore medico, in mancanza degli elementi sopra descritti, può non sussistere il danno biologico e quindi non sussiste nessun risarcimento da elargire al paziente.

Per capire meglio la problematica è utile fare un esempio: Il Dr. Tizio dopo aver visitato il paziente ritiene che non debba essere operato; il paziente continua a stare male, anzi, peggiora e rischia anche la morte. Dopo alcuni giorni viene rivisitato da altro medico il quale decide, se pur in ritardo, di operarlo. L'intervento chirurgico riesce perfettamente e il paziente guarisce. Quale danno biologico si è prodotto?

Caso emblematico può essere quello di un signore, di circa 70 anni, il quale si rivolgeva al mio studio per una malpractice sanitaria. Egli si ricoverava in ospedale per forti dolori al basso ventre. I sanitari nell'immediatezza non riuscirono a diagnosticare correttamente la problematica. Durante la notte l'infermiere di turno a seguito delle lamentele del paziente gli praticava un clistere il quale non fece altro che peggiorare significativamente la problematica.

La notte fu un vero inferno per il paziente il quale mi riferiva di "aver visto la morte in faccia".

I sanitari curanti, la mattina successiva, si accorsero di un'ernia che chiudeva il tratto finale dell'intestino. Il paziente veniva operato d'urgenza. I chirurghi gli asportavano 12 cm di colon perché nella notte, a causa del clistere, il colon si necrotizzava.

Qual è il danno biologico prodotto?

La risposta è che è molto più basso di quello che si possa pensare. L'asportazione di 12 cm d'intestino non andava a influire e incidere negativamente sulla qualità di vita del paziente se non nella misura di avere piccola difficoltà nell'evacuazione.

Il danno biologico creato era proprio questo e cioè la difficoltà del paziente nell'evacuazione e non quello di aver subito, a causa della malpractice, l'asportazione di parte dell'intestino.

Se il paziente non avesse avuto la difficoltà nell'evacuazione, non avrebbe avuto riconosciuto neanche quel piccolo danno biologico nonostante egli avesse sofferto tanto e nonostante avesse rischiato la propria vita.

LE NOSTRE RADICI:

LE SCUOLE ITALIANE DI CARDIOCHIRURGIA PARTE I



GUGLIELMO ACTIS DATO

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



ROBERTO LORUSSO

*U.O. DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALI RIUNITI
BRESCIA*



in collaborazione con Michele Di Mauro

Cari Lettori,

Dopo diversi mesi in cui abbiamo “estratto” con minuziosità e dedizione le nostre “radici” per portarle alla vostra conoscenza, è giunto il momento di parlare delle Scuole Italiane di Cardiologia e lo faremo con tre articoli. Le abbiamo elencate senza un ordine prestabilito, sia esso di importanza o semplicemente cronologico. Questa scelta è legata alla volontà degli autori di fare un semplice report storico di quello che è accaduto nelle diverse Cardiologie italiane dagli albori ai giorni d’oggi.

Essendo questo lavoro un “work in progress” vi invitiamo a partecipare con materiale fotografico, aneddoti, report storici che appartengano alla vostra Scuola di riferimento. Siamo pronti a recepire il vostro materiale e collaborare con voi nella stesura del “brano” che riguarda la vostra Scuola.

Potete inviare il materiale all’indirizzo email: michele.dimauro@univaq.it

Questo mese parleremo delle seguenti “Scuole” Romane:

Sapienza

San Camillo

Policlinico Gemelli

San Filippo Neri

Bambino Gesù

Nella prossima parte parleremo della storia del Niguarda di Milano, Scuole di Padova e Torino e proseguiremo con le altre Scuole nella terza parte..... aspettiamo il vostro materiale!

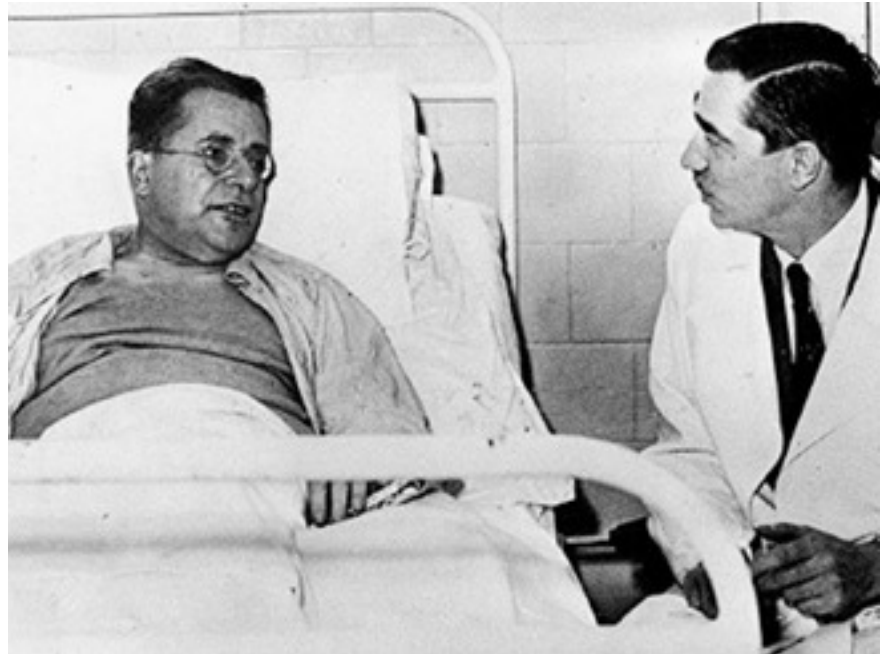
Roma Università' La Sapienza

La Scuola Chirurgica Romana, da cui origina il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, riconosce tra i suoi fondatori Costanzo Mazzoni, Francesco Durante, Roberto Alessandri, Raffaele Paolucci e Pietro Valdoni.

Nato a Trieste nel 1900 Pietro Valdoni era giunto a Roma come professore di Chirurgia dopo essere stato a Cagliari, Modena e Firenze.

Al Policlinico universitario Umberto I aveva eseguito nel 1930 la legatura di dotto di Botallo tra i primi in Europa e nel 1935 il primo intervento di embolectomia polmonare, l'intervento di Trendelenburg in Italia insieme a Paride Stefanini. Entrambi erano stati allievi di Alessandri insigne chirurgo della capitale italiana.

vento a Palmiro Togliatti nel 1948 a seguito di un attentato che aveva creato momenti di forte tensione nel paese.



Valdoni con Togliatti



Valdoni



Stefanini



1948 Edizione dell'Unità

Valdoni successivamente aveva eseguito interventi sul torace e sui polmoni e tra questi l'inter-

Nei primi anni '50 esegue i primi interventi sul pericardio, sulla mitrale e sull'aorta toracica per coartazione e inizia una collaborazione con Attilio Reale e Pier Agostino Gioffre', cardiologi che eseguono la diagnostica invasiva mediante cateterismo e permettono l'esecuzione di interventi cardiocirurgici.



Attilio Reale

Benedetto Marino, allievo di Valdoni ebbe il compito di iniziare l'attività a Catania e successivamente prese le redini del Centro cardiocirurgico di Roma alla scomparsa di Provenzale.



Benedetto Marino



Policlinico di Roma Umberto I

Collaboreranno con Valdoni numerosi chirurghi quali Luciano Provenzale che proseguirà il lavoro iniziato in cardiocirurgia in un Istituto creato ad hoc dal 1973, dove però nel 1977 non riesce a fare più di 100 casi/anno. Amedeo Pasanisi cofondatore della SICCH nel 1967, Anacleto Venturini che vincerà la Cattedra di cardiocirurgia al Cereggi di Firenze nel 1975 ma non eseguirà alcun intervento in quella sede, Benedetto Marino, Mauro Abbate e Marino Vaccari.



Targa a Giancarlo Rastelli

A Catania Marino intitolò il Centro di Cardiocirurgia ad un altro personaggio che pur non avendo lavorato in Italia in quanto scomparso prematuramente, diede un contributo importante per i suoi studi e le sue ricerche condotte negli USA nei primi anni '60: il parmigiano Giancarlo Rastelli (1933-1970). Questi vincendo una borsa di studio NATO si recò alla Mayo Clinic di Rochester e sviluppò la classificazione delle anomalie del canale atrioventricolare che permise l'attuazione di diverse strategie chirurgiche.



Giancarlo Rastelli

Luigi Chiariello dopo un periodo negli USA al Texar Heart Institute con Cooley, tornato in Italia ottiene la Cattedra alla Università di Pisa e qualche anno dopo inizia l'attività della 2 Università di Roma "Tor Vergata" dapprima presso l'European Hospital e quindi nella nuova sede di Tor Vergata. Chiariello è Past President della SICCH. Michele Toscano proseguirà invece l'attività cardiocirurgica al Policlinico Umberto I di Roma.

A Benedetto Marino succedette nella direzione della cardiocirurgia di Catania Mauro Abbate anch'egli della scuola di Valdoni.



Luigi Chiariello



Mauro Abbate

Marino Vaccari anch'egli allievo di Valdoni inizierà l'attività cardiocirurgica a Trieste nei primi anni '70 e quindi dopo essersi trasferito a Firenze la proseguirà sino al pensionamento al Careggi.



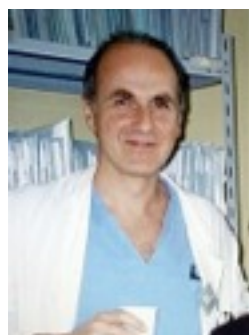
Dalla scuola di Marino ancora attivi sono Luigi Chiariello e Michele Toscano.

Marino Vaccari

Da ricordare ancora Valentino Martelli che, proveniente dalla stessa scuola di Provenzale, dopo un periodo di formazione in Inghilterra fondera' la cardiocirurgia a Cagliari nel 1987 con la collaborazione di chirurghi provenienti da altre scuole quali Piero Abbruzzese che diverra' primario in cardiocirurgia pediatrica al Regina Margherita di Torino, Giorgio Aru e Alessandro Ricchi. Quest'ultimo nel febbraio 2004 periva in un incidente aereo mentre tornava a Cagliari per un trapianto di cuore insieme alla sua equipe nei pressi del luogo dove 50 anni prima aveva perso la vita in un incidente aereo un altro chirurgo Aldo Costantini allievo di Dogliotti.



Martelli



Ricchi



Abbruzzese

Roma Ospedale San Camillo

Nella seconda meta' degli anni '60 Guido Chirichimo, chirurgo generale estremamente dotato tecnicamente, all'ospedale San Camillo inizia una intensa attivita' cardiocirurgica con ottimi risultati. Nel 1977 venivano eseguiti al San Camillo ben 921 interventi al cuore su tre sale operatorie.



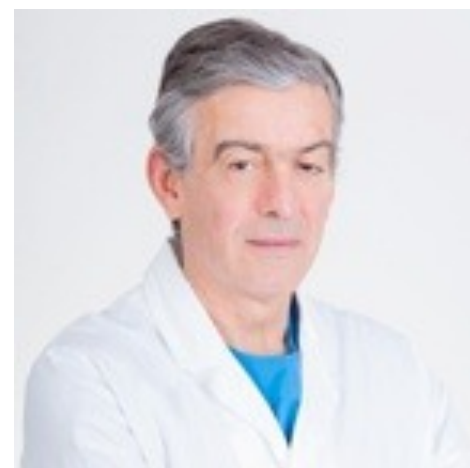
Guido Chirichimo



Ospedale San Camillo

Della sua scuola vanno ricordati Luigi D'Alessandro che gli succedette al San Camillo, Enrico Massa, Giorgio Rabitti, Vittorio Creazzo. Attualmente dirige il Centro Francesco Musumeci dal 1998.

Francesco Musumeci



Roma Policlinico Gemelli

Anche al Policlinico Gemelli nei primi anni '60 grazie a Francesco Intonti inizia un programma di cardiocirurgia sotto la direzione della Clinica Chirurgica diretta dal prof. Puglionisi.



Policlinico "Gemelli" e Francesco Intonti

Intonti svolse una intensa attività di ricerca grazie alla collaborazione con il Karolinska Institute di Stoccolma dove lavoro' con Bjork nel trattamento delle valvulopatie sin dai primi anni '60.

Il rapporto con la scuola svedese rimase sempre attivo come dimostrato dalle numerose pubblicazioni fatte in collaborazione nel corso degli anni successivi.

Prioritario e antesignano il lavoro sulla applicazione della arteria mammaria interna sinistra sulla coronaria discendente anteriore nella cardiopatia ischemica del 1966.

Suo allievo fu' Sandro Bartoccioni (1947-2006) che inizio' l'attività di chirurgia cardiaca a Perugia.



Sandro Bartoccioni

Bartoccioni dopo la Laurea ha svolto la sua attività alla Cattolica di Roma, collaborando con Intonti e svolgendo periodi di training in Svezia da dove importo' e tradusse in italiano la celebre pubblicazione nota a tutti i medici italiani "Terapia".

Ha fondato e diretto il centro cardiocirurgico di Perugia fino al 2001.

Ha passato gli ultimi anni della sua vita raccontando il rapporto tra sé e la sua malattia terminale, che lo avrebbe portato alla morte nel 2006, denunciando la scarsa qualità dell'assistenza sanitaria ai malati gravi. «Non è importante quanto

si vive... le farfalle vivono un solo giorno... è importante come si vive... se si è amato, se siamo stati amati, se amiamo... se le ali della vita sono state variopinte, intense... in modo che rimangano per sempre» (Sandro Bartoccioni, Dall'altra parte)



Successivamente la direzione del Gemelli verrà presa da Federico Possati proveniente da Chieti.

Roma San Filippo Neri

In questo Ospedale l'attività cardiotoracica è iniziata nel 1969 per poi sdoppiarsi nel 1974 in Cardiaca e Toracica sotto la direzione di Luigi D'Alessandro per quanto riguardava il cuore. Il numero di interventi che nel 1977 venivano eseguiti era rilevante: circa 200/anno. D'Alessandro sostituirà Chidichimo al San Camillo quando questi andrà in pensione



San Filippo Neri

Luigi D'Alessandro



Roma Bambino Gesù

La cardiocirurgia pediatrica a Roma negli anni 80 e' stata legata ad un chirurgo di Ancona, Carlo Marcelletti (1944-2009) che dopo la laurea si è perfezionato in cardiocirurgia in Inghilterra e negli Stati Uniti. Dal 1972 al 1976 si è specializzato in cardiocirurgia pediatrica e chirurgia cardiovascolare prima alla Stanford University di San Francisco e poi alla Mayo Clinic di Rochester. Nel 1978 ha fondato e diretto il centro di cardiocirurgia pediatrica dell'Accademisch medisch Centrum di Amsterdam.

Rientrato in Italia, nel 1982 è diventato primario del dipartimento medico chirurgico di cardiologia pediatrica dell'ospedale Bambin Gesù di Roma, coordinando anche il Programma di trapianto di Cuore e Cuore-Polmone, incarichi che ricoprirà fino al 1995.

Da giugno del 2000 fino a novembre del 2008 ha diretto la Divisione di cardiocirurgia Pediatrica dell'ospedale Civico di Palermo.

Ha effettuato in Italia il primo trapianto di cuore su un bambino.

Al Bambino Gesù' dopo Marcelletti la direzione verra' presa da Di Donato proveniente da Massa.



COMMENTO AL LIBRO

LA VITA IN UN ATTIMO



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA



LA VITA IN UN ATTIMO

di Gianluca Toniolo



ISBN: 978-88-6315-499-3
2012 • 14x21 cm •
72 pagine
Pacini Editore

Un chirurgo pisano racconta in questa autobiografia la sua triste esperienza ed il dramma della paraplegia secondaria ad un incidente stradale. Il breve ma intenso libro è la riflessione sulla vita che cambia d'improvviso, dando valore a principi che a volte vengono messi da parte nel quotidiano. La sua dipendenza dagli altri in tutte le funzioni vitali, senza la speranza che un giorno possa recuperare, mette Toniolo di fronte a considerazioni sia sulla sua qualità della vita, che sul suo ruolo come malato "cronico". Preoc-

cupazioni per se stesso, preoccupazioni per i suoi cari, pensando al dolore che provoca su di loro: "Ti senti inconsciamente colpevole verso di loro: gli abbracci commossi di amici e parenti mi davano la netta sensazione della gravità attuale e futura; ed è un vortice che ti può trascinare nel buio". L'equilibrio mentale può saltare: "Vorresti volare via lontano, ritrovando la libertà perduta, e lasciando a terra la pesantezza di quel corpo prima così attivo, e che ora immobile non ti risponde più. Ti senti immensamente fragile, indifeso,e ti rendi conto che non sarà solo una parentesi della tua vita."

Il suo stato lo porta anche ad analizzare deficit del sistema sanitario con lucidità, conoscendone già molti aspetti, e affrontandone di nuovi. (Tra le righe una accusa a chi gestisce dall'alto, senza conoscere il rapporto medico-paziente). Si è dovuto quindi adattare a questa nuova situazione, sostenendo che: "...è ancora possibile emozionarsi, il sapore della scoperta è diverso. L'angolazione della foto e la prospettiva non è più la solita, ma i colori ancora si: possono

ancora dipingere le notti e i giorni di nuove emozioni.”

Nell'apprezzare questa nuova vita più difficile egli ritrova il senso di alcune cose, e tra queste la forza anche di ricominciare a operare, sulla sedia a rotelle. E' questo il punto di arrivo di questo libro, ma non certo della sua vita.

STATS: ALWAYS FACTS

ANOVA - ANALISI DELLA VARIANZA



FABIO BARILI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
OSPEDALE "S CROCE" CUNEO



Quando si devono confrontare le medie di due campioni indipendenti di dati continui distribuiti normalmente, il test appropriato è il test T di Student. In alcuni casi, però, è necessario confrontare le medie di un numero maggiore di campioni; in questo caso, viene utilizzata un'analisi statistica chiamata analisi della varianza (AN.O.VA., Analysis Of VAriance). Quindi, questa tecnica viene usata quando si devono confrontare:

- 1) 3 o più gruppi
- 2) di dati continui indipendenti
- 3) con una distribuzione normale (o gaussiana)

Cenni di teoria

La varianza è una misura della variabilità o dispersione dei dati dalla media ed è il quadrato della deviazione standard.

La varianza può essere scomposta in 2 componenti:

- varianza interna ai gruppi (within)
- varianza tra i gruppi (between)

Il confronto della variabilità interna ai gruppi con la variabilità tra i gruppi (analisi della varianza) permette di trarre conclusioni sul reale oggetto d'interesse, cioè la differenza tra le medie dei gruppi.

Il primo passo dell'ANOVA è la definizione delle ipotesi nulla e alternativa e stabilire un cut-off per accettare/rifiutare l'ipotesi nulla (il p-value), come per tutte le inferenze statistiche.

1) Ipotesi nulla e alternativa. L'ipotesi nulla prevede che le medie dei campioni in esame siano simili, cioè siano campioni estratti dalla stessa popolazione. L'ipotesi alternativa, al contrario, prevede che almeno una delle medie differisca dalle altre, cioè almeno un campione sia estratto da una popolazione differente.

2) Il P-value. Il valore maggiormente utilizzato è 0.05. Per essere maggiormente conservativi, si può usare un cut-off pari a 0.01.

In pratica, l'ANOVA consente di stabilire se le medie dei campioni in studio sono uguali. Nel caso in cui l'ipotesi nulla venga rifiutata, possiamo concludere che le medie non sono tutte uguali; ma non abbiamo informazioni più precise (per esempio, non sappiamo se sono tutte differenti oppure solo una è significativamente diversa dalle altre). Quindi, una volta che l'ipotesi nulla è stata rifiutata, esistono molte tecniche che consentono di condurre confronti multipli (normalmente si tratta di confronti tra tutte le possibili coppie di medie). Riassumendo, le due fasi dell'analisi di più gruppi di campioni indipendenti distribuiti normalmente sono:

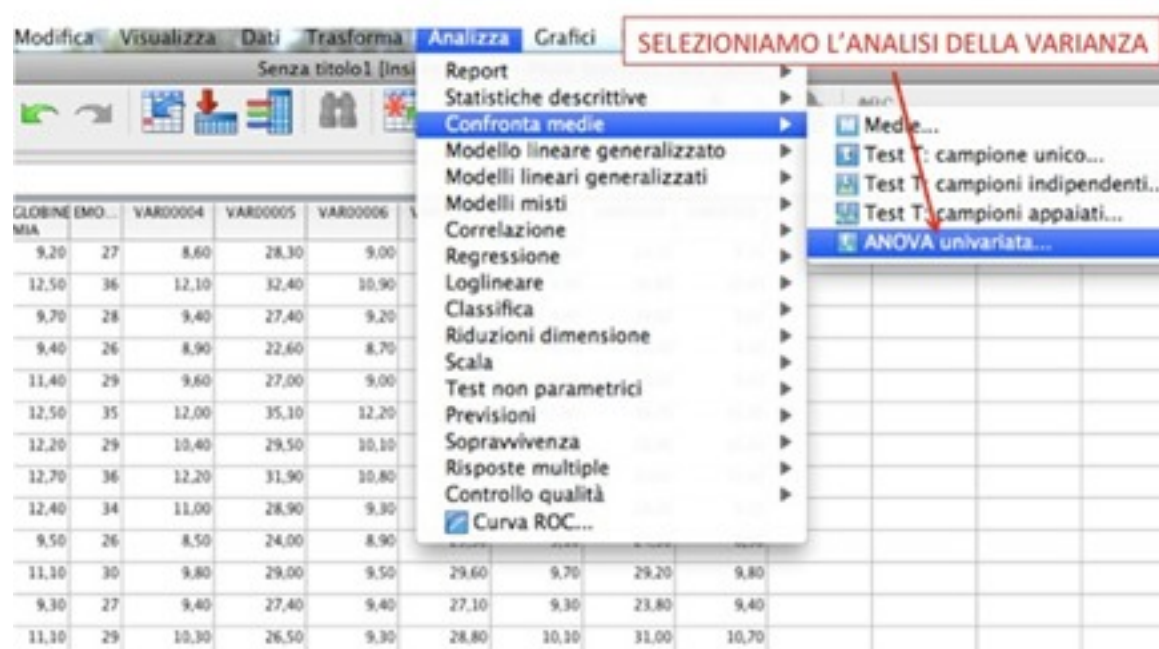
- A) analisi della varianza
- B) metodi per i confronti multipli se l'ipotesi nulla dell'ANOVA è rifiutata

Calcolo dell'ANOVA con il software

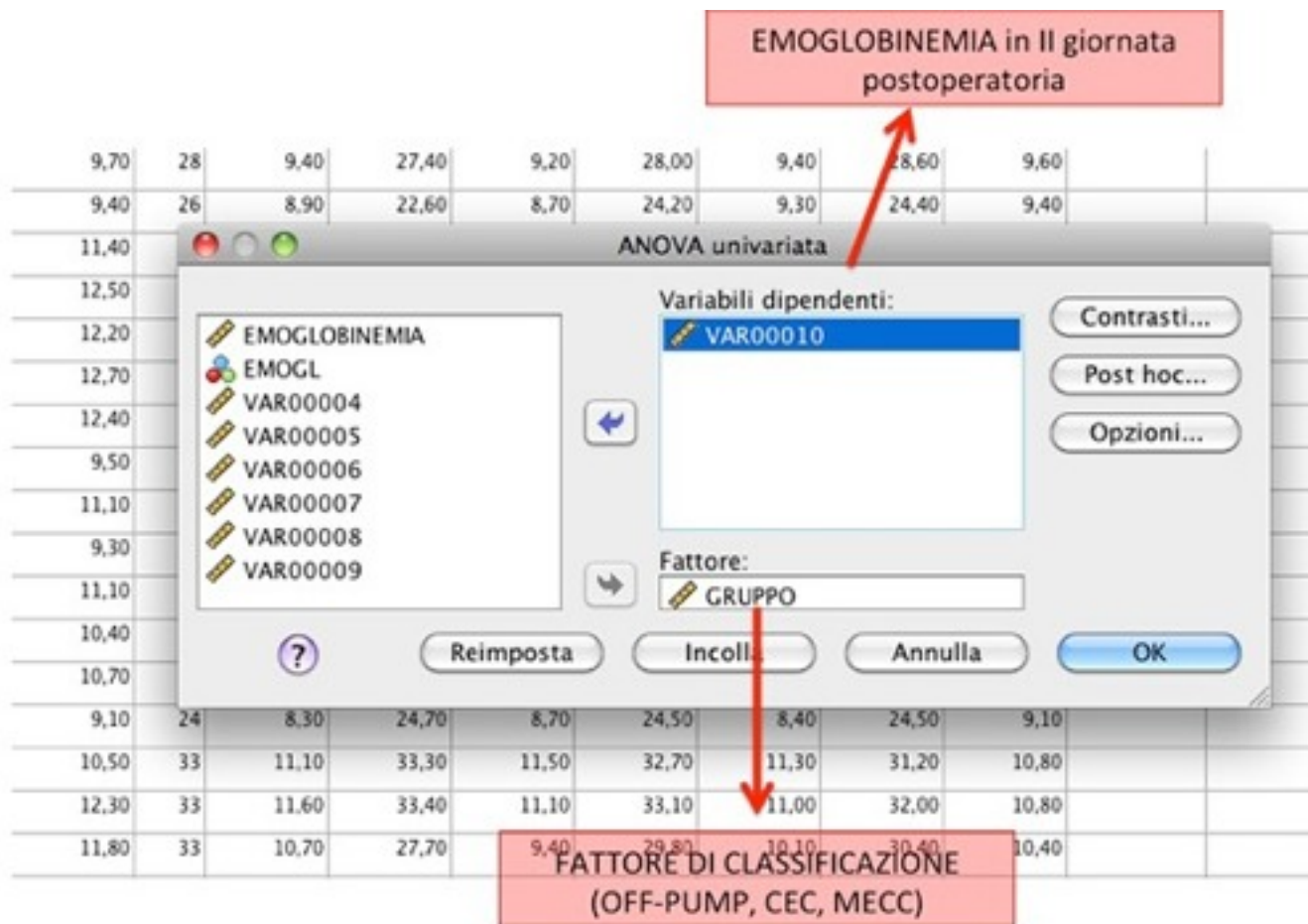
Consideriamo di voler analizzare la potenziale differenza di emoglobinemica in Il giornata postoperatoria in uno studio sul confronto tra bypass aortocoronarico off-pump, in circolazione extracorporea e con l'ausilio della MECC. La variabile emoglobinemica ha una distribuzione normale, i campioni sono indipendenti e quindi il test di confronto tra le tre medie è l'analisi della varianza. Prima di iniziare l'analisi dobbiamo stabilire:

- 1) ipotesi nulla. In questo caso, l'ipotesi nulla prevede che le medie dei tre campioni non siano differenti; sono campioni della stessa popolazione. Ipotesi alternativa: l'emoglobinemica in almeno uno dei gruppi è differente.
- 2) Valore di p. Assumiamo come cut-off 0.05, cioè 5%.
- 3) I campioni sono indipendenti l'uno dall'altro.

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



A questo punto, selezioniamo la variabile continua in studio (Emoglobinemia in II giornata postoperatoria , VAR00010) e la variabile che definisce i 3 gruppi (0 off-pump; 1 MECC; 2 CEC).



Nel menù "Post hoc", troviamo tutti i possibili test per i confronti multipli e selezioniamo il più utilizzato (Bonferroni). Inoltre, selezioniamo un p-value di 0.05%



Ed ecco i risultati.

- nella prima parte, viene riportato il risultato dell'ANOVA. Il p-value del confronto tra le varianze è 0, quindi almeno una media è significativamente differente dalle altre.
- Nella seconda parte, sono riportati i risultati dei confronti multipli con il Test di Bonferroni. Ogni gruppo viene confrontato con tutti gli altri.
 - o Il gruppo 0 (off-pump) è uguale al gruppo 1 (MECC) ma differente dal gruppo 2 (CEC)
 - o Il gruppo 1 (MECC) è uguale al gruppo 0 (off-pump) ma differente dal gruppo 2 (CEC)
 - o Il gruppo 2 (CEC) è differente da 0 e 1

Possiamo concludere che l'emoglobinemia in II giornata postoperatoria è sovrapponibile nel gruppo off-pump e MECC e significativamente differente nel gruppo CEC.

1) ANOVA univariata

[InsiemeDat10]

ANOVA univariata

VAR00010

	Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fra gruppi	15,803	2	7,901	8,874	,000
Entro gruppi	91,711	103	,890		
Totale	107,514	105			

Almeno una media è differente dalle altre 2

2) Test post hoc

Il gruppo 0 (off-pump) è uguale uguale al gruppo 1 (MECC),
 Confronti multipli ma differente dal gruppo 2 (CEC)

VAR00010
 Bonferroni

(I) GRUPPO	(J) GRUPPO	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inferiore	Limite superiore
,00	1,00	,05887	,22030	1,000	-,4773	,5950
	2,00	,88085*	,23780	,001	,3021	1,4596
1,00	,00	-,05887	,22030	1,000	-,5950	,4773
	2,00	,82198*	,22233	,001	,2809	1,3631
2,00	,00	-,88085*	,23780	,001	-1,4596	-,3021
	1,00	-,82198*	,22233	,001	-1,3631	-,2809

*. La differenza media è significativa al livello 0.05

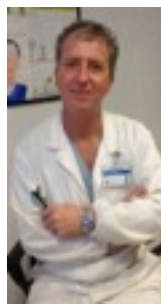
TOUGH AND MONSTER CASES

NEOPLASIA TIROIDEA E SECONDARISMO CARDIACO



CARLO DE VINCENTIIS

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



MARCO ZANOBINI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
IRCCS CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO,
MILANO*



in collaborazione con



con **Lirio Mammana**

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

Paziente giovane con neoplasia tiroidea e secondarismo cardiaco, quale strategia ottimale?

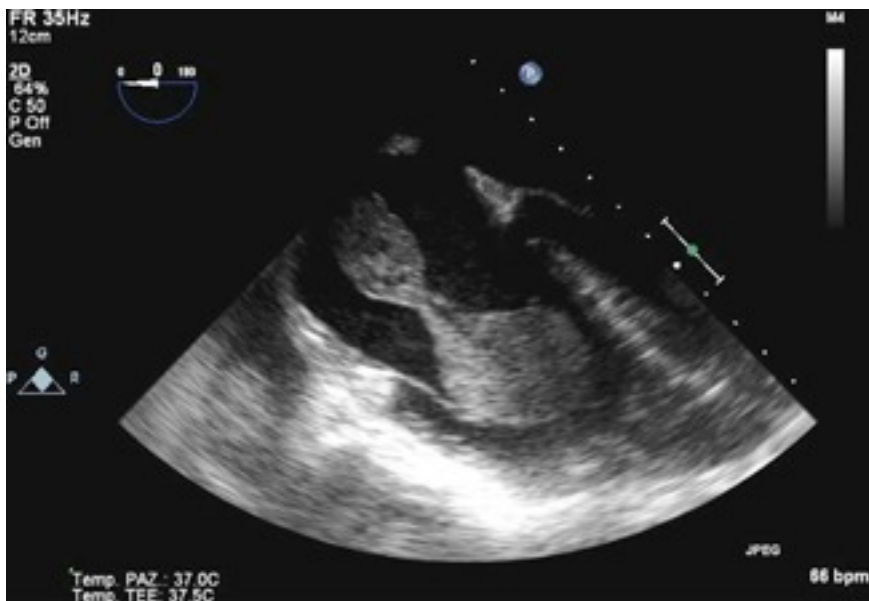
Il caso in esame complesso riguarda una giovane donna portatrice di una patologia neoplastica con un secondarismo cardiaco atriale e ventricolare destro. Consapevoli del fatto che la CEC può aumentare la velocità di progressione della malattia neoplastica si è dapprima cercata

una risoluzione non chirurgica del caso. Tuttavia la possibilità di embolia polmonare ci ha obbligato a percorrere una via chirurgica mininvasiva utile alla risoluzione definitiva della malattia

Paziente di anni 52 nota per ipertensione arteriosa, gozzo multi nodulare con nodulo colloidocistico alla FNAB, pregresso K renale a cellule chiare stadiato in G2 pT2 N0. Nel dicembre 2012 esegue TC collo e torace che evidenzia incremento del lobo tiroideo destro con deviazione della trachea e grossolano difetto di riempimento endoluminale della vena giugulare interna di destra, vena cava superiore, atrio e ventricolo destro. Collateralmente si repertano neoforazioni nodulari a livello del passaggio corpocoda del pancreas e millimetriche ipodensità a livello del parenchima epatico.

Sulla base della problematica repertata, dopo consulto chirurgico cervico-facciale ambulatoriale, la paziente viene inviata presso il pronto soccorso del nostro centro, nel quale vengono eseguiti: ecocolordoppler venoso arti superiori suggestivo di quadro di trombosi non recente della vena giugulare interna con iniziale ricanalizza-

zione, ecocardiogramma suggestivo di voluminosa massa aggettante in atrio e ventricolo destro con verosimile peduncolo a livello della vena cava superiore. La massa risultava impegnare a intermittenza la valvola tricuspide.



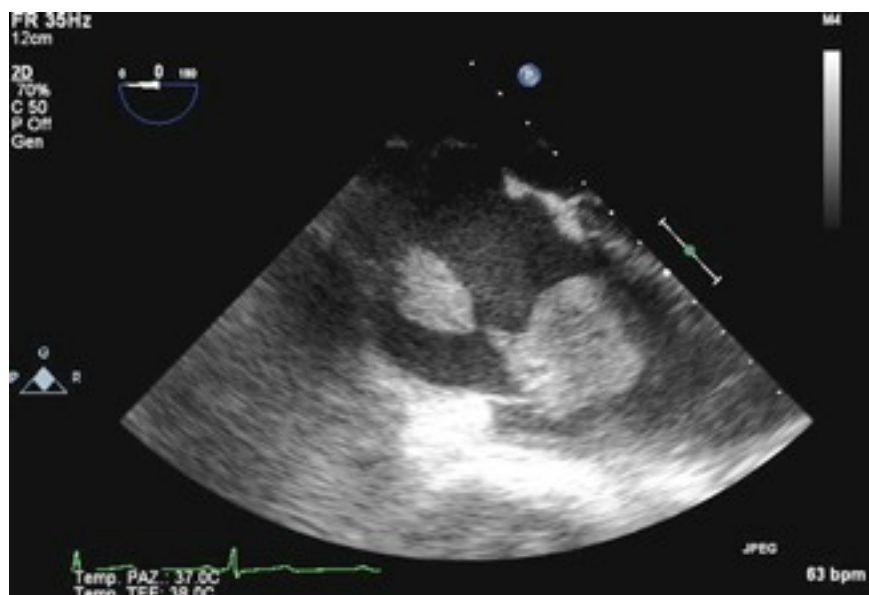
cava superiore e la vena giugulare di destra; la massa si estendeva fino all'atrio e ventricolo di destra. Si confermava la presenza della nota formazione tiroidea destra (54 x 50 mm).

RMN Cardiaca mostrante una voluminosa massa atrio-ventricolare destra (62 x 43 mm) apparentemente originante dalla parete posteriore dell'atrio destro, che si impegnava attraverso il piano tricuspidalico fino al ventricolo destro dove presentava dimensioni di 42 x 36 mm. Inoltre apparentemente la formazione sembrava estendersi in tutto il decorso della vena cava superiore. Collateralmente si repertava a carico del rene sinistro, in sede corticale, immagine rotondeggiante (26 x 25 mm) compatibile in prima ipotesi con formazione cistica.

In considerazione del quadro strumentale la pa-

In considerazione del quadro clinico la paziente è stata ricoverata in cardiocirurgia per la valutazione e le cure del caso. Durante il ricovero sono stati eseguiti i seguenti esami strumentali per l'inquadramento della problematica in esame:

TAC Torace – Aorta con mdc che evidenziava un



esteso difetto endoluminale interessante la vena



ziente è stata sottoposta ad esame ecografico del collo a seguito del quale è emersa una grossolana lesione a carico della tiroide coinvolgente il lobo destro, mostrante continuità con la formazione trombotica della vena tiroidea e con la vena giugulare interna destra. A causa di tale riscontro è stato eseguito un esame bioptico ecoguidato, risultato positivo per carcinoma a cellule renali, variante a cellule chiare (immunofenotipo positivo per CD10). Per una migliore analisi del quadro, la paziente è stata sottoposta ad una RM del collo senza/con mdc a seguito della quale sono stati riscontrati: un nodulo patologico interessante il lobo tiroideo di destra e l'istmo ghiandolare (diametri massimi 53 x 41 x 70 mm) ed

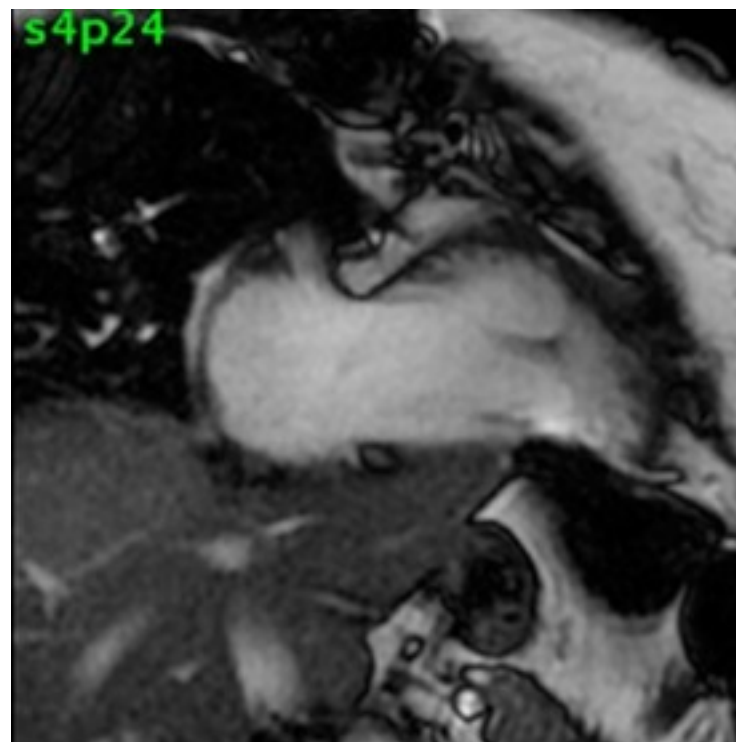
una trombosi venosa neoplastica interessante la vena tiroidea superiore e media, estesa anche alla giugulare interna e alla cava superiore in tutta la sua estensione. Sono stati inoltre riscontrati nel lobo tiroideo sinistro un nodulo solido sospetto (10 mm) e a livello del soma vertebrale D5 un'alterazione (circa 10 mm) inoltre dotata di contrast-enhancement, sospetta per secondarismo osseo di malattia.

Alla fine degli accertamenti è stata posta diagnosi di metastasi tiroidea da carcinoma a cellule chiare del rene esteso alla vena giugulare destra, vena cava superiore, atrio e ventricolo destro.

In considerazione della storia clinica, quadro clinico attuale, RM ed ecografia tiroidea con obiettività locale è stata posta l'indicazione ad intervento chirurgico tiroide-cardiovascolare combinato.

L'intervento è stato eseguito mediante incannulazione della vena succlavia sinistra; in minitoracotomia anteriore destra ed incisione al collo secondo Kocher, È stato isolato il peduncolo tiroideo superiore ed effettuata la legatura dell'arteria tiroidea inferiore e della vena rispettiva media che risultava dilatata dalla presenza del trombo neoplastico prosequente sino alla giugulare interna. A seguito di ciò è stata eseguita un'emitiroidectomia destra allargata all'istmo, aumentato di volume per molteplici noduli non infiltranti le strutture circostanti. La procedura ha preservato il nervo ricorrente e le paratiroidi omolaterali. Successivamente è stata avviata la CEC. È stata così asportata la massa neoplastica ventricolare ed atriale destra. Tuttavia all'esplorazione della vena cava è emersa un'infiltrazione in corrispondenza della giunzione cavo-atriale, rimossa contestualmente alla neoplasia. La massa, libera in vena cava superiore, risultava ancora adesa in vena giugulare. Mediante incisione della giugulare è stata

quindi rimossa la neoplasia aderente all'origine della vena tiroidea media. A seguito di ciò all'ecocardiogramma transesofageo è stata dimostrata la completa asportazione della neoplasia dalle



ca-
tà cardiache.

v i-

Alla RMN Cardiaca post intervento non si è evidenziata malattia residua a livello del cuore di destra.

La paziente è stata quindi dimessa in stabili condizioni cliniche e con indicazione di visita specialistica oncologica per la prosecuzione delle cure previste.

ITALIAN LITERATURE WATCH

MAGGIO 2014



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



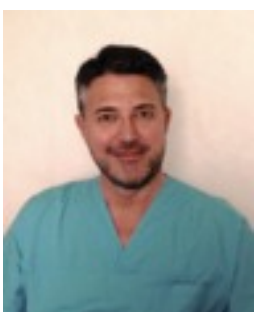
ANTONIO RUBINO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI CATANIA*



GIOVANNI MARISCALCO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ INSUBRIA DI VARESE*



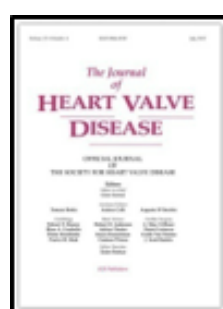
FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

1. Dyke C, Aronson S, Dietrich W, Hofmann A, Karkouti K, Levi M, Murphy GJ, Sellke FW, Shore-Lesserson L, von Heymann C, Ranucci M. Universal definition of perioperative bleeding in adult cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1458-63
2. Onorati F, D'Errigo P, Barbanti M, Rosato S, Covello RD, Maraschini A, Ranucci M, Santoro G, Tamburino C, Grossi C, Santini F, Menicanti L, Seccareccia F; OBSERVANT Research Group. Different impact of sex on baseline characteristics and major periprocedural outcomes of transcatheter and surgical aortic valve interventions: Results of the multicenter Italian OBSERVANT Registry. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1529-39.
3. Pace Napoleone C, Mariucci E, Angeli E, Oppido G, Gargiulo GD. Sinus node dysfunction after partial anomalous pulmonary venous connection repair. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1594-8.
4. Redaelli M, Poloni CL, Bichi S, Esposito G. Modified surgical approach to symptomatic hypertrophic cardiomyopathy with abnormal papillary muscle morphology: Septal myectomy plus papillary muscle repositioning. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1709-11.

5.

Mariani S, Paolini G, Formica F. Limb ischemia and femoral arterial cannulation for extracorporeal membrane oxygenation: does the perfect technique exist? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;147:1719.

The Annals of Thoracic Surgery

1. Cerillo AG, Storti S, Kallushi E, Haxhiademi D, Miceli A, Murzi M, Berti S, Glauber M, Clerico A, and Iervasi G. The Low Triiodothyronine Syndrome: A Strong Predictor of Low Cardiac Output and Death in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann Thorac Surg* 2014;57:2089–2095

2. Prifti E, Baboci A, Kajo E, and Vanini V. The Peacock Tail Technique: A Modified Reconstruction Technique for Tricuspid Valve Repair in Ebstein's Malformation. *Ann Thorac Surg* 2015;57:e183-e185

3. Lorusso R, Mariscalco G, Vizzardi E, Bonadei I, Renzulli A, and Gelsomino S. Acute Bowel Ischemia After Heart Operations. *Ann Thorac Surg* 2014;57:2219-2227

European Journal of Cardio-thoracic Surgery

1. Verhoye JP, Anselmi A, Kaladji A, Flécher E, Lucas A, Heautot JF, Beneux X, Fouquet O. Mid-term results of elective repair of extensive thoracic aortic pathology by the Evita Open Plus hybrid endoprosthesis only. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:812-817

2. Jiritano F, Rossi M, Malta E, Mastroberto P. What you would not expect after a difficult intra-aortic balloon pump removal. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:e177

The Journal of Heart and Lung Transplantation

1. Nascimbene A, Hernandez R, George JK, Parker A, Bergeron AL, Pradhan S, Vijayan KV, Civitello A, Simpson L, Nawrot M, Lee VV, Mallidi HR, Delgado RM, Dong JF, Frazier OH. Association between cell-derived microparticles and adverse events in patients with nonpulsatile left ventricular assist devices. *J Heart Lung Transplant* 2014;33:470-477

Journal of Cardiac Surgery

1. Bassano C, Bovio E, Sperandio M, Uva F, Farinaccio A, Prati P, Chiariello L. Five-Year Clinical Outcome and Patency Rate of Device-Dependent Venous Grafts After Clampless OPCAB with PAS-Port Automated Proximal Anastomosis: The PAPA Study. *J Cardiac Surg* 2014;29:325-332.
2. Prestipino F, Pragliola C, Lusini M, Chello M. Nickel Allergy Induced Systemic Reaction to an Intracardiac Amplatzer Device. *J Cardiac Surg* 2014;29:349-350.
3. Da Col U, Ramoni E. Modified Elephant Trunk Technique for Chronic Aortic Dissection: The “Double Elephant Trunk”. *J Cardiac Surg* 2014;29:364-367.
4. Prifti E, Baboci A, Esposito G, Kajo E, Dado E, Vanini V. One and a Half Ventricle Repair in Association with Tricuspid Valve Repair According to “Peacock Tail” Technique in Patients with Ebstein's Malformation and Failing Right Ventricle. *J Card Surg* 2014;29:383-389.
5. Arcieri L, Cantinotti M, Pak V, Bernabei M, Assanta N, Murzi B. The V-Shape Reduction Plasty to Reduce the Neoaortic Root-Ascending Aorta Discrepancy in Children Undergoing Arterial Switch Operation. *J Card Surg* 2014;29:410-412.
6. Benassi F, Vezzani A, Vignali L, Gherli T. Ultrasound Guided Femoral Cannulation and Percutaneous Perfusion of the Distal Limb for VA ECMO. *J Cardiac Surg* 2014;29:427-429.

LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE:

The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

Dyke C, Aronson S, Dietrich W, Hofmann A, Karkouti K, Levi M, Murphy GJ, Sellke FW, Shore-Lesserson L, von Heymann C, Ranucci M. Universal definition of perioperative bleeding in adult cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;147:1458-63

La redazione dell'Italian Literature Watch sottopone per questo mese all'attenzione dei lettori lo studio non di un collega cardiocirurgo italiano, bensì di un noto cardioanestesista italiano, da sempre in prima linea nella ricerca cardiocirurgica, quale è il Dott. M. Ranucci del Policlinico IRCCS di San Donato Milanese.

In questo studio - che costituisce una sorta di "expert consensus statement" sul concetto e significato di sanguinamento postoperatorio in ambito cardiocirurgico - si tenta per la prima volta, in maniera oggettiva ed "universale" (nel senso di essere facilmente applicabile da tutti noi nella pratica clinica), di "sistematizzare" il concetto di sanguinamento postoperatorio: Ciò viene fatto attraverso l'identificazione e l'impiego di 9 "domini" differenti, così costituiti: 1) presenza di chiusura sternale differita, 2) entità di perdite ematiche nei drenaggi nelle prime 12 ore, 3) entità di trasfusioni di emazie concentrate, 4) entità di trasfusioni di plasma, 5) entità di trasfusioni di piastrine, 6) entità di infusioni di crioprecipitato, 7) entità di infusioni di complessi/concentrati protrombinici, 8) entità di infusioni di rFVIIa, 9) necessità di revisione chirurgica dell'emostasi/de-tamponamento.

Un ulteriore valore aggiunto è costituito dalla categorizzazione dell'entità del sanguinamento postoperatorio in 5 classi differenti (c.d. "classificazione universale", acronimo UDPB; 0= non significativo; 1= lieve; 2= moderato; 3= severo; 4= massivo), con un diretto significato prognostico. In effetti gli stessi autori procedono ad una "verifica ad hoc" delle loro definizioni e del significato prognostico delle suddette classi, attraverso l'applicazione retrospettiva della suddetta categorizzazione all'esperienza monocentrica annuale (2011) della Cardiocirurgia del Policlinico San Donato Milanese. Si dimostra infatti, in oltre 1000 pazienti, una facile e corretta attribuzione di ciascun paziente ad una delle 5 classi, ed una corretta stratificazione prognostica attraverso ciascuna delle suddette cinque classi, come dimostrato dall'evidenza di un incremento progressivo della mortalità ospedaliera a partire dalla classe 0 sino alla classe 4 (con un valore di mortalità ospedaliera addirittura del 22% per quest'ultima, testimone peraltro della assoluta necessità nella pratica clinica e nella ricerca scientifica di una "definizione universale" del sanguinamento postoperatorio e della oggettivazione della sua entità). Peraltro, l'analisi multivariata corretta per una serie di fattori confondenti (Euroscore, ematocrito preoperatorio, tempo di CEC, ecc) conferma comunque come la classificazione UDPB resti un predittore indipendente di mortalità operatoria con un O.R. di oltre 2.

Certamente, come per tutte le classificazioni, quella qui proposta dal Dr Ranucci et al. può essere oggetto di "critiche" (ad es. eccezion fatta per il numero di EC e dell'entità del sanguinamento dai tubi di drenaggio, non risulta ben chiara la "priorità" di ciascun dominio sugli altri nella attribuzione di un determinato paziente ad una precipua classe; l'assenza a tutte le "latitudini geografiche" di alcuni de-

gli elementi impiegati nella categorizzazione, come ad es. i crioprecipitati e/o concentrati di complesso protrombinico e/o rFVIIa; la categorizzazione degli emoderivati per numero di sacche piuttosto che per quantità di volume (es. ml) – basti pensare alla sola variabilità sul territorio nazionale della quantità di concentrato piastrinico fornito dai diversi centri trasfusionali per sacca unitaria, ecc). Tuttavia questa “definizione universale” costituisce il primo reale tentativo di definire l’entità del sanguinamento in maniera, appunto, “universale”, vale a dire facilmente applicabile da noi tutti ed a tutte le latitudini nella pratica giornaliera. Quindi essa costituisce il punto di partenza per una sistematizzazione di questo importante “hard outcome” in ambito sia clinico che scientifico. Peraltro, il noto impatto prognostico del sanguinamento postoperatorio, delle trasfusioni di emoderivati ad esso connesse, della eventuale necessità di “decaillottage” chirurgico, trova qui piena conferma nell’analisi preliminare dell’esperienza clinica annuale del gruppo cardiocirurgico di San Donato Milanese. Certamente questo “paper” apre la strada affinché tutti, a partire da adesso, possano finalmente “parlare la stessa lingua”, rendendo i risultati dei reports clinici e delle ricerche scientifiche relative al sanguinamento postoperatorio confrontabili, oggettivabili, e quindi di maggior rilevanza sia pratica che speculativa.