

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

**OTTOBRE 2013**





# CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

**President**

Lorenzo Menicanti

**Vice President**

Roberto Di Bartolomeo

**General Secretary**

Piersilvio Gerometta

**Scientific Secretary**

Alessandro Parolari

**Treasurer**

Vittorio Creazzo

**Councillors**

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

**Financial Auditor**

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



# EDITORIAL BOARD

## **Coordinatore Editoriale**

Michele Di Mauro

## **Staff Editoriale**

Guglielmo Actis Dato , Claudio Russo, Roberto Lorusso

Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Ernesto Tappainer

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Moreno Naliato

Pino Fundarò

Francesco Paolo Tritto

*Le nostre radici*

*Stats: always facts?*

*Contenzioso Medico-legale*

*Italian Literature Watch*

*Tough and Monster Cases*

*Complicanze e "Decision Making"*

*Umanesimo e Cardiochirurgia*

*Commento "al libro"*

## **SICCH Social Networks**

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

*Linkedin*

*Social4med*

*Facebook*

## **Guests:**

Avv. Rodolfo Berti

Marco Pocar

# L'EDITORIALE DEL MESE

## AGGREGA ET IMPERA!



MICHELE DI MAURO

DIPARTIMENTO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI  
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA



Cari Colleghi,

Se qualcuno mi avesse chiesto di scrivere qualcosa sulle associazioni scientifiche qualche anno fa, avrei preso in prestito questa frase di Giovanni Falcone:

“.....Che le cose siano così, non vuol dire che debbano andare così, solo che quando si tratta di rimboccarsi le maniche ed incominciare a cambiare, vi è un prezzo da pagare, ed è, allora, che la stragrande maggioranza preferisce lamentarsi piuttosto che fare...”

Ed invece stasera, nella mia camera d'albergo, nel centro di Vienna, mi trovo a cercare un'altra frase... e così rubo questa di Calvino che mi sembra particolarmente indicata per aprire l'editoriale di questo mese:

“Capì questo: che le associazioni rendono l'uomo più forte e mettono in risalto le doti migliori delle singole persone, e danno la gioia che raramente s'ha restando per proprio conto, di vedere quanta gente c'è onesta e brava e capace e per cui vale la pena di volere cose buone (mentre vivendo per proprio conto capita più spesso il contrario, di vedere l'altra faccia della gente, quella per cui bisogna tener sempre la mano alla guardia della spada)”.

Un editoriale, questo, che voglio dedicare a qualcosa di strano, qualcosa di entusiasmante,

ma di rassicurante allo stesso tempo, che mi è capitato di vedere stasera in una sala dell'Austria Center di Vienna, una di quelle con il tavolo a ferro di cavallo, una di quelle laterali.

Ho visto uomini, anche molto distanti per formazione, per forma mentis, per esperienza, per latitudine, giovani e meno giovani, capi e sottoposti, sedere ad un tavolo, dimenare le idee, buttarle al centro con un paio di dati per un colpo ben assestato, come una pallina di una roulette che si sa che finirà sul numero giusto, quello sperato, quello che fa gridare “Evvai!”.

Dentro di me li guardavo. Alcuni scuotevano le teste, altri erano compiaciuti, altri ancora avevano le labbra tese di chi è pronto a bruciare la platea per prendere la parola e dire la sua.

Questi uomini erano i membri del GIROC, Gruppo di Ricerca sugli Outcome in Cardiochirurgia, un manipolo di Cardiochirurghi, certo non tutti, ma molti, e sicuramente di più di quanti erano presenti in precedenza.

Alcuni hanno riportato i dati preliminari dei primi studi, altri hanno comunicato le proprie aspettative, altri hanno taciuto, compiaciuti ed attenti.

Alcuni lavori sono pronti ad essere inviati, altri ancora sono in dirittura d'arrivo e altri giacciono nell'immenso etere del web, in uno scambio di email che spesso gioca strani scherzi. Tutto discusso, tutto confermato, tutto pronto ad essere migliorato.

Il senso di queste poche parole sta tutto nel riportare a chi non c'era la sensazione che io personalmente ho provato in quel contesto. È vero che a volte non faccio testo, perché sono un idealista, ma è altresì vero che le facce compiaciute, le idee e i progetti che sono stati snocciolati in quella sede sono prove concrete di quello che vi sto raccontando e presto sarà tutto nero su bianco, inchiostro su carta, referenza su web!

Merito va dato anche alla SICCH, al suo Presidente, al Coordinatore del GIROC, al Segretario Scientifico, al Segretario Organizzativo e a tutti i membri del direttivo che hanno lavorato affinché questo gruppo di studi afferisse alla Società invece di essere un nucleo a sé stante, hanno lavorato perché le divergenze venissero meno e alla fine la riunione di oggi, 6 ottobre, in quel di Vienna li ha ripagati a pieno.

Molto c'è ancora da fare, in primis, creare appena tecnicamente possibile, una sezione del sito della SICCH che sia interamente dedicata al GIROC, dove poter accedere ai protocolli di studi e drenare, qualora se ne abbia voglia, i dataset. Ogni studio avrà un referente, che si farà carico non solo di raccogliere i dataset e concordare con gli statistici del caso le analisi da portare a compimento, ma anche di fornire l'assistenza per l'approvazione presso i diversi comitati etici e i chiarimenti del caso per ciascun investigatore che vorrà parteciparvi.

Questo porterà sicuramente molti più Centri ad aderire alle diverse iniziative e la quantità di ma-

teriale a disposizione della Comunità Scientifica Cardiochirurgica aumenterà a dismisura.

Ma c'è ovviamente un aspetto che dovrà essere tenuto da conto oltre alla quantità: la qualità... la qualità dei dati. Aristotele diceva che la Qualità è la caratteristica più vicina all'attesa del soggetto. Se le nostre attese, come soggetti di queste ricerche è alta, beh, la qualità non potrà venir meno, nemmeno in nome dell'associazionismo. Sarà compito dei coordinatori dei progetti verificare la robustezza e la qualità dei dati di ciascun aderente e stabilire quanto sia fattibile includere lo stesso nella ricerca multicentrica.

Infine, e questa trovo che sia la cosa più interessante di questo progetto chiamato GIROC, non ci saranno "patron e sott" come nel gioco della passatella romana; ognuno può e potrà proporre le proprie idee, che saranno valutate, discusse collegialmente e se approvate troveranno degli interlocutori per la realizzazione.

Lasciatemi concludere con un motto latino che mi da tanto l'aria da intellettuale :-): *dividi et impera!* il nostro "nonno" Giulio Cesare applicava questa strategia in battaglia come in politica... per anni ho assistito ad un suicidio comunitario basato su questo motto in una continua fase di autoapplicazione, in una continua idea di fazione, di corrente... ebbene, penso che sia arrivato il momento di cambiare il motto, di evitare di "dividerci" perché tanto c'è ben poco da "imperare"... la Cardiochirurgia, soprattutto quella Italiana, è in grandi difficoltà e lo dico non senza provare una fitta al cuore e senza retorica alcuna: gli interventisti mangiano terra come il mare d'inverno, i pazienti e gli avvocati giocano al tiro al bersaglio, come alle giostre, tanto al massimo non vinceranno la bambolina, i politici e le loro propagazioni istituzionali ci segnano alla lavagna: buoni e cattivi!



L'unica arma che abbiamo è la sopracitata qualità, la qualità non solo dei gesti ma delle idee e se è vero che due teste pensano meglio di una, allora tante teste...!!!???

Non so se vi avrò contagiato con il mio entusiasmo, certo rileggendolo a freddo, mi sono sembrato particolarmente ottimista....come dice un mio caro amico e collega:

“Michè tra qualche anno ci guarderemo in dietro e vedremo se è il caso di darci una pacca sulle spalle, una di quelle che trasmettono il senso di soddisfazione”

Finora abbiamo lasciato che i pregiudizi ci dividesero e allora riprendo in prestito un po' di letteratura e chiedo aiuto ad uno dei miei idoli di gioventù, un vecchio sporcaccione che scrisse un taccuino, Charles Bukowski, e parafrasando una sua massima vi lascio così:

“È questo il senso della comunità: condividere i pregiudizi nati dell'esperienza”

# UMANESIMO E CARDIOCHIRURGIA

## SECOND OPINION: NON È MAI TROPPO TARDI



PINO FUNDARÒ

Non mi risulta che esistano stime ufficiali, ma è comune esperienza che molti pazienti, informati dal chirurgo di dover essere sottoposti ad un intervento delicato e rischioso, prima di dare il loro assenso definitivo, sentano la necessità di consultare un altro chirurgo. Il fine di questa "second opinion" (SO) è quello di rassicurare e confortare il paziente in un difficile momento decisionale della sua vita.

L'efficacia della SO ( migliore efficienza diagnostica, riconoscimento di diagnosi errate che possono evitare interventi inutili, vantaggi economici) non è più in discussione: in vari Paesi europei è ufficialmente riconosciuta, ordinariamente praticata e talora anche supportata dal sistema sanitario. Negli USA, ove vige un sistema sanitario basato sulle assicurazioni private, principalmente al fine di limitare i contenziosi medico-legali, la diffusione della SO è ormai molto estesa (esistono nella rete siti dedicati che forniscono online la SO ) e vi sono Stati in cui è addirittura obbligatoria.

Nel nostro Paese di SO si è fino ad oggi discusso pochissimo. Esperienze pilota sono

state avviate di recente ma solo per malati oncologici.

Per la gravità e la complessità delle patologie trattate, nella pratica cardiocirurgica, le problematiche connesse con la SO assumono particolare rilievo. Non possiamo disconoscere che, in questo campo, siamo ancora fermi ai nastri di partenza. Per brevità, fra le tante possibili ragioni, in questa sede ci limiteremo a considerare: a) la mancanza di normative ufficiali che regolino la materia; b) la critica fase di decadimento del rapporto medico-paziente che sta attraversando il Paese.

Fatti e misfatti nell'agire del chirurgo. Direttive centrali per il riordino dei diritti del malato e dei doveri del chirurgo non possono più essere disattese. Più spesso di quanto ci si renda conto, il paziente subisce il potere decisionale del chirurgo perché impaurito, intimidito o per mancanza di accessi alternativi alla SO. Il cardiocirurgo non può negare una comprensibile riluttanza quando, dopo aver informato il paziente della necessità dell'intervento, gli venga avanzata la richiesta di una SO che di per sé, adombra sospetti e diffidenze ed evoca scena-

ri di possibili implicazioni medico-legali. Nei fatti nessuno vede di buon occhio che chicchessia venga a ficcare il naso nel proprio lavoro chiamandone in discussione le decisioni cliniche. Va sottolineato che, in evenienze del genere, il chirurgo agisce senza alcun tipo di copertura istituzionale, basandosi esclusivamente su codici etici e comportamentali maturati nella propria esperienza professionale.

Di fronte ad una pur legittima richiesta di SO avanzata da parte del paziente, le reazioni possono essere quanto mai difformi ed improntate ora alla comprensione ed alla tolleranza ed ora all'indifferenza od addirittura all'ostilità. Può così accadere che il paziente, alla utopica ricerca del "più bravo", consulti due o tre chirurghi, l'uno all'insaputa dell'altro: SO "nascosta", viene chiamata.

"ça va san dire" che, in circostanze del genere, l'esito è spesso quello di avere due valutazioni distinte e difformi e non l'auspicato, trasparente confronto di opinioni.

Accade, per fortuna di rado, ma accade, che chirurghi particolarmente pieni di sé, considerino la richiesta di una SO un'offesa imperdonabile, un reato di lesa maestà. Insane ed inammissibili sono le reazioni incontrollate con parole che suonano pressappoco così: "vuole farsi operare da un altro? "Vada pure, peggio per lei. Ma sappia che qui per lei non c'è più posto". Dalle suddette strettoie c'è una via d'uscita solo per i pazienti con congrua disponibilità economica, dovranno invece rinunciare coloro che economicamente non possono permettersi di pagare un consulto. E' questa una diseguaglianza socio-economica in linea di principio inammissibile. Nè è follia ipotizzare che l'esito della SO potrebbe essere anche influenzato da elementi di altro genere: l'invidia e la competizione fra addetti ai lavori,

il riaffiorare di vecchie ostilità personali, l'appartenenza a un determinato gruppo invece che ad un altro.

La deregulation che vige attualmente nel nostro Paese non giova nè al paziente, nè al chirurgo e, si potrebbe aggiungere, nemmeno alla cassa dell'ospedale. A seguire vengono proposti alcuni spunti per ulteriori riflessioni.

Innanzitutto, come in altri Paesi, la SO dovrebbe idealmente essere parte del sistema sanitario nazionale ed in quanto tale essere liberamente accessibile a tutti. Allo stato attuale questo diritto è troppo spesso negato.

La SO non è uno scontro ma un incontro schietto e leale fra esperti che forniscono al paziente un tempestivo servizio di informazione e consulenza. E' da evitare che la SO diventi un intralcio burocratico ulteriore con tempi di attesa, compilazioni di moduli e quant'altro.

La SO dovrebbe essere erogata secondo percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

Ignorata a tutt'oggi dal nostro Sistema Sanitario Nazionale e quindi priva di definite normative, la SO è per il cardiocirurgo un onere assolutamente individuale, privo di qualsiasi tipo di copertura (economica o medico-legale).

Alcuni decenni di attività chirurgica sul campo, penso possano darmi titolo per una breve considerazione conclusiva. E' principio basilare della pratica medica che, per molte malattie, il miglior trattamento è la prevenzione. Può questo principio trovare proficua applicazione nell'impiego della SO? Sono persuaso che, a parte comprensibili timori connessi con l'atto operatorio, ciò che spinge il malato verso la SO è la ricerca del "suo" chirurgo, cioè dell'uomo la cui parola, saggiamente dispensata fin dai primi incontri, sappia incoraggiare e ben motivare psicologicamente il paziente all'intervento. Quale benefica in-



fluenza possono avere, anche sul risanamento del corpo, il rifiorire nel malato della speranza e la ricarica di motivazioni psicologiche positive è esperienza di tutti. La parola, dunque, come risorsa terapeutica efficace ed insostituibile nella preparazione del paziente all'intervento. Ma, si badi bene, potenzialmente anche arma brutale: se utilizzata in modo insano e perverso, può essere causa di misfatti irreparabili, primo fra tutti quello di spegnere definitivamente la speranza nell'animo umano. E la prevenzione? Non è per il chirurgo parola eretica? Assolutamente no, finché in tutti i passaggi del suo tortuoso cammino professionale, in cima alla lista della sua mission rimarrà il rispetto più assoluto della sacralità del malato.

# GLI UOMINI CHE HANNO FATTO LA STORIA DELLA CHIRURGIA A NAPOLI E IN CAMPANIA



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI  
CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S. SEBASTIANO"  
CASERTA



GUGLIELMO ACTIS DATO

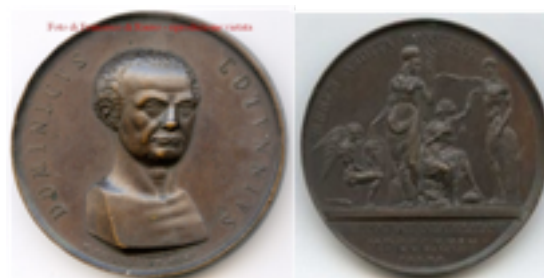
DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
ASO ORDINE MAURIZIANO "UMBERTO I"

## LA NASCITA DELLA CHIRURGIA A NAPOLI E IN CAMPANIA

L'illuminismo agli inizi dell'800 nella Capitale del Regno delle Due Sicilie delinea di contorni di modernità anche la figura del chirurgo, inquadrato come artigiano del corpo", finalmente superando l'approssimazione pratica del barbiere-flebotomo. Così proprio a Napoli le due figure, quella del chirurgo e quella del medico, iniziano a distanziarsi, basandosi sul presupposto, magari ancora timido, di una rispettosa divisione dei ruoli: in fin dei conti l'uno cura "i mali esterni e l'altro "i mali interni". E' la posizione di vera avanguardia visto che, nel resto di Europa, divampano violenti contrasti tra le potenti corporazioni dei medici-fisici e dei barbieri-cerusici: tali polemiche sono praticamente assenti nella capitale del sud, dove sono esemplari la moderazione dell'esercizio professionale e l'equilibrio tra medicina e chirurgia. Figura carismatica ed innovativa è quella di Domenico Cotugno (Rovo di Puglia 1736 - Napoli 1822): di lui si diceva a

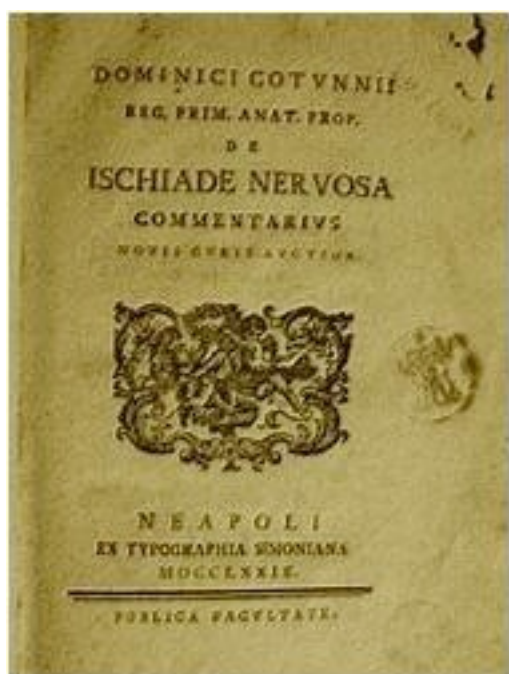
Napoli che nessuno potesse morire senza il suo permesso!

Cotugno (nella foto) fu uno dei principali fondatori della medicina moderna, basata sulla ricerca ed analisi clinica. In età giovanissima, nel 1754, divenne assistente e poi medico dell'Ospedale degli Incurabili, dove nel 1761 fu nominato primary di chirurgia: questa fu la sua vera palestra di sperimentazione medico-scientifica, in cui osservava lo stretto legame tra anatomia e chirurgia.



*Medaglia in bronzo dedicata a Cotugno*

Aveva appena 30 anni, e aveva messo a repentaglio la sua salute, contraendo pericolose infezioni, pur di portare avanti le sue ricerche. Domenico Cotugno fu protagonista di importanti scoperte neurologiche, grazie a un'intensa attività clinica e anatomica, e fin dall'inizio mostrò i suoi interessi per l'anatomia sottile, cioè la ricerca dei piccoli e nascosti meccanismi che compongono il nostro organismo. Scoprì il liquor cefalorachidiano (liquor Coturnii), i liquidi endolabirintici, e nel 1774 descrisse per la prima volta la sciatica (ischiade nervosa) e la sua prima interpretazione clinica e corretta precisazione anatomica (Cotugno distingue la "arthriticae ischiadis" da quella "nervosa"), fornendo proposte terapeutiche.



Annotò la presenza di albumina nelle urine di pazienti nefropatici. Studiò il vaiolo e la tubercolosi polmonare. Descrisse dettagliatamente il fluido cerebrospinale e dimostrò la presenza di albumina nelle urine dei nefrotici. La sua grandezza è dimostrata dall'ampia produzione scientifica. Fu anche medico personale del re Ferdinando e nominato protomedico da Gioacchino Murat nel 1810.

Allievo di Cotugno fu Leonardo Santoro (Solofra 1764-Napoli 1853).



Nel 1788 entrò come chirurgo all'Ospedale dell'Annunziata dove oltre a curare gli ammalati si esercitava l'insegnamento della chirurgia. Qui istituì una scuola iniziando un corso di lezioni sulle lesioni del capo dove si distinse per la chiarezza delle idee e per l'apertura verso il nuovo senza però allontanarsi dalla tradizione. In questo ospedale Leonardo Santoro fu medico e ricercatore dando inizio ad una opera che porterà la chirurgia napoletana a fondersi con la medicina. La sua fu una specie di "fondazione della chirurgia", che fu tolta dalle mani degli empirici. A lui si devono l'uso della neve e dell'acqua ghiacciata nella terapia degli aneurismi, in alcuni tumori, come calmante in alcune malattie, e la pratica del fuoco con cui curava varie malattie; Il perfezionamento della cistotomia che rendeva l'operazione spedita e veloce; la litotomia fatta con una tecnica tanto perfezionata che ne dette un saggio al chirurgo francese Dupuytren; L'operazione del cateterismo che era praticata con un metodo che "equivale alla metà della chirurgia"; la cura delle ferite sperimentando diversi sistemi e delle fratture in cui non voleva l'immobilità dell'arto ed ogni giorno eseguiva dei movimenti dell'arto infortunato; le cuciture erano spesso sostituite con la fasciatura. Studiò i tumori di vario tipo affidandosi ad una osservazione attenta non solo dell'aspetto esterno e del colore, ma anche dell'odore. Per curarli consigliava d'estate le acque di S. Montano d'Ischia, che

sono piene di iodio. L'operazione della paracentesi fu modificata con una pratica acquisita sugli animali e sui cadaveri; gli interventi sulle tonsille erano ridotti ai casi proprio necessari e praticati con una recisione graduata evitando l'emorragia e favorendo la distruzione della ghiandola per mezzo della suppurazione. Studiò di persona e con esattezza l'uso delle acque minerali (di Ischia) soprattutto nei casi nei quali se ne poteva trarre profitto soprattutto per quanto riguarda i postumi di alcune malattie chirurgiche.

Nel frattempo nascono ed evolvono organismi ed associazioni mediche: punto di partenza è il 1764, anno in cui presso l'Ospedale Incurabili, il più grande nosocomio del Regno delle Due Sicilie, viene fondato il "Collegio dei Giovani Praticanti": esso raccoglie gli aspiranti medici di tutto il reame, e ne incentiva gli studi e formazione. Tale collegio, subisce diverse vicissitudini legate alla situazione politica che cambia, e ripristinato comunque nel 1813 come "Collegio medico-cerusico". Alle lezioni teoriche si affiancano esercitazioni pratiche, con durata di 4 anni al termine dei quali l'istruzione viene detta completa; i migliori classificati al concorso finale otterranno la "laurea gratuita". Tale collegio è cruciale nella cultura medica napoletana anche perché l'organismo, sul piano degli scopi e dei contenuti, può essere considerato l'antenato di quella che sarà la Scuola Medica Ospedaliera Napoletana, fondata nel 1929 dal professor Gabriele Tedeschi, tutto ciò malgrado ufficialmente il collegio si chiuda nel 1871, ad opera della riforma dell'istruzione pubblica, oramai frutto della gestione dell'Italia Unita. Esso diventa comunque la fabbrica di numerosi maestri durante la sua attività.

E' proprio nella gloriosa "accademia medico-cerusica" affonderanno probabilmente le proprie

radici La Società Napoletana di chirurgia, che vedrà la luce nel 1925, e, persino la "Società Italiana di Chirurgia, ancora prima, alla cui fondazione, nel 1882, sarà decisivo il contributo della Scuola Napoletana: infatti, il 20 gennaio 1882, sette prestigiosi chirurghi italiani indirizzano a tutti i colleghi della nazione una "lettera aperta" che espone ai destinatari il progetto di dar vita ad un organismo associativo che persegua tre scopi: stimolare il confronto e la conoscenza tra operatori chirurgici, divulgare a beneficio dell'opinione pubblica i progressi della chirurgia, infine tutelare un'attività professionale, certamente prestigiosa e gratificante, ma, già allora, esposta a circostanze di indubbia difficoltà se non addirittura ad oggettivi attacchi alla categoria.

Tra i sette firmatari della missiva figurano due esponenti di primo piano della Scuola Chirurgica Napoletana: si tratta di Ferdinando Palasciano (Capua 1815 – Napoli 1891) (nella foto qui sotto), noto come uno tra i chirurghi più colti, geniali ed arditi dei suoi tempi, e Carlo Gallozzi, originario di Santa Maria Capua Vetere (CE), insigne chirurgo militare. Palasciano, talento purissimo, è considerato da molti storici il fondatore spirituale della Croce Rossa per aver proclamato l'inviolabilità del ferito di guerra.

Egli non esitò mai ad intervenire in soccorso anche dei militari nemici, rimediando per questo anche un processo ed una condanna dalle autorità borboniche. Stu-



pì spesso colleghi anche stranieri, meravigliando la platea medico-chirurgica di Lione alla quale,

presentò una sua invenzione: la prima barella tecnologica della storia, un articolato strumento di immobilizzazione e trasporto. In famosi discorsi Palasciano ricorda tra l'altro la ventennale esclusione dei chirurghi dal Consiglio Superiore della Istruzione Pubblica e dall'altro "le ignominie cui soggiacque la Clinica Chirurgica di Napoli nel 1866". Egli si riferisce ad un triste avvenimento di cui era stato diretto protagonista: la sua sospensione dalla cattedra di Clinica Chirurgica dall'ateneo napoletano, da parte dell'allora Ministro della Istruzione Berti, per essersi opposto al trasferimento della sede della Clinica chirurgica dagli incurabili al convento di Gesù e Maria, già destinato ad accogliere pazienti affetti da malat-

tie infettive. L'evento che più lo caratterizzò fu l'intuizione per il trattamento di una ferita chirurgica, con estrazione di una pallottola e guarigione, a Giuseppe Garibaldi, in seguito a numerose e

improduttive consulenze mediche precedenti (nella foto).

Dicevamo che tra i 7 fondatori della Società Italiana di Chirurgia altra illustre figura è Carlo Gallozzi (Santa Maria Capua Vetere 1820 - Napoli 1903), anch'egli nato nella provincia di Caserta, e dedito, tra i numerosi interessi che figure carismatiche di quell'epoca avevano, soprattutto alla didattica. Fu infatti pilastro dell'Università di Na-



— Effinidolo!... In tua salute mi premei più che non credi. Vuoi guarire davvero?... Contentati di un solo medico: è un consiglio da cui non ti devi mai discostare per la tua salute prima, e per la tranquillità d'Italia, che tanti medici rendono inquieti.

poli, Rettore tra il 1902-1903, e maggior fautore del rinnovamento del corso di laurea in medicina e chirurgia. Esponente di spicco dell'Accademia Medico-Chirurgica napoletana, nella quale ebbe diverse cariche.

La Società Italiana di Chirurgia ebbe il suo primo congresso nella primavera del 1883 con 103 soci, quota sociale di 20 lire e 1800 lire presenti nelle casse.

Giovanni Pascale (Faicchio, 19 marzo 1859 – Napoli, 28 ottobre 1936) (nella foto) fu clinico e oncologo di fama internazionale. All'Università di

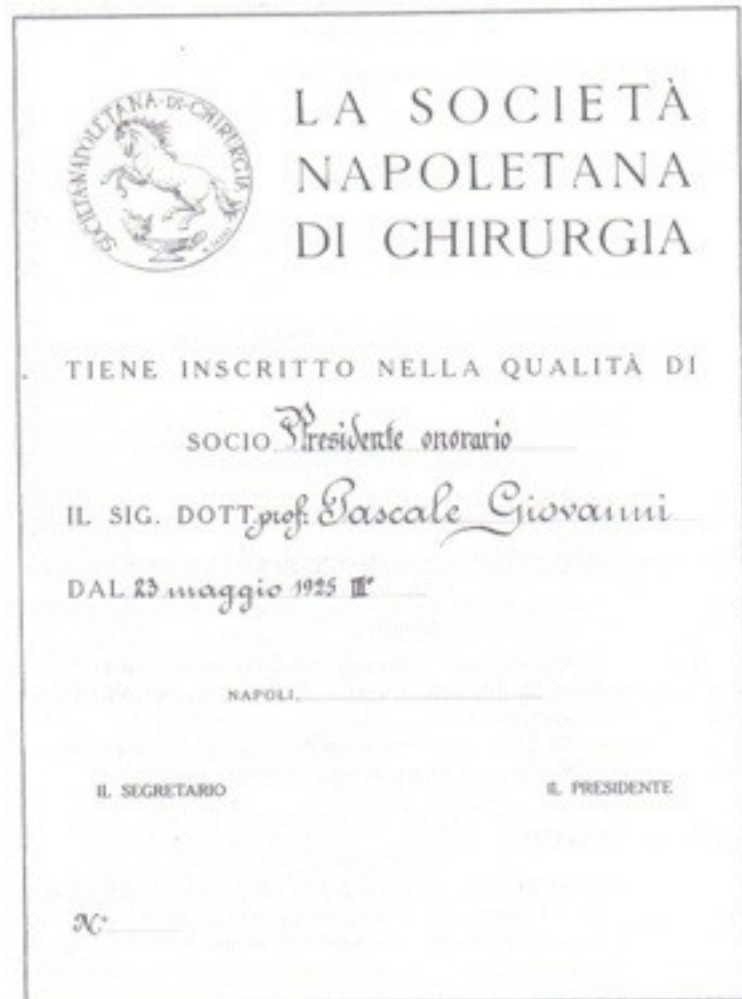


Napoli fu allievo dei maggiori luminari del tempo sotto la cui guida si laureò in medicina nel 1884.

Recatosi all'estero per perfezionarsi in clinica chirurgica, tornò poi a Napoli ove fu allievo del D'Antona, poi suo assistente

volontario e quindi, nel decennio 1890-1900, aiuto ordinario. Libero docente in Patologia e propeudeutica chirurgica, primario chirurgo nell'ospedale napoletano di S.Maria della Pace, libero docente di clinica chirurgica e poi professore ordinario della stessa disciplina dal 1913, Pascale organizzò tra i primi il suo reparto ospedaliero informandolo ai principi della sterilizzazione col calore. Durante la prima guerra mondiale in veste di Generale medico si occupò di problemi medico-sociali. Creò ospedali per il ricovero e la cura dei feriti di guerra, di alcuni ne fu direttore, e succes-

sivamente favorì la creazione di sanatori per i tubercolotici di guerra, mentre a Faicchio diede impulso alla "Fondazione Pascale" per accogliere ed educare i bambini orfani. Studiò a lungo le patologie del cancro e creò a Napoli l'Istituto per lo studio e la cura dei tumori maligni, integrato da un Centro diagnostico e curativo dei tumori maligni annesso alla prima Clinica chirurgica dell'Università. Fu Senatore dal 6 ottobre 1919 e si occupò in Senato specialmente di problematiche mediche connesse alla tubercolosi. Colpito da improvviso malore mentre operava, volle che i suoi assistenti proseguissero, senza pensare a lui. Morì due giorni dopo, il 28 ottobre 1936. A Napoli l'ospedale per la cura dei tumori porta il suo nome. Fu Presidente onorario della Società Napoletana di Chirurgia.



## LA NASCITA DELLA SOCIETA' NAPOLETANA DI CHIRURGIA

Nel 1925 nasce a Napoli la prima Società Regionale di Chirurgia in Italia. Non a caso ciò avviene in una città, ex capitale, in fermento dall'inizio del secolo ed in tentativo di ricrescita con rinnovata attenzione dopo un periodo buio post-unitario in cui era caduta. La rete ospedaliera, che affiancava ed integrava a volte quella universitaria, si fondava sull'attività di importanti presidi, di grande tradizione, talvolta pluricentenaria. Parliamo di "Santa Maria del Popolo degli Incurabili", fondato nel 1521, forse il maggiore sia per l'assistenza che attività formativa, del "Gesù e Maria", di "Santa Maria di Loreto" in via Crispi, che dal 1833 era adibito ai malati acuti, inizialmente solo di sesso maschile e dal 1935 anche per le donne. E poi, "l'Ospedale dei Pellegrini", fondato nel 1540 e gestito dall'omonima Arciconfraternita, specializzato per le malattie chirurgiche traumatiche, con annesso Pronto Soccorso e del quale proprio nel 1925 si rinnovavano i locali. Numerosi inoltre i presidi più piccoli e relativamente più recenti. Nel 1925 sempre, l'ordine dei medici (nato nel 1910), a cui dopo l'avvento del Fascismo a cui saranno assegnati i compiti dei vari i Sindacati unici di categoria, soppressi con RDL n.184/1935, registrava l'iscrizione di 103 nuovi iscritti medici che si aggiungevano ai 2970 complessivi (anche se compresi anche i deceduti!). L'assistenza ospedaliera si avvaleva inoltre dell'attività dell'Ospedale Militare. Figure di quell'epoca sono Antonio Cardarelli, medico di Vittorio Emanuele II e Umberto I, grande didatta e primario dell'Ospedale Incurabili: la sua fama si estendeva in tutta Europa, e Giuseppe Moscati, anch'egli primario medico agli Incurabili, elevato alla dignità degli altari anche per la sua altissima statura morale e abnegazione nella professione.

La Società Napoletana di Chirurgia nacque dall'entusiasmo e vivacità intellettuale di Nicola Caprioli, Luigi Torraca, Giovanni Tritto e Francesco Buonomo la Rossa.



La loro sensibilità, la loro lungimiranza, la loro passione intellettuale interpretarono una esigenza largamente sentita nell'ambiente chirurgico cittadino trasferendo nella realtà locale l'esperienza ormai consolidata della Società Italiana di Chirurgia, aprendo la strada ad iniziative analoghe in ambiente regionale. La modernità dell'impostazione pluridisciplinare si dimostrò nell'apertura non solo ai chirurghi generali, ma anche alle branche affini. Da un appello del 24 aprile 1925 si arrivò ad una adunanza del 23 maggio in cui i 4 fondatori ricoprivano le cariche di presidente, due vice-presidente e segretario. Dal primo momento fu definito l'organo di stampa prevedendo che fosse "La rivista" "Rassegna Internazionale di

Clinica e Terapia”, prestigiosa creatura del segretario Buonomo La Rossa per la pubblicazione gratuita degli Atti (albo dei 90 soci al 1925-26). La Società napoletana di chirurgia presentava nel suo statuto aperture internazionali, non solo con fini puramente scientifici ma anche con implicazioni etiche. Il suo stemma era un cavallino rampante, simbolo della Provincia di Napoli, che nel 1926, curiosa coincidenza, veniva prescelto anche per identificare la “Società Sportiva Calcio Napoli”, fondata proprio in quell’anno. Al Cavallino rampante, racchiuso in un cerchio, fu aggiunta una “lanterna ad olio”, dal chiaro significato allusivo ai “lumi” della Scienza.



Luigi Torraca (1885 – 1963) (nella foto): uomo di vastissima cultura e grande rigore metodologico (grazie ad una educazione familiare umanistica).



All’inizio del ‘900 su una impostazione anatomica e fisiopatologica di base la ricerca aprì le porte ad una carriera chirurgica, prima all’ombra del suo maestro Giovanni Pascale, e successivamente alla guida per 21 anni della Prima Clinica Chirurgica a Napoli (fino al 1955). Egli fu fondatore e

primo presidente della Società Napoletana di Chirurgia. Ebbe una produzione scientifica vasta, eterogenea ed abbondante per l’epoca, pari a 220 pubblicazioni. Studiò la cicatrizzazione delle ferite, gli effetti dell’ipotermia, gli innesti tissutali, ma anche la pericardite costrittiva, gli aneurismi artero-venosi nei monconi di amputazione e numerose altre problematiche chirurgiche. Il suo carattere ruvido, intransigente, diffidente associato al rigore scientifico e umanistico allo stesso tempo, gli resero i rapporti con gli altri, dai colleghi agli studenti, particolarmente difficili (ricordi sottolineati negli anni successivi anche dal prof. Zannini e dai tanti chirurghi nati dalla scuola napoletana); lo descrivono come un chirurgo cresciuto nella palestra dura della sala operatoria, il cui gesto preciso e codificato consentisse a chi osservava di comprenderlo con chiarezza. Tra le numerose cariche, fu Presidente della Società Italiana di Chirurgia, ideatore, fondatore e direttore di numerose riviste come Il Giornale Italiano di Chirurgia e La Riforma Medica.

Giovanni Tritto (1878-1969) (nella foto) fu brillante e carismatica figura, come dimostrava la data della laurea, nel 1901 a soli 23 anni. Frequentò prestigiose istituzioni, anche europee (Londra e Parigi). A causa del suo carattere forte ed intransigente



si racconta che a Parigi, durante una conversazione con uno degli aiuti del prof. Béclère, col quale si trovava in disaccordo sulla importanza di Roma rispetto a Parigi, reagì schiaffeggiando il collega, che gli costò allontanamento dalla Cli-

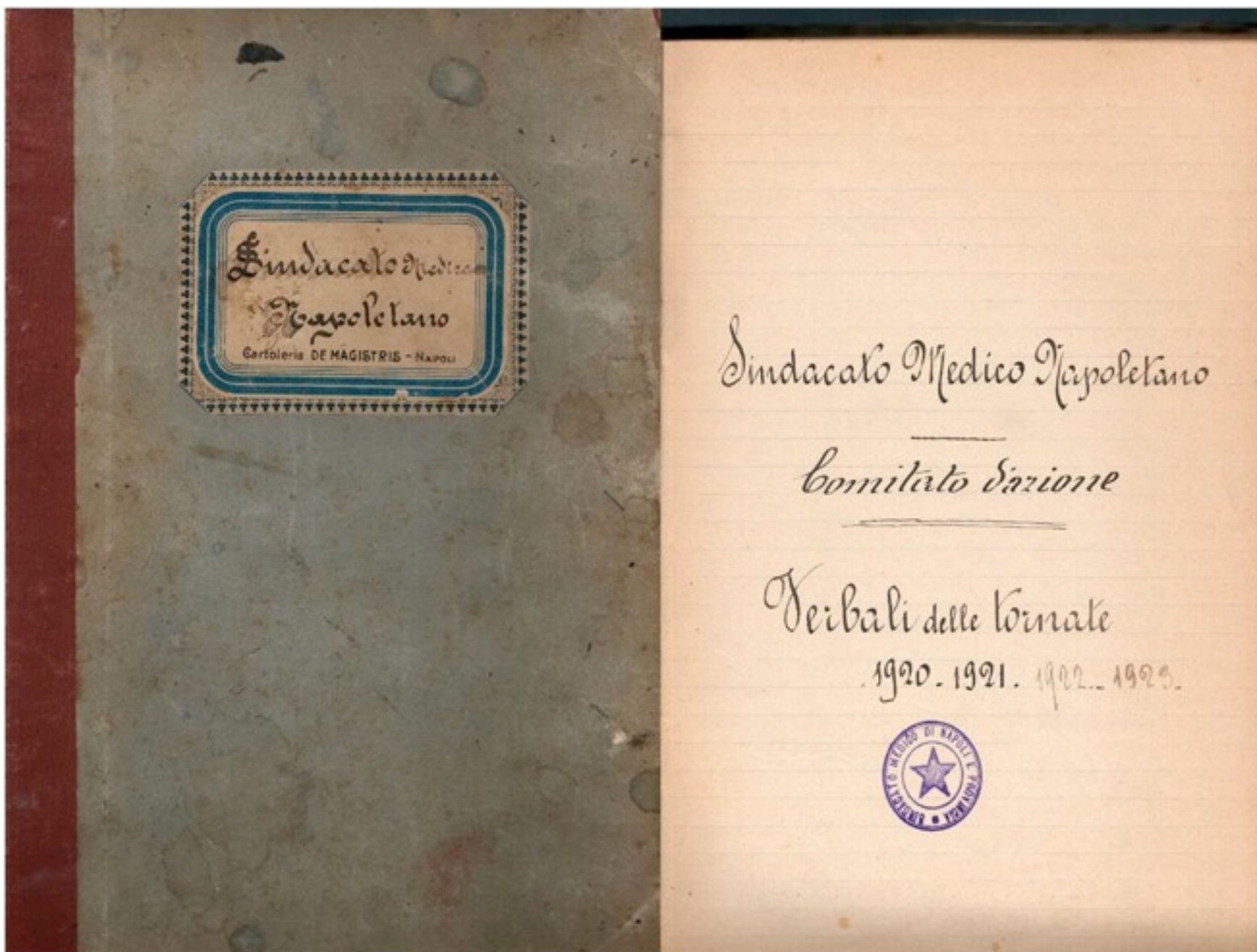


nique Chirurgicale e anche dalla Francia stessa. Il suo corso come libero docente di Anatomia Chirurgica e corso di Operazione riscuoteva grande successo, partecipazione ed entusiasmo; egli parlava del “meraviglioso mondo del collo”, su cui scrisse una monografia. Con un tono di voce così potente ed autorevole le lezioni erano ampiamente seguite e proseguivano anche al di fuori dell’aula.



Oltre che grande didatta, fu vero chirurgo: nella sua vasta casistica pluridisciplinare si annoverano 6 casi di sutura del cuore, dal primo eseguito nel 1903 all’ultimo, a 68 anni nel 1946 (nella foto).

Impegni e tenacia lo portarono a risultati lusinghieri in campo associativo. Fondò il sindacato medico napoletano nei primi anni 20.



Francesco Buonomo la Rossa (1898-1956), primo segretario della Società Napoletana di Chirurgia a soli 27 anni, aveva doti giornalistiche particolari, che permisero lo sviluppo e la sopravvivenza fino agli '80 della "Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia", organo ufficiale della Società stessa (nella foto).



### 3. DA TORRACA A ZANNINI

Con l'avvento della Seconda Guerra Mondiale scompaiono testimonianze della Società Napoletana di Chirurgia stessa, con una rifondazione che è datata 1945. Unici presidenti onorari furono Giovanni Pascale e Giuseppe Zannini, molti anni dopo.

Il primo periodo si può chiamare l'era Torraca (1925-1940), in quanto fu egli Presidente certamente fino al 1939. Nelle presentazioni scientifiche che avvenivano in riunioni collegiali periodiche vi era una breve esposizione e molto tempo veniva dedicato alla discussione; spesso esse erano arricchite da presenza a volte di reperti

anatomo-patologici, a dimostrazione dei tempi diversi nei quali operavano, e in ultimo era sempre presente un solo autore, a dimostrazione del fatto che all'epoca venivano privilegiati la individualità e la responsabilità personale (almeno fino agli anni 50). Tra i numerosi e multidisciplinari contributi quelli rivolti alla medicina cardiovascolare sono pochi e riguardano soprattutto la traumatologia toracica, osservazioni su anomalie vascolari, chirurgia sperimentale sul pericardio.

All'inizio del secolo e per tutta la prima metà del '900 prestò la sua opera Raffaele Chiarolanza (1881-1969) (nella foto) tra attività universitaria ed ospedaliera napoletana.



Andò a formarsi anche presso scuole riconosciute a Berlino e a Londra. Molto attivo durante la 1a Guerra Mondiale, ricoprì ruoli strategici, come il Primariato di Chirurgia presso l'Ospedale dei Pellegrini dal 1933 per 10 anni. Politico e sindacalista, fu Primo commissario del sindacato medico napoletano, membro del Consiglio Superiore di Sanità, e Presidente dell'Ordine dei Medici napoletani. Fondò inoltre riviste come "Il medico d'Italia"

Dal 1944 al 1971 si parla dell'era Ruggieri. I nomi prestigiosi che si alternano alla presidenza della Società Napoletana di Chirurgia ne indicano il ruolo importante che essa riveste: Torraca, Ruggieri, Lanzillo, Lanzara, Zannini, Tesauro (fino ai primi anni 80). Si sviluppano inoltre le specialità che si affiancano a altre già consolidate come ortopedia, ginecologia radiologia urologia ed otorinolaringoiatria: le nuove saranno la neurochirurgia, la chirurgia pediatrica, e le "giovannissime" chirurgia vascolare e cardiocirurgia.

Ettore Ruggieri (1901-1978) (nella foto): dopo diverse esperienze Italiane, ultima delle quali come allievo di Paolucci a Roma dal quale ereditò la propensione per la chirurgia toracica e cardiaca (nel 1950 presenta una relazione accademica sull'adattamento e deficit cardiaci nella chirurgia demolitiva del polmone), Ruggieri creò una vera e propria scuola a Napoli, il cui grande erede fu Giuseppe Zannini. Con Valdogni, Dogliotti e Stefanini è stato il rappresentante della Scuola chirurgica Italiana nel mondo. Si cimentò anche con pieno successo in Chirurgia cardiaca e Vascolare. Al di là delle numerose cariche che coprì, egli era un umanista di grande sensibilità. Umanità, cultura e morale erano infatti alla base delle numerose disquisizioni che tenne. Pose in luce, in tempi non sospetti (1938), l'importanza della cinematografia applicata alla chirurgia.



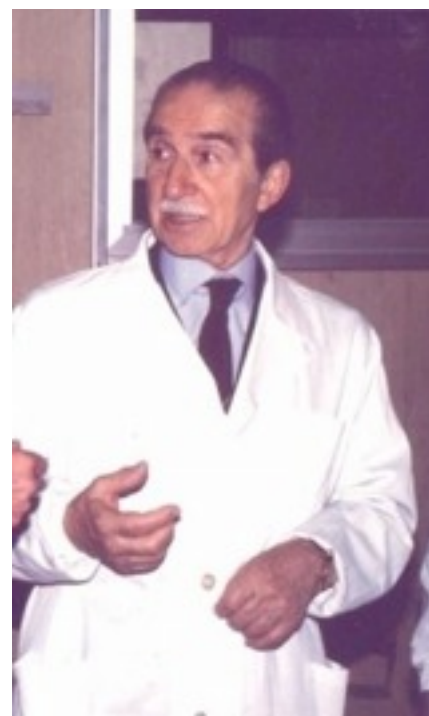
Alfonso Chiariello (1900-1981) (nella foto): già da giovane si evidenziò per raggiungere poi la carica prima di Primario Chirurgo e poi Direttore Generale e Sanitario dell'Ospedale dei Pellegrini, in continuità con l'opera di Giovanni Tritto.



La sua ispirazione crociana lo portò anche a sviluppare una carriera politica, con due mandati come Senatore della Repubblica. Ricevette molte onorificenze, in Sanità e non, alcune guidate dai suoi rapporti con la Scuola Chirurgica Francese. Occhio particolare ebbe nel sviluppare una sanità privata efficiente. Dei suoi figli, di grande rilievo nel panorama medico nazionale, ricordiamo Luigi, cattedratico in cardiocirurgia presso l'Università di Tor Vergata.

L'era di Zannini (1971-1988) della Società Napoletana di Chirurgia. La chirurgia in questo periodo si sviluppa, e Zannini è l'uomo giusto al posto giusto: la sua lungimiranza e il suo carisma danno alla luce una Scuola che avrà un ampio seguito, delineando le diverse specialità. Essa si confronta con le altre italiane e mondiali.

Antonio Lanzara (1914-1997) (nella foto): numerose esperienze formative in tutta Italia (a Napoli tra il 1939 e 1947) lo fecero approdare definitivamente nella città partenopea nel 1956, dove mantenne ruolo di universitario fino a essere insignito del titolo di Professore Emerito negli anni '80.



Sviluppò vasta esperienza anche in Chirurgia Toracica, Vascolare ed Urologia, dimostrato dalle numerose pubblicazioni e conduzione di scuole di specializzazione. Numerose le onorificenze, durante la seconda Guerra mondiale, dalla Croce Rossa, da varie società scientifiche. In angiologia la "sindrome di Lanzara" venne chiamata quel com-

plesso sintomatologico in cui una sensazione di freddo e di dolore agli arti inferiori sotto sforzo si associava a riempimento venoso precoce evidente allo studio angiografico. Nel giornalismo medico fu per ebbe per lungo tempo la direzione scientifica del "Giornale Italiano di Chirurgia". Formò numerosi chirurghi, sia in campo di chirurgia addominale, che toracica e vascolare. Fu inoltre Presidente della Società Napoletana di chirurgia dal 1962 al 1967.

Giuseppe Zannini (1916-1999) (nella foto): il grande maestro. Ruggieri lo volle con lui a Napoli e ne fece il suo collaboratore più fidato.

Quando negli anni '60 salì in cattedra, si strinsero intorno a lui moltissimi giovani talenti, attratti dal fascino ed eleganza dell'uomo, ed anche e



non da meno dalle sue doti chirurgiche. Numerosissime le cariche, fino a Presidente del Consiglio Superiore di Sanità. In realtà rappresentò il chirurgo generale "vero" in una epoca di passaggio in cui raccoglieva le esperienze in tutti i campi, facendone un incontrastato protagonista del suo tempo. Ebbe dalla sua parte l'audacia del chirurgo eccelso e la moderazione dell'uomo sapiente. Fu particolarmente incline alla chirurgia vascolare, già dagli anni '40, in cui collaborò con Don Santos a Lisbona e De Bakey, insieme a Malan. In Semeiotica vascolare gli si riconoscono ancora alcuni segni. In questo campo affidò a Giancarlo Bracale lo sviluppo del settore. Anche in cardiocirurgia avviò la specialità affidandola

ai due allievi Maurizio Cotrufo e Nicola Spampinato. I suoi allievi furono tutti precursori di specialità chirurgiche. Tra la sua grande cultura, la sua grande esperienza e le sue incontrastate doti tecniche, ciò che più ammaliava era l'approccio clinico, elegante, arricchito a volte anche con aneddoti. I suoi allievi ancora oggi ne ricordano i tratti: eleganza nel portamento, pacatezza dei gesti, soave e garbato nella voce, con inflessione emiliana malgrado i tanti anni trascorsi a Napoli. Il suo sguardo era fermo e penetrante e incuteva soggezione e rispetto. Tutto ciò attirava sempre una certa attenzione e comprensione per chi lo ascoltasse. Per una figura di tale fascino e carisma era sin troppo agevole ottenere il massimo dai suoi collaboratori. Pure in questa atmosfera di rigore costruttivo non mancavano i momenti conviviali: Il giorno di S. Giuseppe la Clinica Chirurgica si animava per gli auguri al maestro con la tradizionale "zeppolata". Si può considerare Il Prof. Zannini il chirurgo più rappresentativo della Chirurgia Napoletana del secondo '900.

#### Bibliografia

- Salvatore de Rienzi. Elogio storico a Lionardo Santoro. Napoli tipografia del Filatre-Sebezio(1853)
- Giuseppe Romagnuolo, Biagio Trojaniello. La Società Napoletana di Chirurgia. 1925-2002. Fridericiana Editrice Universitaria(2003)
- Medici Napoletani. 27 secoli di storia. 100 anni di Ordine. Il mito, la Scuola, i Luoghi, i Protagonisti. Iuppiter Grup edizioni.(2012)
- Nicola Ricciardelli. Da Garibaldi a Berlusconi, quando il bisturi incide nella storia. Iuppiter Edizioni(2012)



Zannini e gli allievi

*Questa breve narrazione vuole rendere merito a quei personaggi che hanno reso celebre e ampiamente riconosciuta la Scuola Chirurgica Napoletana fino all'avvento delle specialità, non pretendendo di riuscire a parlare di tutti gli uomini che ne hanno contribuito, per necessità di spazio.*

# CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE



GIAN PIERO PICCOLI

## Lo scambio di opinioni in merito alle problematiche medico-legali della nostra professione

di Gian Piero Piccoli

Uno dei principali motivi che hanno indotto l'attuale consiglio direttivo della SICCH, con il Presidente in testa, a dedicare uno spazio apposito nel Bollettivo relativo alle problematiche medico-legali che coinvolgono la nostra professione, è rappresentato dalla volontà di sensibilizzare chi ci legge su questi temi attualmente (ahimè!) tanto di moda, e di creare una solidarietà che faccia sentire il problema di un singolo il problema di tutti. Per raggiungere questo obiettivo è necessario stimolare una interattività fra i lettori così che intervengano attivamente nella discussione su quelle problematiche che man mano verranno proposte individualmente dai singoli soci.

Per fare un esempio di cosa si intenda per "partecipazione attiva" si riportano di seguito i commenti seguiti ad una mail inviata ai componenti della Task Force relativa alla riunione del Comita-

to Direttivo, tenutasi a Milano il 23 Maggio scorso.

Gian Piero Piccoli:

Un breve resoconto del Consiglio Direttivo della SICCH del 23 e 24 di Maggio a Milano al quale sono stato invitato.

Oltre alle sostanziali modifiche proposte per lo statuto (in particolar modo nei riguardi della parte pediatrica) molto spazio è stato dedicato alle problematiche relative alla Task Force cui apparteniamo, a dimostrazione di quanto interesse ci sia in merito alle problematiche medico-legali (visto il crescente numero di contenziosi e di rinvase nei nostri confronti!).

Si è parlato della pubblicazione del nostro Bollettino insieme a quello della SIC, in tal modo aumentando la nostra udienza. Si è anche trattato di come controbattere legalmente ad accuse infondate, quali la rinvasa di calunnia o, addirittura, di estorsione come avvenuto in un caso dell'Humanitas.

Accettate anche le proposte di individuare le modalità per redigere un albo di cardiocirurghi cui i giudici possano attingere i loro consu-

lenti con una professionalità accertata dalla SICCH.

Si è discusso sulla possibilità che i probiviri, o il comitato etico, possano esprimere giudizi in merito a perizie medico-legali ritenute senza alcun supporto scientifico.

Ma il messaggio più interessante, è stato quello relativo alla ricerca di rendere interattivo il nostro spazio sul Bollettino.

A tal riguardo la società che gestisce la parte informatica, sta implementando il nostro sito, in modo che chi ci legge possa linkarsi direttamente e pubblicare sentenze o problematiche medico-legali per averne un commento o suggerimenti, con discussione aperta a tutti”.

A questa prima mail, ne segue un'altra:

“Carissimi colleghi, gradirei un vostro commento in merito a quanto discusso al recente Convegno della SICCH, del quale vi ho riferito in una mail separata in particolar modo in relazione alla creazione di un albo di periti certificati dalla Società e sulla possibilità di rivalsa nei riguardi di chi accusa infondatamente. So che esistono delle difficoltà legislative in tal senso, ma anche l'aborto e il divorzio una volta erano illegali, fino a che nuove leggi, sollecitate dall'opinione pubblica, li hanno resi legali. Aspetto quindi il vostro giudizio in merito ed eventuali proposte”.

Commenta le singole problematiche proposte A. Parolari:

“Queste mail sollevano vari punti che vorrei commentare:

1. Pubblicazione del nostro bollettino su quello della CIC (Collegio Italiano Chirurghi): è già cosa fatta ed è consultabile all'indirizzo <http://www.collegiochirurghi.it/attivita/task.aspx> e questo darà di sicuro ancora maggior eco ai nostri contributi, ma soprattutto a quelli della task force medico-legale, vista l'enorme sensibilizzazione dei colleghi della CIC su questo argomento.

2. Come controbattere legalmente ad accuse infondate, quali la rivalsa di calunnia o, addirittura, di estorsione come avvenuto in un caso dell'Humanitas: su questo argomento, particolarmente caro al ns. Presidente Lorenzo Menicanti, credo ci dovranno aiutare molto gli amici Avvocati a suggerirci una strategia di massima e quindi eventuali strategie individuali sinistro per sinistro, qualora i colleghi cardiocirurghi oggetto di azioni legali si rivolgessero alla task force per supporto e/o pareri. Ne abbiamo iniziato a parlare un poco con l'Avv. Isolabella ma credo dobbiamo continuare ad implementare questo punto....

3. Accettate anche le proposte di individuare le modalità per redigere un albo di cardiocirurghi cui i giudici possano attingere i loro consulenti con una professionalità accertata dalla SICCH: credo che anche questo sia strategicamente importantissimo, io personalmente non ho capito quali siano i passi pratici da affrontare per arrivare a questo ..... chi ci può suggerire????

4. Si è discusso sulla possibilità che i probiviri, possano esprimere giudizi in merito a perizie medico-legali ritenute senza alcun supporto scientifico: qui dobbiamo identificare una serie di 10 colleghi cardiocirurghi (oltre a noi chirurghi già presenti nella task force Menicanti, Piccoli, Tappainer, Parolari, Gerometta, Tesler, Rescigno, Sandrelli, Pocar, Di Mauro .... Ho dimenticato qualcuno??) che siano disponibili per pareri pro-veritate e per aiuto ai colleghi oggetto di procedimenti legali .... e GianPiero coordinerà l'invio delle diverse richieste di pareri ai vari colleghi disponibili così da coinvolgere tutti ma nello stesso tempo non sovraccaricare nessuno. Anzi a questo punto – se siete d'accordo – credo che la cosa migliore sia fare una call sul sito o per e-mail, annunciando a tutta la comunità dei cardiocirurghi italiani questa iniziativa e che cerchiamo “gente” disposta ad entrare negli elenchi “peritali” da segnalare all'autorità giudiziaria” e disposta a fornire pareri pro veritate/consulenza. In questo modo credo avremo ancora più cassa di risonanza per la nostra iniziativa.

5. Ma il messaggio più interessante, è stato quello relativo alla ricerca di rendere interattivo il nostro spazio sul Bollettino. A tal riguardo la società che gestisce la parte informatica, sta implementando il nostro sito, in modo che chi ci legge possa linkarsi direttamente e pubblicare sentenze o problematiche medico-legali per averne un commento o suggerimenti, con discussione aperta a tutti. Ovviamente con controllo da parte nostra prima di pubblicare i vari commenti dei colleghi al fine di evitare querele etc...

Entrano nel dibattito gli Avvocati L. Isolabella e A. Quatraro:

“Vi ringrazio molto per avermi coinvolto in questo stimolante dibattito che apre a prospettive veramente interessanti.

Rispondo, in sintesi, insieme all'Avv. A. Quatraro, che lavora con me in studio e che insieme a me si occupa intensamente di problematiche che attengono alla difesa di medici coinvolti in procedimenti penali.

Proprio negli ultimi mesi io ed Angela stiamo affrontando insieme all'Avv. F. Martini – civilista esperto in responsabilità medica – il delicatissimo tema della responsabilità dei consulenti che, in sede processuale, abbiano reso pareri gravemente erronei e fortemente devianti, approfondendo la possibilità di un'azione civile a carico del Consulente che ha agito in termini scorretti e deformanti. L'azione penale rappresenta un'ipotesi in realtà molto remota, poiché dovrebbe fondare su reati estremamente difficili da provare quali la calunnia, il falso, la falsa testimonianza, o su altri ancora più “lontani” dalla possibilità di una reale concretezza, quali quello di favoreggiamento personale e/o “frode processuale”. Teoricamente, con riferimento alle possibili comunicazioni che caratterizzano l'ambito procedimentale nel suo complesso è, altresì, possibile ipotizzare il reato di diffamazione, a ogni caso dovrà essere analizzato passando attraverso la minuta comprensione delle peculiarità che lo caratterizzano. Con riferimento a tale tema, comunque, ritengo che potrebbe essere molto interessante un incontro tra di noi, anche alla presenza dell'Avv. Filippo Martini.

Altro aspetto molto interessante è costituito dalla “verifica”, da parte della SICCH, della serietà scientifica che caratterizza gli elaborati consulenziali che approdano nei differenti procedimenti,



penali e civili, come presupposto per la comprensione, da parte del Giudicante, della condotta dei professionisti coinvolti. In questa prospettiva, noi riteniamo che sarebbe fondamentale un controllo, sul presupposto, però, dell'anonimato di tutte le parti coinvolte proprio, per garantire l'intervento finalizzato alla tutela della serietà scientifica e non ad altri scopi. Si tratta, anche in questo caso, di un tema molto delicato rispetto al quale siamo ben lieti di poter fornire il nostro contributo propositivo ed eventualmente anche di concreta operatività.

Rinnoviamo ancora i complimenti per la Vostra stimolante iniziativa”.

Segue il commento di N. Cucurachi

“Mi intrometto sulla questione affrontata dall'Avv. Isolabella, traendo spunto dalle sollecitazioni di molti colleghi da me difesi.

Emerge infatti sempre più spesso lo spirito di ritorsione dei colleghi medici che si ritengono ingiustamente accusati delle peggiori nefandezze e che dopo avere, con fatica e sofferenza, raggiunto un'assoluzione chiedono insistentemente di rivalersi sui pazienti e sui loro avvocati.

Ho sempre spiegato che, vuoi che sia stata seguita la strada penale o quella civile, è ben difficile attribuire dirette ed autonome responsabilità (tanto più dolose) a persone prive della benchè minima preparazione medica (pazienti, avvocati): un paziente può anche essere convinto, in modo preconcetto, di aver subito un torto da parte di un medico o di un ospedale ma se non trova un medico che lo sostenga con una perizia non va da nessuna parte.

L'unica strada (che ovviamente da medico-legale non mi fa piacere) che si prospetta come per-

corribile è quindi quella di chieder conto delle affermazioni rese direttamente ai medici coinvolti (CTP e CTU che siano); rilevo peraltro che tale strada è tutt'altro che semplice.

Non più tardi di questa mattina la mia contestazione di falsità di una CTU in cui si lamentava la mancata effettuazione di profilassi antibiotica (invece regolarmente riportata nella cartella clinica) non ha meritato neanche un'alzata di sopracciglia da parte del giudice e degli avvocati; purtroppo il CTU gode ancora di un'aura di infallibilità che i Giudici si guardano bene dallo scalfire per non dovere poi entrare (con fatica) nel merito delle affermazioni (talvolta inqualificabili) dei loro ausiliari.

Se l'operato dei Consulenti tecnici fosse sottoposto a verifica di attendibilità (anche postuma) da parte delle società scientifiche si potrebbe forse sperare in un generale miglioramento del livello delle consulenze”.

Il Dott. L. Mastroberto entra nella discussione con alcune considerazioni:

“Sono del parere che sia concreta la possibilità di creare, certificata dalla SICCH, una lista di professionisti esperti, disponibili a farsi carico di attività peritale d'Ufficio (sia in civile, sia in penale). Penso però che, per dare attuazione pratica a questa ipotesi di lavoro, i vari professionisti indicati dovrebbero comunque poi iscriversi agli albi dei CTU, albi che oggi sono una sostanziale inutilità ma che, vuoi anche per ciò che prevede la legge Balduzzi, potrebbero/dovrebbero diventare in futuro una cosa più seria.

Ho invece molto perplessità nel ritenere attuabili istanze di ritorsione nei confronti dei pazienti che chiedono risarcimenti o addirittura querelano.

Attendo comunque di conoscere il parere dei giuristi”.

Gli risponde, e chiude il dibattito, l'Avv. R. Berti: “Concordo pienamente con quanto considerato da L. Mastroroberto sull'albo dei professionisti esperti in cardiocirurgia ma non so fino a che punto tale elenco potrà essere accettato dai presidenti dei Tribunali in quanto forse sospetto di campanilismo.

La proposta dovrebbe partire da terzi del tutto estranei, come potrebbe essere un sottosegretario del ministero della salute o della giustizia e quindi attraverso una circolare ministeriale.

E' più facile invece che questo albo di esperti possa essere utilizzato per esempio dagli Ospedali o dagli stessi medici accusati.

E' comunque importantissimo che la valutazione sulle responsabilità, sul nesso causale e sul danno venga fatta da uno specialista esperto e obiettivo perché le cause, civili o penali, si vincono o si perdono soprattutto grazie o a causa di consulenti di parte e d'ufficio.

Mi dichiaro a completa disposizione comunque per esprimere valutazioni su casi concreti.

Quanto invece alla difesa del medico ingiustamente accusato, a prescindere dalla evidente possibilità di rivalersi verso l'accusatore qualora sussista la calunnia (ipotesi sempre difficile da dimostrare perché è necessario provare che l'accusatore ben sapeva della totale innocenza dell'accusato), ritengo invece più percorribile la strada della rivalsa verso il consulente di parte o verso quello d'ufficio del Giudice che abbiano colposamente o dolosamente il primo convinto il paziente cliente ad agire contro il medico, ed il secondo convinto il PM o il GUP a procedere penalmente contro il medico anche in questo caso però la strada è estremamente difficile e per di più

la possibilità di ottenere un risarcimento limitatissimo.

In un recente passato, avendo tenuto una conferenza per l'associazione A.M.A.M.I. (creata da medici ingiustamente accusati), avevo scritto le pagine che trasmetto e che ho aggiornato richiamando anche la Legge Balduzzi (a questo proposito rilevo come la già criticata Legge Balduzzi per le incongruenze e per gli errori di diritto oltre che lessicali contenga anche un'ulteriore contraddizione laddove stabilisce all'art.3 c. 5 che l'albo dei consulenti tecnici debba essere aggiornato “con cadenza almeno quinquennale” mentre l'art.69 delle disposizioni di attuazione del CPP fissa in due anni tale termine e in 4 anni è il termine fissato dall'art.15 delle Disp. Att. Cpc: è vero che la Legge Balduzzi dà un grande rilievo, e giustamente, alla mansione del consulente tecnico, ma non è contraddittorio che fissi in un termine più lungo la revisione degli Albi?”

Ecco, questo è un esempio stimolante di come dovrebbe essere la interattività del nostro spazio sul Bollettino, ma non limitata (come in questo caso) ai soli componenti della Task Force, ma aperta a tutti i lettori, cardiocirurghi e non.

Ed adesso dedichiamoci alla lettura (ed alle conseguenti considerazioni) dell'articolo redatto dall'Avv. Berti.

## La responsabilità dei consulenti tecnici nei confronti del medico ingiustamente accusato

di Rodolfo Berti

Prima di poter parlare del danno arrecato dalla condotta illecita del consulente tecnico, sarà necessario brevemente vedere quali sono i mezzi di tutela giudiziaria che il nostro ordinamento mette a disposizione del danneggiato da tale condotta.

Una prima distinzione fondamentale va fatta tra il consulente tecnico di parte e quello d'ufficio, che può essere del Pubblico Ministero, del GIP (Giudice delle indagini preliminari), o del Tribunale giudicante.

### 1) Consulente tecnico di parte

Nel caso in cui il medico sia stato accusato da un paziente che si ritiene danneggiato dalla sua prestazione di cura sulla scorta di una consulenza commissionata ad un medico-legale o ad uno specialista, secondo la quale sussiste ipotesi di responsabilità per condotta colposa, laddove tale parere risulti poi destituito di ogni fondamento e credibilità venendo drasticamente smentito dalla consulenza giudiziaria, vuoi del consulente del PM o di quello del GIP in sede di incidente probatorio o, infine, del giudicante che rispettivamente ha portato all'archiviazione del procedimento penale o al proscioglimento o, infine, alla assoluzione del medico, si dovrà stabilire se la condotta di quel consulente di parte sia stata da sola sufficiente ad indurre il paziente a presentare la querela o la denuncia nei confronti del medico indicato come responsabile e, in caso di risposta affermativa, di fronte alla prova di una eclatante erroneità, si dovrà inevitabilmente supporre che quel CTP o era ben consapevole di esprimere un errato giudizio, e quindi in palese malafede, o

non era consapevole della evidente erroneità delle sue conclusioni e quindi palesemente inesperto, negligente e dunque privo dei requisiti di "speciale capacità tecnica" espressamente richiesti sia dall'art. 15 Disp. Att. cpc, che dall'art. 69 Disp. Att. Cpp e ora anche, ed in modo più specifico, dall'art. 3 comma 3 della Legge Balduzzi requisiti che devono sussistere anche per la valutazione della professionalità dei CTP.

Consegue che in teoria sussiste la responsabilità contrattuale del consulente nei confronti del proprio cliente erroneamente indotto a intraprendere quell'azione penale contro il medico invece innocente, mentre per quella extracontrattuale nei confronti del medico ingiustamente accusato il problema è ben più ampio riguardando la sfera della legittimazione o dell'interesse.

Infatti se il nostro bistrattato medico può in teoria rivalersi verso il paziente che lo abbia diffamato o addirittura calunniato chiedendogli il risarcimento dei danni patrimoniali (spese, costi di difesa processuali) e non patrimoniali (il c.d. danno morale per i turbamenti dell'animo) non potrà farlo nei confronti del consulente che invece dovrebbe risarcire il proprio cliente rimborsandogli il compenso oltre a risarcirgli i danni come previsto dall'art. 1218 c.c., che regola la responsabilità da inadempimento contrattuale.

Quanto detto fin qui vale però solo teoricamente perché in pratica è ben difficile provare la malafede, l'imprudenza e la negligenza del paziente che abbia accusato ingiustamente il suo medico e ancor di più quelle del CTP perché la prova della responsabilità extracontrattuale che l'art. 2043 cc richiede è complessa dovendosi procedere all'accertamento della colpa o del dolo nel rispetto della struttura dell'illecito civile: "L'illecito civile si compone di due elementi essenziali; il fatto illecito (il quale a sua volta si compone della condot-

ta, dell'evento e del nesso causale), e il danno ingiusto. Quest'ultimo deve essere casualmente collegato al fatto illecito, e deve consistere in una perdita patrimoniale o non patrimoniale. In mancanza di esso, non può sorgere l'obbligazione risarcitoria, ancorché si sia dimostrata la sussistenza di una condotta colposa e della lesione di un interesse personale o patrimoniale della vittima" (Cass. Civ. Ord. 1/12/2004 n. 22586).

Prova dunque rigorosa perché altrimenti in ogni caso in cui venga respinta una domanda o assolto un imputato perché non vi è prova della colpevolezza o dell'inadempimento, l'accusato potrebbe rivalersi contro il suo accusatore chiedendo il risarcimento dei danni, ipotesi appunto di ben difficile realizzazione.

## 2) Consulente tecnico d'ufficio

Diversa è la posizione del CTU le cui errate valutazioni e conclusioni siano state recepite ed assunte dal PM o comunque dal Giudice che ha disposto tale indagine all'esito della quale il medico sia stato iscritto nel registro degli indagati o rinviato a giudizio.

E' inutile dire che se quella consulenza palesemente errata sia stata inutilmente contestata dai consulenti della difesa del medico, indagato o imputato, che sia stato poi comunque condannato con sentenza definitiva, nulla potrà essere preteso a titolo risarcitorio se non nel raro caso di revisione del processo per fatti nuovi sopravvenuti dopo la sentenza.

Diversamente invece può avvenire nel caso in cui quel medico sia riuscito, tramite i suoi consulenti e difensori, a smontare le conclusioni del perito d'ufficio o comunque il giudice le abbia disattese pervenendo poi alla sua assoluzione.

Questa fattispecie va esaminata sotto due diversi profili per poi poter giungere ad un'unica con-

clusione sulla risarcibilità degli eventuali danni subiti per l'ingiusta accusa.

2.1) La consulenza tecnica che abbia dato origine alle indagini preliminari, prendiamo per esempio il riscontro autoptico o l'autopsia nel caso di morte del paziente, ha valenza di notizia criminis che comunque obbliga il PM ad aprire il procedimento ed iscrivere il medico nel registro degli indagati.

Se il PM assevera le conclusioni del proprio consulente, sia che l'accertamento medico legale si sia svolto nel contraddittorio con i consulenti delle altre parti come atto non ripetibile, sia che la consulenza costituisca solo un atto interno dell'inquirente, e all'esito delle indagini preliminari venga richiesto il rinvio a giudizio dell'imputato, disposto poi con decreto dal GUP, o se il giudice del dibattimento, sulla scorta di una pur manifestamente errata valutazione medico legale dell'ausiliario da lui nominato, pervenga alla condanna del medico imputato, l'errore del consulente tecnico d'ufficio, quale ausiliario del giudice, si trasforma in *error iudicis* e quindi solo nei confronti del giudice si potrà agire nei limiti però stabiliti dall'art. 2 Legge n. 117 del 1988 sulla responsabilità dei magistrati.

E' infatti indubitabile che la ratifica da parte del magistrato dell'errato parere del suo consulente, costituisca quel fatto successivo che ai sensi dell'art. 41 del Codice Penale è sufficiente a determinare l'evento facendo scadere al rango di mera occasione il parere del perito.

Il Tribunale di Roma, con sentenza 17/1/2005, ha rigettato la domanda proposta da una parte asseritamente danneggiata dall'opera illecita di un CTU, per difetto del nesso causale tra il danno lamentato e l'operato del responsabile in quanto tale operato era stato condiviso dal giudicante.

Anche la giurisprudenza di legittimità, in modo costante, ritiene imputabile all'organo giurisdizionale l'errore dell'ausiliario in quanto la decisione del magistrato si sovrappone a quella del CTU togliendole ogni efficacia causale (Cass. 1586/66; Cass. 1831/68; Cass. 15646/03; Cass. 10033/04).

D'altra parte i filtri attraverso i quali è passata quell'errata consulenza possono essere diversi, perché prima il PM, poi il GUP e infine l'organo giudicante, magari di ben due gradi di giudizio, potrebbero avere sostanzialmente confermato e convalidato il pur errato parere del consulente sicché sarebbe ben difficile imputare l'ingiusta accusa alla colpa grave di tutti questi giudici che si sono avvicendati nelle varie fasi del processo a meno di non pensare ad una congiura per perseguire il medico o alla sfortuna o, forse e con più ragione, alla insipienza di certi giudici.

Ma in ogni caso, ai fini del risarcimento, si dovrà tenere conto che l'art. 2 della Legge 177/88 limita le ipotesi di responsabilità del magistrato solo al dolo e colpa grave e il risarcimento del danno ingiusto, che si può pretendere nei confronti dello Stato, è limitato ai soli danni patrimoniali mentre quelli non patrimoniali possono essere riconosciuti nel caso in cui derivino da provvedimenti di privazione della libertà personale.

I commi 2 e 3 dell'art. 2 limitano ancor di più le ipotesi di responsabilità essendo esclusa quella conseguente all'attività di interpretazione di norme di diritto e sulla valutazione del fatto e delle prove, per cui la gran parte delle ordinarie ipotesi di responsabilità extracontrattuale da negligenza od imperizia risultano escluse da tale normativa per la difficoltà di provare la colpa grave e il dolo del magistrato essendo il più delle volte l'azione ritenuta commessa con colpa lieve.

Per di più la norma stabilisce solo quattro ipotesi di colpa grave e cioè la grave violazione di legge determinata da negligenza inescusabile, l'affermazione o la negazione di un fatto la cui esistenza risulta esclusa od ammessa dagli atti del procedimento, ed infine il provvedimento di restrizione della libertà personale preso al di fuori dei casi consentiti dalla legge o senza motivazione. Quindi contro i magistrati, rei di aver con comprovata grave negligenza sposato una errata CTU chiedendo il rinvio a giudizio dell'imputato palesemente innocente, potrà essere preteso solo il risarcimento del danno patrimoniale emergente o da lucro cessante quando però ricorra almeno una delle quattro ipotesi di colpa grave disciplinate nel comma 3 dell'art. 2 L. 177/88, cioè quasi mai.

Non può invece essere chiesto il danno non patrimoniale, quello c.d. biologico, da sofferenza morale o relazionale, a meno che il medico ingiustamente accusato abbia anche ingiustamente subito una detenzione perché ritenuto colpevole di omicidio preterintenzionale, come nel caso Massimo (Cass. Pen. Sez. V 21/11/1992), ipotesi peraltro ormai fortunatamente limitata solo a specifiche fattispecie di chirurgia estetica voluttuaria o di terapie chirurgiche sperimentali effettuate senza consenso, da quando la Suprema Corte di Cassazione, prima con la sentenza Volterrani (Cass. Pen. Sez. I 29/5/02 n. 26446) e poi a Sezioni Unite, ha ritenuto che anche la non autorizzata lesione chirurgica, essendo pur sempre finalizzata al bene del paziente e mai a nuocerlo, qualora ne sia conseguito il decesso quale evento non voluto, costituisce solo ipotesi di omicidio colposo e se l'intervento, anche se non autorizzato, ha guarito il paziente, la condotta del medico è priva di rilevanza penale (Cass. Pen. Sez. Un. 18/12/2008 n. 2437).

2.2) Va però considerato che la responsabilità del consulente d'ufficio è disciplinata nell'ambito civile dall'art. 64 c.p.c. ("si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti (314 ss, 366, 373 ss cp). In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino a un anno o con l'ammenda fino a € 10.329. Si applica l'art. 35 del codice penale. In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati dalle parti") ed in quello penale dalle ipotesi specifiche di delitto che vanno dalla falsa perizia (art. 373 cp), alla frode processuale (art. 374 c.p.) fino ad arrivare alla consulenza infedele (artt. 380 e 381 c.p.), per non parlare poi della simulazione di reato (art. 367 c.p.).

I suddetti delitti, disciplinati dal Codice Penale, riguardano ovviamente il dolo, cioè quelle consulenze che siano connotate da voluta e cosciente falsità, mentre l'art. 64 c.p.c., che rappresenta un'ipotesi di reato contravvenzionale "civilistico", riguarda solo i casi di "colpa grave", che "in ogni caso", a prescindere dall'applicabilità al consulente tecnico delle disposizioni del Codice Penale, comporta la sanzione dell'arresto o dell'ammenda in caso di negligenza, imprudenza od imperizia, cioè di errore colposo.

In entrambi i casi, però, sia della contravvenzione civilistica che del delitto, il fatto è stato commesso contro l'Amministrazione della Giustizia sicché unica parte offesa è lo Stato restando all'eventuale vittima privata, cioè il medico ingiustamente accusato, solo la possibilità di agire in sede civile contro il consulente in forza dell'ultimo inciso del II comma dell'art. 64 c.p.c. che recita testualmente: "In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti", ma sempre che sussista la colpa grave perché "E' bene premet-

tere in diritto che la responsabilità del consulente tecnico d'ufficio è regolata dall'art. 64 cpc ancorchè al di fuori di ogni vincolo privatistico, atteso che il consulente è un ausiliario del giudice ed opera in funzione dell'accertamento che al giudice è demandato ovvero in funzione del superiore interesse della giustizia (Cass. Civ. 25/05/1973 n. 1545), sul metro della colpa grave, che assume in ambito civilistico il ruolo di criterio identificatore del profilo soggettivo dell'illecito, da coniugarsi, ai fini della sua sussistenza, al danno e al nesso di causalità" (Cass. Civ. Sez. II 1/12/04 n. 22587).

"Il consulente, quindi, similmente al professionista intellettuale risponde dei danni cagionati alla parte che siano in rapporto di causalità con le sue attività, nel compimento delle quali sia riconoscibile in capo all'operante il requisito della colpa grave. Ferma perciò la connotazione aquiliana dell'illecito, al danneggiato compete la prova, oltre che del danno, del nesso di causalità tra esso e la condotta del consulente e la caratterizzazione della colpa in capo a costui in termini di gravità" (Tribunale Bologna, 15/03/10).

Se il medico non ha la legittimazione per costituirsi parte offesa e/o parte civile nel processo penale contro il consulente infedele, così come affermato dalla più costante giurisprudenza (Cass. Pen III 3/10/2012 n. 43139; Cass. Civ. Sez. Un. 30/11/2011 n. 30786; Sez. IV ord. 26/3/1999; Cass. Civ. Sez. III 27/5/05 n. 11293; Cass. Civ. Sez. I 7/2/1996 n. 991), relativamente ai reati contro l'Amministrazione della Giustizia, tuttavia egli avrà la possibilità di agire in sede civile contro il suddetto consulente infedele in quanto responsabile ai sensi dell'art. 2043 c.c. del danno ingiusto che la sua attività illecita gli ha causato ma solo di fronte alla colpa grave o al dolo e per ottenere il ristoro dei danni patrimoniali e non pa-

trimoniali quali il danno biologico se l'ingiusta accusa gli ha causato una patologia psichica o comunque un trauma psicologico che abbia sconvolto la sua ordinaria e quotidiana esistenza.

La strada dunque non è semplice e ancor più difficile è stabilire se sussiste una condotta illecita in nesso causale con l'evento di danno, altrimenti il danno, non essendo connotato dall'ingiustizia, non può essere risarcito così come ha affermato anche di recente la Corte di Cassazione nella citata ordinanza n. 22586 del 1/12/2004.

### 3) Il danno ingiusto

Da quanto detto sin d'ora risulta che il danno, quale conseguenza dell'illecito, è commisurato ai pregiudizi effettivamente subiti ed il risarcimento quindi è destinato a reintegrare per equivalente, ai sensi dell'art. 2056 c.c., il danneggiato dei beni e delle utilità perdute.

Consegue che, relativamente alle ipotesi sopra delineate, pur essendo i danni risarcibili in simili casi di natura identica a tutti i danni risarcibili che secondo il nostro sistema bipolare appartengono all'ambito del patrimoniale e del non patrimoniale, si dovrà tenere conto delle effettive conseguenze pregiudizievoli che la condotta illecita del magistrato o del consulente abbia causato.

3.1) Nel caso della responsabilità del magistrato disciplinata dall'art. 2 della L. 117 del 1988, il medico ingiustamente accusato, che non abbia subito una ingiusta detenzione, potrà chiedere solo il ristoro dei danni patrimoniali e quindi, come danno emergente, il rimborso di tutti i costi sostenuti per la sua difesa tecnica e giudiziaria, delle spese sostenute per eventuali cure della propria salute minata per l'eventuale trauma psichico subito, e il danno da lucro cessante qualora abbia subito anche un pregiudizio alla sua onorabilità professionale tale da aver comportato perdita di clientela o addirittura del posto di lavoro oltre al

danno c.d. da perdita di chances qualora l'ingiusta accusa abbia limitato la concreta possibilità di avanzamenti di carriera, di partecipazione a concorsi per la dirigenza o per docenze etcc... .

Ovviamente, trattandosi di danni patrimoniali, la prova deve essere rigorosa laddove si tratta di perdite economiche già maturate, mentre per i danni futuri da perdita di guadagno o per quelli da perdita di chances, dovranno essere forniti quegli elementi indiziari o quelle allegazioni gravi, precise e concordanti che consentano al giudice di ricorrere alle presunzioni semplici di cui all'art. 2729 c.c., per ritenere provato il danno.

3.2) In tutti gli altri limitati casi in cui la responsabilità sia a carico solo del consulente tecnico, ex art. 64 cpc, oltre al danno patrimoniale di cui sopra si è trattato, concorre anche il danno non patrimoniale omnicomprensivo di ogni aspetto di pregiudizio che la lesione del diritto ha causato e quindi il danno biologico, il danno da sofferenza morale già compreso nel primo e quello dinamico relazionale, altrimenti noto come danno esistenziale, così come da ultimo stabilito dalle note sentenze della Cassazione a Sezioni Unite del 11/11/08 n. 26972-26973-26974-26975.

Poiché, come abbiamo visto, il delitto di falsa perizia, di frode processuale e di consulenza infedele, e la contravvenzione di cui all'art. 64 c.p.c., sono reati contro l'Amministrazione della Giustizia, il medico ingiustamente perseguito in conseguenza di condotte che risultino poi inquadrabili nei delitti o contravvenzioni sopra indicate, non è ritenuto parte offesa e dunque, non ricorrendo l'applicabilità dell'art. 185 c.p. così come richiamato dall'art. 2059 c.c., non avrebbe diritto ad avere il risarcimento del danno non patrimoniale morale che sussiste solo quale conseguenza di un reato, ma poiché il giudice può ritenere sussistente la condotta delittuosa anche senza un ri-

scontro penale, a mio giudizio il risarcimento di tale danno potrebbe essere preteso, trattandosi di un pregiudizio alla dignità del professionista. Credo quindi che il medico ingiustamente accusato abbia ben poche possibilità di rivalersi contro i suoi accusatori, come per altro qualsiasi soggetto che sia stato ingiustamente accusato.



# COME SI DIVENTA CTU



MARCO POCAR

IRCCS MULTIMEDICA  
VIA MILANESE 300 SESTO SAN GIOVANNI (MI)  
MILANO 20099  
ITALY



## CHI È?

Il CTU – Consulente Tecnico d’Ufficio – del Giudice, è persona con specifiche competenze professionali e tecniche, alle quali il Giudice può ricorrere, affidando un incarico di consulente, o di effettuare stime o valutazioni utili ai fini di un giudizio. Solitamente ciò è la prassi in tutti i casi in cui il Giudice non possiede le necessarie conoscenze e competenze per poter singolarmente stilare il giudizio. Il CTU, tuttavia, non esercita mai attività decisoria, che spetta invece esclusivamente al Giudice.

I CTU vengono iscritti in un registro istituito presso ogni Tribunale italiano, l’albo dei CTU, tenuto dal Presidente del Tribunale. Qualsiasi decisione relativa all’ammissione all’albo viene deliberata da un Comitato presieduto dal Presidente del Tribunale e composto dal Procuratore della Repubblica e da un rappresentante, rispettivamente a seconda dei casi, dell’Ordine professionale o della Camera di Commercio per coloro che fanno parte di categorie che non sono organizzate in ordini o collegi professionali e, quindi sono sprovviste di Albi professionali. All’interno

dell’albo, è possibile essere iscritti separatamente in qualità di CTU per procedimenti civili e/o penali.

Per quanto attiene alla professione medica, il Comitato comprende un rappresentante (spesso facente capo all’ufficio legale) dell’Ordine provinciale dei medici e degli odontoiatri competente per territorio.

Il Presidente del Tribunale esercita l’attività di vigilanza e può promuovere procedimenti disciplinari nei casi in cui il Consulente non abbia adempiuto agli obblighi derivanti dagli incarichi assunti, o non abbia mantenuto una condotta morale e professionale giudicata non idonea. Tali provvedimenti possono variare, a seconda della gravità, dall’avvertimento, alla sospensione temporanea dall’Albo, per un tempo non superiore ad un anno, fino alla cancellazione dall’Albo.

## CHI PUÒ RICHIEDERLO?

Coloro che sono forniti di speciale competenza tecnica in una determinata materia e sono iscritti nelle rispettive associazioni professionali e sono animati da spirito di correttezza e trasparenza possono presentare domanda di iscrizione all'Albo.

## COME SI RICHIEDE E QUALI SONO I DOCUMENTI NECESSARI?

L'iscrizione nell'Albo dei consulenti tecnici del Giudice può essere richiesta mediante domanda al Presidente del Tribunale, nella cui circoscrizione l'aspirante risiede o ha il domicilio professionale. La domanda deve contenere la dichiarazione di iscrizione all'ordine professionale o alla Camera di Commercio, l'indicazione della Categoria e della (o delle) specialità prescelte. Per le categorie non previste dagli albi professionali è necessaria la previa iscrizione nell'albo dei Periti e degli Esperti, tenuto dalla Camera di Commercio.

Come specificato sopra, all'interno dell'albo CTU vengono iscritti separatamente per procedimenti civili e/o penali. Nel caso in cui un professionista o cultore di una specifica materia intenda iscriversi quale CTU per entrambi i tipi di procedimento, dovrà presentare due domande separate.

I documenti necessari da presentare sono:

1. domanda di iscrizione all'Albo, in bollo da € 16,00, con indicazione specifica delle materie richieste;
2. fotocopia del documento di identità e del codice fiscale;
3. curriculum vitae datato e firmato, con indicazione del proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC);

4. titoli e documenti vari atti a dimostrare la speciale competenza tecnica e l'esperienza professionale maturata, quali titoli scolastici, attestazione di terzi, perizie stragiudiziali o consulenze di parte comprovanti lo svolgimento di attività professionali di tipo valutativo, pubblicazioni.

## QUANTO COSTA?

Una marca da bollo da € 16,00 va allegata all'istanza di iscrizione. In caso di presentazione di più domande (iscrizione per procedimenti civili e penali), sarà necessario allegare il corrispettivo numero di marche da bollo.

Nel caso di accoglimento della domanda di iscrizione, è successivamente dovuto il pagamento dell'importo di € 168,00 da effettuare mediante bollettino postale sul c.c. n. 8003 intestato all'Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – tasse di concessione governative. Il mancato pagamento della tassa preclude l'effettiva iscrizione all'albo dei consulenti ai sensi dell'art. 13 del D.P.R. 26/10/1972 n. 641.

## NOTE

Non è ammessa l'iscrizione all'albo dei CTU di Tribunale diverso rispetto a quello competente del comune di residenza o del domicilio professionale.

Gli iscritti all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio del Giudice sono tenuti a comunicare tempestivamente all'ufficio competente la cessazione dell'attività professionale ed il cambiamento dell'indirizzo e del numero telefonico.

Infine, nessuno può essere iscritto in più di un Albo CTU ai sensi dell'art. 15 co. 2° delle disp. att. del c.p

# COMMENTO AL LIBRO

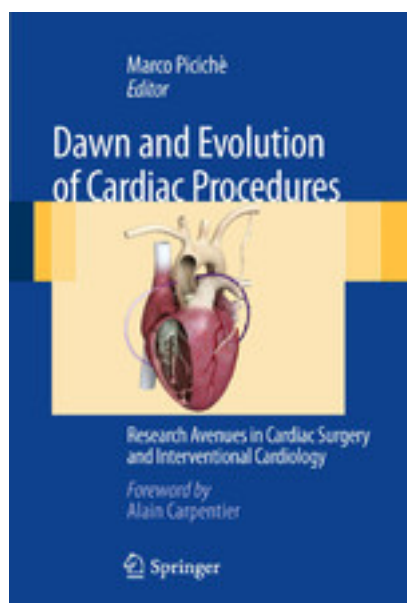
DAWN AND EVOLUTION OF CARDIAC PROCEDURES

DI MARCO PICICHÈ



FRANCESCO PAOLO TRITTO

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CASERTA



Research Avenues in Cardiac Surgery and  
Interventional Cardiology

Marco Picichè

2013, XXII, 353 p. 90 illus., 45 illus. A colori

Disponibile anche come e-book

Testo in inglese

L'autore presenta questa dedica:

*Alla nostra, sempre in crescita, Società Italiana  
di Cardiologia, con i migliori auguri di buon  
lavoro a tutti.*

Marco Picichè

Ci racconta Picichè di essersi reso conto della sua passione per la storia della cardiologia quando nel 2007, trovandosi in Francia a riunioni periodiche scientifiche in cardiologia, alla ricerca di nuovi stimoli culturali, si disse: "Perché non la storia?" E di lì nacque una passione. E aggiunge: "Considero questo libro non un mero testo di storia, ma un testo per ricercatori. All'autore di ogni capitolo fu chiesto di raccogliere scritti originali, per descrivere attuali e future ricerche cardiovascolari e una overview dettagliata degli sforzi investigativi e una comprensione dei pensieri e realizzazioni dei nostri predecessori".

Nel libro si narrano storie di uomini che a volte rasentano le leggende, ma che comunque sono stati pionieri sia della teoria che della pratica in cardiologia e in cardiologia interventistica nata più tardivamente, considerando che l'assenza di tecnologie adeguate nel '800 non permettesse l'applicazione pratica anche di idee geniali e all'avanguardia rispetto ai tempi. La prima metà del '900 serve da trampolino di lancio per la nascita della cardiologia moderna, e malgrado il triste avvento della 2° Guerra Mon-

diale in quel periodo furono portate avanti numerose scoperte nel campo della medicina e della chirurgia. Il bello è vedere come le scoperte venissero da tutto il mondo, Europa Occidentale e Russia, America, senza badare all'influenza del momento politico. Gli italiani hanno spesso dato il loro contributo: un esempio è The Italian Procedure: tra il 1939 ed il 1955 prima Freschi, poi Zoia, Cesa Braschi e Battezzati in ultimo, teorizzarono ed applicarono la legatura delle arterie mammarie, data la "inaccessibilità del cuore", per la terapia della cardiopatia ischemica. L'intervento era poco invasivo, non gravato da mortalità, con risultati che sembravano discreti. L'avvento della CEC lo mise nel dimenticatoio.

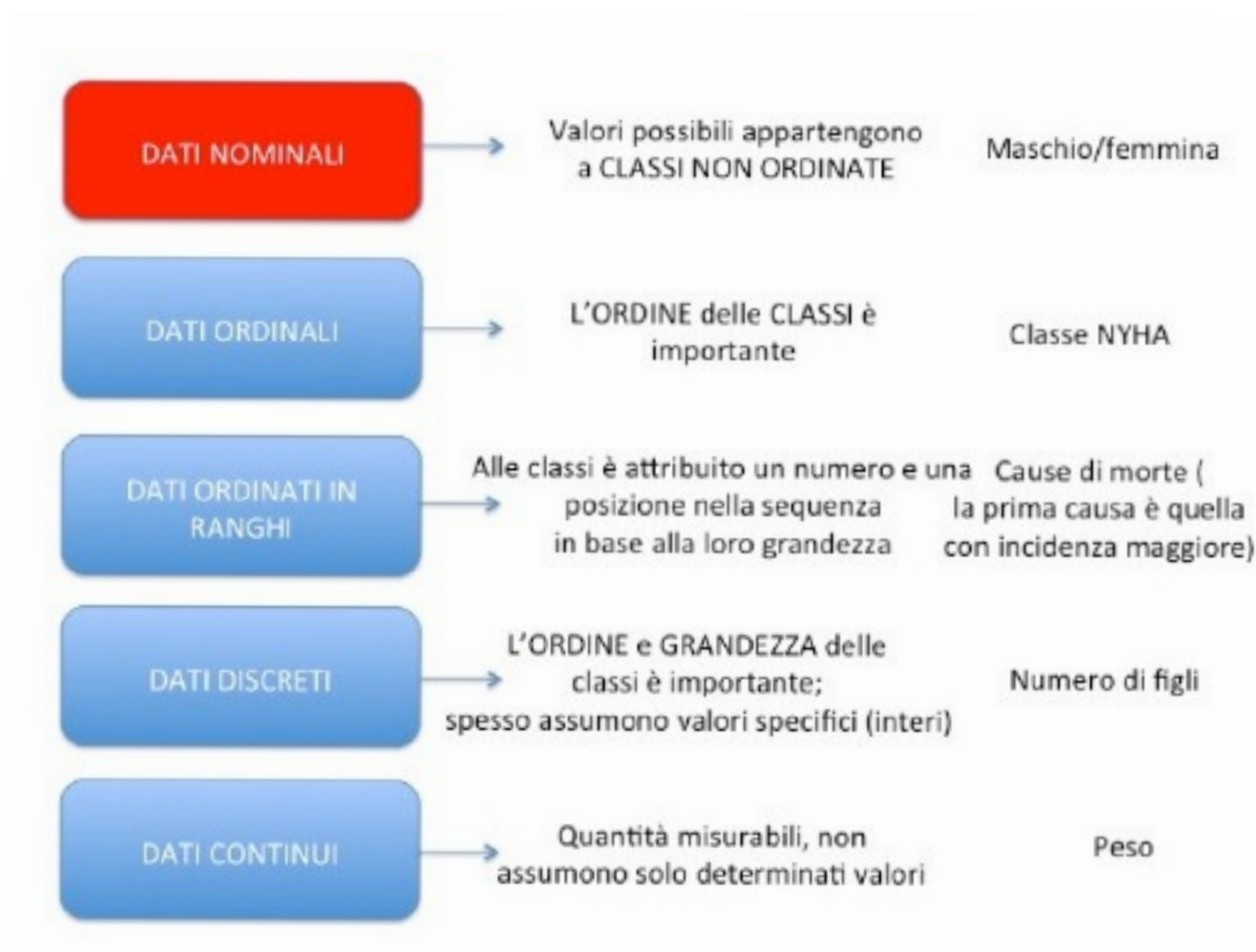
Molti gli aneddoti degli uomini descritti, di cui ne riportiamo alcuni: Horace Smithy, nato in Virginia nel 1914, studiando medicina scoprì col suo stetoscopio di avere un murmure sistolico sul proprio cuore. Dopo studi sperimentali sui cani, ottenne con successo una valvulotomia mitralica in una donna di 21 anni nel 1946. Il New York Times dell'epoca: "Nuova operazione al cuore: salva la vita di una donna attraverso un chirurgo che taglia una valvola, senza vederla!". Egli tentò di convincere Alfred Blalock ad usare la tecnica su di lui, ma a 34 anni morì per insufficienza cardiaca! Vivien Thomas, uomo di colore di origini molto semplici, collaboratore di Blalock e figura occulta ma fondamentale nella storia dello shunt sistemico-polmonare. Fu descritto come "l'uomo con le mani benedette da Dio". E poi: l'ipotermia ottenuta con immersione in acqua fredda, o chi praticò un cateterismo su se stesso! Storie di personaggi leggendari come Gibbon, Blalock, Lillehei, Kirklin, Bigelow vengono descritte, così come Sones, Seldinger, Dotter, Gruentzig (la cui cucina fu trasformata in laboratorio temporaneo) che sono stati gli inventori della

moderna cardiologia interventistica. Da sottolineare che gli eroi non sono solo i ricercatori, ma anche pazienti che si sottoponevano alle procedure!

I contributi sono di autori internazionali di grande spessore, cardiocirurghi, emodinamisti, anestesisti, perfusionisti ed ingegneri, provenienti da 22 centri e da 6 paesi e raccontano che con l'esperienza del passato e del presente si può continuare nel futuro. Tutti capitoli monotematici, con ampia ed utile bibliografia, ben equilibrati nei contenuti e nella estensione. Con introduzione e prefazione di Alain Carpenter ed Ottavio Alfieri, il libro, o testo che dir si voglia, è suddiviso in tre parti, la prima sulla ricerca in chirurgia cardiaca e cateterismo destro prima dell'avvento della CEC, la seconda sulla ricerca nell'utilizzo della macchina cuore-polmone e la terza sulla cardiocirurgia e cardiologia interventistica dopo l'avvento della CEC.

Dobbiamo ringraziare l'autore, che certamente ha fatto un grande sforzo, per darci l'occasione di approfondire argomenti che coinvolgono la nostra quotidianità, per riflettere sul passato e su come siamo arrivati ad oggi, ma guardando certamente al futuro, con le numerose tecniche e tecnologie attuali ed innovative, in via di evoluzione continua. Testo certamente utile a tutti, da leggere o consultare, dai semplici curiosi ai cultori della materia, con particolare riferimento ai giovani.





**Schema che riassume la tipologia di dati con cui si può avere a che fare**

Iniziamo ad analizzare la tipologia di dati più semplice, i dati nominali, i cui valori rientrano in categorie o classi non ordinate. Esempi? La maggior parte delle variabili presenti nella “Table1” (quella che descrive il campione) degli studi pubblicati sono nominali (sesso, comorbidità, mortalità...). Per esempio, se consideriamo la variabile “sesso”, ai maschi può essere attribuito il valore 1 ed alle femmine il valore 0, ma l'ordine e la grandezza dei numeri non hanno alcun rilievo.

Quando una variabile nominale può assumere solamente 2 valori distinti (vivo/morto) viene definita dicotomica o binaria. Ovviamente, possono esistere anche variabili nominali con più categorie (per esempio, il gruppo sanguigno).

Il primo approccio alle variabili nominali è proprio la “Table 1”. La tabella è il modo più semplice per sintetizzare i dati e permette di visualizzare caratteristiche peculiari del campione. Per esempio, permette di evidenziare se nel campione in studio una comorbidità ha una frequenza anomala.

Quale test utilizzare per confrontare due variabili nominali? Quando si lavora con dati nominali raggruppati in categorie, le frequenze possono essere raggruppate in un formato tabulare (chiamato tabella di contingenza) ed il test più noto per confrontare queste variabili è il TEST CHI-QUADRATO.

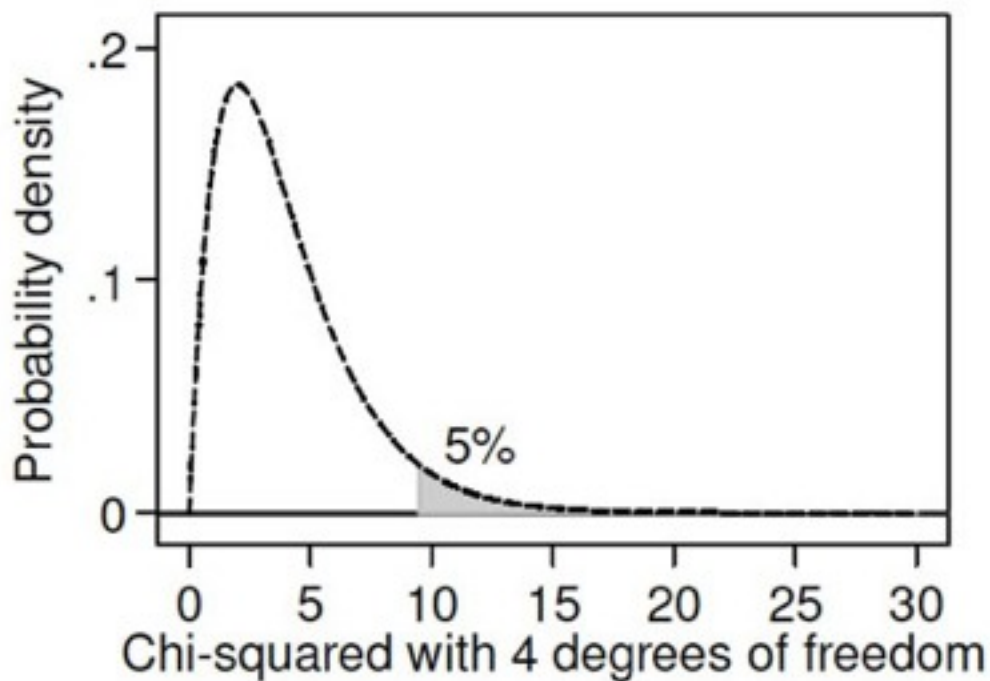
**Table 1. Baseline Statistics of the Study Population (1,758 Patients)**

Variable	Mean (%)
<b>Preoperative data and comorbidities</b>	
In-hospital mortality	25 (1.4%)
Age (years)	69.8 ± 13.2
Gender (female)	787 (45%)
Chronic pulmonary disease <sup>a</sup>	135 (8%)
Extracardiac arteriopathy <sup>a</sup>	102 (6%)
Neurologic dysfunction disease <sup>a</sup>	12 (1%)
Poor mobility <sup>a</sup>	8 (1%)
Previous cardiac surgery <sup>a</sup>	127 (7%)

**Tabella 1**

Quale test utilizzare per confrontare due variabili nominali? Quando si lavora con dati nominali raggruppati in categorie, le frequenze possono essere raggruppate in un formato tabulare (chiamato tabella di contingenza) ed il test più noto per confrontare queste variabili è il TEST CHI-QUADRATO.

**Figure 1. The Chi-squared distribution with 4 degrees of freedom, showing the upper 5% point**



## Variabili NOMINALI

Table 1. Baseline characteristics of the study population (12325 pts)

	Male	Female	p-value
Extracardiac arteriopathy	1119 (13.3%)	307 (7.9%)	
COPD	528 (6.8%)	235 (6.0%)	
Neurological Dysfunction	51 (0.6%)	30 (0.8%)	
Redo	440 (5.2%)	279 (7.2%)	

### Esempio.

Supponiamo che sia stato creato uno studio per valutare eventuali differenze di outcomes tra maschi e femmine nella chirurgia cardiaca.

Al termine della fase di raccolta, i dati vengono preliminarmente riassunti in una tabella (statistica descrittiva).

Le variabili presenti in questa tabella sono tutte variabili nominali dicotomiche indipendenti e vengono riportati come numero assoluto e frequenza:

- le colonne indicano la variabile "sesso"
- le righe riportano le comorbidità della popolazione in studio, divise per sesso (in quanto lo scopo dello studio è quello di valutare eventuali differenze tra maschi e femmine)

A una prima analisi della tabella, alcune comorbidità appaiono distribuite in maniera non omogenea nei due sessi. Per esempio, l'arteriopatia extracardiaca è maggiormente presente nei maschi (13.3% vs 7.9%; quasi il doppio) e i reinterventi sono più frequenti nelle femmine. Invece, la percentuale di pazienti con disfunzione neurologica e BPCO non sembra differente nei due sessi. A questo punto, è necessario valutare se queste differenze osservate nella tabella sono statisticamente significative. In altri termini, il valore di p del TEST CHI-QUADRATO è significativo?

Nella tabella 2x2, l'ultima riga e colonna riportano i totali parziali.



## TEST CHI-QUADRATO

Table 1. Baseline characteristics of the study population (12325 pts)

	Male	Female	p-value
Extracardiac arteriopathy	1119 (13.3%)	307 (7.9%)	?
COPD	528 (6.8%)	235 (6.0%)	?
Neurological Dysfunction	51 (0.6%)	30 (0.8%)	?
Redo	440 (5.2%)	279 (7.2%)	?

### Un cenno alla teoria

Per confrontare la relazione tra sesso e comorbidità, dobbiamo considerare la tabella come un insieme di Tabelle di contingenza, cioè di tabelle in cui le colonne rappresentano le categorie di una variabile e le righe rappresentano le categorie dell'altra variabile. Per esempio, se consideriamo l'arteriopatia extracardiaca, la prima riga della "Table 1" può essere riscritta come tabella di contingenza 2x2.

Nella tabella 2x2, l'ultima riga e colonna riportano i totali parziali.

In questo caso, si vuole vedere se esiste una associazione significativa tra sesso e arteriopatia extracardiaca nel nostro campione; in altri termini, vogliamo testare 2 ipotesi opposte:

- ipotesi nulla: la proporzione di pz con arteriopatia extracardiaca è simile (non statisticamente significativa) nei 2 sessi
- ipotesi alternativa: la proporzione di pz con arteriopatia extracardiaca è significativamente diversa nei 2 sessi

Per valutare queste due ipotesi bisogna innanzitutto calcolare le frequenze attese per ciascuna delle celle della tabella nel caso in cui l'ipotesi nulla fosse vera. In pratica,

- la proporzione totale di pz con arteriopatia viene calcolata dall'ultima colonna:  $1426/12315: 11.6\%$

Extracardiac arteriopathy	1119 (13.3%)	307 (7.9%)
COPD	528 (6.8%)	235 (6.0%)
Neurological Dysfunction	51 (0.6%)	30 (0.8%)
Redo	440 (5.2%)	279 (7.2%)
.....	.....	.....

## Tabella 2x2

		SESSO		Tot.
		Maschi	Femmine	
Arteriopatia extracardiaca	Si	1119	307	1426
	No	7321	3578	10899
	Tot.	8440	3885	12325

Nella tabella 2x2, l'ultima riga e colonna riportano i totali parziali.

In questo caso, si vuole vedere se esiste una associazione significativa tra sesso e arteriopatia extracardiaca nel nostro campione; in altri termini, vogliamo testare 2 ipotesi opposte:

- a) ipotesi nulla: la proporzione di pz con arteriopatia extracardiaca è simile (non statisticamente significativa) nei 2 sessi
- b) ipotesi alternativa: la proporzione di pz con arteriopatia extracardiaca è significativamente diversa nei 2 sessi

Per valutare queste due ipotesi bisogna innanzitutto calcolare le frequenze attese per ciascuna delle celle della tabella nel caso in cui l'ipotesi nulla fosse vera. In pratica,

- la proporzione totale di pz con arteriopatia viene calcolata dall'ultima colonna:  $1426/12315: 11.6\%$
- se l'ipotesi nulla è vera, la proporzione di arteriopatie extracardiaca nei due sessi è uguale e coincide proprio con quella del gruppo totale (11.6%)
- quindi, ci aspettiamo che l'11.6% degli 8440 maschi nel gruppo abbiano arteriopatia extracardiaca (valore atteso) = 976,5 (vs 1119 osservati)
- e ci aspettiamo che l'11.6% delle 3885 femmine abbiano arteriopatia extracardiaca (valore atteso) = 449,5 (vs (307 osservati)

nello stesso modo calcolo anche i valori attesi nelle celle mancanti

	Maschi	Femmine	Tot.
<b>Arteriopatia extracardiaca</b> Sì	1119 976,5	307 449,5	1426
No	7321 7463,5	3578 3435,5	10899
Tot.	8440	3885	12325

**PZ con arteriopatia nel gruppo:  $1426/12325 = 11.6\%$**

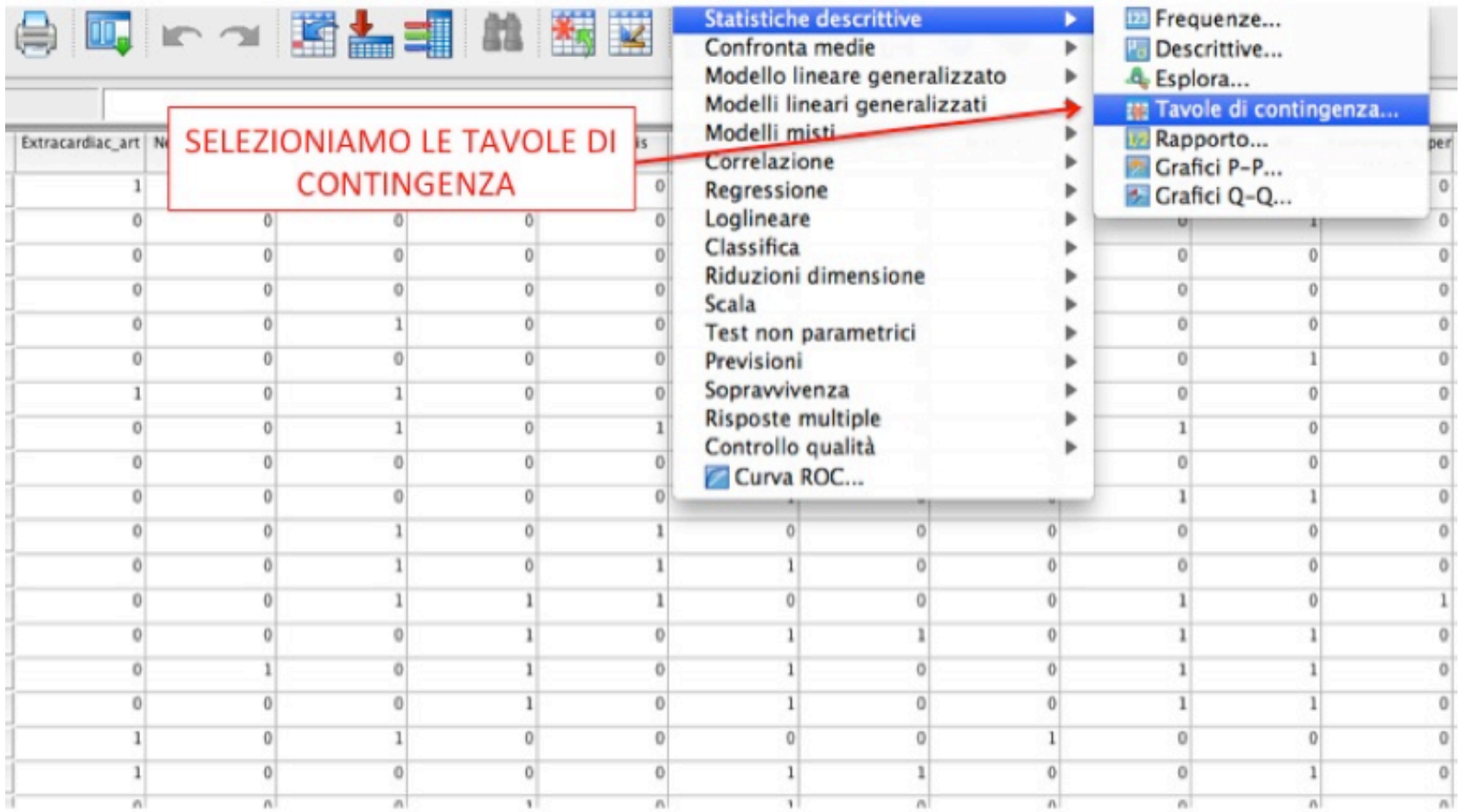
**Pz senza arteriopatia:  $10899/12325 = 88.4\%$**

**Ipotesi NULLA: Maschi e Femmine hanno la STESSA PROPORZIONE di Arteriopatia extrac.**

Proporzione di maschi con arteriop. Attesa: 11.6% quindi  $0.116 * 8440 = 976,5$

Proporzione di femmine con arteriop. Attesa: 11.6% quindi  $0.116 * 3885 = 449,5$

Il test CHI-QUADRATO confronta le frequenze osservate in ciascuna cella della tabella 2x2 con le frequenze attese (se l'ipotesi nulla fosse vera, cioè che non c'è differenza tra maschi e femmine) e calcola il valore di p corrispondente.



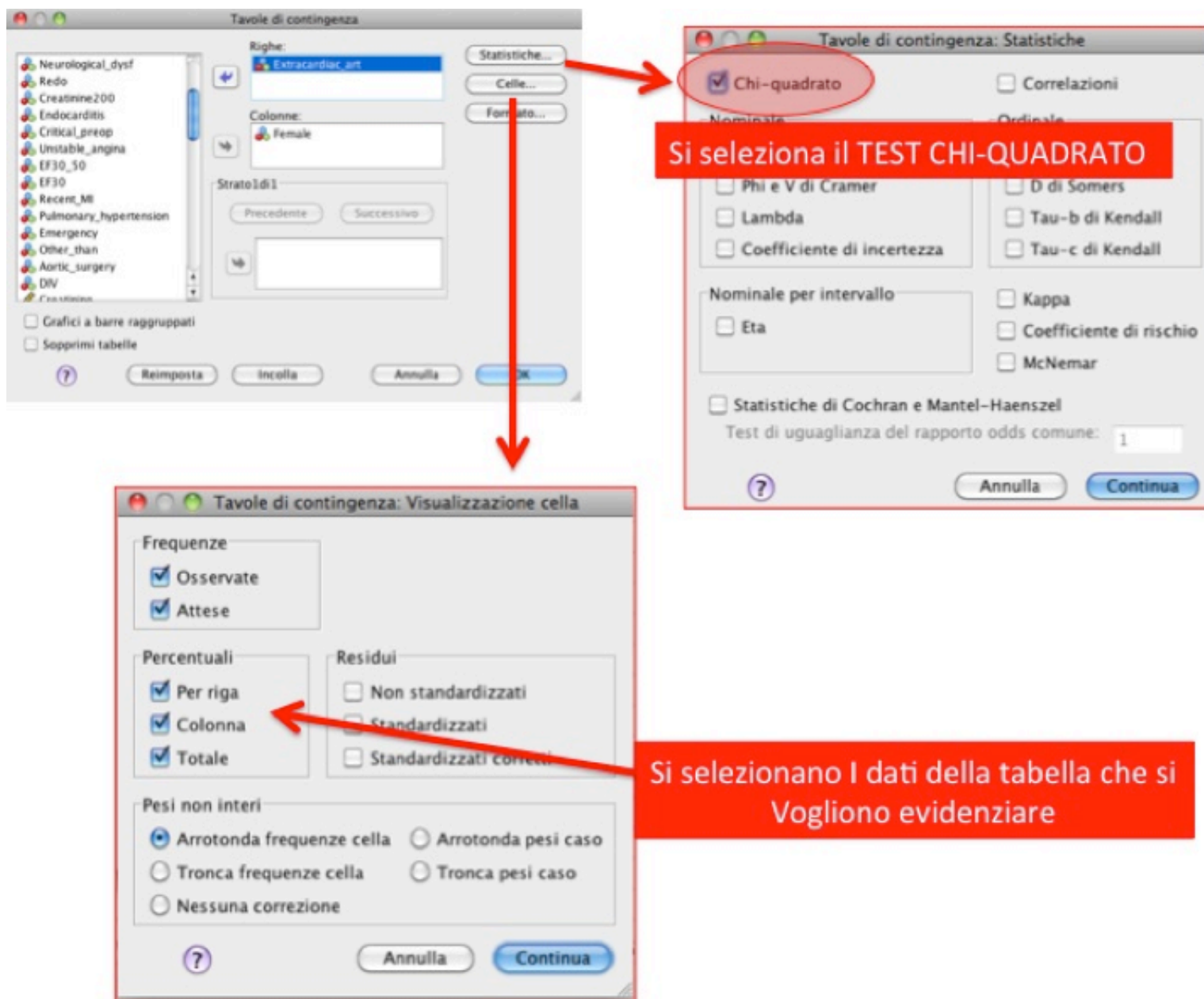
### Calcolo del TEST CHI-QUADRATO con il software

La schermata che compare permette di selezionare le variabili da inserire come righe e colonne. Nel nostro caso, la variabile dicotomica “sesso” è inserita nelle colonne, mentre la variabile “arteriopatia extracardiaca” è inserita nelle righe.

**VARIABILE SELEZIONATA NELLE RIGHE**

**VARIABILE SELEZIONATA NELLE COLONNE**

		SESSO		
		Maschi	Femmine	Tot.
Arteriopatia extracardiaca	Si	1119	307	1426
	No	7321	3578	10899
Tot.		8440	3885	12325



Nella schermata è possibile accedere a due principali tipologie di opzioni:

- 1) la scelta del test di confronto (nel nostro caso essendo 2 variabili nominali dicotomiche indipendenti, selezioniamo il test Chi-quadrato)
- 2) la scelta dei valori della tabella di contingenza da riportare

### Riepilogo dei casi

	Casi					
	Validi		Mancanti		Totale	
	N	Percentuale	N	Percentuale	N	Percentuale
Extracardiac_art * Female	12325	100,0%	0	,0%	12325	100,0%

Tavola di contingenza Extracardiac\_art \* Female

		Female		Totale
		0	1	
Extracardiac_art 0	Conteggio	7321	3578	10899
	Conteggio atteso	7463,5	3435,5	10899,0
	% entro Extracardiac_art	67,2%	32,8%	100,0%
	% entro Female	86,7%	92,1%	88,4%
	% del totale	59,4%	29,0%	88,4%
1	Conteggio	1119	307	1426
	Conteggio atteso	976,5	449,5	1426,0
	% entro Extracardiac_art	78,5%	21,5%	100,0%
	% entro Female	13,3%	7,9%	11,6%
	% del totale	9,1%	2,5%	11,6%
Totale	Conteggio	8440	3885	12325
	Conteggio atteso	8440,0	3885,0	12325,0
	% entro Extracardiac_art	68,5%	31,5%	100,0%
	% entro Female	100,0%	100,0%	100,0%
	% del totale	68,5%	31,5%	100,0%

**VALORI ATTESI** (indicated by red arrows pointing to the expected counts in the contingency table)

**VALORI OSSERVATI** (indicated by blue arrows pointing to the observed counts in the contingency table)

a) La tabella di contingenza presenta i dati scelti (quindi i valori attesi, osservati e tutte le percentuali)

**Test Chi-quadrato più conosciuto**

**Test Chi-quadrato corretto per tabelle 2x2**

**Chi-quadrato**

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
1) Chi-quadrato di Pearson	74,595 <sup>a</sup>	1	,000		
2) Correzione di continuità <sup>b</sup>	74,073	1	,000		
3) Rapporto di verosimiglianza	79,303	1	,000		
4) Test esatto di Fisher				,000	,000
5) Associazione lineare-lineare	74,589	1	,000		
N. di casi validi	12325				

a. 0 celle (,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 449,49.

b. Calcolato solo per una tabella 2x2

**Variante del Test Chi-quadrato**

**Test per valori attesi <5**

Il test di confronto scelto (il Chi-quadrato) presenta 5 diverse varianti:

- 1) Chi-quadrato di Pearson: è il test Chi-quadrato più noto ed utilizzato
- 2) Correzione di continuità: è sempre il Chi-quadrato di Pearson con una correzione (di Yates) per tabelle 2x2
- 3) Rapporto di verosimiglianza: è un test Chi-quadrato alternativo
- 4) Test esatto di Fisher: è un'alternativa al Chi-quadrato quando almeno 1 cella ha un valore atteso inferiore a 5. In questi casi il Chi-quadrato è impreciso.
- 5) E' un test di trend per tabelle maggiori di 2x2

La tabella dei risultati presenta alcune colonne:

- colonna 1 con il nome del test
- colonna 2 con il valore del test
- colonna 3 con i gradi di libertà del test
- colonna 4-6: i valori di p associati al test

Extracardiac arteriopathy	1119 (13.3%)	307 (7.9%)
COPD	528 (6.8%)	235 (6.0%)
Neurological Dysfunction	51 (0.6%)	30 (0.8%)
Redo	440 (5.2%)	279 (7.2%)
.....	.....	.....

## Tabella 2x2

		SESSO		Tot.
		Maschi	Femmine	
Arteriopatia extracardiaca	Si	1119	307	1426
	No	7321	3578	10899
	Tot.	8440	3885	12325

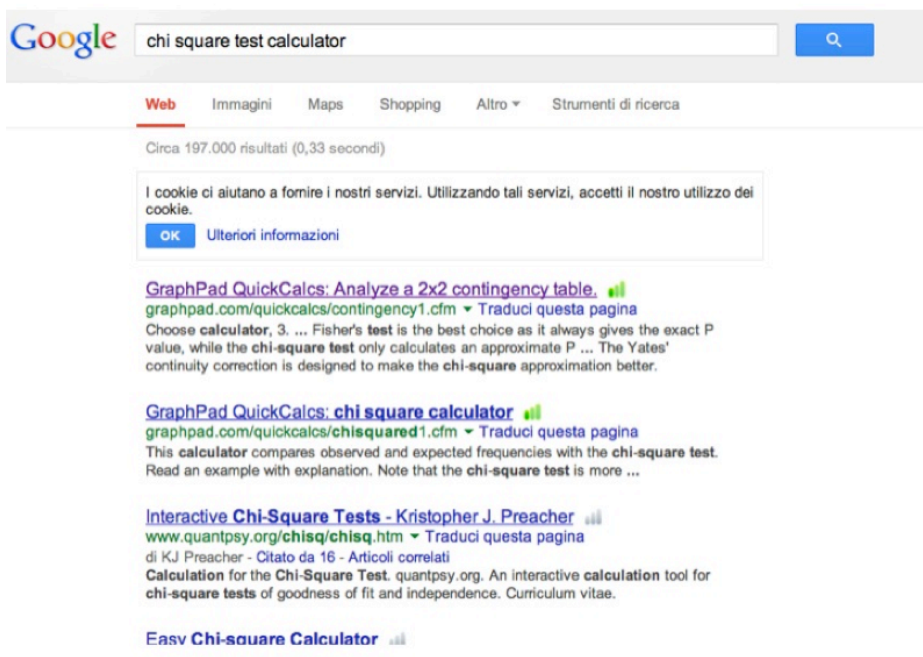
Note: 
 

- 1119 (13.3%) and 307 (7.9%) from the top table are highlighted in red and point to the 'Si' row in the 2x2 table.
- Labels on the right: 'Totale Arteriopatia Si' points to the 'Si' row total (1426); 'NO Arteriop.' points to the 'No' row total (10899).
- Labels at the bottom: 'Totale Maschi' points to the 'Maschi' column total (8440); 'Totale Femmine' points to the 'Femmine' column total (3885); 'TOTALE PAZIENTI' points to the overall total (12325).

Ricalcolare il Chi-quadrato partendo dalle tabelle.

Il calcolo del test Chi-quadrato non necessita la disponibilità di tutto il dataset. Può essere replicato avendo a disposizione la tabella di contingenza. Riprendendo l'esempio, riconsideriamo la tabella iniziale (foto qui sopra).

Partendo dai dati a disposizione (numero e % di maschi e femmine con arteriopatia extracardiaca) è possibile calcolare tutte le celle della tabella di contingenza. Una volta ottenuta la tabella di contingenza, è possibile cercare sul web un calcolatore gratuito per il test Chi-quadrato





# QuickCalcs

1. [Select category](#)    2. [Choose calculator](#)    3. **Enter data**    4. [View results](#)

## Analyze a 2x2 contingency table

### Enter your data

Enter the number of subjects actually observed. Don't enter proportions, percentages or means.

[Learn how to create a contingency table.](#)

	Outcome 1	Outcome 2
Group 1		
Group 2		

### Which test

There are three ways to compute a P value from a contingency table. Fisher's test is the best choice as it always gives the exact P value, while the chi-square test only calculates an approximate P value. Only choose chi-square if someone requires you to. The Yates' continuity correction is designed to make the chi-square approximation better. With large sample sizes, the Yates' correction makes little difference. With small sample sizes, chi-square is not accurate, with or without the correction.

Inseriamo i valori ricavati dalla tabella nel programma e scegliamo il test Chi-quadrato appropriato.

Enter the number of subjects actually observed. Don't enter proportions, percentages or means.

[Learn how to create a contingency table.](#)

	Maschi	Femine
Arteriop SI	1119	307
Arteriop NO	7321	3578

Quindi calcoliamo il test

### Which test

There are three ways to compute a P value from a contingency table. Fisher's test is the best choice as it always gives the exact P value, while the chi-square test only calculates an approximate P value. Only choose chi-square if someone requires you to. The Yates' continuity correction is designed to make the chi-square approximation better. With large sample sizes, the Yates' correction makes little difference. With small sample sizes, chi-square is not accurate, with or without the correction.

- Fisher's exact test (recommended)
- Chi-square with Yates' correction
- Chi-square without Yates' correction

A P value can be calculated with either one or two tails. We suggest always using two-tailed (also called two-sided) P values. [Read more about P values.](#)

- Two-tailed (recommended)
- One-tailed

Calculate

# QuickCalcs

[1. Select category](#)
[2. Choose calculator](#)
[3. Enter data](#)
**4. View results**

## Analyze a 2x2 contingency table

	Maschi	Femine	Total
Arteriop SI	1119	307	1426
Arteriop NO	7321	3578	10899
Total	8440	3885	12325

### Chi-square without Yates correction

Chi squared equals 74.595 with 1 degrees of freedom.

The two-tailed P value is less than 0.0001

The association between rows (groups) and columns (outcomes) is considered to be extremely statistically significant.

[Learn how to interpret the P value.](#)

In questo modo, ho ottenuto lo stesso risultato del test effettuato sul dataset completo.

# UNA STORIA SENZA FINE!



CARLO DE VINCENTIIS

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



MARCO ZANOBINI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO,  
MILANO*

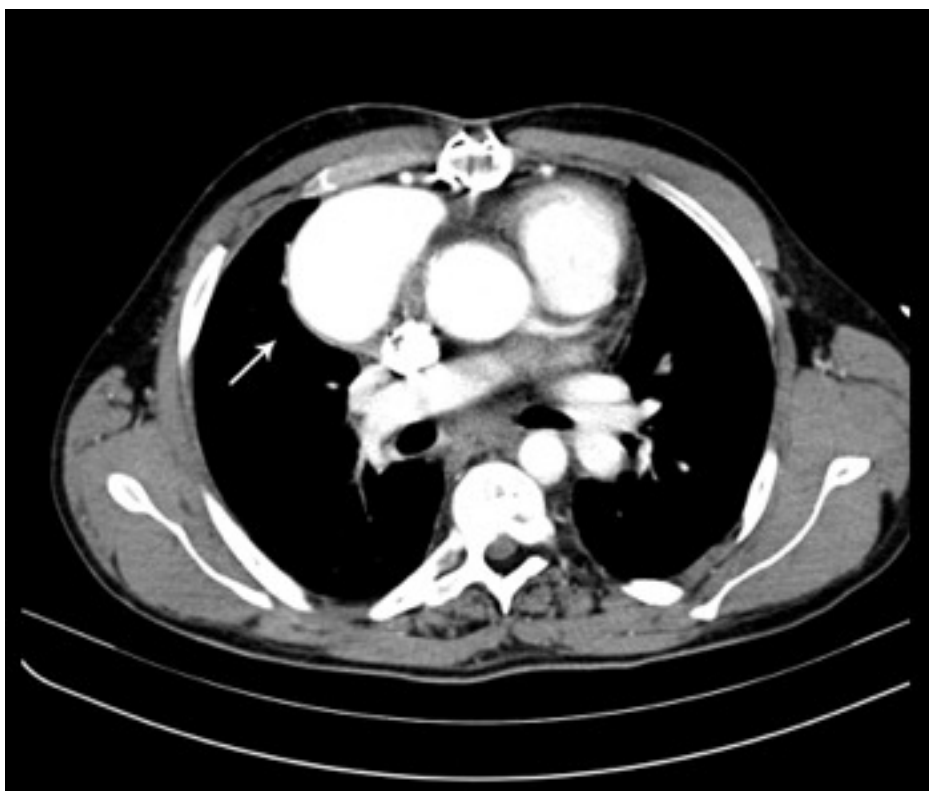


Ragazzo di 24 anni affetto da diplegia spastica, sottoposto a giugno 2007 (all'età di 18 anni !) ad intervento di inserimento di pompa per infusione intramidollare per il controllo della rigidità muscolare. Durante tale ricovero in seguito ad una crisi ipertensiva venivano effettuati alcuni accertamenti cardiologici che evidenziavano coartazione aortica istmica, prollasso mitralico ,con associata insufficienza moderata, e insufficienza aortica moderata su valvola aortica bicuspide. L'angio RMN confermava la presenza della coartazione aortica di grado severo, per cui il paziente veniva sottoposto a cateterismo cardiaco interventistico durante il quale veniva posizionato uno stent (I procedura) , con un lieve gradiente residuo di 15 mmHg al termine della procedura. Dopo circa 5 mesi, in seguito al riscontro di progressiva dilatazione ventricolare sinistra e di ricoartazione, si decideva di effettuare nuovo cateterismo cardiaco con ridilatazione dello stent istmico (II procedura). Nell'ambito dello stesso ricovero veniva rivalutata l'insufficienza valvolare aortica adesso di entità severa e evoluzione dell'insufficienza mitralica a moderata-severa con diametri ventricolari al di sopra

dei limiti maggiori. Pertanto a settembre 2007 il paziente veniva sottoposto ad intervento cardiocirurgico (I intervento) di sostituzione valvolare aortica mediante protesi meccanica e anuloplastica mitralica con emianello e plicatura commissurale. Il decorso postoperatorio fu privo di complicanze maggiori con relativo benessere fino a dicembre 2008. In tale data il paziente veniva nuovamente ricoverato in seguito a grave pancitopenia e febbre elevata. In tale occasione la diagnosi fu di sospetta endocardite su valvola mitrale, senza vizi associati, (emocolture positive per capnocytophaga) trattata, apparentemente con efficacia, con terapia antibiotica. Nel maggio 2009 in considerazione della ricomparsa di febbre e di anemia emolitica si ripeteva esame ecocardiografico che evidenziava insufficienza mitralica moderato-severa da perforazione del lembo anteriore e vegetazione ad esso adesa. Si decideva di sottoporre il paziente a nuovo intervento per sostituzione mitralica (II intervento) mediante protesi meccanica ed esplorazione della protesi aortica che risultava esente da processi infettivi in atto. Il decorso postoperatorio fu caratterizzato da persistenza della febbre

con emocolture inizialmente positive per stafilococco epidermidis, successivamente negativizzate con trattamento antibiotico. Per indagare la natura della febbre veniva eseguita una scintigrafia con leucociti marcati che mostrava un accumulo patologico di radiofarmaco in corrispondenza del tratto distale dell'arco aortico, in prossimità dell'istmo, e veniva instaurata nuova terapia antibiotica. A marzo 2010 eseguiva un'ulteriore scintigrafia con leucociti marcati che evidenziava una netta riduzione della captazione a livello istmico. Per circa un anno il paziente si è mantenuto in condizioni generali discrete. Ad aprile 2011 ulteriore ricovero per il ripresentarsi di febbre e positività alle emocolture per mycobacterium avium complex (intracellulare) sensibile alla claritromicina. All'esame ecocardiografico transesofageo si riscontrava la presenza di leak paraproteico mitralico in sede posteriore di entità moderata con sospetto di vegetazione endocarditica associata. In considerazione del quadro clinico in progressivo peggioramento e della mancata risposta alla terapia antibiotica si decideva di sottoporre il ragazzo a nuovo intervento chirurgico (III Intervento) di risostituzione protesica mitralica per distacco su base endocarditica. Il decorso postoperatorio immediato è stato complicato da arresto cardiovascolare in concomitanza di tamponamento cardiaco dovuto a lacerazione della parete dell'aorta ascendente, in corrispondenza della borsa per la cardioplegia, che veniva suturata in emergenza durante massaggio cardiaco interno. Il paziente veniva dimesso ad Agosto 2011 in terapia antimicobatterica e antibiotica. Successivamente venivano eseguiti controlli regolari che mostravano ripresa del tono muscolare e della deambulazione con supporto, senza segni di riacutizzazione infettiva. Ad aprile 2013 ricomparsa in pieno benessere di importanti pun-

tate febbrili. L'emocromo mostrava leucopenia e piastrinopenia lieve. All'ecocardiogramma transtoracico le protesi erano ben funzionanti senza leak paravalvolari ma a livello dell'aorta ascendente si visualizzava un piccolo tramite con shunt ad alta velocità a configurare verosimile ampio pseudoaneurisma di parete, successivamente confermato alla TC del torace. Infatti si riscontrava la presenza di voluminoso spandimento emorragico saccato di natura ematica in sede mediastinica anteriore della lunghezza di circa 7 cm.

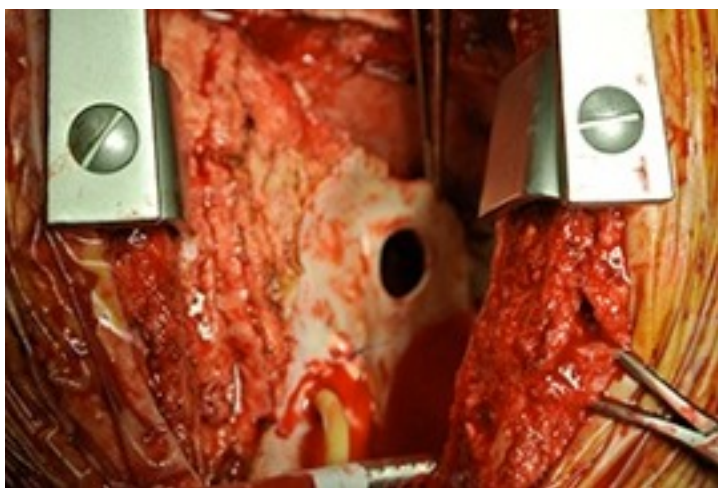


Pertanto si decideva di sottoporre il paziente ad ennesimo intervento chirurgico ( IV Intervento). Poiché lo pseudoaneurisma appariva adeso alla faccia posteriore dello sterno si optava per instaurare la circolazione extracorporea cannulando l'arteria succlavia destra e la vena femorale sinistra. La temperatura sistemica veniva ridotta a 27°C, si effettuava la riapertura in arresto di circolo perché inevitabilmente con la risternotomia veniva aperta



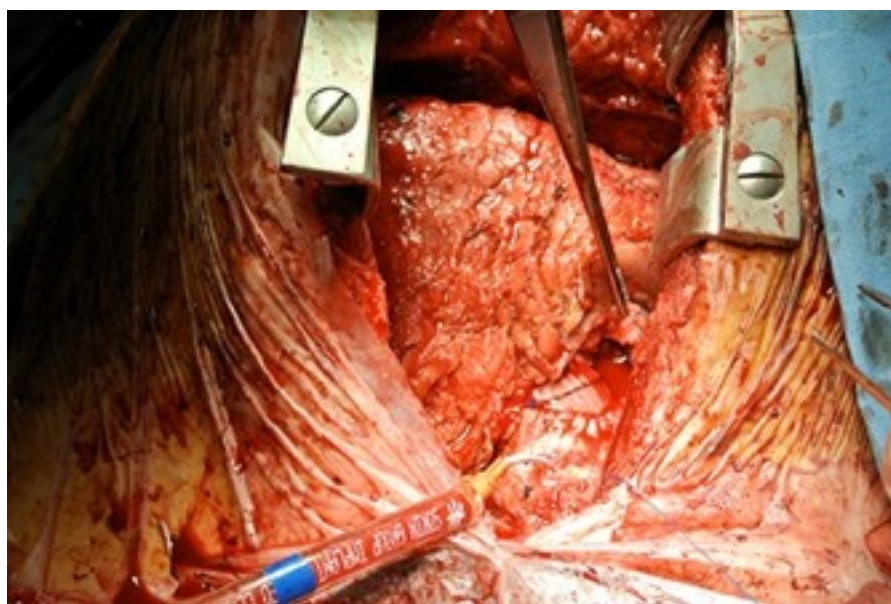
anche la sacca aneurismatica. Effettuata la stereotomia fu possibile reperire un foro nella parete aortica, origine del falso aneurisma, e introdurre così un foley che consentiva di gestire il sanguinamento e procedere con il parziale isolamento delle strutture cardiache.

La sacca aneurismatica aveva anche una comunicazione con l'atrio de-

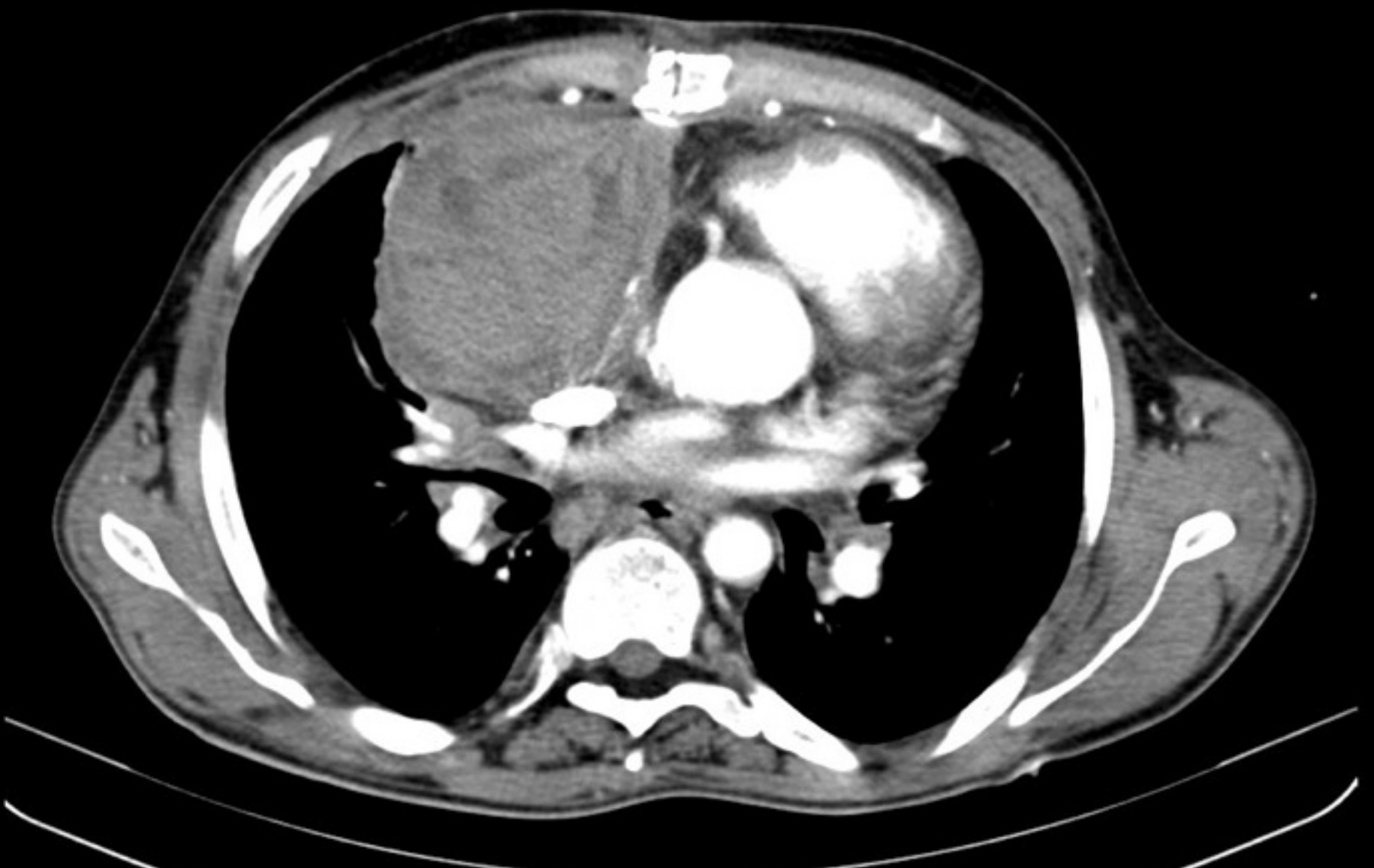


stro con una fistola "aorto-atriale", che fu chiusa con una sutura in prolene 4-0.

Si eseguiva, non senza difficoltà, l'isolamento dell'aorta distale per il clampaggio, la ripresa della perfusione sistemica e la infusione di cardioplegia che veniva effettuata direttamente negli osti coronarici. L'aorta presentava una zona di assottigliamento in corrispondenza della parete anteriore. L'iniziale idea di sostituire l'aorta ascendente fu abbandonata per le serrate aderenze presenti, per cui si optò per l'asportazione di una losanga di parete aortica (corrispondente alla zona slaminata) e l'applicazione di un patch di dacron suturato con una continua in prolene 4-0 rinforzata con teflon



Il decorso postoperatorio è stato caratterizzato da febbre intermittente e piccola deiscenza della ferita sternale al terzo prossimale che veniva medicata quotidianamente. Dopo circa 3 settimane durante la medicazione si verificava importante fuoriuscita di sangue dal tramite cutaneo che veniva tamponato con difficoltà al letto del paziente. Si eseguiva, in urgenza, TC torace che mostrava nuovamente enorme raccolta ematica in sede retrosternale di circa 8 cm riferibile a nuovo pseudoaneurisma ad origine dall'aorta ascendente. In tale contesto si considerava nuovo intervento (V Intervento). Seguendo la stessa procedura di preparazione alla CEC effettuata nell'ultimo intervento fu eseguita nuova stereotomia in arresto di circo-



lo. In questa occasione l'origine del falso aneurisma era correlata a una lacerazione parcellare della sutura del patch precedentemente utilizzato. Anche in questa occasione le importanti aderenze, la mancanza di piani di clivaggio e la fragilità dei tessuti non permettevano un intervento più radicale, quale la sostituzione in toto dell'aorta, per cui l'intervento si "limitò" alla sostituzione del patch con uno più ampio cercando di ancorarlo in una zona dell'aorta più "solida"!!!

Malgrado non vi fossero in loco evidenze di infezione, il paziente continuò a presentare stato febbrile con emocolture positive per molteplici ceppi batterici.

Dopo circa due settimane, l'insorgenza di infezione della ferita sternale, condusse ad una nuova TC torace che mostrava la cavità residua del falso aneurisma riempita di materiale di probabile origine ascessuale in assenza di spandimenti emorragici.

In tale occasione fu eseguita nuova sternotomia (VI Intervento) svuotamento della cavità (assenza di deiscenza del patch) e posizionamento di drenaggi con lavaggio continuo di soluzione betadine, lasciato in sede per circa tre settimane, fino ad apparente sterilizzazione del liquido drenante.

Purtroppo, malgrado la apparente momentanea risoluzione delle problematiche chirurgiche, la incertezza del controllo dell'infezione sistemica induce a pensare che questa triste "storia" non sia definitivamente risolta.

TO BE CONTINUED.....

# ITALIAN LITERATURE WATCH

GIUGNO-SETTEMBRE 2013



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



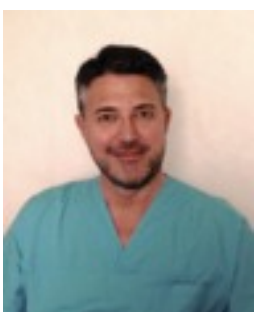
ANTONIO RUBINO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI CATANIA*



GIOVANNI MARISCALCO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ INSUBRIA DI VARESE*



FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



## The Annals of Thoracic Surgery

1. Santarpino G, Pfeiffer S, Concistré G, Grossmann I, Hinzmam M, and Fischlein T. The Perceval S Aortic Valve Has the Potential of Shortening Surgical Time: Does It Also Result in Improved Outcome? Ann Thorac Surg 2013;96:72-76.

2. Mehta RH, Castelvechio S, Ballotta A, Frigiola A, Bossone E, and Ranucci M. Association of Gender and Lowest Hematocrit on Cardiopulmonary Bypass With Acute Kidney Injury and Operative Mortality in Patients Undergoing Cardiac Surgery Ann Thorac Surg 2013;96:133-140.

3. Guerrieri Wolf L, Scaffa R, Maselli D, Weltert L, Nardella S, Di Roma M, De Paulis R, and Tomai F. Intraaortic Migration of an Epicardial Pacing Wire: Percutaneous Extraction. Ann Thorac Surg 2013;96:e-7-e8

4. Ranucci M, Baryshnikova E, Castelvechio S, and Pelissero G, Surgical and Clinical Outcome Research (SCORE) Group. Major Bleeding, Transfusions, and Anemia: The Deadly Triad of Cardiac Surgery. Ann Thorac Surg 2013;96:478-485.

5. Jiritano F, Serraino GF, Rossi M, Dominijanni A, Brescia A, and Renzulli A. Ventricular Assist Device Driveline Infection: Treatment With Platelet-Rich Plasma Ann Thorac Surg 2013;96:e37-e38.

6. Bianchi G, Ferrarini M, Matteucci M, Monteleone A, Aquaro GD, Passino C, Pucci A, and Glauber M. Giant Solitary Fibrous Tumor of the Epicardium Causing Reversible Heart Failure Ann Thorac Surg 2013;96:e49-e51.





7.Federici D, Vavassori A, Mantovani L, Cattaneo S, Ciuffreda M, Seddio F, Galletti L.Complete rightward cardiac luxation caused due to left tension pneumothorax. *Ann Thorac Surg*. 2013;96:693-4

8.Gerosa G, Gallo M, Tarzia V, Di Gregorio G, Zanella F, and Bottio T. Less Invasive Surgical and Perfusion Technique for Implantation of the Jarvik 2000 Left Ventricular Assist Device *Ann Thorac Surg* 2013;96:712-714.

### **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**

1.Bonacchi M, Spina R, Torracchi L, Harmelin G, Sani G, Peris A.Extracorporeal life support in patients with severe trauma: an advanced treatment strategy for refractory clinical settings. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2013;145:1617-26.

2.Jiritano F, Serraino GF, Cristodoro L, Renzulli A..Ventricular assist device abdominal driveline infection: treatment with platelet-rich plasma.*J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;145:e69-70.

3.La Meir M, Gelsomino S, Lucà F, Pison L, Rao CM, Wellens F, Maessen JG. Improvement of left atrial function and left atrial reverse remodeling after minimally invasive radiofrequency ablation evaluated by 2-dimensional speckle tracking echocardiography. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;146:72-7.

4.Gelipi G, Romagnoni C, Danna P, Antona C. Sheathless transcatheter self-expanding aortic valve implantation: an alternative approach to re-

duce vascular complications. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;146:240-2.

5.Gerosa G, D'Onofrio A, Tessari C, Pittarello D, Rubino M, Colli A.

Open transcatheter tricuspid balloon expandable valve-in-valve implantation for failed bioprosthesis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;146:e3-5.

6.Murzi M, Farneti PA, Tognarelli A, Glauber M. Transcarotid endoaortic balloon occlusion of the stent graft during reintervention on the thoracoabdominal aorta after thoracic endovascular aortic repair.. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;146:481-2.

### **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**

1.Murzi M, Cerillo AG, Miceli A, Bevilacqua S, Kallushi E, Farneti P, Solinas M, Glauber M. Antegrade and retrograde arterial perfusion strategy in minimally invasive mitral-valve surgery: a propensity score analysis on 1280 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:e167-e172

2.De Bonis M, Lapenna E, Buzzatti N, Taramasso M, Calabrese MC, Nisi T, Pappalardo F, Alfieri O. Can the edge-to-edge technique provide durable results when used to rescue patients with suboptimal conventional mitral repair? *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:e173-e179

3.Balistreri CR, Pisano C, Candore G, Maresi E, Codispoti M, Ruvolo G.Focus on the unique mechanisms involved in thoracic aortic aneurysm formation in bicuspid aortic valve versus tricuspid aortic valve patients: clinical implications of

a pilot study. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:e180-e186

4.Lentini S, Specchia L, Gregorini R. Aortic valve surgery and an anomalous origin of the intramural right coronary artery from the ascending aorta *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:e199

5.Totaro P, Zattera GF. Repair versus replacement of the aortic valve for the treatment of active infective endocarditis: is Sorin Solo the aortic bioprosthesis Columbus's egg? *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:1276

6.Parolari A, Tremoli E, Songia P, Piloizzi A, Di Bartolomeo R, Alamanni F, Mestres CA, Pacini D. Biological features of thoracic aortic diseases. Where are we now, where are we heading to: established and emerging biomarkers and molecular pathways. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:9-23

7.De Bonis M, Lapenna E, Giacomini A, Alfieri O. Editorial Comment: Secondary mitral regurgitation in patients undergoing aortic valve replacement. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:40-41

8.Pace Napoleone C, Gargiulo G. Do not throw away anything from the pig. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2013;44:77-8.

9.Fortuna D, Nicolini F, Guastaroba P, De Palma R, Di Bartolomeo S, Saia F, Pacini D, Grilli R on behalf of RERIC (Regional Registry of Cardiac Surgery), and REAL (Regional Registry of Coronary Angioplasties) Investigators

Editor's choice: Coronary artery bypass grafting vs percutaneous coronary intervention in a 'real-world' setting: a comparative effectiveness study based on propensity score-matched cohorts *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44: e16-e24

10.Flécher E, Fouquet O, Ruggieri VG, Chabanne C, Lelong B, Leguerrier A. Heterotopic heart transplantation: where do we stand? *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:201-206

11.Barbone A, Pini D, Rega F, Ornaghi D, Vitali E, Meyns B. Circulatory support in elderly chronic heart failure patients using the CircuLite® Synergy® system *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:207-212

12.Repossini A, Tespili M, Saino A, Kotelnikov I, Moggi A, Di Bacco L, Muneretto C. Hybrid revascularization in multivessel coronary artery disease. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44:288-294

13.Galeone A, Brunetti G, Rotunno C, Oranger A, Colucci S, de Luca Tupputi Schinosa L, Zallone A, Grano M, Paparella D. Activation of the receptor activator of the nuclear factor- $\kappa$ B ligand pathway during coronary bypass surgery: comparison between on- and off-pump coronary artery bypass surgery procedures. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44: e141-e147

14.Tozzi P, Locca D, Gronchi F, Hayoz D, Ferrari E, von Segesser LK, Hullin R. Active mitral ring for post-surgical remote correction of residual mitral regurgitation on the beating heart. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44: 370-374

15.Actis Dato GM, Maiello A, Ravenni G, Casabona R. Complex pectus excavatum in adults: which is the best solution? *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44: 393

16.Puma F, Vannucci J, Santoprete S. Reply to Actis Dato et al. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;44: 393-394

## **Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery**

1. Perri G, Filippelli S, Polito A, Di Carlo D, Albanese SB, Carotti A. Repair of incompetent truncal valves: early and mid-term results. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;16:808-813

2. Di Donato RM, Gandolfo F, Affinito V, Brancaccio G. Managing the posterior coronary loop in the arterial switch operation: the 'inverse flap' technique *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;16:895-896

3. Weltert L, de Tullio MD, Afferrante L, Salica A, Scaffa R, Maselli D, Verzicco R, De Paulis R. Annular dilatation and loss of sino-tubular junction in aneurysmatic aorta: implications on leaflet quality at the time of surgery. A finite element study

*Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17: 8-12

4. Ravenni G, Actis Dato GM, Zingarelli E, Flocco R, Casabona R. Nuss procedure in adult pectus excavatum: a simple artifice to reduce sternal tension *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:23-2

5. Bruschi G, De Marco F, Barosi A, Colombo P, Botta L, Nonini S, Martinelli L, Klugmann S. Self-expandable transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis after mitral valve surgery *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:90-95

6. Gandolfo F, Filippelli S, Cetrano E, Carotti A.

Managing major vessel injuries with a Fogarty catheter during chest re-opening in children *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:216-217

7. Gandolfo F. eReply. Re: Efforts to further enhance the safety of sternal re-opening in the paediatric age group *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:218

8. Mannacio V, Antignano A, De Amicis V, Di Tommaso L, Giordano R, Iannelli G, Vosa C. B-type natriuretic peptide as a biochemical marker of left ventricular diastolic function: assessment in asymptomatic patients 1 year after valve replacement for aortic stenosis *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:371-377

9. Gandolfo F, Albanese SB, Secinaro ADM, Carotti A. One-stage repair of aberrant left brachiocephalic artery and coarctation of the aorta in right aortic arch *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2013;17:444-446

## **Journal of the American College of Cardiology**

1. Mylotte D, Osnabrugge RL, Windecker S, Lefèvre T, de Jaegere P, Jeger R, Wenaweser P, Maisano F, Moat N, Søndergaard L, Bosmans J, Teles RC, Martucci G, Manoharan G, Garcia E, Van Mieghem NM, Kappetein AP, Serruys PW, Lange R, Piazza N. Transcatheter aortic valve replacement in Europe: adoption trends and factors influencing device utilization. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:210-9

## **JACC Cardiovascular Interventions**

1.Fattori R, Montgomery D, Lovato L, Kische S, Di Eusanio M, Ince H, Eagle KA, Isselbacher EM, Nienaber CA. Survival After Endovascular Therapy in Patients With Type B Aortic Dissection: A Report From the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *JACC Cardiovasc Interv* 2013;6:876-82

2.Bernelli C, Maisano F, Chieffo A, Montorfano M, Chan J, Maccagni D, Colombo A.A new tool to manage side-branch occlusion after covered-stent implantation for vascular complications: the neocarina reconstruction technique. *JACC Cardiovasc Interv* 2013;6:893-4

## **The American Journal of Cardiology**

1.Spadaccio C, Patti G, De Marco F, Coccia R, Di Domenico F, Pollari F, Zanzonico R, Pettinari M, Lusini M, Di Sciascio G, Covino E, Chello M.Usefulness of preprocedural levels of advanced glycation end products to predict restenosis in patients with controlled diabetes mellitus undergoing drug-eluting stent implantation for stable angina pectoris (from the Prospective ARMYDA-AGEs Study). *Am J Cardiol.* 2013;112:21-6

2.Franzoni I, Latib A, Maisano F, Costopoulos C, Testa L, Figini F, Giannini F, Basavarajaiah S, Musardo M, Slavich M, Taramasso M, Cioni M, Longoni M, Ferrarello S, Radinovic A, Sala S, Ajello S, Sticchi A, Giglio M, Agricola E, Chieffo A, Montorfano M, Alfieri O, Colombo A.

Comparison of Incidence and Predictors of Left Bundle Branch Block After Transcatheter Aortic Valve Implantation Using the CoreValve Versus the Edwards Valve. *Am J Cardiol.* 2013;112:554-9

## **American Heart Journal**

1.Palmerini T, Biondi-Zoccai G, Della Riva D, Mariani A, Savini C, Di Eusanio M, Genereux P, Frati G, Marullo AGM, Landoni G, Greco T, Branzi A, De Servi S, Di Credico G, Taglieri N, Williams MR, Stone GW. Risk of stroke with percutaneous coronary intervention compared with on-pump and off-pump coronary artery bypass graft surgery: Evidence from a comprehensive network meta-analysis *Am Heart J* 2013;165: 910-917.e14

2.Imazio M, Belli R, Brucato A, Ferrazzi P, Patrini D, Martinelli L, Polizzi V, Cemin R, Leggieri A, Caforio ALP, Finkelstein Y, Hoit B, Maisch B, Mayosi BM, Oh JK, Ristic AD, Seferovic P, Spodick DH, Adler Y. Rationale and design of the COLchicine for Prevention of the Post-pericardiotomy Syndrome and Post-operative Atrial Fibrillation (COPPS-2 trial): A randomized, placebo-controlled, multicenter study on the use of colchicine for the primary prevention of the postpericardiotomy syndrome, postoperative effusions, and postoperative atrial fibrillation. *Am Heart J* 2013; 166: 13-19.e1

## **International Journal of Cardiology**

1.Masseti M, Gaudino M, Crea F. How to transform peripheral extracorporeal membrane oxygenation in the simplest mid-term paracorporeal ventricular assist device. *Int J Cardiol* 2013;166:551-553

2.Calafiore AM, Iacò AL, Gallina S, Al-Amri H, Penco M, Di Mauro M. Surgical treatment of functional mitral regurgitation. *Int J Cardiol* 2013;166:559-571

3.Olivieri F, Antonicelli R, Lorenzi M, D'Alessandra Y, Lazzarini R, Santini G, Spazzafumo L, Lisa R, La Sala L, Galeazzi R, Recchioni R, Testa R, Pompilio G, Capogrossi MC, Procopio AD. Diagnostic potential of circulating miR-499-5p in elderly patients with acute non ST-elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2013;167:531-536

4.Russo CF, Botta L, Lanfranconi M, De Marco F, Frigerio M, Paino R, Martinelli L. Emergency ECMO support for acute LVAD failure *Int J Cardiol* 2013;167: e4142

5.Ammirati E, Musca F, Cannata A, Garascia A, Verde A, Pacher V, Moreo A, Oliva F, Martinelli L, Frigerio M. Limited changes in severe functional mitral regurgitation and pulmonary hypertension after left ventricular assist device implantation: A clue to consider concurrent mitral correction? *Int J Cardiol* 2013;167: e35-e37

6.Ussia GP, Barbanti M, Colombo A, Tarantini G, Petronio AS, Etori F, Ramondo A, Santoro G, Klugmann S, Bedogni F, Antonucci D, Maisano F, Marzocchi A, Poli A, De Carlo M, Fiorina C, De

Marco F, Napodano M, Violini R, Santo Bortone A, et al.

Impact of coronary artery disease in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve implantation: Insight from the Italian CoreValve Registry. *Int J Cardiol* 2013;167:943-950

7.La Meir M, Gelsomino S, Lucà F, Pison L, Parise O, Colella A, Gensini GF, Crijns H, Wellens F, Maessen JF. Minimally invasive surgical treatment of lone atrial fibrillation: Early results of hybrid versus standard minimally invasive approach employing radiofrequency sources. *Int J Cardiol* 2013;167:1469-1475

## **The Journal of Heart and Lung Transplantation**

1.Di Chiara L, Ricci Z, Brancaccio G, Gandolfo F, Amodeo A. Left ventricular retraining after arterial switch operation facilitated by mechanical circulatory support. *J Heart Lung Transplant* 2013;32:842-843.

## **Artificial Organs**

1.Loforte A, Stepanenko A, Potapov EV, Musumeci F, Dranishnikov N, Schweiger M, Montalto A, Pasic M, Weng Y, Dandel M, Siniawski H, Kukucka M, Krabatsch T, Hetzer R. Temporary Right Ventricular Mechanical Support in High-Risk Left Ventricular Assist Device Recipients Versus Permanent Biventricular or Total Artificial Heart Support. *Artif Organs* 2013;37:523-530

2.Lucchese G, Faggian G, Luciani GB. Pediatric veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in fulminant hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Artif Organs*. 2013;37:671-3.

3.Lucchese G, Cambi GE, De Rita F, Franzoi M, Faggian G, Mazzucco A, Modesti PA, Luciani GB. Effects of Angiotensin II Type 1 Receptor Antagonist and Temperature on Prolonged Cardioplegic Arrest in Neonatal Rat Myocytes. *Artif Organs*. 2013;37:689-94.

### **International Journal of Artificial Organs**

1.Compostella L, Russo N, Setzu T, Tursi V, Bottio T, Tarzia V, Compostella C, Covolo E, Livi U, Gerosa G, Sani G, Bellotto F. Cardiac autonomic dysfunction in the early phase after left ventricular assist device implant: Implications for surgery and follow-up. *Int J Artif Organs* 2013;36:410-418

### **Journal of Vascular Surgery**

1.Piffaretti G, Rivolta N, Fontana F, Carrafiello G, Mariscalco G, and Castelli P. Aortic arch aneurysm repair with a new branched device *J Vasc Surg* 2013;57:1664-1667

### **The Journal of Heart Valve Disease**

1.Santarpino S, Pfeiffer S, Vogt F, Hinzmann M, Concistrè G, Fischlein T. Advanced age per se should not be an exclusion criterion for minimally invasive aortic valve replacement. *J Heart Valv Dis* 2013;22:455-459.

2.Dainese L, Guarino A, Micheli B, Biagioli V, Polvani G, Maccari F, Volpi N. Aortic valve leaflet glycosaminoglycans composition and modification in severe chronic valve regurgitation. *J Heart Valv Dis* 2013;22:484-490.

3.Gatti G, Dell'Angela L, Pinamonti B, Moncada A, Minati A, Benussi B, Sinagra G, Pappalardo A. Aortic root replacement with a stented bioprosthetic valved conduit: mid-term results. *J Heart Valv Dis* 2013;22:500-508.

### **Asian Cardiovascular & Thoracic Annals**

1.Aratari C, Capestro F, Massi F, Magnano D, Manché A, Lamarra M. Sternal wrapping: developments and results. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2013;21:319-325.

2.Agrifoglio M, Zoli S, Gennari M, Annoni A, Polvani G. Expanding extrapleural hematoma from rib fractures after cardiac surgery. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2013;21:366-368.

1. Concistrè G, Dell'Aquila A, Pansini S, Corsini B, Costigliolo T, Piccardo A, Gallo A, Passerone G, Regesta T. Aortic valve replacement with smaller prostheses in elderly patients: does patient prosthetic mismatch affect outcomes? *J Cardiac Surg* 2013;28:341-347.

2. Raffa GM, Settepani F. Conversion to sternotomy during sternal-sparing coronary artery surgery. *J Cardiac Surg* 2013;28:386-387.

3. Vida VL, Lo Rito M, Zucchetta F, Biffanti R, Padalino MA, Milanese O, Stellin G. Pulmonary artery branch stenosis in patients with congenital heart disease. *J Cardiac Surg* 2013;28:439-445.

4. Zulueta JL, Vida VL, Perisinotto E, Pittarello D, Stellin G. The role of intraoperative regional oxygen saturation using Near Infrared Spectroscopy in the prediction of low output syndrome after pediatric heart surgery. *J Cardiac Surg* 2013;28:446-452.

5. Pappalardo F, Nisi T, Melisurgo G, Calabrese M, De Bonis M. Aortic cannula disruption following long-term LVAD support. *J Cardiac Surg* 2013;28:472-474.

1. Perrotta S, Lepore V, Flinck A, Berglin E, Rådberg G. Left thoracotomy for recurrent left ventricular pseudoaneurysm. *J Cardiovasc Med* 2013;14:474-476

2. Giannini C, De Carlo M, Guarracino F, Donne MGD, Benedetti G, Verunelli F, Petronio AS. Dysfunction of a 21-mm aortic bioprosthesis treated with percutaneous implantation of a CoreValve prosthesis. *J Cardiovasc Med* 2013;14:541-544

3. Beffagna G, Cecchetto A, Dal Bianco L, Lorenzon A, Angelini A, Padalino M, Vida V, Bhattacharya S, Stellin G, Rampazzo A, Daliento L. R25C mutation in the NKX2.5 gene in Italian patients affected with non-syndromic and syndromic congenital heart disease. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2013;14:582-6

4. Raffa GM, Malvindi PG, Ornaghi D, Basciu A, Barbone A, Tarelli G, Settepani F. Postsurgical aortic false aneurysm: pathogenesis, clinical presentation and surgical strategy. *J Cardiovasc Med* 2013;14:593-596.

5. Catena E, Tasca G, Fracasso G, Toscano A, Bonacina M, Narang T, Galanti A, Triggiani M, Lorenzi G, Gamba A. Usefulness of transcranial color Doppler ultrasonography in aortic arch surgery. *J Cardiovasc Med* 2013;14:597-602.

6. Spaziani G, Favilli S, Fonda C, Chiappa E. Giant aorto-pulmonary collaterals in pulmonary atresia and ventricular septal defect: long-term survival in unoperated adults. *J Cardiovasc Med* 2013;14:613-615

## **Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery**

1.Lemma M, Atanasiou T, Contino M. Minimally invasive cardiac surgery-coronary artery bypass graft. MMCTS 2013;7

2.Gilmanov D, Farneti PA, Miceli A, Bevilacqua S, Glauber M. Perceval S sutureless aortic valve prosthesis implantation via a right anterior minithoracotomy. MMCTS 2013;12

### **Heart**

1.Mylotte D, Lange R, Martucci G, Piazza N. Valvular heart diseases: Transcatheter heart valve implantation for failing surgical bioprostheses: technical considerations and evidence for valve-in-valve procedures. Heart 2013;99:960-967.

### **The Thoracic and Cardiovascular Surgeons**

1.Nardi P, Mve Mvondo C, Scafuri A, Pellegrino A, D'Auria F, Polisca P, Zeitani J, Chiariello L. Left atrial radiofrequency ablation associated with valve surgery: midterm outcomes. Thorac Cardiovasc Surg 2013;61:392-397

## **Cardiology in the young**

1.Tuo G, Marasini M, Brunelli C, Zannini L, Balbi M. Incidence and clinical relevance of primary congenital anomalies of the coronary arteries in children and adults. Cardiol Young. 2013;23:381-6.

### **Pediatric Critical Care Medicine**

1.Cantinotti M, Storti S, Lorenzoni V, Murzi B, Marotta M, Crocetti M, Molinaro S, Assanta N, Lopez L, Clerico A. Response of Cardiac Endocrine Function to Surgery Stress is Age Dependent in Neonates and Children With Congenital Heart Defects: Consequences in Diagnostic and Prognostic Accuracy of Brain Natriuretic Peptide Measurement. Pediatr Crit Care Med. 2013;14:508-17

### **Rev Esp Cardiol**

1. Vida VL, Padrini M, Boccuzzo G, Agnoletti G, Bondanza S, Butera G, Chiappa E, Marasini M, Pilati M, Pongiglione G, Prandstraller D, Russo MG, Castaldi B, Santoro G, Spadoni I, Stellin G, Milanesi O; en nombre de la Sociedad Italiana de Cardiología Pediátrica. Natural history and clinical outcome of "uncorrected" scimitar syndrome patients: a multicenter study of the Italian society of pediatric cardiology. Rev Esp Cardiol. 2013;66:556-60



## Pediatric Cardiology

1. Vida VL, Biffanti R, Stellin G, Milanese O. Iatrogenic aortopulmonary fistula occurring after pulmonary artery balloon angioplasty: a word of caution. *Pediatr Cardiol*. 2013;34:1267-8.

2. Giamberti A, Chessa M, Reali M, Varrica A, Nuri H, Isgrò G, Frigiola A, Ranucci M. Porcine bioprosthetic valve in the pulmonary position: mid-term results in the right ventricular outflow tract reconstruction. *Pediatr Cardiol*. 2013;34:1190-3.

## Giornale Italiano di Cardiologia

1. Donegani E, Ambassa JC, Mvondo C, Giamberti A, Ramponi A, Palicelli A, Chelo D. Primary cardiac Burkitt lymphoma in an African child. *G Ital Cardiol (Rome)* 2013;14:481-4.

## Anesthesia & Analgesia

1. Bianchi P, Carboni G, Pesce G, Isgrò G, Carlucci C, Frigiola A, Giamberti A, Ranucci M. Cardiac catheterization and postoperative acute kidney failure in congenital heart pediatric patients. *Anesth Analg*. 2013;117:455-61.

## LETTURA CONSIGLIATA DEL TRIMESTRE:

Mylotte D, Osnabrugge RL, Windecker S, Lefèvre T, de Jaegere P, Jeger R, Wenaweser P, Maisano F, Moat N, Søndergaard L, Bosmans J, Teles RC, Martucci G, Manoharan G, Garcia E, Van Mieghem NM, Kappetein AP, Serruys PW, Lange R, Piazza N. Transcatheter aortic valve replacement in Europe: adoption trends and factors influencing device utilization. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:210-9



Di questo trimestre estivo abbiamo ritenuto importante portare alla vostra attenzione, piuttosto che i risultati di uno studio totalmente “italiano” (quelli pubblicati nei mesi estivi peraltro sono tutti interessantissimi, per cui la scelta sarebbe davvero ardua...), quelli riportati sul succitato numero del Journal of the American College of Cardiology relativi ad una “survey” di natura “socio-economica” relativa alle procedure TAVR effettuate nel quadriennio 2007-2011 in 11 stati europei del c.d. “mondo occidentale”. Lo studio vede tra i co-autori il nostro collega Francesco Maisano di Milano, e riporta in dettaglio, tra gli altri, anche i risultati “italiani” delle procedure TAVR nel corso del suddetto quadriennio. Riteniamo che questo studio vada enfatizzato per le importanti speculazioni relative ad “indicazioni, allocazione di risorse economiche, e di policy nazionale” relative alle procedure TAVR.

In particolar modo lo studio sottolinea come nel periodo 2007-2011 in questi 11 stati siano state effettuate 34.317 procedure TAVR, con una notevole variabilità tra le nazioni, essendo state effet-

tuate circa la metà delle procedure in Germania (in particolar modo il 45.9%), seguita dall'Italia (con il 14.9% della casistica globale), e la Francia (con il 12.9%). “Fanalini di coda” la Danimarca (0.9%), il Portogallo (0.6%) e l'Irlanda (0.4%) rispettivamente. Questi numeri “assoluti” non devono ingannare, dato che gli stati coinvolti nella “survey” hanno una notevole variabilità in termini di densità demografica, per cui si passa da nazioni a bassa densità demografica (vedi Irlanda e Portogallo) a nazioni a maggior densità (Germania, Francia, UK, Italia, ecc). Certamente però, questi risultati aiutano anzitutto a “dare il polso” del numero di procedure “perse” dalla cardiocirurgia nel corso dell'ultimo quadriennio, sebbene con tutte le riserve del caso relativamente a procedure TAVR in pazienti non candidabili a cardiocirurgia per rapporto rischio/beneficio proibitivo.

Quanto poi al “trend” di queste procedure, si è osservato in media un incremento costante nel numero di procedure, anno dopo anno, con il valore maggiore nel corso del 2011 pari al 61% in Francia, e con Irlanda e Portogallo quali unici stati con “trend” peggiorativo (-3% per il Portogallo e -15% per l'Irlanda rispettivamente). “Guardando in casa nostra”, l'Italia riporta una crescita del 534% tra 2007 e 2008, del 153% tra 2008 e 2009, del 39% tra 2009 e 2010, e del 19% tra 2010 e 2011, quindi un tasso di crescita costante. Numeri senza dubbio che spingono a “riflettere”.....

Più in dettaglio, indicizzando il numero di procedure per popolazione “a rischio”, si evince che in Italia si impiantano circa 30 TAVR per milione di abitanti, e circa 300 TAVR per milione di abitanti di età > 75 anni. Tali numeri rappresentano circa 1/3 dell'attività tedesca – certamente la maggiore, con i suoi 88 impianti/milione di abitante – ma

costituiscono anche circa il doppio del volume TAVR/popolazione a rischio in Spagna e Gran Bretagna – nazione certamente più “simile” alla nostra per PIL/debito pubblico la prima, e parimenti senz'altro “economicamente superiore” alla nostra la seconda.

Quanto al numero di centri con attività TAVR, ancora una volta si osserva una notevole variabilità “intra-europea”, ed in particolar modo, guardando all'Italia, si dimostra la presenza di circa 1,4 centri con attività TAVR per milione di abitanti; considerando i suddetti circa 30 impianti/milione di abitanti, questo significa che ogni centro con attività TAVR effettua un numero medio di procedure TAVR di circa 21 impianti/centro/per milione di abitanti. A questo punto una digressione: la letteratura sulle TAVR ha chiaramente dimostrato – come per molte altre procedure cardiovascolari, ivi comprese quelle chirurgiche – che esiste una chiara e diretta corrispondenza tra qualità dei risultati e volume di procedure effettuate. Più in dettaglio, è stato dimostrato come un “centro TAVR”, per mantenere standards di qualità, debba effettuare almeno 24 procedure/anno; sebbene non sia stato definito il valore di procedure/anno/milione di abitante, è possibile presupporre che – dati i suddetti numeri - esista una notevole variabilità di volume annuo nei singoli centri italiani, con risultati verosimilmente ampiamente differenti tra centri “virtuosi” (?) e centri “non virtuosi” (?). Questi dati sono ancor più eclatanti considerando, come anche sottolineato dagli Autori nelle limitazioni dello studio, che probabilmente questi numeri sono “sovra-stime” approssimative della realtà, sfuggendo, alla raccolta dei dati, proprio quella quota limitata di impianti relativa ai centri con volumi annui minori, il cui novero nel computo si tradurrebbe pertanto in un'ulteriore riduzione del numero di procedure/centro/per milione di

abitante (in quanto il novero di centri con volumi “minimi” aggiungerebbe poco al “numeratore”, cioè “numero di procedure TAVR”, ma aumenterebbe molto il denominatore, cioè “numero di centri”). Con le conseguenti speculazioni del caso....Anche su questi numeri – probabilmente – medici specialisti del settore, società scientifiche, esponenti della politica e della sanità pubblica, dovrebbero interagire per regolamentare tale attività a maggior beneficio del paziente.

Ancora due dati importanti, a nostro avviso:

- Primo: andando ad indicizzare il numero di procedure TAVR per il livello “economico” di ciascuna nazione, si osserva che, contrariamente a quanto ipotizzabile, non si osserva alcuna correlazione lineare tra numero di TAVR effettuate ed indicatori degli “standards economici di vita” delle popolazioni esposte. In particolare, osservando in dettaglio la Figura che mostra questa correlazione, si vede come l’Italia mostri, delle 11 nazioni coinvolte nella survey, uno “standard economico di vita” migliore del solo Portogallo – nazione fanalino di coda per molti degli indici di “copiosità della attività TAVR” – e soprattutto “standards economici” simili alla sola Spagna, ed inferiori a tutte le altre nazioni europee coinvolte nello studio, tuttavia mostrando un tasso di attività TAVR doppio rispetto ai “cugini” iberici..... Al contrario, esiste una stretta correlazione tra attività TAVR e “tipo di risorsa economica allocata per la procedura” nella singola nazione, con un uso più “liberale” delle TAVR in nazioni con “copertura economica” di tipo “assicurativo” (Germania, Francia, Olanda, Svizzera, Belgio), ed un uso più restrittivo in nazioni con copertura economica sanitaria di tipo “tassativo” (Italia, UK, Spagna, Portogallo, Danimarca, Irlanda). Inoltre, sistemi economici di “rimborso” TAVR-specifici correlano

con una attività triplice, rispetto a sistemi di rimborso più restrittivi e non procedura-specifici.

Ancora una volta, la modalità italiana di rimborso delle procedure TAVR, oggi su base “regionale” e quindi così tanto “soggettiva” da essere esclusa – unica tra le nazioni analizzate – da qualsiasi analisi statistica e speculazione di questa survey, meriterebbe senz’altro una rivalutazione di tipo “politico”, con criteri più oggettivi, e certamente più uniformi sul territorio nazionale.

- Secondo: nonostante i numeri suddetti, e la percezione di una “non-perfetta” allocazione delle procedure TAVR, è incredibile scoprire che il “tasso di penetrazione” delle procedure TAVR, inteso come percentuale di pazienti trattati sul totale dei pazienti che avrebbero necessità del trattamento (cioè “n° di procedure eseguite” sul totale delle “necessarie”) è estremamente basso, vale a dire stimabile pari al 17.9% come media degli 11 stati analizzati. Significa che circa l’80% dei cittadini europei bisognosi di TAVR non ricevono il trattamento in questione. Ancora una volta la “variabilità tra Stati” è impressionante, oscillando tra il 34-36% di Svizzera e Germania ed il 3-8% di Portogallo e Spagna. In Italia poi, solo il 13.8% dei pazienti bisognosi di TAVR ricevono il trattamento, il che significa che l’86% dei pazienti bisognosi ne resta escluso. Ancora una volta consentiteci una digressione. Gli enormi sforzi effettuati dai centri italiani nel completamento dello studio OBSERVANT hanno dimostrato che in Italia nel corso di un biennio sono state effettuate 1935 TAVI, con un EuroSCORE medio di 14 per le procedure trans-femorali e di 15 per le procedure trans-apicali. Una serie di sottoanalisi OBSERVANT su gruppi specifici di rischio ha sempre dimostrato per i pazienti-TAVR un EuroSCORE intorno ai 10-12. Ciò significa che in Italia si

trattano mediante TAVR prevalentemente popolazioni di pazienti “chirurgici”, a rischio intermedio-basso, a fronte di una popolazione necessitante un trattamento “TAVR”, ma che non lo riceve, pari all’86%, come dimostrato da questa “survey”. Ancora una volta, riteniamo che qualcosa in più di una riflessione in merito sia d’obbligo.

## PROS&CONS

Impatto della terapia antiaggregante preoperatoria sugli outcome ospedalieri dopo rivascolarizzazione miocardica. Commento allo studio **“Combined clopidogrel and aspirin treatment up to surgery increases the risk of postoperative myocardial infarction, blood loss and reoperation for bleeding in patients undergoing coronary artery bypass grafting”** di Miceli e coll.

Nel volume di Aprile 2013 dell’European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, il Dr. Miceli ha affrontato un tema che certamente rappresenta un hot-topic della ricerca attuale in tema di rivascolarizzazione miocardica chirurgica, ovvero il timing più corretto per la sospensione della doppia terapia antiaggregante in previsione dell’intervento di rivascolarizzazione miocardica chirurgica [1].

Il rationale dello studio è quello di valutare se differenti strategie di wash-out dalla combinazione clopidogrel + aspirina svolgano un ruolo attivo nella prevenzione di complicanze quali l’infarto perioperatorio, il sanguinamento e la necessità di una revisione chirurgica per emostasi.

Le linee guida AHA/ACC, la cui ultima edizione è stata pubblicata recentemente, differenziano le strategie tra la chirurgia coronarica in urgenza e quella elettiva. Nel primo caso: (1) la sommini-

strazione di aspirina non deve essere sospesa (classe I liv. Evidenza C); (2) la terapia con clopidogrel dovrebbe essere interrotta per più di 24 ore, (classe I liv. Evidenza B); (3) quella con gli antagonisti endovenosi del recettore GP IIb/IIIa per almeno 2-4 ore prima dell’intervento (classe I liv.evidenza B) [2].

In caso di chirurgia elettiva, le linee guida risalgono al 2011 ma concordano con le più recenti versioni in merito alla non sospensione della terapia con aspirina (Classe I liv. Evidenza B), mentre andrebbe interrotta la terapia con clopidogrel o ticagrelor almeno 5 giorni prima (classe I liv. Evidenza B), e con plasugrel almeno 7 giorni prima (liv. Evidenza C) [3].

Da queste premesse, emerge immediatamente l’assenza di raccomandazioni internazionali in classe 1 A data l’assenza di trial randomizzati ed in doppio cieco. Pertanto, lo studio del Dr. Miceli apporta certamente una ulteriore luce su un argomento che si rivela ancora oggi ostico. Per di più, lo studio in questione suggerisce alcuni ulteriori spunti di riflessione sugli outcomes considerati dagli autori. Infatti, osservando le caratteristiche preoperatorie, spiccano delle differenze significative che potrebbero suggerire un’ulteriore analisi ai dati presentati.

Per quanto riguarda l’incidenza di infarto perioperatorio, i tre gruppi presentano un profilo di rischio differente, non solo dal punto di vista della terapia preoperatoria. Infatti i pazienti del gruppo A (clopidogrel <5 giorni + ASA <2 giorni) presentano una maggiore incidenza di sindromi coronariche acute recenti ed infarto miocardico entro 90 giorni dall’intervento. Tali pazienti sono stati sottoposti ad intervento in regime di urgenza, e queste caratteristiche sono tutte differenti in modo statisticamente significativo nei confronti

del gruppo B (wash-out da un solo antiaggregante), oltre che del gruppo di controllo.

Si può, inoltre, ipotizzare che la descrizione di ulteriori dettagli sul grado di complessità della malattia coronarica avrebbe potuto contribuire a modulare l'effetto di bias di selezione e rafforzare la tesi degli autori. A tal proposito, il calcolo del Syntax Score avrebbe potuto fornire ulteriori dettagli in merito. Va comunque considerato che la raccolta dei dati è antecedente alle prime pubblicazioni del trial e che l'incisione del Syntax Score nell'analisi di una coorte di pazienti più recente potrebbe contribuire a colmare quanto già espresso nelle limitation dagli autori stessi. Inoltre, non si può evincere dallo studio quanti pazienti siano stati riferiti alla chirurgia dopo tentativo infruttuoso o fallito di rivascolarizzazione percutanea.

Un altro punto da tenere in considerazione si deduce dall'analisi dei livelli di emoglobina preoperatoria. Infatti, sia la concentrazione di emoglobina sia l'appartenenza al gruppo A sono fattori predittivi indipendenti all'analisi multivariata. Tuttavia, osservando le caratteristiche di base dei pazienti arruolati, i pazienti del gruppo A hanno una concentrazione di emoglobina significativamente minore rispetto ai controlli. Pertanto, quanto la diversa distribuzione di questo fattore predittivo all'interno dei gruppi possa avere influenzato la gestione perioperatoria resta da definire.

In ultimo, è esperienza comune che la terapia con antiaggreganti piastrinici, anche ad alte dosi, non è responsabile di per sé delle manifestazioni emorragiche osservate durante l'intervento cardiocirurgico. Il principale determinante, in tal senso, è rappresentato dalla variabilità di risposta individuale al farmaco [4]. Un'analisi approfondita dei test di riserva funzionale piastrinica potrebbe quindi contribuire alla riclassificazione

dei pazienti, non più in responder/non responder, bensì in bleeding/non bleeding, aiutando in tal senso la programmazione dell'attività operatoria e limitando il ricorso all'utilizzo di emocomponenti. In conclusione, il lavoro del Dr. Miceli rappresenta certamente uno spunto interessante per ulteriori approfondimenti. La definizione di nuove strategie diagnostiche e gestionali potrebbe essere d'aiuto per una migliore stratificazione del rischio chirurgico nei pazienti da sottoporre a rivascolarizzazione miocardica in corso di doppia terapia antiaggregante.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Miceli A, Duggan SMJ, Aresu G, de Siena PM, Romeo F, Glauber M, Caputo M, Angelini GD. Combined clopidogrel and aspirin treatment up to surgery increases the risk of post-operative myocardial infarction, blood loss and reoperation for bleeding in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:722-728
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, Fang JC, Fesmire FM, Franklin BA, Granger CB, Krumholz HM, Linderbaum JA, Morrow DA, Newby LK, Ornato JP, Ou N, Radford MJ, Tamis-Holland JE, Tommaso CL, Tracy CM, Woo YJ, Zhao DX. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:e78-e140.
3. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, Cigarroa JE, DiSesa VJ, Hiratzka LF, Hutter AM, Jessen ME, Keeley EC, Lahey SJ, Lange RA, London MJ, Mack MJ, Patel MR, Puskas JD, Sabik JF, Selnes O, Shahian DM, Trost JC, Winniford MD. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011;124:e652-e735
4. Sinhal AR, Aylward PE. New antiplatelet agents and the role of platelet function testing in acute coronary syndromes. *Clin Ther* 2013;35:1064-8

## Reply

Ringrazio per l'interesse rivolto a questo studio retrospettivo condotto durante la mia fellowship presso il Bristol Heart Institute. In accordo con il dott. Rubino, il corretto timing per la sospensione della doppia terapia antiaggregante è ancora controverso e da definire, poiché non esiste al momento nessuna raccomandazione di classe I A. Esistono pareri discordanti tra le diverse società scientifiche. Per esempio, nel caso di interventi elettivi, la Society for Thoracic Surgeons (STS) e la European Association of Cardiothoracic Surgeons (EACTS) raccomandano di sospendere l'aspirina almeno 2-3 giorni prima (classe IIa/IIb) [1,2]. Al contrario l'American Society of Chest Physicians raccomanda di continuare l'aspirina fino all'intervento (classe I C) [3]. Inoltre, è necessario distinguere tra un paziente che si sottopone ad intervento per una recente sindrome coronarica acuta e quello con un pregresso impianto di stent che richiede doppia terapia anti aggregante.

È pertanto importante sottolineare che la scelta di sospendere la doppia terapia antiaggregante varia da singolo paziente e da singolo caso. Attualmente, nei pazienti con sindrome coronarica acuta, la nostra policy è di continuare l'aspirina fino al giorno dell'intervento, sospendere il clopidogrel almeno 3 giorni prima ed in caso di lesioni molto critiche somministrare una terapia con inibitori Gp IIb/IIIa fino a 6 ore prima dall'intervento.

Lo studio "Impatto della terapia antiaggregante preoperatoria sugli outcome ospedalieri dopo rivascolarizzazione miocardica" conferma che i pazienti con doppia terapia anti aggregante sono a più alto rischio di sanguinamento, trasfusioni e riaperture del cavo toracico. Al contrario, il dato interessante riguarda la più alta incidenza

di infarti postoperatori nel gruppo con doppia terapia antiaggregante. Un dato tuttavia non nuovo, leggendo attentamente la letteratura. Per esempio, una sottoanalisi del CURE trial e l'ACUITY trial hanno evidenziato che i pazienti in doppia antiaggregazione "attiva" avevano una maggiore incidenza di eventi ischemici del 3.1% e del 5.7%, rispettivamente [4-5].

I tre gruppi esaminati nello studio di Bristol avevano un profilo di rischio differente, e molto probabilmente si presentavano con delle lesioni coronariche più complesse. Tuttavia, per ridurre gli eventuali fattori confondenti, è stata eseguita un'analisi multivariata.

I valori di emoglobina sono statisticamente differenti, ma il valore medio dei tre gruppi era di 13.3, 13.5 e 13.8. gr/dl, per cui è difficile stabilire se una differenza di 0.5 gr/dl sia anche clinicamente rilevante. Inoltre, la differenza si presentava tra il gruppo A e il gruppo C di controllo ma non tra il gruppo A e B. Infine, il calcolo del Syntax score sarebbe stato molto utile ed interessante, ma i risultati del SYNTAX trial furono pubblicati a febbraio 2009, periodo in cui il mio studio fu concluso [6]. m

Concordo che un'analisi accurata preoperatoria della riserva funzionale piastrinica, potrebbe identificare i pazienti ad alto rischio di sanguinamento intra e postoperatorio migliorandone l'outcome [7]. Nel nostro centro è ormai consuetudine eseguire un test di funzionalità piastrinica al fine di ottimizzare al meglio il timing chirurgico e le eventuali strategie terapeutiche.

*Antonio Miceli, Md, PhD*

*Fondazione Toscana G. Monasterio, Massa,  
Research Fellow, University of Bristol, Bristol UK*

## References

1. Dunning et al Guideline on platelet and anticoagulation management in cardiac surgery. *Eur J Cardiothoracic Surg* 2008;344:73-92
2. Ferraris VA et al ; Society of Thoracic Surgeons. The Society of Thoracic Surgeons practice guideline series: aspirin and other antiplatelet agents during operative coronary revascularization (executive summary). *Ann Thorac Surg*.2005;79:1454–1461.
3. Douketis JD et al; American College of Chest Physicians. The perioperative management of antithrombotic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2008;133:299S–339S.
4. Fox KAA et al. Benefits and risks of the combination of clopidogrel and aspirin in patients undergoing surgical revascularization for non-ST elevation acute coronary syndrome. The clopidogrel in unstable angina to prevent recurrent ischemic events (CURE) trial. *Circulation* 2004;110:1202-8.
5. Ebrahimi R et al Outcomes following preoperative clopidogrel administration in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:1965-72.
6. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. Serruys PW, Morice MC, Kappelein AP, Colombo A, Holmes DR, Mack MJ, Ståhle E, Feldman TE, van den Brand M, Bass EJ, Van Dyck N, Leadley K, Dawkins KD, Mohr FW; SYNTAX Investigators. *N Engl J Med*. 2009 Mar 5;360(10):961-72. Epub 2009 Feb 18.
7. Petrevic M et al Antiplatelet therapy at the time of coronary artery surgery: can a personalized approach improve outcomes? *Eur J Cardiothorac Surg* 2013 in press.

# SICCH CLINICAL

## VALVE SURGERY: AN UPDATE ON CURRENT TRENDS AND FUTURE PERSPECTIVES



**Location Roma - Hotel Ergife**

**Venerdì 29 e sabato 30 novembre 2013**

### **Venerdì 29 - 10.40 Welcome address**

Lorenzo Menicanti, President, Italian Society of Cardiac Surgery

### **Course Introduction**

Alessandro Parolari, Scientific Secretary, Italian Society of Cardiac Surgery

### **Session 1. Mitral valve: more than the Bishop hat!**

Moderators: Francesco Musumeci (Roma) – Francesco Tritto (Caserta)

10.45 Echocardiographic guide for mitral valve surgery?

Sabina Gallina (Chieti)

11.00 Basic and advanced valve repair techniques for degenerative mitral valve disease.

Claudio Zussa (Reggio Emilia)

11.15 How difficult is to perform a randomized controlled trial in mitral valves?

Giuseppe Speziale (Bari)

11.30 Discussion

### **Session 2. Tricuspid valve: the ugly duckling became the white swan!**

Moderators: Tiziano Colombo (Milano) – Valerio Mazzei (Bari)

11.45 Tricuspid regurgitation, right ventricular function and pulmonary hypertension: what's the link?

Michele Di Mauro (L'Aquila)

12.00 Tricuspid valve repair. Ring? No ring? Which ring?

Alessandro Parolari (Milano)

12.15 Tricuspid valve repair: standard procedure or customized dress?

Michele De Bonis (Milano)

12.30 Discussion

### **12.45 Main lecture**

Valve disease in children: state of the art, unsolved questions and future developments.

Giovanni Stellin (Padova)

### **13.00 – 14.30 Lunch and visit to the exhibits**



### **Session 3. Aortic valve: the dub sound of the heart**

Moderators: Piersilvio Gerometta (Bergamo) - Gianantonio Nappi (Napoli)

14.30 How to deal with asymptomatic severe aortic stenosis?

Paolo Nardi (Roma)

14.45 The surgical anatomy of aortic valve: tricks for repair!

Andrea Mangini (Milano)

15.00 The aortic valve-aortic root complex in aortic valve surgery.

Ruggero De Paulis (Roma)

15.15 Discussion

15.30 – 16.30 Coffee break and visit to the exhibits

### **PARALLEL SESSIONS**

#### **Session 4A. Old and new approaches for heart valves replacement**

Moderators: Luigi Chiariello (Roma) – Roberto Di Bartolomeo (Bologna)

16.30 Stentless or Stented: an unsolved dilemma!

Armando Gamba (Lecco)

16.45 Apico-aortic conduit: how to brush up a vintage solution!

Gabriele Di Giammarco (Chieti)

17.00 Perioperative administration of enoximone and systemic inflammatory response after heart valve surgery.

Emiliano Angeloni (Roma)

17.15 Initial experience with Mitroflow Valsalva conduit.

Roberto Di Bartolomeo (Bologna)

17.30 Clinical experience with a sutureless aortic prosthesis: Sorin Perceval.

Gianni Troise (Brescia)

17.45 Edwards sutureless aortic valve: from Intuity to Elite.

Francesco Alamanni (Milano)

18:00 Clinical experience with sutureless Medtronic Enable 3F valve.

Marco Vola (St. Etienne)

18.15 The second generation of TAVIs: St. Jude Portico valve.

Alessandro Castiglioni (Milano)

18.30 The second generation of TAVIs: Engager Medtronic valve.

Mauro Cassese (Lecce)

18.45 Riparazione mitralica: esperienza con corde artificiali Loop.

Alessandro Mazzola (Pavia)

## **Session 4B. Aortic valve disease in paediatric and adolescent patients.**

Moderators: Gaetano Gargiulo (Bologna) – Giuseppe Caianiello (Napoli)

16.30 Anatomy and pathology of aortic valve.

Roberta Iacobelli (Roma)

Indication and treatment in Newborns and Infants

16.50 Ballon valvuloplasty is still the gold standard's for newborn aortic disease.

TBA

17.05 Surgery is the true anatomic treatment .

Gianluca Brancaccio (Roma)

Indication and treatment in children's

17.20 Ross procedure is still the best option in children's.

Alessandro Varrica (San Donato Milanese)

17.35 Reconstruction of aortic valve.

Luca Barozzi (Verona)

Indication and treatment in adolescent

17.50 The adolescent with aortic valve problems. How manage a chronic disease and special situations.

Raffaele Giordano (Massa)

18.05 Old and emergent problems: Rheumatic and Bicuspid Aortic Valve.

Nicola Uricchio (Milano)

18.20 Discussion

## **Lecture**

19.00 Echocardiographic lecture: Impact of Ischemic Mitral Regurgitation according different type of LV Remodeling.

Serenella Castelvechio (San Donato Milanese)

19.20 Take home message (Lorenzo Menicanti / Alessandro Parolari)

## **Sabato 30**

### **8.30 Let's go fighting!: controversies still open**

Un introduction by.... Massimo Rinaldi (Torino)

### **Session 1. Standard replacement is still the best option for aortic valve disease**

Moderators: Davide Pacini (Bologna) – Michele Pilato (Palermo)

8.40 Pro: Carlo De Vincentiis (San Donato Milanese)

8.55 Con: Pierandrea Farneti (massa)

9.10 Discussant 1: Aldo Cannata (Milano)

9.200 Discussant 2: Augustio D'Onofrio (Padova)

### **Session 2. Pro and Cons Part 2 Ischemic mitral valve disease: repair or replace?**

Moderators: Cesare Beghi (Varese) - Giuseppe Faggian (Verona)

9.30 Repair: Marco Zanobini (Milano)

9.45 Replace: Attilio Renzulli (Catanzaro)

10.00 Discussant 1: Fabio Barili (Cuneo)

10.10 Discussant 2: Alessandro Barbone (Rozzano)

10.20 Coffee break

### **Session 3. Mitraclip: for which patients? For all or for selected indications?**

Moderators: Lorenzo Menicanti (Milano) - Francesco Santini (Genova)

11.20 All patients: Antonio Bartorelli (Milano)

11.35 Selected indications: Luigi Martinelli (Milano)

11.50 Discussant 1: Francesco Nicolini (Parma)

12.00 Discussant 2: Luca Sandrelli (Alessandria)

### **Session 4: Mechanical or biological prosthesis? That is the question.....**

Moderators: Emiliano Cirio (Cagliari) – Claudio Russo (Milano)

12.10 Mechanical: Francesco Donatelli (Milano)

12.25 Biological: Guglielmo Actis Dato (Torino)

12.40 Discussant 1: Giovanni Mariscalco (Varese)

12.50 Discussant 2: Francesco Onorati (Verona)

## **13.00 Conclusions**