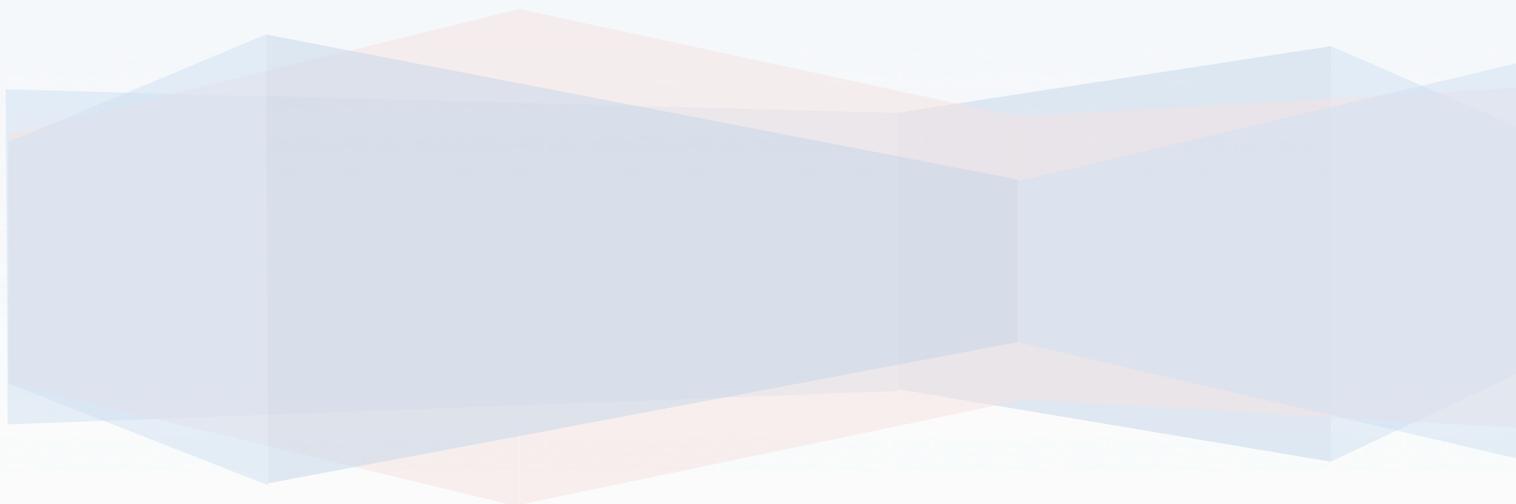




Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Bollettino mensile

Anno 1 Volume 5 Settembre 2013



Presidente

Lorenzo Menicanti

Vice Presidente

Roberto Di Bartolomeo

Segretario Organizzativo

Piersilvio Gerometta

Segretario Scientifico

Alessandro Parolari

Tesoriere

Vittorio Creazzo

Consiglieri

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Luigi Martinelli

Francesco Musumeci

Francesco Paolo Tritto

Revisori dei conti

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi

Coordinatore Editoriale

Michele Di Mauro

Editorial Staff

Guglielmo Actis Dato

Claudio Russo

Fabio Barili

Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano

Alessandro Della Corte

Carlo de Vincentiis

Pino Fundarò

Sandro Gelsomino

Roberto Lorusso

Giovanni Mariscalco

Francesco Onorati

Gian Piero Piccoli

Antonio Rubino

Ernesto Tappainer

Francesco Paolo Tritto

Marco Zanobini

“Guests” di questo numero

Marco Pocar

Luca Sandrelli

Giuseppe Rescigno

Lucia Torracca

Moreno Naliato

Rodolfo Berti (Avvocato)

Luigi Isolabella della Croce (Avvocato)

Nicola Cucurachi (Medico Legale)

Luigi Mastroroberto (Medico Legale)

Carissimi Colleghe e Colleghi,

Dopo la pausa estiva rieccoci di nuovo in “stampa” con il Bollettino della SICCH. Per quest’autunno avremo novità importanti, come i contributi editoriali di alcuni colleghi internazionali che hanno accettato di contribuire ad arricchire con la loro esperienza e con gli occhi di chi osserva la nostra Società dall’estero. Avremo a breve la possibilità di interazione sul sito della SICCH nello stesso modo con il quale interagiamo sui diversi social network. Basterà una registrazione “Free” sul sito e si potranno esprimere i propri pareri, le proprie critiche e le proprie esperienze in merito ad uno qualsiasi degli argomenti che abbiamo trattato o che tratteremo.

Apriamo questa stagione autunnale del Bollettino con un numero “speciale”, nato da due esigenze differenti, che ci hanno portato a stravolgere la normale edizione del bollettino. In questo numero non riporterò volutamente l’indice, ma vi riassumerò i contenuti in due righe. All’inizio di agosto, un intervento del Presidente Lorenzo Menicanti in materia Medico-Legale è stato, per volere dello stesso, oggetto di discussione della Task-Force medico-legale, suscitando notevoli interventi, contraddittori, suggerimenti e quant’altro, di tale importanza che è stato ritenuto da più parti, ed in primis dal Dr Piccoli, coordinatore della stessa task-force, utile riportare questa discussione intercorsa via email nel Bollettino. Per questo motivo la prima parte del Bollettino è interamente dedicata a questo dibattito nella speranza di ricevere da ciascuno di voi un commento.

La seconda parte invece si occupa di “valvole” e vi riproponiamo l’interessante editoriale sull’OBSERVANT, redatto dalla Dr.ssa Lucia Torracca, la “storia” del primo impianto valvolare in Italia (“Il cuore di una donna vive con una valvola di plastica trapiantata”), e alcune riflessioni sull’endocardite batterica, in una nuova rubrica dal titolo “Complicazioni e percorsi decisionali in cardiocirurgia”.

Chiude questo numero del Bollettino uno sguardo alla letteratura con un’intervista al Prof Roberto Di Bartolomeo e al Dr Marco Di Eusanio, in qualità di autori del lavoro "Reoperative Surgery on the Thoracic Aorta", apparso sul supplemento di Marzo 2013 del Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.

Chiudo comunicando a tutti i lettori che il Direttivo della SICCH si riunirà il 27 settembre.

Bene, non mi resta che augurarvi:

Buona Lettura!

Michele Di Mauro

Carissimi Colleghe e Colleghi

Si è acceso un vivace dibattito fra i componenti della Task Force, in merito alle iniziative da intraprendere per porre un freno al continuo “tiro al piccione” cui siamo sempre di più sottoposti, per rivendicazioni medico-legali che altro motivo non hanno, se non quello di estorcere risarcimenti per lo più immotivati.

Siccome la discussione è avvenuta in un ambito piuttosto ristretto, per far sì che non sia relegata ai soli addetti ai lavori, ma aperta al commento di tutti i lettori, di seguito verranno riportati i contributi più significativi, con l’invito a chi ci legge di inviare le proprie considerazioni all’indirizzo e-mail michele.dimauro@univaq.it (Michele Di Mauro, Coordinatore Editoriale), al fine di dar vita ad un Forum interattivo con la partecipazione di tutti coloro che vogliono esporre le proprie esperienze e le proprie proposte in merito.

Il tutto ha avuto origine da una intervista di **Lorenzo Menicanti** pubblicata sul numero di Luglio di *Cardiologia* 33, che di seguito viene riportata.

Gian Piero Piccoli

Lorenzo Menicanti (Presidente SICCH): boom dei contenziosi effetto del decreto Bersani

La stragrande maggioranza dei cardiocirurghi è assicurata anche se con coperture molto differenti se lavorano in strutture pubbliche o private accreditate. In ogni caso al di là dell'eventuale obbligatorietà, è sempre fortemente consigliata la stipula di una polizza assicurativa". Ad affermarlo è Lorenzo Menicanti, presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH). "Anche perché" prosegue "esistono ospedali che non si assicurano e casi in cui la Corte dei Conti si rivale sull'ospedale che a sua volta si rivale sul professionista. Una situazione che genera notevole inquietudine". E così, dopo gli scioperi dei ginecologi e degli ortopedici, anche i chirurghi sono sul piede di guerra. Per Menicanti il rapido sviluppo dei contenziosi medico-legali trae origine dalla legge Bersani 4 agosto 2006 n.248 (il "decreto sulle liberalizzazioni") che ha legalizzato i "patti di quota lite" con cui i legali si fanno riconoscere una percentuale in caso di vittoria. "a questo punto il paziente può denunciare qualunque medico e, se perde la causa, non è tenuto ad alcun risarcimento, mentre il medico ha possibilità di rivalsa solo dopo un verdetto favorevole di terzo grado di giudizio. Negli Usa, invece, se il paziente perde la causa deve pagare il professionista in modo consistente. In altri paesi, come la Germania o l'Austria, chi denuncia deve lasciare un deposito che sarà restituito in caso di vittoria processuale, o incamerato dal denunciato in caso contrario". Senza questi

freni, si spiegano anche le 12.500 denunce registrate l'anno scorso per malpractice, che fanno assurgere l'Italia – una delle nazioni dall'età media più avanzata – a paese con maggior numero di contenziosi per milione di abitanti. Ma quando si può affermare con certezza che un chirurgo ha sbagliato?" "Se è stata posta un'indicazione non appropriata e se la procedura non è stata eseguita in modo corretto. Questa valutazione però è complessa e richiederebbe una commissione di esperti mentre i consulenti dei tribunali spesso sono cultori della materia senza conoscenze pratiche". Da notare, infine, che l'Italia è uno dei soli 3 paesi al mondo (insieme alla Polonia e Messico) a configurare un decesso ospedaliero come omicidio colposo.

Successivamente,

Il Presidente ha analizzato la possibilità di un tentativo di incontro del Comitato Direttivo della SICCH con le più alte cariche dello Stato per discutere delle attuali problematiche medico-legali che coinvolgono la nostra professione ed, in caso di insuccesso, di proporre al Direttivo, con un gesto di significativo impatto mediatico, la restituzione simbolica della tessera di appartenenza all'Ordine dei Medici. Tuttavia, prima di prendere un'iniziativa di tale portata, ha voluto sentire il parere dei componenti della Task Force, che hanno espresso le loro opinioni in merito.

Il tutto è avvenuto in un assoluto pomeriggio di fine luglio, quando il Segretario Scientifico (Alessandro Parolari), in accordo con il Presidente Menicanti, ha innescato la miccia con questa email:

Carissimi,

nell'augurare a tutti buone vacanze, anche a nome del Presidente, Volevamo sentire il parere di Voi tutti su una eventuale iniziativa della SICCH.

Come Voi tutti ben sapete, i problemi medico-legali e soprattutto quelli assicurativi (nessuno ci vuole più assicurare se non a prezzi altissimi e le leggi che stanno per entrare in vigore acuiranno questo problema moltissimo); il presidente, dopo la Sua uscita su doctor33.it riceve ogni settimana diverse lettere di solidarietà e frequenti richieste di aiuto da colleghi sommersi da contenziosi medico-legali che non riescono ad assicurarsi...

A questo punto crediamo che sia necessario sentire la nostra voce con un gesto che possa avere una buona eco mediatica, ed il Presidente dopo aver analizzato alcune possibilità, ha scelto di minacciare (o fare realmente) la restituzione da parte nostra della tessera di appartenenza all'Ordine dei Medici, che tanto ha latitato su questa questione.

Si potrebbe ipotizzare di organizzare sia la restituzione simbolica a Roma delle nostre tessere contemporaneamente ad un tentativo di farci ricevere da Napolitano, Letta o dal Ministro della Salute.

Il Presidente, prima di proporre un gesto di tale impatto al Direttivo SICCH, chiedeva a Voi (ed in particolare agli Avvocati ed ai Medici Legali) un parere/consiglio....

Grazie per l'aiuto che vorrete darci.

Un abbraccio a tutti

Alessandro

Ha aperto il dibattito **Rodolfo Berti Avvocato (Ancona)**

Anche se non credo che il parere legale sia determinante per decidere l'iniziativa proposta dal Presidente, tuttavia mi permetto di suggerire che al gesto simbolico (solamente) di restituire la tessera di appartenenza all'Ordine di Medici (senza la quale non sarebbe possibile esercitare la professione), dovrebbe contemporaneamente accompagnarsi anche un comunicato da far pubblicare su qualche testata giornalistica, magari comprando uno spazio, con il quale denunciare la assurda, intollerabile e gravissima situazione nella quale versano tutti i medici che non solo non riescono più ad assicurarsi se non versando premi altissimi, ma le loro polizze vengono disdette alla prima denuncia di sinistro, anche se solo cautelativa o addirittura nell'ipotesi in cui la domanda risarcitoria venga respinta definitivamente per mancanza di responsabilità.

Io lavoro per molte compagnie di assicurazioni e mi occupo quasi esclusivamente di responsabilità sanitaria ma noto, tra l'altro con preoccupazione, che le società mie clienti non assicurano più gli enti ospedalieri ed i medici e che soprattutto gli enti ospedalieri attualmente non hanno copertura assicurativa per cui si autogestiscono.

Infatti, tenendo conto dell'importo elevato delle franchigie che le assicurazioni comunque impongono, e dell'elevatissimo costo dei premi che assomma a qualche milione di euro annuo, tenuto altresì conto che in molti casi il sinistro si risolve con una favorevole transazione e quindi a costi ridotti, se non in molti casi addirittura le domande strumentalmente e

speculativamente proposte vengono respinte, i premi assicurativi così risparmiati vengono sostanzialmente trasformati in fondi di riserva a copertura dei danni sanitari.

Tutto ciò comporta un grave danno non solo per il bilancio regionale del settore sanitario, ma anche per i pazienti danneggiati che in molti casi debbono attendere un lungo giudizio prima di poter ottenere il risarcimento, ma soprattutto il danno è grave per i medici che non sono più sereni nello svolgimento della loro delicata attività, timorosi che una scelta rischiosa possa comportare l'esposizione ad una richiesta risarcitoria (la cd. *medicina difensiva* tanto cara all'ex ministro Balduzzi).

Il problema non si dovrebbe porre tanto per i medici dipendenti di enti sanitari pubblici, in quanto è l'ente che dovrebbe rispondere direttamente dei danni potendosi rivalere nei confronti del personale dipendente solo in via erariale (Corte dei Conti) nell'ipotesi però limitata di dolo o colpa grave ma purtroppo la giurisprudenza, ben attenta ad agevolare e favorire in ogni modo il danneggiato paziente, si è inventata una solidarietà passiva tra medico dipendente e struttura datoriale e quindi può accadere, come in effetti la mia esperienza professionale può confermare, che il paziente si accanisca direttamente nei soli confronti del medico e non dell'ente ospedaliero, pignorandogli lo stipendio e gli eventuali beni immobili di sua proprietà.

Sarebbe quindi il caso, e di questo se ne dovranno occupare gli avvocati, di far comprendere definitivamente ai giudici che

tra ente pubblico e pubblico dipendente non esiste solidarietà, rispondendo il primo per i fatti illeciti e/o inadempimenti contrattuali commessi dal secondo in forza anche di un'interpretazione giurisprudenziale e dottrina dell'art. 1228 del Codice Civile.

È in ogni caso evidente che si è innescato un perverso meccanismo per il quale il medico è ritenuto quasi responsabile oggettivo essendo a suo carico l'onere di provare la propria innocenza mentre il paziente ha solo quello di provare il contratto e il danno subito in conseguenza di un qualificato inadempimento.

Il discorso sarebbe molto lungo e di poca utilità pratica ma quanto detto finora serve a far comprendere quali siano le grandissime difficoltà nelle quali oggi si trova ad operare il medico sicché l'iniziativa eclatante, come quella di simbolicamente restituire le tessere di iscrizione all'Ordine con una protesta pacifica e civile magari davanti al Quirinale o Montecitorio (nella speranza di farsi ricevere dal Presidente Napolitano o dal Presidente del Consiglio), accompagnata da un comunicato stampa nel quale si fanno presenti tutte le difficoltà e soprattutto una statistica, che non dovrebbe essere difficile avere sui casi di responsabilità sanitaria conclusi favorevolmente, credo che servirebbe egregiamente allo scopo di sensibilizzare non solo l'opinione pubblica ma anche la classe politica sulla grave questione.

Se tale iniziativa venisse presa per prima dalla SICCH, questa risulterebbe promotrice di una forma di tutela utile a tutti i medici appartenenti alle altre specialità e dunque le farebbe guadagnare stima, fiducia e credibilità.

Cautela sulle possibili conseguenze che la restrizione della tessera di iscrizione all'Albo potrebbe comportare è stata sollevata da **Luigi Isolabella della Croce** (Avv Penalista di Milano, esperto in casi di "Malasanità"), che ha scritto.

Il problema che avevate prospettato questa mattina è indubbiamente spinoso e comprendo molto bene la Vostra preoccupazione ed indignazione. Sono fortemente perplesso, lo dico molto sinceramente, in relazione al gesto della consegna del tesserino, che, in una prospettiva finalistica, potrebbe anche sembrare solo plateale, soprattutto quando esso appaia quasi improvviso, ovvero non preceduto da iniziative o coinvolgimenti istituzionali di tipo sostanziale -che io caldeggio-. Da un punto di vista strettamente giuspenalistico sono ben al corrente (perché mi capita di viverle quotidianamente nelle aule di giustizia) di quelle dinamiche che talvolta fondano, a danno del medico coinvolto in un'inchiesta, più su scelte consulenziali parziali e faziose degli esperti di pubblica o privata nomina, che sulla realtà oggettiva del fatto storico. In

altre parole, spesso le indagini preliminari si aprono o, peggio, si fondano sulle decisioni e le opinioni espresse dai consulenti di parte che per reale riscontro di comportamenti intrinsecamente negligenti, imperiti o imprudenti. Ed alla luce di simili dinamiche, comprendo bene che l'aggravio assicurativo o peggio l'impossibilità di dotarsi di una copertura per gli eccessivi costi, sia vissuto come -ed anzi costituisca- l'ingiustizia suprema. Pur tuttavia, preferirei che il gesto della restituzione del tesserino sia ben soppesato, anche alla luce delle possibili conseguenze di carattere amministrativo/gius-lavoristico che potrebbe comportare. Sono, quindi, disponibile, date la delicatezza e l'importanza del tema a fissare un incontro per poter approfondire la questione e soppesare le possibili implicazioni.

Concorda con questo punto di vista **Nicola Cucurachi (Medico-Legale e Docente presso l'Università di Parma)**

Mi inserisco anch'io nella discussione relativa all'individuazione di una forma di protesta plateale tesa ad evidenziare il problema della difficoltà di reperire un'assicurazione a prezzi equi.

Come l'avv. Isolabella, di cui condivido l'intervento, sono abituato ad affrontare le vicende medico-legali nel merito dei singoli casi; personalmente mi trovo in difficoltà, non essendo il mio mestiere, ad affrontare tali aspetti da un punto di vista politico-mediatico. E' solo per spirito di discussione e per evidenziarne i rischi che esprimo il mio parere. Non ho idea di quale potrebbe essere l'esito di una protesta come quella proposta e soprattutto il suo rapporto costo-beneficio. La mia difficoltà deriva inoltre dall'essere parte in causa essendo consigliere dell'Ordine provinciale dei Medici di Parma; immagino che quando si contesti all'Ordine una scarsa attività di tutela degli interessi dei medici, lo si faccia pensando alla federazione nazionale ed al suo presidente dott. Bianco. i singoli Ordini

professionali, a base provinciale, non hanno mezzi e strumenti per incidere su queste questioni.

Rilevo però che la prospettata "restituzione della tessera" sarebbe un gesto del tutto simbolico non essendo prevista, per quanto mi consta, una cancellazione temporanea dall'albo; per cui si correrebbe il rischio di seri problemi dal punto di vista professionale nel caso in cui la protesta fosse reale o di un autogol nel caso in cui la protesta fosse solo simbolica. E' però evidente che come in ogni questione il cui obiettivo sia quello di acquisire rilevanza mediatica, ciò che conta è la comunicazione; questa deve essere gestita da professionisti che soli sono in grado di valutare mezzi ed obiettivi per raggiungere gli scopi prefissi. Forme di protesta improvvisate (in quanto gestite da pur motivati "volontari"), per quanto giustificate da un profondo e giustificato malessere, potrebbero risultare controproducenti.

Anche **Marco Pocar (Cardiochirurgo, Multimedica Sesto San Giovanni – UniMi)** nutre alcuni dubbi sulla validità di alcune proposte:

Temo purtroppo, come altri hanno già sottolineato, che un gesto plateale rischi di essere più un boomerang che altro, anche e soprattutto sul piano mediatico-giornalistico. Si rischia cioè che il fatto venga comunicato con stile di tipo scandalistico, stravolgendo l'essenza del problema ed esasperando aspetti di pura protesta. Ciò renderebbe pressoché impossibile trattare seriamente il problema.

Inoltre, data la spinosità della questione, è altamente improbabile che un politico si faccia carico di affrontare un problema simile di buon grado. Anzi, semmai, avrà gioco nel tradurlo in protesta afinalistica da parte dei medici, e un gesto plateale temo sia un autogol in tal senso. Ammetto che

possa sembrare una visione un po' dietrologica, ma temo che "andreottianamente" ci si azzechi... Pertanto, ogni possibilità di avvicinarsi a figure istituzionali più in alto possibile evitando troppo chiasso, ritengo sia l'unica strada che possa forse smuovere qualcosa.

Sarebbe poi auspicabile (e il Presidente saprà eventualmente quanto perseguibile) coinvolgere altre società di chirurgia, in primis per non fare da "apripista" da soli e in pochi, in secundis per diventare più "appetibili" per le compagnie di assicurazione. E' vero che i compiti e le responsabilità assistenziali sono diverse a seconda della branca specialistica, il ruolo, ecc., ma senz'altro le polizze (e relativi premi!) per copertura di rc professionale sono in prima istanza distinte tra svolgimento di attività chirurgica e non.

Luca Sandrelli (Cardiochirurgo, NCC Città di Alessandria) ha invece focalizzato i propri commenti sui diversi gradi di responsabilità dei sanitari e sulle problematiche delle compagnie assicurative.

Mi inserisco nella discussione suscitata dalla proposta del Presidente per una breve riflessione. Personalmente sono favorevole ad una iniziativa che in qualche modo renda visibile il problema della crescente difficoltà dei medici ad ottenere una adeguata copertura assicurativa a fronte dei continui aumenti richiesti dalle varie compagnie. Penso tuttavia che una dimostrazione solo plateale non sortirebbe alcun effetto e probabilmente si ritorcerebbe contro i manifestanti agli occhi dei cittadini. E' difficile far passare il disagio della quotidianità di una professione ricca di soddisfazioni ma costantemente schiacciata tra l'incudine del sensazionalismo mediatico

per le continue conquiste scientifiche e il martello della "malasanità" cavalcata da mezzi di informazione. Penso che dovremmo piuttosto percorrere la strada dell'unità tra professionisti chiedendo una possibile copertura di tutti gli appartenenti alla Società. E' ovvio che tra gli iscritti esistono vari livelli di responsabilità e quindi di rischio assicurativo, ma se riuscissimo a presentarci uniti forse qualche compagnia seria potrebbe essere interessata ad un bacino di utenza certo non sterminato ma sicuramente capace di rappresentare una novità che aprirebbe spiragli per altre Società. Quando c'è la volontà, i dettagli poi si risolvono.

Questa impostazione ha sostanzialmente trovato assenso da parte di **Giuseppe Rescigno**
(Cardiologo, Ospedale di Ancona)

Mi inserisco nella discussione mostrando la mia solidarietà a tutti coloro i quali sono vittime di questo sistema balordo creatosi nel corso degli anni. Tuttavia, faccio come al solito la parte dell'Avvocato del diavolo e chiedo a tutti: siamo sicuri che la Società di Cardiologia non possa fare nulla unilateralmente per migliorare la situazione?. In pratica, è così difficile creare una sorta di Board che certifichi il cardiologo e lo protegga anche nei confronti degli eventuali attacchi risarcitori? Trasferiamo il tutto al mercato delle assicurazioni automobilistiche. Esiste un sistema di bonus-malus che, parzialmente, è premiante per l'automobilista cosiddetto "virtuoso". Ovviamente il meccanismo non è perfetto, basti pensare che gli anziani, con pochi chilometri percorsi all'anno, sono quasi tutti in Classe 1a, essendo forse, per mancanza di riflessi ecc,

automobilisti a rischio. Penso che, nei confronti di una società assicurativa, potrebbe essere interessante l'organizzazione di un meccanismo analogo. Il cardiologo che esegue un numero adeguato di interventi all'anno e ha subito nel corso degli ultimi 5 anni una richiesta di risarcimento risultata giustificata, deve essere valutato diversamente da chi opera molto meno e magari ha una morbilità/mortalità elevata, se confrontata ovviamente a quella attesa, con numerose cause perse nel corso degli anni. E' qualcosa che in altre nazioni esiste da molti anni e permette una sorta di equità nel calcolo dei premi, proteggendo contemporaneamente i pazienti. E' un meccanismo difficile da mettere a punto ma che porterebbe la nostra Società sotto una nuova luce anche nei confronti dei mass-media. Solo per fare un po' di brainstorming...

Mentre non è stata pienamente condivisa da **Marco Pocar**.

Permettetemi di reinserirmi nel dibattito, non ritengo corretto giudicare l'operato di un professionista sulla base di quante denunce o quanti procedimenti siano pendenti a suo carico. Se la Società dovesse avere (se mai) un board in merito, credo che (forse) l'unica variabile ragionevolmente

traducibile in numeri sia la mortalità osservata rispetto a quella attesa, escluse le emergenze quoad vitam che, notoriamente, non rispecchiano alcun criterio legato agli score, euroscore in primis, che traducono abbastanza fedelmente i rischi fino al 25-30% di mortalità.

Ha sintetizzato lo scambio di opinioni **Luigi Mastroberto**. (Medico Legale Doc. Universitario contr., Bologna)

Seguo il consiglio di fare un po' di brain storming... Sto seguendo con molta attenzione la discussione che, giustamente, fa emergere l'enorme disagio e le enormi difficoltà con le quali chi esercita la medicina e soprattutto chi lo fa ai livelli più elevati, oggi vive la sua professione.

Credo però che, per meglio inquadrare le attuali criticità del sistema RC sanitaria e per meglio indirizzare eventuali iniziative, sia fondamentale avere la consapevolezza dei principali motivi per i quali la attuale situazione si è generata.

Intanto il problema delle assicurazioni è che oggi quelle istituzionali italiane, quelle cioè che hanno gestito il problema dal suo nascere (intorno alla metà degli anni '80) fino al 2000-2002, si sono ritirate dal mercato e, per quanto mi consta, hanno addirittura escluso dalla futura progettualità l'ipotesi di un rientro se non si verificano sostanziali cambiamenti. E purtroppo quando in un paese avviene ciò, quando cioè il sistema assicurativo rinuncia su un rischio a svolgere il suo mestiere, vuol dire che quel rischio è tecnicamente ingestibile, essendo impossibile predeterminare i fondamentali sui quali si calcola il premio: prevedere cioè quanti sinistri si verificheranno ne periodo assicurato e quanto costerà ogni sinistro. Per questo negli ultimi 10 anni hanno fatto il loro ingresso in Italia compagnie straniere, che però, anche per le modifiche della struttura essenziale del contratto di

assicurazione messe in atto (introduzione di franchigie, passaggio da un sistema loss occurrence ad un sistema claims made, diritto di storno del contratto per sinistro... ecc.) hanno adottato e stanno adottando il criterio del.... mordi e fuggi, acquisendo i premi per coperture ridotte, a volte quasi inesistenti (pensate che addirittura ci sono aziende sanitarie che pagano premi milionari all'anno per avere una copertura con un scoperto di 400.000 euro per sinistro!) e fornendo l'attività per non più di 2 o 3 anni. Il rischio oggi - e su questo occorre che ciascuno di noi faccia molta attenzione - è che si paghi una assicurazione, senza però avere una reale ed efficace copertura assicurativa. E' storia solo di un anno fa la vicenda della Faro che, fallita, ha fatto ricadere l'onere risarcitorio dei sinistri non pagati sulle aziende che pure avevano già corrisposto milioni di euro di premi.

Questo per dire che oggi, alle attuali condizioni che non hanno alcuna prospettiva di miglioramento, non sono le assicurazioni gli interlocutori per cercare di risolvere il problema e modificare il sistema. A mio modo di vedere tutto quello che è possibile fare andrebbe fatto per cercare di calmierare un sistema che, per la posizione presa dalla magistratura civile italiana, ha trasformato la RC sanitaria in una sorta di sistema per pone a carico di qualcuno la tutela economica dei soggetti che da un trattamento sanitario hanno un qualche

pregiudizio o, semplicemente, non hanno il risultato sperato. L'inversione dell'onere della prova della colpa, la scomparsa di fatto dei termini di prescrizione, la affermazione che in concreto non esistono prestazioni sanitarie di speciale difficoltà, il fatto che, in ultima analisi, quando le cose non vanno per il meglio, la Cassazione Civile afferma che si deve procedere con la presunzione della responsabilità del medico da affermare almeno fino a quando non sia il professionista a dare la prova che ciò che è accaduto non è dipeso dal suo operato ma da fatti non evitabili né prevenibili, sono a mio modo di vedere i veri motivi per i quali nel sistema della RC sanitaria si è stravolto il concetto di errore medico, venendo considerato tale qualsiasi evento avverso o anche il semplice mancato risultato.

Se dunque è questo lo scenario, se questi sono i motivi per i quali oggi le richieste di risarcimento crescono, cresce il valore dei risarcimenti e non si trova più una compagnia disposta a fornire una efficace copertura assicurativa, a mio modo di vedere le iniziative, anche le più eclatanti come gli scioperi che sono stati indetti nelle scorse settimane, dovrebbero essere finalizzate a chiedere alle Istituzioni una riforma legislativa dell'intero sistema della RC sanitaria, regolamentando in particolare gli aspetti più critici: fornire delle norme che regolamentino il concetto di colpa in modo da uscire dalla forza della presunzione di responsabilità così esasperata come è oggi; limitare i termini della prescrizione (non vedo perché un soggetto che ritiene di aver subito un danno ingiusto ad opera di un terzo possa attendere un tempo infinito

prima di richiedere il danno e ricordo ad esempio che per i sinistri stradali, per legge, questo termine è stato ridotto a soli due anni); calmierare i risarcimenti (la legge Balduzzi ci ha provato, facendo però riferimento a tabelle di legge che dal 2005 ad oggi non sono state ancora approvate e, di fatto, non esistono); disporre per legge, all'interno delle aziende sanitarie, delle vere (e non le "finzioni" che oggi esistono) unità di gestione dei reclami che siano in grado di evitare che una semplice lagnanza diventi un sinistro.

Le considerazioni di Luigi Mastroroberto hanno innescato un ulteriore dibattito, aperto dai commenti di **Piersilvio Gerometta (Segretario Organizzativo SICCH)** che ha scritto.

Ho letto in questi giorni tutte le dotte opinioni ed interventi sul problema medico legale che ci preoccupa così tanto. Innanzitutto ringrazio particolarmente Lorenzo per la chiarezza e l'energia con la quale affronta l'argomento e Luigi Mastroroberto per la dotta puntualizzazione sulle origini del problema.

Vorrei anche io esprimere un'opinione e provare a proporre qualche possibile azione:

I fatti:

1) Per quanto l'affermazione possa sembrare arida, i "cattivi" in questa vicenda non sono le assicurazioni: esse sono imprese private che non possono essere costrette a "scommettere" su rischi non calcolabili o prevedibili. Certamente non sono enti di beneficenza, ma proprio perché devono produrre utili, è comprensibile che tendano a uscire dal settore ed a scoraggiare l'assunzione di questi rischi.

2) I "cattivi" invece sono, e sono stati, i politici degli ultimi decenni (di tutto l'arco costituzionale ben inteso compresi i rappresentanti dei medici) che hanno: invertito l'onere della prova, evitato di definire la "colpa medica", insabbiato le proposte di legge pure presentate nel tempo per modificare la situazione, che considerano la nostra professione "non usurante" e che, infine, ci hanno trasformato - come bene ha scritto Lorenzo in "bancomat" con l'introduzione della quota lite anche nel nostro settore (e

nessuno ha ancora citato la "conciliazione" che, non essendo prevista nelle clausole delle assicurazioni in essere, potrebbe rivelarsi un ulteriore macigno per la classe medica).

3) Il punto più importante per migliorare la nostra situazione - come ha ben chiarito Mastroroberto - non è quello di costringere le assicurazioni ad assumere rischi impropri, ma quello di modificare la legge sulla colpa medica, introdurre un tetto ai rimborsi e limitare i termini della prescrizione.

Come dunque smuovere un sistema che sembra ignorare il problema?

Gesti plateali come la restituzione delle tessere dell'Ordine (ente di retaggio medioevale) non sembra essere percorribile secondo il consiglio dei valenti avvocati Isolabella e Berti. Mobilitarci in uno sciopero da soli servirebbe a poco, ma forse se riusciamo ad aggregare più voci utilizzando la CIC come entità coagulativa di interessi comuni ed altre associazioni come AMAMI, possiamo almeno fare sentire qualche voce e tentare di cambiare qualcosa.

Il coinvolgimento della CIC (della quale conosco in realtà non molto, ma Vittorio che fa parte della sua "cupola" potrà essere per noi l'interlocutore privilegiato) a mio avviso è necessario perché per agire abbiamo bisogno di essere in molti e dividere spese (o se vogliamo raccogliere fondi) che

probabilmente saranno importanti, ma necessarie.

La strategia che personalmente proporrei è riassumibile in pochi punti non per forza da sviluppare in quest'ordine:

A) scrivere a tutti i presidenti delle decine di Società aderenti a CIC per sondare se sosterebbero, anche economicamente, una campagna dura per risolvere il problema. Creare con questi apporti un fondo unico per la campagna che forse potrebbe essere gestito proprio da CIC in modo da garantire la imparzialità.

B) trovare una OTTIMA agenzia di comunicazione o pubblicità che gestisca il progetto sia dal punto di vista strategico (con le competenze specifiche), che mediatico e di lobbying.(se qualcuno ne conosce qualcuna.....).

C) Interpellare avvocati esperti di diritto europeo per capire se le anomalie della legge italiana che tutti conosciamo e lamentiamo non possano essere "bypassate" da una superiore legge dell'Unione Europea. In ogni caso anche una comparazione seria delle legislazioni dei vari paesi della UE può essere utile base per proporre le modifiche necessarie.

D) Chiariti gli obiettivi, raccolti i fondi ed individuato un momento politico favorevole, si dovrebbe dare inizio alla campagna: inizialmente con campagne stampa anche a pagamento (ma sarà la agenzia di comunicazione a spiegare come) per spiegare agli italiani (elettori) perché sia necessario un cambiamento! Poi minacciando uno sciopero che, se coinvolgesse anche tutti i chirurghi generali, i ginecologi ed ortopedici, potrebbe essere

sentito con maggiore attenzione dai media e dalla popolazione.

E) Cercherei poi di coinvolgere in questa campagna anche altri soggetti che siano comunque interessati: i medici di base (molto sindacalizzati ed anche loro oggetto di richieste di risarcimento) il cui se si riuscisse a farlo sarebbe importante perché sarebbe molto più sentita dalla popolazione, le ASL, le amministrazioni ospedaliere - pubbliche e private - e finanche qualche assessorato regionale sarebbe ideale! Tutti loro in fondo "perdono" nella attuale situazione.

F) se fosse possibile individuare qualche forza politica alla quale possa convenire (ho abbandonato ormai l'idea che questa campagna possa interessare solo perché giusta) politicamente sostenere le nostre tesi. Se di partiti ce ne fossero più di uno, meglio.

G) coinvolgere qualche valente economista che possa calcolare (o trovare le pubblicazioni aggiornate sull'argomento) l'impatto sfavorevole sul bilancio statale di una estremizzazione della medicina difensiva ovvero i benefici in termini economici di un cambiamento di indirizzo legislativo. Queste argomentazioni saranno utilissime in sede di dibattito pubblico. Non dimentichiamo che la sanità rappresenta circa il 10 % del PIL ed anche uno dei grandi "buchi" economici di alcune Regioni: se impostassimo la campagna sul "risparmio" troveremmo forse orecchie più attente!

H) Paradossalmente dovremmo cercare di coinvolgere nella campagna anche le assicurazioni: uscire da un mercato è comunque un "mancato guadagno"!

Successive osservazioni e proposte sono quindi state formulate da **Ernesto Tappainer (Cardiochirurgo)** che le ha elencate come di seguito riportate.

1) Rapporto chirurgo-paziente.

Le decisioni tra cardiologo e cardiochirurgo passano sopra la testa del paziente e l'intervento gli viene imposto più che proposto. Bisogna cambiare il sistema in modo che sia il paziente a chiedere, pregare o anche pretendere di essere operato. Ciò implicherebbe una consapevolezza in lui e nei famigliari che oggi è assente.

La legge dice che bisogna informare il paziente di tutto, compresi i rischi che correrà. Deve addirittura firmare cose terrificanti che non conosce (che potrebbe morire, non svegliarsi, sanguinare...). La cardiocirurgia è l'unica specialità in cui la legge non va applicata. Chi va informato non è lui ma i famigliari, in separata sede e a sua insaputa. Il paziente non va spaventato ma ai parenti bisogna aprire gli occhi. E' con loro che si parla alla fine dell'intervento, a loro si devono spiegare le condizioni e i problemi che tutti inevitabilmente hanno. Il problema infatti sono proprio i parenti che in genere hanno nelle orecchie solo le frasi ottimistiche che cardiologo e cardiochirurgo raccontano per convincere il paziente a farsi operare. Quando poi andranno in terapia intensiva per avere notizie, riceveranno messaggi negativi (l'intervento "liscio" non esiste o è raro) e contrastanti da persone diverse e con parole diverse (c'è chi è più o meno ottimista), senza capirne la motivazione. Anche quando il paziente torna in reparto ci saranno altre persone altre parole e quando viene dimesso spesso

non sa chi è stato a mettergli le mani addosso (è quanto emerge dalle visite di controllo).

Deve crearsi un legame preventivo tra chirurgo e paziente e parenti. Non si può decidere la sera prima chi farà il caso il giorno dopo. Va deciso la settimana prima in modo da dare il tempo all'operatore designato di prendersi cura del caso-paziente-parenti. E anche dopo l'intervento deve essere solo lui l'interfaccia con i famigliari. Non lasciare che parlino gli anestesisti che fanno turni e ciascuno dirà una cosa diversa. E' faticoso ma l'operatore dovrà sempre essere disponibile e tradurre le cose che altri hanno detto. E' sempre la cattiva informazione che porta alle incomprensioni e alle denunce.

2) Reintroduzione della mediazione-conciliazione obbligatoria, o almeno provarla.

Era stata introdotta nel 2010 e poi bloccata. E' adesso inserita in contratti commerciali e industriali di vario tipo. Anche l'ordine degli Ingegneri l'ha introdotta ed è scritta nei loro contratti di lavoro. Io ho fatto il corso di mediatore, non ne ho mai fatte perché sono state bloccate ma so che la mediazione permette/obbliga le parti di parlarsi, talvolta a capirsi, e in molti casi a ridurre le richieste risarcitorie.

Avevo proposto pubblicamente in un convegno alla Direttrice Generale dell'Azienda Ospedaliera di Verona se nel momento in cui si instaura il contratto tra

paziente e struttura ospedaliera, atto che si concretizza nel momento in cui viene fatta la cartella clinica con i dati del paziente, o il contratto medico-paziente quando si firma il "consenso informato", non si possa in quel momento far firmare un documento che impegna le parti a ricorrere alla mediazione in caso di controversia. Purtroppo l'idea non è stata ben accolta. E' stata subito messa sul piano della dignità (non si può paragonare un rapporto paziente-medico-ospedale ad uno commerciale). Poi, che si tratta di migliaia di contratti e che andrebbe introdotto allora anche per un prelievo di sangue ecc. ecc. Mi è parso anche dispiaciuta che l'idea strepitosa non fosse venuta prima a lei, quando faceva la pediatra.

3) Dividere il costo del premio annuo per il numero degli interventi fatti in un anno, vedere il costo assicurativo del singolo intervento, farlo pagare al paziente (a mali estremi estremi rimedi), o almeno dividerlo con lui.

4) Visto che i boiardi di stato hanno detto che il rapporto medico-paziente è un contratto, che contratto sia. Si faccia un contratto scritto ogni volta, firmato da entrambi, in cui il paziente "chiede" al chirurgo di operarlo e che ne accetta integralmente rischi e condizioni. A sua volta il chirurgo scriverà e prometterà che agirà al meglio delle sue possibilità. Qualcuno mi ha detto che una

dichiarazione scritta e firmata da entrambi ha valore legale.

Concorda pienamente con quanto proposto da Tappainer, **Giuseppe Rescigno**.

Vi sono casi limite, ma, in generale, la mancata informazione del paziente e, soprattutto, dei famigliari, è un ottimo humus per ulteriori rivalse ecc. Le cose stanno migliorando, le persone si informano preventivamente sulla procedura e, si spera, sul chirurgo; tuttavia esiste ancora una importante quota di nostri pazienti che sono anziani, non hanno accesso a internet e a tutte le altre diavolerie di oggi, e sono vissuti in ambienti rurali. Non è raro, nella mia regione, incontrare persone operate al cuore che non conoscono neanche il cognome del loro chirurgo! Purtroppo in un ospedale pubblico non è sempre facile personalizzare il rapporto medico-paziente. A parte i pazienti che vengono direttamente nel mio ambulatorio, per quanto riguarda gli altri, ho un po' rinunciato a presentarmi prima dell'intervento. Può accadere, infatti, che per un cambio di programma sia costretto ad operare un'urgenza e ciò crea una certa confusione nel paziente e famigliari con i quali avevo discusso le problematiche e la strategia dell'intervento programmato. Può accadere addirittura che si possa mettere in difficoltà il chirurgo che effettuerà l'intervento al posto mio! Anche qui, in un mondo ideale, sarebbe giusto che un paziente affidato ad un dato chirurgo, venga operato da costui a prescindere dalle esigenze organizzative... ma tant'è! Forse per la mia pensione, che l'ENPAM ha deciso già essere nel 2031 (salvo premorienza), riuscirò a vedere gli ospedali italiani organizzati come gli anglosassoni con una

serie di "Consultants", responsabili del paziente dalla A alla Z.

Relativamente al consenso informato, esso richiederebbe la stessa attenzione e cura che noi generalmente investiamo nell'intervento stesso. E' un momento fondamentale del ricovero, richiederebbe informazioni dettagliate, fornite in un ambiente silenzioso, con i famigliari presenti. Lo viviamo invece, io per primo, come una seccatura o quanto meno come una formalità inutile. La richiesta della sua firma viene affidata talvolta a colleghi giovani il cui obiettivo, naturalmente, è quello di creare quanto meno problemi possibili ai primi operatori. Spesso viene minimizzato il rischio, non certo approfondito dai nostri cardiologi.

Per quanto riguarda la mia proposta di bonus-malus assicurativo, non intendevo di basarla sul numero di rivalse ricevute, ma su quello di responsabilità oggettivate da un risarcimento ottenuto. E' vero che gli ospedali tendono a risarcire una piccola somma piuttosto che intraprendere una lunga strada processuale e questo falserebbe il calcolo del premio. Sarebbe comunque un meccanismo per evitare che un chirurgo con poche richieste di risarcimento debba pagare un premio particolarmente elevato.

Sono senza dubbio d'accordo con l'analisi di Gerometta sulla genesi di questa situazione. Non dimentichiamo che in Italia la magistratura è l'unico corpo dello stato al di sopra di qualsiasi responsabilità...

Ironica, ma come sempre efficace, la chiosa di **Lorenzo Menicanti** che, come la aveva innescata, conclude la discussione, con un programma di un incontro per stabilire la futura strategia operativa.

Grazie per il contributo che state dando alla discussione che è sicuramente di altissimo livello. Il dottor Mastroberto ha fatto una sintesi chiara e spietata delle ragioni per cui ci si trova in questa situazione, folle unica al mondo.

I Chirurghi si sa non sono persone molto intelligenti e rispondono a stimoli semplici con risposte solitamente binarie, io non faccio eccezione e vorrei porre alla vostra attenzione alcune riflessioni:

- A) Una società scientifica che conta circa 300 aderenti non ha alcun diritto di certificare nessuno, e anche se lo facesse la cosa non avrebbe alcun valore. La sola arma che potrebbe avere sarebbe il fatto di avere dati certi e robusti sull'attività di centri, ma vi ricordo che solo il 30% dei centri italiani invia i dati al data base societario. Vi ricordo però che Agenass nel 2014 conta di pubblicare il carico di lavoro di ogni singolo chirurgo e forse anche la mortalità e questa è una sorta di certificazione ufficiale, che ancora una volta non avrà nessun impatto sul problema assicurativo, perché per le ragioni espresse dal dottor Mastroberto, uno può essere il Padre Eterno chirurgicamente parlando, ma se avrà un problema i suoi risultati passati non conteranno assolutamente nulla.
- B) Siamo con Messico e Polonia gli unici medici che si vedono recapitare un avviso di garanzia per OMICIDIO COLPOSO se un paziente muore. E' di grande conforto sapere che è la stessa imputazione che riceve chi ubriaco investe un pedone sulle strisce.
- C) Siamo il solo paese europeo in cui le grane legate alla malpractice non passano prima attraverso un organo medico ufficiale voluto da ordine dei medici e magistratura che stabilisca la consistenza della denuncia.
- D) Siamo il solo paese occidentale in cui non vi sia un tetto all'ammontare del risarcimento preteso.
- E) Grazie alla ineffabile legge Bersani, che introduce la quota lite, siamo diventati un bancomat. Denuncia un medico male che vada non ci perdi una lira !!!!!
- F) Non vi è nella realtà nessuna possibilità di rivalsa, ho avuto una vicenda che mi ha visto vincitore nei tre gradi di giudizio. Pensate che dopo 10 anni abbia voglia, tempo e danaro per intentare una causa di rivalsa?
- G) Siamo il solo paese al mondo che imponga ad un medico di dimostrare di aver ben operato e NON A CHI ACCUSA DI

DIMOSTRARE che un errore è stato fatto.

H) Ginecologi, Ortopedici hanno scioperato, per le ragioni suddette, quale è stato l'impatto sull'opinione pubblica, sull'Amministrazione ? Assolutamente meno di zero.

I) I cardiocirurghi Australiani e Francesi, avendo problemi simili, hanno dichiarato uno sciopero alcuni anni fa, e poiché sono persone serie in paesi seri lo sciopero era vero, non si sarebbe presentato nessuno ma proprio nessuno in ospedale,

bloccando urgenze ed emergenze. La situazione è stata risolta in meno di 12 ore.

Sono anni che si parla di depenalizzazione della colpa medica e nulla è stato fatto, penso che non si debba inventare nulla basta COPIARE solo COPIARE i sistemi Svizzeri, Francesi, Austriaci per avere una soluzione bella è pronta.

NON penso che in quei paesi si assista all'orgia della stoltezza dei medici contro i poveri pazienti privi di qualsiasi difesa.

Quanto le problematiche medico-legali stiano incidendo e condizionando la nostra professione, lo si può evincere da queste tre lettere che ci sono arrivate (delle quali, per privacy, omettiamo il nome degli scriventi) e da due articoli, pervenuti in redazione, che volentieri pubblichiamo:

“Ho letto la lettera di presentazione della task force che con Menicanti avete istituito. Mi sembra una cosa estremamente interessante e vi volevo fare i complimenti per l'idea. Ho scritto anche a Menicanti per comunicargli che ci stiamo muovendo anche noi per cercare di organizzare una giornata alla camera dei deputati per parlare dei problemi medico legali. Tra parentesi io sono stato disdetto dalla mia assicurazione e in linea pratica dal primo di agosto non posso più lavorare se non riesco a trovare presto un'altra assicurazione. Se posso essere utile in qualche modo fammi sapere perché questo problema mi sta particolarmente a cuore”.

“So che ti ha scritto in merito al problema disdetta da parte dell'assicurazione. Lo stesso è accaduto anche a me: sono stato disdettato dalla mia assicurazione ed ora sto faticando a trovarne una !!!!

E' un problema sempre più grave e sul quale c'è necessità di fare qualcosa di urgente!

Scusa per il disturbo ma credo sia venuto il momento di muoversi all'unisono per cambiare le cose !”

“Come avrai avuto modo di riscontrare nelle tua recente attività, quello del problema medico-legale è diventato ormai un fardello quasi insopportabile per chi pratica questa professione. Credo che la problematica sia ancora più grave per chi come me esercita in struttura provata convenzionata. La mia

situazione allo stato attuale è che avendo ricevuto due richieste di risarcimento danni, nel corso di questo anno, ho ricevuto disdetta dalla mia compagnia assicuratrice che mi aveva rinnovato il contratto nel marzo scorso con soli 30 giorni di preavviso. Allo stato attuale io dal primo agosto sarei senza copertura assicurativa quindi senza possibilità di lavoro. Il comportamento del tutto inusuale della mia compagnia, con interruzione del contratto in corso di opera, mi ha costretto a girare tipo mendicante alla corte di vari broker di varie compagnie assicuratrici che propongono per assicurarti, e lo fanno come quasi un piacere personale, prezzi inauditi (12-15 mila euro annuali). Ora ci si rende conto di quanto tutto questo sia umiliante ed assolutamente fuori da ogni logica? Le richieste di risarcimento ricevute quest'anno riguardano un caso di endocardite in un Pz di 66 anni con severa disfunzione ventricolare Sin, ed un caso di una donna di 76 anni da me sottoposta a sostituzione dell'aorta ascendente e dell'arco con reimpianto dei tronchi epiaortici in cui vengo accusato di malpractice perché dopo l'intervento la Pz ha presentato come complicanza la lacerazione del dotto toracico con chilo torace che ha prolungato per settimane la degenza della Pz. Ma con quale spirito si può entrare in sala operatoria per casi difficili, come quelli che quotidianamente operiamo sapendo di

vivere sospesi su un mare di possibili denunce. Ieri ho operato un ragazzo di 37 anni con tre coronarie chiuse e 35% di FE e messo in ECMO una donna di 66 anni con un DIV postima che dovrò provare a riparare la settimana prossima (so che conosci bene la nostra realtà lavorativa e sai che non sto ingigantendo per esagerare). Come si può fare il chirurgo fra una mail di un avvocato, una telefonata del broker, un avviso di garanzia che ti aspetta dai carabinieri. Quale lucidità potrò mai avere? Se l'attività legislativa non si muove rapidamente credo che questa situazione arriverà al collasso. Scusa lo sfogo ma questa situazione sta minando la mia serenità".

Una situazione ormai insostenibile

Alberto Tripodi

Cari colleghi, vi scrivo per relazionarvi su una problematica che sta gradualmente stravolgendo il nostro approccio alla professione che amiamo. Nel corso degli ultimi anni l'esposizione a procedimenti legali a cui la nostra categoria è sottoposta è progressivamente aumentata. Basti pensare che siamo passati dalle 3.154 denunce contro operatori medici nel 1994 a 11.932 del 2004 fino ad arrivare a 33.682 nel 2010. Sebbene L'Ania segnali un lieve trend in diminuzione si capisce bene come i procedimenti a carico della figura medica siano decuplicati nel corso dei 20 anni trascorsi e che il fenomeno si è decisamente aggravato nel corso di questi ultimi anni. Su siti in rete, in tv e nei mezzi di comunicazione vi è un continuo fiorire di pubblicità di studi legali, associazioni a teorica tutela dalla malversazione medica che offrono assistenza legale a "costo zero" in caso si intenda procedere contro un caso di "malasanità" fino a 10 anni dall'evento. Questa problematica coinvolge ormai tutte le specialità anche se alcune come quella dei ginecologi, degli ortopedici e dei chirurghi sono maggiormente colpite. Parlavo di aumento ingiustificato del numero delle cause a ragione. Dati riportati, nel gennaio del 2013, dalla Commissione sulla Sanità del Senato preseduta da Leoluca Orlando, riporta che circa il 98% delle cause per lesioni colpose e ben il 99.1% dei casi di citazione per omicidio colposo finiscono con un nulla di fatto. Solo il 20-25% dei casi di

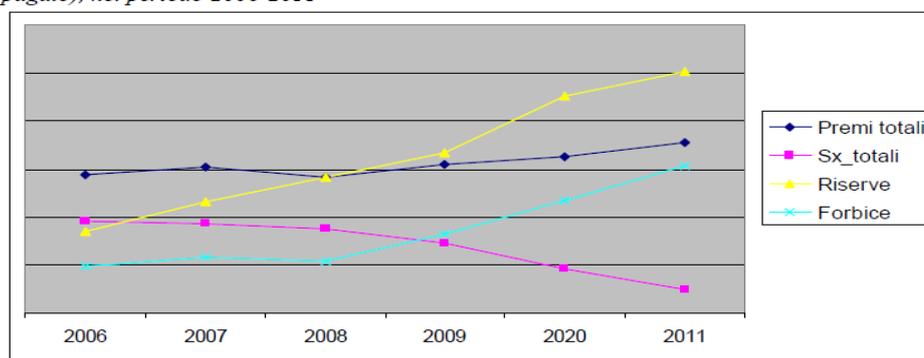
richiesta di risarcimento danni giunge ad una conclusione positiva per il denunciante. Questi dati dovrebbero, in un paese normale, necessariamente portare ad una riflessione profonda sulle cause del problema e sulle sue possibili soluzioni. Premetto che sono lontanissimo dalla idea che la figura del medico debba esser tutelata da una sorta di inviolabilità. I casi di malasanità esistono realmente e vanno monitorati, accertati e quindi perseguiti in modo duro, specie se alla base di essi esistono fini di lucro. Tuttavia come i dati suggeriscono, la realtà è che la crescita esponenziale delle denunce non ha alcun riscontro nelle conclusioni dei procedimenti legali che nella stragrande maggioranza dei casi si conclude con un nulla di fatto. L'Italia fra l'altro è fra i soli tre paesi al mondo che riconoscono la possibilità di citare la figura medica con accusa di OMICIDIO COLPOSO (gli altri due paesi sono Messico e Polonia). Sicuramente il fitto sottobosco di avvocati e studi legali ormai disoccupati sono una tra le cause principali di questo problema. E' triste vedere pubblicità in cui studi di avvocati cercano di richiamare clienti con lo scopo ben preciso della denuncia verso un altro professionista a costo zero. Davvero molto, molto triste ed irritante.....Una riflessione andrebbe fatta anche sul perché, se un ordine professionale ha senso di esistere, questo non senta come un problema vitale, agire a tutti i livelli perché lo stato delle cose cambi. L'altra questione che va a braccetto con questa è che le compagnie di assicurazione negli ultimi anni hanno innalzato in modo spaventoso i premi annui. Attualmente assicurare un medico è

diventata una cosa rischiosa e i premi annui arrivano facilmente a 12000-15000 euro annui. Il tutto è aggravato dal fatto che le aziende sanitarie stanno gradualmente cercando di liberarsi dalla necessità di assistenza ai propri professionisti. Nel 2011 circa il 10% delle ASL non ha rinnovato il contratto di copertura assicurativa. Tale dato anche se in termini addirittura peggiorativi viene confermato nella relazione della commissione del senato sulla sanità, ove si evidenzia che ben il 29% delle aziende che hanno risposto al questionario non hanno avuto rinnovo del contratto da parte della compagnia assicurativa per eccessiva onerosità e per un alto numero di sinistri. Se questo è vero per le strutture pubbliche, diventa un problema drammatico per le strutture private convenzionate o no, ove le strutture scaricano i professionisti quando non si rivalgono sugli stessi quando chiamate in causa. Il dato che ben il 5% dei medici hanno subito una procedura di disdetta da parte della propria compagnia nel 2011 è eloquente. Il medico viene lasciato solo a tutelarsi contro un crescente numero di azioni legali senza protezione alcuna, costringendoci spesso in pellegrinaggi umilianti alla corte di broker che ci spigano il perché siamo diventati soggetti ai limiti della non assicurabilità. Eppure le compagnie assicurative hanno chiaramente guadagnato da questa situazione. Il grafico seguente è più eloquente di qualsiasi discussione e riporta il margine netto di accumulo delle compagnie assicuratrici a fronte di un notevole calo dell'entità dei risarcimenti ed indennizzi.

Tabella 26: *Variazione dal 2006 al 2011 dei premi versati, del risarcimento sinistri e delle riserve accantonate dalle compagnie*

Variazione 2011/2006	
Premi versati	122,8
Risarcimenti sinistri	25,0
Riserve	295,1

Grafico 9: *Andamento di premi, delle riserve, del pagato per i risarcimenti e della forbice (premi-pagato), nel periodo 2006-2011*



Anche i nostri margini di manovra legale sono estremamente esigui perché per il nostro sistema giuridico la possibilità di contro rivalsa nei confronti del denunciante può avvenire eventualmente solo dopo il terzo grado di giudizio. Il dato saliente di tutto questo è che come logica conseguenza ognuno di noi sta profondamente cambiando la sua pratica professionale quotidiana, assumendo un atteggiamento di difesa e prevenzione: LA MEDICINA PREVENTIVA. Sempre nei dati emersi dalla commissione di inchiesta del senato attualmente la spesa sanitaria legata all'atteggiamento di difesa da parte della classe medica è di 12-14000 euro. Ben superiore al possibile ricavo ottenibile dall'IMU (visto che ormai è diventata un termine di riferimento assoluto). In una inchiesta svolta dalla fondazione ISTUD per l'ordine dei medici di Roma ben il 53% dei medici dichiara di prescrivere o aver prescritto farmaci in eccesso per la medicina preventiva. Il 71% dichiara di aver richiesto esami di laboratorio e ben l'80% di aver richiesto esami strumentali per

medicina preventiva. Il 50% di aver eseguito 1 o più ricoveri per lo stesso motivo e ben il 70% dei medici ospedalieri dichiara di aver eseguito per questo motivo ricoveri ospedalieri per pazienti che avrebbero potuto esser seguiti ambulatorialmente. Tutto questo pesa per un totale dell'11% dei ricoveri totali. E sicuramente questi dati sono tutti sottostimati. Questo fornisce una idea di quello che è il reale impatto di questa emergente situazione sulla spesa del Sistema Sanitario Nazionale. Senza considerare che 33.000 cause con una durata media di 3-5 anni quale impatto economico, funzionale hanno sul sistema giudiziario italiano che è già al limite del collasso. Sta inoltre profondamente mutando l'atteggiamento di molti operatori sanitari che tendono a non accettare pazienti con casi clinici particolarmente difficili, ed ad esitare ogni volta che percepiscano anche nell'ambiente familiare atteggiamenti di sfiducia o inquisitori verso i medici. Tutto questo è particolarmente avvilente se si pensa alle generazioni future e a chi si affaccia a questa professione

adesso. Quale futuro aspetta le nuove generazioni di medici e chirurghi se la situazione continua a degenerare. Sicuramente il recente decreto Balduzzi si è mosso nella direzione giusta nel tentativo di eliminare il coinvolgimento in processi penali per colpa lieve e nel porre dei limiti alle somme chieste per risarcimento, applicandole a delle precise tabelle e cercando di limitare l'attività delle compagnie di assicurazione. Sulla entità della richiesta di risarcimento fatemi spendere qualche parola. Ho più volte chiesto a vari avvocati con cui purtroppo mi confronto quotidianamente se esista in realtà una autorità che regoli l'entità della richiesta del risarcimento rispetto al tipo di danno biologico patito. La risposta è sempre stata vaga ma sostanzialmente era NO!!! Questo lasciatemelo dire è pazzesco perché senza una tabella una autorità che regoli questo si può arrivare a chiedere qualsiasi cifra per qualsiasi danno (presunto o reale) subito. Ma questo a chi fa gioco se non ad una classe di avvocati rampanti che proprio sulla entità della richiesta del risarcimento fissano la propria parcella!!!! Inoltre tornando al decreto Balduzzi purtroppo come evidenzia il recente episodio dell'impugnamento del decreto da parte di un giudice milanese, il concetto di colpa lieve nel sistema giuridico italiano ha contorni troppo sfumati e questo può in qualche modo avere un effetto boomerang anche su noi medici (come ha più volte sottolineato il dr. Maggiorotti presidente della AMAMI). Per tutti questi motivi vorremmo sollecitare chi si occupa di legiferare in materia ad un incontro per discutere serenamente e nella piena

consapevolezza che tutti i diritti di chi accede alle strutture sanitarie in uno stato di bisogno vanno salvaguardati. Crediamo però che per riuscire a fare in modo sereno un mestiere difficile come il nostro, sia fondamentale che il medico si senta più tutelato dal sistema di quanto non lo sia adesso e che si possa tornare a fare questa professione convinti che a guidare le nostre scelte debbano essere la conoscenza, l'etica e l'amore per il prossimo, non la paura di venir denunciati. Per questo motivo sollecito tutti i medici a mobilitarsi e far sentire la propria voce convinti come siamo che solo muovendoci insieme si possa riuscire a cambiare lo stato delle cose.

Appello urgente

Simone Calvi

All'attenzione di:

Ministero della Salute - On. Beatrice

Lorenzin

Federazione Nazionale degli Ordini dei

Medici Chirurghi e degli Odontoiatri -

Dott. Amedeo BIANCO

Società Italiana di Chirurgia Cardiaca -

Prof. Lorenzo Menicanti

e a tutti coloro a cui può interessare....

Vi chiedo cortesemente di leggere questo mio "sfogo", perchè è la situazione in cui mi trovo, si trovano e si troveranno tanti miei colleghi, sempre di più, ed è il sintomo di una **imminente "implosione" di tutto il sistema sanitario**. A meno che non si intervenga in tempi rapidissimi...! Sono un medico chirurgo, laureato dall'ottobre 2002, specialista in Cardiocirurgia dal dicembre 2007, lavoro da allora come libero professionista in una Casa di Cura privata, accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale. Ho scelto di fare il medico perchè ho sempre pensato al lavoro di medico come una "**missione**", quella di aver a cuore l'uomo nella sua interezza, e di poterlo aiutare nel sollievo delle sofferenze derivanti dalla malattia.

Tuttavia in questi 10 anni, fra scuola di specialità e lavoro, ho potuto vedere con i miei occhi, e con amarezza, un radicale cambiamento nelle prospettive del mio lavoro/missione di medico. E' cambiata radicalmente la mentalità delle persone, le quali, mentre fino a pochi anni fa si

affidavano completamente al medico avendo ben chiaro il diritto alla CURA, ma con la coscienza che essere curati non significa per forza sempre essere guariti, ora pretendono dal medico il diritto alla SALUTE, ovvero essere guariti, e quando questo non succede, la colpa non è della malattia, dell'età, del proprio stile di vita etc., ma **SOLO** delle cure non prestate o prestate male.

Sono convinto che questa mentalità derivi, almeno in parte, da tanti errori e casi di "malasanità", che devono essere certamente monitorati e controllati.

Ma il problema è che siamo arrivati ad un punto estremo, al punto cioè in cui le persone non si fidano più del medico e del personale sanitario in generale e non appena le cure danno un risultato non atteso dal paziente o dai congiunti - nonostante sia stato spiegato loro che le "cure" prevedono un rischio, spesso anche elevato - ecco che scatta quasi inevitabilmente la ricerca del colpevole.

E questo è il punto. Io ho 35 anni, sono un Cardiocirurgo che non opera ancora da solo, non prendo grandi decisioni, faccio da assistente del primo operatore sugli interventi al cuore, e ho già ricevuto 6 fra avvisi di garanzia e richieste di risarcimento, e mi chiedo prima di arrivare alla pensione quante ancora ne riceverò! E questo fa sì che ogni giorno, sempre di più, il mio entusiasmo per questa "missione" si stia spegnendo; ogni atto chirurgico che eseguo, ogni esame che richiedo, ogni farmaco che prescrivo, il primo pensiero non è più di fare del bene per il malato, ma di evitare una denuncia... e questo, che lo vogliate o no... si traduce

anche in costi esagerati per esami e consulenze evitabili, utilizzo o spreco di materiale evitabile, etc...

I 6 sinistri che ho dovuto denunciare alla mia assicurazione, hanno portato la stessa a darmi disdetta con effetto dal prossimo 8/8/2013.

Ed ora... è più di due settimane che contatto compagnie assicuratrici, brokers, etc., e non ho ancora trovato una assicurazione che si assuma il rischio, se non a condizioni che io mi vergognerei solo di proporre: oggi stesso ho ricevuto un preventivo di 14.000,00 Euro/anno con franchigia e scoperto del 15% per ogni sinistro (!!!!!!!), senza retroattività..... ma come si fa a proporre una cosa del genere?!?! 14.000,00 Euro corrispondono a circa 1/4 del mio stipendio annuale lordo!!! Considerando che ci sono da pagare anche le tasse, l'ENPAM, che ho una famiglia con 2 bimbe piccole, un mutuo infinito sulla casa, etc..., alla fine del mese non mi rimarrebbe niente, se non l'angoscia di vivere appeso ad un filo e con il terrore di ricevere ulteriori denunce e di arrivare anche a perdere i beni patrimoniali! Sì perchè ora vivo davvero con l'angoscia! Ogni squillo del telefono, ogni email che mi arriva, ogni raccomandata che ricevo generano un sussulto per la potenzialità di essere "brutte notizie"! Faccio fatica a dormire la notte! Sono preoccupato per la mia famiglia, oltre che per la mia salute fisica!

E la cosa ancora più grave è che, oltre a ricevere denunce dai pazienti o dai loro familiari, riceviamo sempre più chiamate in causa dalle (assicurazioni delle) stesse strutture in cui operiamo! Siamo allo sfacelo

più totale!

E, anche confrontandomi con tantissimi - e sempre di più - colleghi messi allo stesso modo, il problema è che se non Vi decidete a cambiare le cose la situazione arriverà presto ad implodere su se stessa. Già ora noi chirurghi stiamo cominciando, e lo facciamo sempre di più, a non assumerci più la responsabilità di operare pazienti che hanno un rischio più che lieve, siamo portati a rifiutarci di operare pazienti con un entourage familiare che lascia spazio alla possibilità di denuncia, ci "palleggiamo" i pazienti più impegnativi fra varie figure professionali e varie consulenze, spesso inutili, per cercare di "diffidare" il paziente dal considerarsi a basso rischio e per sperare che, portato all'esasperazione, vada a farsi operare da un'altra parte; facciamo tantissimi esami aggiuntivi ed inutili solo per paura di non diagnosticare qualcosa, utilizziamo materiale che normalmente verrebbe riservato a casi selezionati, per paura che qualcuno dica che la colpa è del fatto che non abbiamo usato quel tale presidio... etc... oltre al fatto che tanti di noi stanno cercando di "fuggire" all'estero!

Tutta questa situazione è, ovviamente, accentuata in un clima di crisi economica globale, che porta le persone a fare di tutto per cercare di "racimolare" qualche soldo... E anche gli Avvocati, che ovviamente hanno bisogno di lavorare per vivere, se ne approfittano delle persone che stanno male o della debolezza dei familiari in lutto... Citando le recenti parole del Prof. Menicanti, presidente della SICCH (articolo di qualche giorno fa pubblicato su DoctorNews) i contenziosi medico-legali hanno avuto un

incremento esponenziale dal 2006, da quando è stato istituito il "decreto sulle liberalizzazioni", che ha legalizzato i "patti di quota lite" con cui i legali si fanno riconoscere una percentuale in caso di vittoria; i pazienti a quel punto possono denunciare qualunque medico e, se perdono la causa, non sono tenuti ad alcun risarcimento, mentre i medici hanno possibilità di rivalsa solo dopo un verdetto favorevole in terzo grado di giudizio. Tutto questo è assurdo! In molti altri Paesi (se non quasi tutti mi risulta) non è così!

Insomma, in fin dei conti, nonostante dedichiamo la vita a cercare di curare le persone, facciamo orari di lavoro fuori dai limiti del vivibile, dobbiamo mantenere un livello di concentrazione e di preparazione elevatissimi per non commettere errori,

nonostante tutto questo siamo trattati come dei "**criminali**" dalle persone stesse che curiamo, dalle strutture che, con il nostro lavoro, si mantengono e pagano le vacanze spensierate dei loro dipendenti, dalle assicurazioni che, invece che r-assicurarci, ci abbandonano appena possono e ci lasciano in balia degli eventi, dai nostri Ordini professionali che dovrebbero tutelarci e che invece, mi sembra, non si stiano muovendo tanto nella nostra direzione...

Dei "criminali" trattati peggio dei veri criminali!!!

Io mi chiedo fino a che punto siete disposti ad accettare una tale situazione che va sempre più verso il decadimento, anche perchè dovete pensare che un giorno o l'altro potreste essere Voi i nostri pazienti...!!!

So che avete ben presente la situazione e che ci state già lavorando, ma Vi chiedo cortesemente di prendere provvedimenti **in tempi brevissimi**, perchè, dal nostro punto di vista di medici, ci sta veramente passando la voglia di fare, **o quantomeno di fare BENE**, quello che sarebbe un lavoro affascinante nonchè indispensabile!

C'è bisogno **URGENTISSIMAMENTE** di una legislazione sulle Assicurazioni, sulla Giustizia e sulla tutela di chi questo lavoro lo fa onestamente e dedicandoci l'anima, oltre che di un - seppur apparentemente impossibile - cambio di mentalità nella gente!

I dati dello studio **Observant** offrono un'interessante fotografia del trattamento attuale della stenosi aortica in Italia. Lo studio ha previsto l'arruolamento di tutti i pazienti ammessi in ospedale con diagnosi di stenosi aortica e sottoposti ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare (SAVR) o a impianto percutaneo di protesi aortica (TAVI).

Un primo dato interessante riguarda l'adesione allo studio. Su un totale di 95 Centri Cardiochirurgici e 61 Emodinamiche che effettuano tali procedure solo rispettivamente 61 e 34 hanno partecipato allo studio.

Lo studio ha arruolato 7799 pazienti di cui 5864 trattati con SAVR e 1935 con TAVI. Le caratteristiche demografiche di questa popolazione evidenziano una maggiore incidenza di copatologie nel gruppo TAVI e un conseguente valore di Euroscore piu' elevato in questa popolazione rispetto al gruppo SAVR. Se osservato in valore assoluto pero' l'Euroscore della popolazione TAVI (TF 14.1, TA 15.5) e' molto inferiore rispetto a quello riportato nello studio Partner e in tutti i grossi registri Europei (Partner 29.3, UK registry 18.5, Source 21.9, France registry 25, German registry 20.5)(1-5) Questo dato potrebbe essere legato all'arruolamento di pazienti che, pur avendo un valore di Euroscore basso, presentano caratteristiche che ne condizionano un rischio chirurgico elevato, quali aorta a porcellana, torace ostile o condizioni di estrema fragilita'. In realta' escludendo i pazienti con queste caratteristiche

osserviamo che il valore di Euroscore medio della restante popolazione non cambia (14.1). In particolare, in questa specifica popolazione (tutti i pazienti esclusi quelli con aorta a porcellana, torace ostile o fragilita') l'analisi dello score di rischio mostra che 48% dei pazienti trattati mediante TAVI aveva un valore di Euroscore < 10. Se poi consideriamo tutti i pazienti con Euroscore <10 trattati con TAVI, osserviamo che solo 8.6% presentava aorta a porcellana, 2.8% torace ostile e 2.3% estrema fragilita'. Risulta pertanto non chiaro quale sia stato il criterio di selezione e di indicazione ad un trattamento percutaneo in questo gruppo di pazienti.

I risultati di outcome hanno evidenziato una mortalita' a 30 e 60 giorni del 2.1% e 5,6% nel gruppo chirurgico e del 5,6% e 12.1% nel gruppo percutaneo. Trattandosi di una popolazione non omogenea, un confronto in termini di mortalita' ha uno scarso significato pratico. All'interno della popolazione in oggetto sono stati quindi selezionati due gruppi di pazienti omogenei mediante il modello propensity. Sono stati quindi confrontati 859 pazienti trattati con AVR e 859 pazienti trattati con TAVI. La mortalita' a 30 gg e' stata del 4.1% nel gruppo SVR e del 4.4% nel gruppo TAVI. Il gruppo chirurgico ha mostrato una incidenza significativamente superiore di insufficienza renale ed una degenza ospedaliera piu' lunga. Nel gruppo TAVI e' emersa una incidenza significativamente maggiore di blocco atrioventricolare completo, complicanze vascolari maggiori e insufficienza aortica residua di grado lieve e moderato. A tale proposito e' importante

ricordare l'impatto prognostico negativo della insufficienza aortica residua di grado moderato che è emersa come uno dei fattori di rischio di mortalità più significativi in questa popolazione di pazienti (6).

I dati emersi da questo studio confermano molte delle evidenze già note in merito a vantaggi e limiti del trattamento chirurgico e del trattamento percutaneo. Le conoscenze finora acquisite hanno infatti riconosciuto il valore del trattamento percutaneo nei pazienti non operabili o nel gruppo dei pazienti il cui rischio chirurgico è molto elevato. L'utilizzo del trattamento percutaneo nei pazienti con rischio chirurgico basso o intermedio risulta invece gravato da una mortalità eccessiva rispetto alla chirurgia e tale dato è confermato nei pazienti dello studio *Observant* in cui la popolazione con Euroscore < 15 ha mostrato una mortalità significativamente inferiore con il trattamento chirurgico rispetto a quella ottenuta con il trattamento percutaneo.

La scelta di trattare con tecnica percutanea i pazienti con rischio chirurgico basso o intermedio è, allo stato attuale delle conoscenze, priva di alcuna giustificazione e fondamento scientifico.

I dati dello studio *Observant* mostrano chiaramente che nella nostra realtà clinica questo accade con una frequenza non trascurabile. Tale attitudine, oltre ad una ripercussione clinica rilevante sui pazienti, ha sicuramente un impatto economico importante in considerazione dei costi di tale trattamento. In un momento economicamente difficile, quale quello che stiamo attraversando, l'utilizzo non

appropriato della tecnica percutanea potrebbe portare paradossalmente a privare i pazienti che ne possono realmente beneficiare della disponibilità di un trattamento utile ed efficace.

Bibliografia

- 1) Smith CR, Leon MB, Mack MJ et al. Transcatheter versus surgical aortic valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med* 2011;364:2187-98
- 2) Moat NE, Ludman P, de Belder MA, et al. Long-term outcome after transcatheter aortic valve implantation in high-risk patients with severe aortic stenosis: the U.K. TAVI (United Kingdom Transcatheter Aortic Valve Implantation) Registry. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:2130-8
- 3) Gilard M, Eltchaninoff H, Lung B, et al. Registry of transcatheter aortic-valve implantation in high-risk patients. *N Engl J Med* 2012;366:1705-15
- 4) Eltchaninoff H, Prat A, Gilard M et al. Transcatheter aortic valve implantation: early results of the FRANCE (French Aortic National Corevalve and Edwards) Registry. *Eur Heart J* 2011;32:191-7
- 5) Zahn R, Gerckens U, Grube E, et al. Transcatheter aortic valve implantation: first results from a multi-centre real-world registry. *Eur Heart J* 2011;32:198-204
- 6) Gotzmann M, Korten M, Bojara W, et al. Long-term outcome of patients with moderate and severe prosthetic aortic valve regurgitation after transcatheter aortic valve implantation. *Am J Cardiol* 2012;110:1500-6

“Il cuore di una donna vive con una valvola di plastica trapiantata”, così titolava il Corriere della Sera del 4 ottobre 1963, riportando la notizia del primo impianto di protesi valvolare cardiaca in Italia avvenuto esattamente cinquant'anni fa.

In effetti, il primo italiano sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare fu GF (Gandini Fermo), da Cividale al Piano; ma l'intervento fu eseguito negli Stati Uniti. Quando, nel 1963, gli fu diagnosticato un grave vizio reumatico della valvola mitralica, gli fu detto anche che l'unica possibilità sarebbe stata la sostituzione della valvola mitralica: ma purtroppo questo intervento non veniva eseguito ancora in Italia. GF avrebbe dovuto recarsi in America, ma per questo occorrevano quattro milioni.... Grazie all'iniziativa di un giornale, fu raccolta la somma necessaria; GF poté recarsi a Cleveland, ed essere sottoposto con successo alla sostituzione della valvola mitralica con protesi di Starr, per rientrare in Italia a settembre dello stesso anno.

In quello stesso periodo entrava nella divisione di Cardiologia dell'Ospedale Niguarda, diretta del prof. Fausto Rovelli, la signora SA (Ada Scarpa), anni 43, moglie di un muratore di Cinisello Balsamo e madre di due figli, anche lei affetta da grave valvulopatia mitralica. La signora era già stata sottoposta in altra sede nel 1956 ad intervento di commissurolisi mitralica a cuore battente; il risultato era stato parziale e nel 1963 la compromissione funzionale appariva molto grave: la paziente versava in stato di scompenso cronico refrattario alla

terapia medica. Anche in questo caso l'unica soluzione appariva la sostituzione della valvola mitralica



Prof. Renato Donatelli 1

Il prof. Rovelli propose il caso al prof. Renato Donatelli (foto), primario della Divisione di Cardiocirurgia dell'Ospedale Niguarda, già Aiuto del compianto prof. Angelo De Gasperis. L'intervento fu eseguito il 25 settembre 1963: era il primo in Italia ed il secondo in Europa, preceduto da un analogo intervento eseguito qualche mese prima al Karolinska Hospital di Stoccolma.

L'intervento cominciò alle ore 8,30; oltre al prof. Donatelli, componevano l'equipe chirurgica altre diciassette persone: i chirurghi Palmiello, Pellegrini, Cabrini, Mangiarotti, Mombelloni, Zucchi, gli anestesisti Toso e Bertolizio, i cardiologi Rovelli, Ricci e Massaria, due strumentiste, quattro fra suore e aiutanti di camera operatoria. Vista l'impossibilità di conservare la valvola mitralica, il prof. Donatelli decise di impiantare una protesi di Starr. L'intervento si concluse alle 19, quando la paziente venne trasferita in

Terapia Intensiva; erano stati trasfusi un numero elevatissimo di unità di emoderivati, prelevati da donatori il mattino stesso dell'intervento.

La notizia fu tenuta riservata fino al 4 ottobre, quando fu chiaro che l'intervento fosse completamente riuscito. Come ricordò lo scrittore Salvatore Scarpino, "...i giornali di tutta Italia diedero notevole risalto alla notizia, ma nessuno pubblicò la foto di Donatelli. Il chirurgo non aveva accettato di farsi fotografare, aveva spiegato che lui e la sua equipe si erano limitati a seguire i metodi di De Gasperis".



Corriere Della Sera 10-1963 a

Una settimana dopo il primo intervento, LM, una giovane cardiopatica di Angolo (BS) fu sottoposta con successo a sostituzione della valvola mitralica. Il 17 ottobre fu la volta di VT, operaio lombardo di 37 anni.

La scuola chirurgica italiana aveva ancora una volta dimostrato il suo valore. Da quel 25 settembre di cinquant'anni fa, i "viaggi della speranza" non avevano più ragione di

essere. La chirurgia valvolare rappresenterà però solo una delle tappe che, grazie a tutti i nostri predecessori di ogni centro, hanno fatto della nostra cardiocirurgia una delle più qualificate, con risultati riconosciuti ed apprezzati in tutto il mondo. Forti dell'esperienza passata ma protesi verso i nuovi orizzonti e le emergenti tecnologie nel trattamento delle malattie cardiovascolari, i cardiocirurghi italiani rivolgono un doveroso omaggio a tutti coloro che, in ogni ruolo ed in ogni sede, con il loro impegno hanno aperto una strada affascinante che ci consente quotidianamente di svolgere con serietà e competenza il nostro lavoro, raggiungendo traguardi un tempo neppure immaginabili.



Note bibliografiche

- 1) Salvatore Scarpino. Diritto al Cuore. Renato Donatelli. Sperling & Kupfer Editori, Milano 1973
- 2) Ugo F Tesler. Viaggio nel cuore. Storia e storie della cardiocirurgia. UTET, Torino 2012

Carissimi Colleghe e Colleghi,

Col numero di Settembre inauguriamo una nuova serie di articoli che vede la luce sul nostro Bollettino.

La serie si chiama "Complicazioni e percorsi decisionali in cardiocirurgia" ed è stata fortemente voluta dai firmatari di questa breve introduzione, con l'avvallo del Consiglio Direttivo e della Task Force medico-legale della SICCH in toto.

Perché parlare di complicazioni e di processi decisionali? Perché i pazienti che operiamo oggi sono molto più anziani e presentano molto più spesso patologie concomitanti (quali una ridotta funzione renale o pregressi eventi neurologici) rispetto a quelli che operavamo alcuni anni fa; e la presenza di fattori di rischio multipli pone non solo l'intervento che andremo ad effettuare a rischio elevato, ma spesso ci mette di fronte anche a problemi e dubbi sul processo decisionale riguardante il percorso diagnostico ed il timing chirurgico che di solito affrontiamo prima di mettere il paziente "sul tavolo operatorio".

E nonostante il fatto che i pazienti che operiamo oggi nel 2013 sono molto diversi ("molto più ammalati") rispetto a quelli che operavamo negli anni '80 e '90, i nostri risultati, in termini di mortalità e complicazioni ospedaliere non sono peggiorati, ma sono addirittura sensibilmente migliorati [1-3].

Questo però spesso non basta, non basta al paziente o ai famigliari del paziente nel quale subentra una complicanza o un problema, o addirittura il decesso. A questo punto veniamo spesso chiamati in causa come gli unici colpevoli, colpevoli di aver scatenato una complicanza o un problema ad un paziente che, senza il nostro intervento, non avrebbe comunque avuto una decente aspettativa di vita. E questo accade perché ormai la gente comune, ma anche spesso avvocati e magistrati, confondono il "**diritto alla salute**", garantito dalla nostra Costituzione e da noi messo quotidianamente in pratica con i nostri percorsi diagnostico-terapeutici, col il "**diritto alla guarigione**" che nessuno stato e nessun medico potrà mai garantire ad alcun paziente. Lo sappiamo tutti, e lo diciamo spesso ai nostri pazienti: basta una reazione allergica ad una qualunque pillola/medicina per perdere la vita o avere complicazioni gravi, come possiamo noi garantire a pazienti così malati e complessi come i pazienti cardiocirurgici la guarigione **SEMPRE E COMUNQUE?**

Il nostro lavoro (ed i nostri pazienti) è sovente costellato dall'insorgenza di complicazioni che sono **TIPICHE** e connesse con le procedure che stiamo praticando, e molto spesso queste avvengono nonostante le cure praticate siano corrette ed in linea con la letteratura disponibile sull'argomento. La deiscenza di una ferita, l'insorgenza di un problema neurologico o renale, le infezioni sono -ad esempio- tutte complicazioni che affrontiamo ogni giorno nel decorso dei nostri pazienti ed insorgono spesso a prescindere dai nostri sforzi a fornire le migliori cure possibili. I pazienti poi possono costituire dei problemi importanti dal punto di vista decisionale, ad esempio sul se, come e quando operare pazienti molto critici: meglio attendere sperando in un miglioramento delle condizioni cliniche affrontando così l'eventuale intervento con un paziente

in migliori condizioni generali o meglio intervenire subito per prevenire ulteriori deterioramenti clinici? Meglio un intervento aggressivo e radicale o meglio un intervento “di minima”? < /p>

Questa nuova serie cercherà di aiutarci in questo, focalizzandosi sulle più comuni problematiche che andiamo ad affrontare quotidianamente nella pratica clinica. E ringraziamo Moreno Naliato che ha dato la sua disponibilità per parlarci di un primo problema scottante: il timing chirurgico delle endocarditi batteriche.

Vi auguriamo buona lettura, e vi invitiamo a partecipare alla discussione su questi articoli sul nostro sito (appena questo sarà attivato in merito) oppure sulla pagine Facebook, LinkedIn and Social4Med della SICCH.

Lorenzo Menicanti

GianPiero Piccoli

Endocardite batterica: quando intervenire? Alcune riflessioni su una questione spinosa
A cura di
Moreno Naliato

L'endocardite batterica rappresenta per il cardiocirurgo una sfida in termini di diagnosi, di scelte terapeutiche, di tecnica e di timing chirurgico. Quest'ultimo è il punto più rilevante di tutta la catena decisionale, ed è per tale motivo che focalizzeremo in particolar modo questo aspetto nel corso della nostra disamina.

La letteratura e la pratica comune, oltre al buon senso, suggeriscono che intervenire una volta sterilizzato il sito di intervento può garantire migliori risultati in termini di recidive dell'infezione. D'altro canto non sempre gli eventi clinici consentono di completare il ciclo di terapia antibiotica e non sempre la terapia stessa è in grado di sterilizzare la lesione. Esistono infatti pazienti in cui è chiaramente possibile eseguire tutto il ciclo antibiotico senza compromettere le condizioni cliniche del paziente, ed esistono casi in cui è evidente che l'intervento deve essere eseguito durante la fase attiva dell'infezione. Vi sono infine pazienti in cui la bilancia rischio/beneficio non pende in maniera palese nella direzione dell'attesa o dell'intervento precoce, e questi costituiscono la maggioranza delle presentazioni cliniche.

Ad aumentare ancora la complessità dell'argomento, ma per amore di chiarezza e soprattutto di completezza, dobbiamo poi ricordare come in tutte le casistiche retrospettive (che costituiscono più del 99% della letteratura attualmente disponibile

sull'argomento) finora pubblicate sul tema dell'endocardite batterica vi è il problema del cosiddetto "survivor bias". Quando si analizzano due diverse strategie di trattamento, ad esempio una strategia "attendista" (terapia medica) vs. una strategia "interventista" (terapia chirurgica) nel trattamento dei pazienti affetti da endocardite batterica, vi sarà -come è ovvio- una percentuale di pazienti che muore precocemente ed una percentuale di pazienti che sopravvive più a lungo. In questo caso, i pazienti che sopravvivono più a lungo hanno inevitabilmente una maggiore probabilità di andare incontro all'intervento chirurgico rispetto a quelli che decedono precocemente. Questo sbilanciamento tra le possibili terapie ricevute tra i pazienti che muoiono presto e quelli che sopravvivono più a lungo fa sì che talvolta la superiorità in termini di sopravvivenza associata alla strategia interventista non sia dovuta unicamente all'intervento chirurgico di per sé, ma anche al fatto che dalla strategia interventista vengono necessariamente esclusi i pazienti con prognosi peggiore, in quanto questi decedono prima di poter essere operati. Quindi il potenziale beneficio della terapia chirurgica, dimostrato dai lavori scientifici, è in parte sopravvalutato in ragione del bias di selezione appena descritto. [1]

E come abbiamo già detto prima, le casistiche finora pubblicate e che quindi

prenderemo in esame in questo scritto, sono costituite per la stragrande maggioranza dei casi da studi retrospettivi e non randomizzati, quindi soggette al “survivor bias” e, pertanto, meno affidabili e precise. [2]

Ne consegue che le linee guida pubblicate sull’argomento, per forza di cose derivate da questa letteratura affetta dai problemi di cui sopra, non possono che essere piuttosto deboli e parziali, e che quindi le raccomandazioni prodotte siano altrettanto deboli, spesso con livelli di evidenza di grado “B” o “C”, a testimonianza della scarsa qualità delle evidenze offerte dalla letteratura [3].

Alcuni studi, al fine di ovviare alla mancanza di studi randomizzati, hanno utilizzato il “propensity score” (un metodo di riduzione del bias utilizzato nelle casistiche cliniche di tipo retrospettivo ed osservazionale) nell’intento di meglio comprendere il corretto timing chirurgico in caso di interventi eseguiti in corso di endocardite infettiva in fase acuta, ma anche in questo caso i risultati non sono stati conclusivi, anzi piuttosto incerti. Recentemente, uno studio di Tleyjed et al ha effettuato cui una revisione sistematica degli studi osservazionali sul timing chirurgico dell’endocardite batterica che avessero utilizzato proprio il “propensity score” come metodo di aggiustamento dei vari bias di selezione giungendo alla poco incoraggiante conclusione che anche gli studi “aggiustati” per “propensity score” presentano comunque così numerose limitazioni da rendere necessaria l’esecuzione studi prospettici ben disegnati per giungere a conclusioni convincenti su questo

argomento [4]. E questi studi, attualmente, non sono stati ancora purtroppo stati messi in cantiere né tantomeno pubblicati in letteratura.

In effetti, in letteratura possiamo trovare lavori che sostengono atteggiamenti strategici abbastanza diversi e variegati, anche se è chiaro come la maggioranza di questi lavori sostiene che l’atteggiamento di tipo attendisitico al fine di portate il paziente all’intervento con un minore rischio operatorio ed un minor rischio di recidiva enocarditica sia quello più ragionevole [5-7] In contrasto a questa idea ben radicata, attualmente a nostra conoscenza esiste solo uno studio prospettico e randomizzato che sostiene un potenziale effetto benefico della terapia chirurgica precoce in caso di endocardite batterica; questo lavoro è stato pubblicato recentemente sul New England Journal of Medicine e mostrerebbe come l’intervento precoce (entro 48 ore dalla diagnosi) in pazienti affetti da endocardite infettiva condizionante severa disfunzione valvolare e con presenza di vegetazioni superiori a 10 mm sarebbe in grado di ridurre l’incidenza dell’end-point composito morte intraospedaliera-eventi tromboembolici a medio termine [8]. Questo studio presenta altresì tanti e tali problemi da limitare pressochè completamente la sua applicabilità alla popolazione di pazienti che ci si presenta ogni giorno. Infatti, il problema reale di questo studio è la scarsa applicabilità alla popolazione generale dei pazienti affetti da endocardite batterica, in quanto effettuato su una casistica di pochi pazienti (78 in totale) estremamente selezionati e quindi poco rappresentativi degli “all comers” affetti da endocardite

infettiva con i quali il cardiocirurgo si viene a confrontare ogni giorno. Infatti, il disegno di questo studio esclude pazienti con stroke, ascessi anulari o aortici, scompenso cardiaco moderato e severo, endocardite micotica, endocardite condizionale blocchi cardiaci, ed endocardite del cuore destro. Sono infine esclusi tutti i pazienti precedentemente operati al cuore (i reinterventi, casistica a rischio particolarmente elevato) e -di conseguenza-, ciò che è ancora più grave sono esclusi da questo studio le endocarditi su protesi valvolari precedentemente impiantate, che costituiscono una classe di pazienti a rischio ancora più elevato per complicazioni e problemi, intra- e postoperatori. Questa serie così importante di esclusioni/limitazioni della casistica qui sopra menzionata fa sì che i risultati prodotti e di conseguenza le raccomandazioni proposte siano limitate e solo in minima parte applicabili alla pratica clinica, e non forniscano al chirurgo un vero strumento decisionale in quanto i pazienti con cui ci si confronta abitualmente hanno una clinica molto più variegata.

A nostro giudizio, tante e tali sono le variabili da tenere in considerazione in ogni singolo paziente che la scelta della strategia chirurgica non possa che essere valutata caso per caso in base all'esperienza dei curanti.

Come detto prima, in linea di massima, il chirurgo è sempre in mezzo a due strade: da una parte eseguire l'intervento prima che l'infezione abbia danneggiato in maniera severa i tessuti o che abbia compromesso le condizioni generali del paziente, dall'altra, l'attendere un certo periodo di tempo al fine

di favorire la "sterilizzazione delle lesioni" ed un eventuale miglioramento clinico delle condizioni del paziente, anche se talora può essere difficile valutare il momento in cui la lesione si può definire effettivamente "sterilizzata".

Da quanto emerso fino ad ora penso risulti chiaro che per la scelta della corretta strategia terapeutica in caso di endocardite infettiva in fase acuta non dobbiamo appoggiarci stancamente, ed in modo acritico, a tabelle, scores, apps, ma dobbiamo utilizzare la nostra esperienza, le nostre capacità di giudizio e la nostra arte.

Tra i più comuni fattori che dobbiamo valutare al fine di stabilire un corretto percorso terapeutico ricordiamo lo scompenso cardiaco congestizio, la presenza di infezione refrattaria alla terapia medica, le presenza di lesioni emboligene, la presenza di comorbidità come recenti eventi neurologici, e la presenza di endocardite su protesi. Cercheremo ora di esaminare brevemente questi aspetti.

Scompenso cardiaco: Lo scompenso cardiaco refrattario alla terapia rappresenta la più comune indicazione all'intervento chirurgico precoce in corso di endocardite infettiva, ed è intuitivo come in questo caso non si possa attendere oltre. Esso si può instaurare per l'importante danneggiamento dei lembi valvolari in valvole altrimenti sane per l'acuto sovraccarico di volume in cuori non "adattati" dalla presenza di un vizio valvolare preesistente o per la formazione di shunts intracardiaci dovuti alla distruzione del tessuto perivalvolare. Esistono numerosi lavori che indicano come l'intervento precoce abbia risultati migliori

rispetto alla terapia medica nel corso di scompenso cardiaco refrattario, tuttavia latitano lavori convincenti su quale sia il comportamento da tenere nei confronti di pazienti che presentano forme moderate di scompenso cardiaco. Se è vero che operare pazienti in scompenso cardiaco refrattario offre risultati migliori rispetto alla terapia medica, è altrettanto vero che questi pazienti hanno una mortalità superiore ai pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in migliori condizioni emodinamiche. Sarà l'esperienza dei curanti e l'attenta e accurata valutazione globale del paziente a giudicare se in quel determinato caso lo scompenso cardiaco moderato scivolerà verso una forma refrattaria o verso un ripristino di condizioni emodinamiche più accettabili e quindi ancora la volta la decisione finale sarà guidata dall'esperienza e dal buon senso e non da tabelle e diagrammi.

Lesioni emboligene (caratteristiche anatomiche): ecco un altro punto estremamente dolente. Tutti vorremmo evitare l'embolizzazione sistemica, in pratica non abbiamo armi efficaci per evitare ciò, perché una gran parte di pazienti con endocardite presenta queste lesioni come prima presentazione e perché, anche quando le fonti potenzialmente emboligene sono documentate, spesso la clinica del paziente ci induce comunque a posticipare l'intervento per poterlo effettuare quando il rischio globale è minore. Inoltre, come sottolineato dalle linee guida dell'American Heart Association [10], in aggiunta al rischio operatorio deve essere tenuto in debito conto anche il rischio di complicazioni secondarie agli

impianti protesici valvolari, che permane per l'intera vita del paziente. Pertanto, il potenziale beneficio della riduzione dell'incidenza di embolia con la chirurgia precoce viene ad essere in parte annullato dai suddetti rischi. A ciò si aggiunga che, come è ben noto dalle evidenze disponibili in letteratura, il rischio embolico si riduce significativamente nel corso delle prime due settimane di terapia antibiotica, passando da 13 a <1,2 eventi embolici per 1000 patient-days [10]. Il fatto che la sola antibiotico-terapia porti ad una riduzione del rischio embolico di ben 10 volte, da un lato prova la grande efficacia dei farmaci oggi disponibili, che permettono di portare al controllo dell'infezione e di consentire un miglioramento delle condizioni cliniche del paziente così da affrontare un eventuale intervento nelle migliori condizioni possibili o addirittura talora a non rendere più necessario l'intervento; dall'altro lato suggerisce di esercitare un'estrema cautela nel porre un'indicazione chirurgica solo per la mera presenza di vegetazioni, soprattutto a fronte dei sopracitati rischi della chirurgia sia breve termine sia a lungo termine.

Germi responsabili dell'infezione: Nella valutazione della strategia terapeutica in corso di endocardite infettiva non possiamo non considerare le caratteristiche dei germi responsabili dell'infezione. Abbiamo infatti dei microorganismi particolarmente aggressivi, quali lo stafilococco aureo e la brucella, in grado di distruggere ampie porzioni di tessuto in tempi molto rapidi; abbiamo poi germi come la candida o l'aspergillo che formano importanti vegetazioni particolarmente friabili e quindi altamente emboligene. Abbiamo infine

microorganismi, tra i quali citiamo lo pseudomonas, i miceti e la coxiella, scarsamente responsivi alla terapia medica. Risulta evidente che endocarditi sostenute da germi con queste caratteristiche debbano essere aggredite chirurgicamente, quando possibile, quando le condizioni del paziente lo permettono [9].

Complicanze neurologiche: Il coinvolgimento embolico/settico del sistema neurologico centrale è un evento abbastanza frequente in corso di endocardite infettiva essendo presente in circa il 20-40% dei casi. Tra gli eventi più comuni citiamo l'ictus embolico, l'ascenso cerebrale, l'ictus emorragico e l'aneurisma micotico. La presenza di una complicanza cerebrale rappresenta la sfida più importante nel valutare il corretto timing chirurgico, e suggerisce estrema cautela nell'operare il paziente precocemente, in quanto è altamente consigliabile attendere il consolidamento della lesione ischemica/emorragica recente. Infatti, l'eparinizzazione sistemica e l'ipoperfusione in corso di circolazione extracorporea sono fattori che possono gravemente peggiorare le condizioni neurologiche del paziente; in questo caso, diverse linee guida pubblicate sull'argomento, e tutte le linee guida delle più prestigiose società scientifiche americane quali la Society of Thoracic Surgeons [3] e l' American Heart Association e l'Infectious Diseases Society of America [10] suggeriscono quindi di procrastinare l'intervento il più possibile, almeno di 2-4 settimane prima di sottoporre il paziente all'intervento chirurgico in caso di ictus ischemico e di aspettare almeno 4 settimane in caso di

ictus emorragico [3,10]. Ed anche le linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) sono in linea con questo atteggiamento consentendo che l'intervento, se necessario, sia effettuato entro le due settimane [11].

Da quanto sopra riportato emerge quindi chiaramente come il problema dell'evento neurologico occorso recentemente in corso di endocardite batterica sia determinante nell'imporre una attesa, anche se in certi casi la scelta diviene difficile. Ad esempio, cosa dobbiamo fare in caso di danno neurologico recente (che ci farebbe ritardare l'intervento) e importante scompenso cardiaco (che ci farebbe anticipare l'intervento)? E' indubbio che questi casi rappresentino una sfida ardua ed impervia e che il giusto timing chirurgico deve essere valutato da una esperta equipe medico-chirurgica in grado di mettere sulla bilancia tutti i pro ed i contro di quella particolare situazione in quel preciso momento. Ne consegue che di poco ausilio siano in questi casi le linee guida, le flow chart e gli algoritmi. Anche perché le linee guida dell'ESC, le uniche al momento che potrebbero essere erroneamente interpretate come le faatrici di atteggiamenti maggiormente aggressivi e precoci per la terapia chirurgica delle endocarditi, ammettono chiaramente, nella parte di testo scritta come, in caso di pregresso evento neurologico la chirurgia possa ancora essere indicata ma il timing sia tuttora dibattuto e non chiaro a causa di evidenze discordanti della letteratura ("After an ischaemic stroke, cardiac surgery is not contraindicated unless the neurological prognosis is judged to be poor.

Evidence regarding the optimal time interval between stroke and cardiac surgery is conflicting because of lack of controlled studies.”) [11].

Endocarditi su protesi valvolari: anche questo è un argomento estremamente complesso. Dobbiamo tenere presente che, trattandosi di reinterventi cardiaci, il rischio operatorio in questi casi è ancora più elevato delle endocarditi su valvola nativa. E tanto più in questo caso ed allo stato attuale delle conoscenze la valutazione collegiale ed il giudizio clinico sul caso singolo non possono essere sostituiti da linee guida, peraltro talora non completamente esaustive ed esaurienti.

Come abbiamo visto, la decisione sulla strategia terapeutica in corso di endocardite batterica è un processo complesso che deve tenere conto di un buon numero di situazioni cliniche che spesso sono in contrasto tra di loro. Non di rado troviamo nello stesso paziente condizioni che ci spingono ad intervenire il più presto possibile ed altre che rendono più prudente procrastinare l'intervento rendendo la decisione assai complessa. Inoltre, il “decision making” viene ulteriormente complicato dal fatto che le linee guida oggi disponibili sull'argomento non sono e non possono essere esaustive, non potendo prevedere tutti i casi particolari, né tantomeno dirimenti in ogni situazione, in quanto basate su evidenze talora gravate da significative limitazioni. Tuttavia, per quanto riguarda il timing della chirurgia dopo stroke embolico si può sostenere come vi sia ormai un diffuso consenso nel

raccomandare un rinvio dell'intervento chirurgico di almeno due settimane.

In conclusione, possiamo dire che nell'ambito cardiocirurgico, dove spesso le scelte sono guidate da scores, algoritmi, diagrammi e percorsi clinici con paletti ben definiti e vincolanti, l'equipe medico/chirurgica incaricata di valutare la strategia in corso di endocardite infettiva deve integrare i dati numerici con la propria esperienza e, perché no, con le proprie sensazioni. In altre parole deve fare uso di tutta l'arte medica per poter cucire addosso al paziente il corretto approccio terapeutico.

1-Tleyjeh IM, Ghomrawi HM, Steckelberg JM, Montori VM, Hoskin TL, Enders F, Huskins WC, Mookadam F, Wilson WR, Zimmerman V, Baddour LM. Conclusion about the association between valve surgery and mortality in an infective endocarditis cohort changed after adjusting for survivor bias. *J Clin Epidemiol* 2010;63:130-5.

2-Farzaneh-Far R, Bolger AF. Surgical timing in infectious endocarditis. Wrestling with the unrandomized. *Circulation*, 2010;121:960-962.

3- Byrne JG, Rezai K, Sanchez JA, Bernstein RA, Okum E, Leacche M, Balaguer JM, Prabhakaran S, Bridges Charles R, Higgins RSD. Surgical management if endocarditid: the society of thoracic surgeons clinical practice guideline. *Ann Thorac Surg* 2011;91:2012-9.

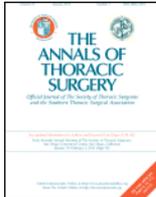
4-Tleyjeh IM, Kashour T, Zimmerman V, Steckelberg JM, Wilson WR, Baddour LM. The role of valve surgery in infective endocarditis management: a systematic review of observational studies that

- included propensity score analysis. *Am Heart J* 2008;156:901-9.
- 5- Borghetti V, Bovelli D, D'addario G, Fiaschini P, Fiorello F, Nardi S, Cappanera S, Pardini A. Importance of surgical timing on postoperative outcome in patients with native valve acute endocarditis. *Journal of cardiovascular medicine* 2006;7:793-799.
- 6-Tleyjeh IM, Steckelberg JM Georgescu G, Ghomrawi HMK, Hoskin TL, enders FB, Mookadam F, Huskins WC, Wilson WR, Baddour LM. The association between the timing of valve surgery and 6-month mortality in left-sided infective endocarditis. *Heart* 2008;94:892-896.
- 7- Thuny F, Beurtheret S, Mancini J, Gariboldi V, Casalta JP, Riberi A, Giorgi R, Gouriet F, Tafaneli L, Avierinos JF, Renard S, Collart F, Raoult D, Habib G. The timing of surgery influences mortality and morbidity in adults with severe complicated infective endocarditis: a propensity analysis. *European heart journal* 2011, 32:2027-2033.
- 8- Kang DH, Kim YJ, Kim SH, Sun BJ, Kim DH, Yun SC, Song JM, Choo SJ, Chung CH, Song JK, Lee JW, Sohn DW. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. *N Engl J Med* 2012;366:2466-73.
- 9- Malhotra A, Prendergast B. Evaluating treatment options for patients with infective endocarditis: when is it the right time for surgery? *Futur Cardiol* 2012;8:847-861
- 10 - Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG Jr, Bolger AF, Levison ME, Ferrieri P, Gerber MA, Tani LY, Gewitz MH, Tong DC, Steckelberg JM, Baltimore RS, Shulman ST, Burns JC, Falace DA, Newburger JW, Pallasch TJ, Takahashi M, Taubert KA; Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia; American Heart Association; Infectious Diseases Society of America. Infective endocarditis: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. *Circulation*. 2005 Jun 14;111(23):e394-434.
- 11 - Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Baron-Esquivias G, Baumgartner H, Borger MA, Carrel TP, De Bonis M, Evangelista A, Falk V, Iung B, Lancellotti P, Pierard L, Price S, Schafers HJ, Schuler G, Stepinska J, Swedberg K, Takkenberg J, Von Oppell UO, Windecker S, Zamorano JL, Zembala M; Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2012 Oct;33(19):2451-96

A cura di:

Francesco Onorati
Fabio Bertoldo
Alessandro della Corte

Giovanni Mariscalco
Antonio Rubino
Raffaele Giordano

The Annals of Thoracic Surgery

1. Barili F, Pacini D, Capo A, Ardemagni E, Pellicciari G, Zanobini M, Grossi C, Shahin KM, Alamanni F, Di Bartolomeo R, and Parolari A.
Reliability of New Scores in Predicting Perioperative Mortality After Isolated Aortic Valve Surgery: A Comparison With The Society of Thoracic Surgeons Score and Logistic EuroSCORE
Ann Thorac Surg 2013;95:1539-1544
2. Di Eusanio M, Folesani G, Berretta P, Petridis FD, Pantaleo A, Russo V, Lovato L, and Di Bartolomeo R.
Delayed Management of Blunt Traumatic Aortic Injury: Open Surgical Versus Endovascular Repair
Ann Thorac Surg 2013;95:1591-1597
3. Cannata A, Petrella D, Russo CF, Bruschi G, Fratto P, Gambacorta M, and Martinelli L.
Postsurgical Intrapericardial Adhesions: Mechanisms of Formation and Prevention
Ann Thorac Surg 2013;95:1818-1826
4. Unolt M, Putotto C, Marino D
Double-Orifice Left Atrioventricular Valve in Patients With Atrioventricular Septal Defect With and Without Down Syndrome
Ann Thorac Surg 2013;95:1843-1844



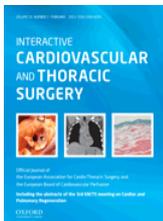
The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery

1. Onorati F, Santini F, Amoncelli E, Campanella F, Chiominto B, Faggian G, Mazzucco A.
How should I wean my next intra-aortic balloon pump? Differences between progressive volume weaning and rate weaning.
J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:1214-1221.
2. Glauber M, Miceli A, Gilmanov D, Ferrarini M, Bevilacqua S, Farneti PA, Solinas M.
Right anterior minithoracotomy versus conventional aortic valve replacement: A propensity score matched study.
J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:1222-1226.
3. Ou P, Khraiche D, Celermajer DS, Agnoletti G, Le Quan Sang K-H, Thalabard JC, Quintin M, Raisky O, Vouhe P, Sidi D, Bonnet D.
Mechanisms of coronary complications after the arterial switch for transposition of the great arteries. J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:1263-1269.
4. Ranucci M, Baryshnikova E, Crapelli GB, Woodward MK, Paez A, Pelissero G.
Preoperative antithrombin supplementation in cardiac surgery: A randomized controlled trial.
J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:1393-1399.
5. Morsolini M, Azzaretti A, Orlandoni G, D'Armini AM.
Airway bleeding during pulmonary endarterectomy: The "bubbles" technique.
J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:1409-1410.



European Journal of Cardio-thoracic Surgery

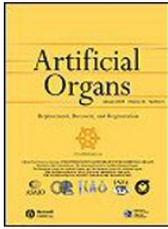
1. Ferrari E, Namasivayam J, Marcucci C, Gronchi F, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK. Transapical aortic valve replacement in extreme-risk patients: outcome, risk factors and mid-term results.
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:978-985
2. Rungatscher A, Merlini A, De Rita F, Lucchese G, Barozzi L, Faggian G, Mazzucco A, Luciani GB.
Diagnosis of infection in paediatric veno-arterial cardiac extracorporeal membrane oxygenation: role of procalcitonin and C-reactive protein
Eur J Cardiothorac Surg;43: 1043-104
3. Bruschi G, Cannata A, Botta L, Martinelli L.
Giant true aneurysm of the right coronary artery button long after aortic root replacement
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:e139-e140
4. Gallo M, Lika A, Gerosa G, Colli A.
Aortic valve replacement in a single coronary artery arising from the right Valsalva sinus
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:e141
5. Maisano F, Taramasso M, Alfieri O.
Reply to Tavlasoglu et al.
Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:1080



Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery

1. D'Onofrio A, Alfieri O, Cioni M, Alamanni F, Fusari M, Tarzia V, Rizzoli G, Gerosa G. The impact of transcatheter aortic valve implantation on patients' profiles and outcomes of aortic valve surgery programmes: a multi-institutional appraisal
Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;16:608-611
2. Scrascia G, Rotunno C, Guida P, Conte M, Amorese L, Margari V, de Luca Tupputi Schinosa L, Paparella D.
Hemostasis alterations in coronary artery bypass grafting: comparison between the off-pump technique and a closed coated cardiopulmonary bypass system.
Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;16:636-642

- Siani A, Accrocca F, Gabrielli R, Marcucci G. Is the chimney graft technique a safe and feasible approach to treat urgent aneurysm and pseudoaneurysm of the abdominal aorta? An analysis of our experience and technical considerations. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013;16:692-694



Artificial Organs

- Grutter G, Amodeo A, Brancaccio G, Parisi F. Panel reactive antibody monitoring in pediatric patients undergoing ventricle assist device as a bridge to heart transplantation. *Artif Organs* 2013;37:435-438



American Heart Journal

- Romeo F, Aconcia MC, Sergi D, Romeo A, Muscoli S, Valente S, Gensini GF, Chiarotti F, Caretta Q. The outcome of intra-aortic balloon pump support in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock according to the type of revascularization: A comprehensive meta-analysis. *Am Heart J* 2013;165:679-692



Journal of Cardiac Surgery

- D'Errigo P, Biancari F, Maraschini A, Rosato S, Badoni G, Seccareccia F. Thirty-day mortality after coronary artery bypass surgery in patients aged <50 years: results of a multicenter study and meta-analysis of the literature. *J Card Surg* 2013;28:207-211.



Journal of Cardiovascular Medicine

1. Padalino MA, Vida VL, Rito ML, Daliento L, Stellin G.
The role of cardiac surgery in adult patients with congenital heart disease.
J Cardiovasc Med 2013;14:326-333.



Pediatric Critical Care Medicine

1. Ricci Z, Polito A, Netto R, De Razza F, Favia I, Carotti A, Cogo PE.
Assessment of modified ultrafiltration hemodynamic impact by pressure recording analytical method during pediatric cardiac surgery.
Pediatr Crit Care Med. 2013;14:390-5.



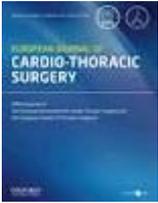
American Journal of Medical Genetics

1. Wischmeijer A, Van Laer L, Tortora G, Bolar NA, Van Camp G, Franssen E, Peeters N, di Bartolomeo R, Pacini D, Gargiulo G, Turci S, Bonvicini M, Mariucci E, Lovato L, Brusori S, Ritelli M, Colombi M, Garavelli L, Seri M, Loeys BL.
Thoracic Aortic Aneurysm in Infancy in Aneurysms-Osteoarthritis Syndrome Due to a Novel SMAD3 Mutation: Further Delineation of the Phenotype.
Am J Med Genet A. 2013;161:1028-35.



The Journal of Pediatrics

1. Pucci A, Botta G, Sina N, Tibaldi M, Valori A, Grosso E, Zonta A, Giudici M, Agnoletti G, Bergamasco L, Abbruzzese PA, Bartoloni G.
Life-threatening tumors of the heart in fetal and postnatal age.
J Pediatr. . 2013;162:964-969.

LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE:

European Journal of Cardio-thoracic Surgery

Ferrari E, Namasivayam J, Marcucci C, Gronchi F, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK. Transapical aortic valve replacement in extreme-risk patients: outcome, risk factors and mid-term results.

Eur J Cardiothorac Surg 2013;43:978-985

In questo numero di EJCTS, il dr. Ferrari e collaboratori affrontano uno degli “hot-topic” della ricerca attuale in ambito cardiocirurgico, ovvero quello del trattamento della stenosi aortica in quella coorte di pazienti da sempre considerati ad alto rischio per chirurgia convenzionale.

Il gruppo di ricerca ha analizzato gli outcome a breve e medio termine (24 mesi) dopo sostituzione valvolare aortica trans-apicale in un sottogruppo di pazienti “extreme-risk”, caratterizzati da un EuroSCORE logistico >35%. Secondo le più recenti indicazioni, gli outcome a breve e medio termine sono stati definiti in base ai criteri VARC (valve academic research consortium).

Come emerge immediatamente dallo studio, la popolazione in esame è costituita da 40 pazienti anziani (età media 81±10 anni) con EuroSCORE medio di 48±11% (range 35–77), con importanti comorbidità (vasculopatia periferica 80%, insufficienza renale cronica 48%, BPCO 30%, aorta a porcellana 30%, condizioni preoperatorie critiche 30%...).

È stata osservata una mortalità ospedaliera pari al 20%. Sebbene i numeri non siano sufficienti a sviluppare un modello multivariato adeguato, i ricercatori hanno individuato nel verificarsi di importati complicanze (conversione a sternotomia, sanguinamento “life-threatening”, prolungata degenza in terapia intensiva/insufficienza respiratoria, dialisi) una significativa correlazione con la mortalità ospedaliera. È da notare, invece, che un precoce svezzamento dal ventilatore è associato ad una ridotta mortalità peri-procedurale. Analizzando gli outcome a medio termine, la mortalità complessiva a 6, 12, 18 e 24 mesi è risultata del 68, 57, 54 e 54%, mentre la mortalità per cause cardiovascolari negli stessi intervalli di tempo è stata del 90, 77, 73 e 73%. Fattori di rischio indipendenti per mortalità complessiva sono risultati un’anamnesi positiva per angioplastica/stent (HR=3.6) e la presenza di leak paravalvolare postoperatorio (HR=3). Anche in questo caso, l’estubazione precoce è risultata un fattore protettivo indipendente per la sopravvivenza al follow-up.

Ipertensione, pregressa rivascolarizzazione chirurgica, pregressa angioplastica/stent e leak post-procedura sono stati identificati, invece come fattori correlati con la mortalità cardiovascolare.

Come ampiamente discusso dagli autori, i risultati proposti sono in linea con studi simili, compresi i dati derivanti dal trial PARTNER.

Tuttavia, questo lavoro fornisce importanti spunti di riflessione su un argomento molto dibattuto attualmente.

In particolare:

- 1) i pazienti indirizzati a TAVI, in considerazione dell'elevato rischio per chirurgia convenzionale, sono spesso anziani "fragili", ed è spesso proprio la loro fragilità il principale fattore di rischio per outcome sfavorevole. Da qui, emerge la necessità di includere il concetto di fragilità in score dedicati alla stratificazione del rischio operatorio per sostituzione valvolare aortica di qualsiasi tipo (convenzionale vs TAVI).
- 2) La sopravvivenza a medio termine è sovrapponibile a quella registrata nel PARTNER B, ovvero in quei pazienti trattati con terapia medica massimale. Questo dato dovrebbe "accendere la lampadina" ad ognuno di noi nel momento in cui candidiamo un paziente a TAVI. Infatti, le comorbidità presenti condizionano l'aspettativa di vita molto più del risultato del trattamento della stenosi valvolare aortica.
- 3) Il leak paravalvolare! L'impatto sulla mortalità di leak di grado anche pari a 1, di norma ben tollerati dalla popolazione "normale", farebbe emergere la ridotta riserva funzionale dei pazienti fragili, in cui anche un minimo grado di insufficienza aortica residua può condizionarne l'outcome.
- 4) Ogni paziente ad alto rischio dovrebbe essere valutato nella sua interezza da un "heart-team" dedicato, valutando in primis *l'età biologica* del paziente.

In ultimo, questo studio fornisce anche degli interessanti suggerimenti pratici per evitare alcuni "disastri" intra/periprocedurali:

- 1) abbandonare l'accesso transapicale se si prevede un importante sanguinamento apicale, difficilmente contrallabile;
- 2) prima dell'impianto, isolare sempre degli accessi vascolari per avviare una CEC in emergenza;
- 3) ridurre al minimo l'iniezione di mezzo di contrasto, evitandola addirittura in pazienti con ridotta funzione renale;
- 4) valutare un secondo tentativo di dilatazione in caso di jet para-valvolare.

Il gruppo rappresentato dal Dr. Ferrari va complimentato per gli spunti di riflessione forniti alla comunità scientifica e per la chiarezza espositiva con cui viene evidenziata sempre più la necessità di valutare il paziente nella sua interezza. Occorre, infatti, tenere a mente anche la possibilità che una risoluzione della patologia aortica non modifichi le aspettative di vita né la qualità della vita, stimolando ulteriormente la riflessione sulla necessità di valutare accuratamente la famosa bilancia dei rischi/benefici nei pazienti fragili.

Intervista all'autore del lavoro Reoperative Surgery on the Thoracic Aorta, J Thorac Cardiovasc Surg 2013;S145:78-84.

Intervistiamo in questo numero del Bollettino SICCH il dott. Marco Di Eusanio ed il Prof. Roberto Di Bartolomeo, autori del paper "Reoperative Surgery on the Thoracic Aorta", apparso sul supplemento di Marzo 2013 del Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Lo studio consiste in un'analisi retrospettiva di 224 reinterventi sull'aorta prossimale, dopo un primo intervento sulla valvola aortica o l'aorta ascendente, eseguiti presso la Cardiocirurgia dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna fra il 1986 ed il 2011. Gli Autori riportano i risultati in termini di mortalità ospedaliera, maggiori complicanze, sopravvivenza a lungo termine e predittori di mortalità ospedaliera.

Q: Quali sono a suo modo di vedere i risultati più importanti di questo studio? Quale il messaggio da "portare a casa"?

A: Dal nostro studio emerge come l'esecuzione dei reinterventi sull'aorta toracica prossimale è in aumento ed associata ad ottimi risultati in termini di mortalità e morbilità a breve e lungo termine, soprattutto nei pazienti affetti da aneurisma degenerativo. La mortalità ospedaliera in questo sottogruppo di pazienti è stata del 4%. Meno soddisfacenti sono stati, invece, i risultati nei pazienti affetti da dissezione aortica acuta ed endocardite attiva, che hanno presentato una mortalità a breve termine rispettivamente del 40% e del 31.2%. Da sottolineare inoltre, come l'estensione della sostituzione aortica non sia risultata un fattore prognostico negativo per mortalità e come invece, i pazienti sottoposti ad una ampia sostituzione aortica, abbiano una minor incidenza di reinterventi a lungo termine. Altro dato interessante riguarda le indicazioni chirurgiche ai reinterventi aortici. Quasi l'80% sono dovuti a progressione della patologia aortica di base (aneurismi degenerativi e dissezioni). Questo dato, unito agli ottimi risultati ottenuti in elezione nei primi interventi sull'aorta toracica prossimale [1,2], giustifica, secondo noi, un trattamento aggressivo e radicale sin dal primo intervento.

Q: Le conclusioni cui siete giunti sono certamente condivisibili. In aggiunta, vorremmo sottolineare che la ricerca di base sulle malattie dell'aorta è in continuo avanzamento e si auspica che con il miglioramento delle conoscenze sulle diverse aortopatie si possa giungere a linee guida per il loro trattamento chirurgico che tengano conto dell'etiologia nell'indicare maggiore o minore aggressività e radicalità. Qual è la percentuale (esatta o approssimativa) di pazienti in questa casistica che erano stati sottoposti al primo intervento già presso il vostro Centro? Che considerazioni farebbe in merito?

A: Purtroppo, dai dati che abbiamo a disposizione, non ci è possibile ricostruire, anche in maniera approssimativa, questa percentuale.

Q: L'età media in questa casistica era abbastanza giovane (58 ± 13 anni) ed il tempo medio trascorso dall'ultimo intervento subito era relativamente lungo (9.5 ± 8 anni). Quali sono le sue considerazioni in merito alla popolazione di studio?

A: L'ampio intervallo di tempo (9.5 ± 8 anni) intercorso dall'ultimo intervento aortico e il rilievo che la maggioranza delle indicazioni chirurgiche al reintervento sono state dovute alla progressione della patologia aortica di base (dissezione o aneurisma), ci conferma la natura evolutiva della malattia aortica. Da questo emerge con forza come un attento e continuativo *follow up* di *imaging* sia assolutamente necessario in tutti i pazienti sottoposti ad un intervento, più o meno esteso, sull'aorta toracica prossimale. L'età media relativamente giovane della nostra popolazione (58 ± 13 anni), si conferma in linea con le principali casistiche

presenti in letteratura, che riportano un'età media dai 47 ai 63 anni [3-7].

Q: Alcune domande di pertinenza tecnica. La percentuale di re-sternotomia in circolazione extracorporea era relativamente bassa (8%): quali accorgimenti tecnici usate nella riapertura dello sterno? Ad esempio, alcuni autori suggeriscono di utilizzare lo sternotomo oscillante dopo aver troncato e divaricato le porzioni dei punti sternali che si trovano al davanti dello sterno, ma prima di rimuoverli completamente anche dalla faccia posteriore di esso. Avete rioperato pazienti che avevano ricevuto un approccio mini-invasivo al primo intervento (ministernotomia, minitoracotomia), e se sì, avete osservato una riapertura più agevole o meno rischiosa?

A: la circolazione extracorporea e/o l'arresto di circolo sono stati istituiti prima della risternotomia nei pazienti con una distanza tra lo sterno e le strutture sottostanti (aorta, graft aortico, pseudoaneurisma, ventricolo destro, etc) minore di 1 cm all'*imaging* pre-operatorio (angioTC o angioRM). La nostra tecnica di ri-sternotomia nei pazienti che sono valutati non ad alto rischio prevede: la rimozione dei punti sternali, l'uso dello sternotomo oscillante, il mantenimento della pressione arteriosa del paziente al di sotto dei 100 mmHg durante la sternotomia, l'apertura degli spazi pleurici e la predisposizione del circuito per la circolazione extracorporea sul tavolo operatorio prima della riapertura sternale, pronto per un'eventuale entrata in CEC in emergenza. Nessun paziente aveva precedentemente ricevuto un approccio miniminvasivo.

Q: Quali criteri guidano la scelta del sito di cannulazione arteriosa: sono diversi rispetto ad un primo intervento (es. l'accesso arterioso utilizzato al primo intervento è un fattore che entra in gioco, nella scelta)? I casi in cui è stata usata cardioplegia retrograda (5.8%) sono relativamente esigui, specialmente se si considera che un terzo circa della popolazione era affetto da dissezione aortica acuta o cronica: si tratta di una politica del Centro in generale, e se sì, quali le basi teoriche?

A: La scelta del sito di cannulazione è influenzata da molteplici fattori ed è significativamente cambiata nel corso degli anni dello studio. L'utilizzo dell'arteria femorale si è molto ridotto (dal 93.1% dei primi anni al 14.1% negli ultimi 5 anni) in favore di siti di cannulazione "centrale" (aorta ascendente, arco aortico, protesi aortica, arteria ascellare destra, tronco anonimo) che permettono una perfusione anterograda dell'aorta toraco-addominale. L'arteria femorale rimane comunque per noi un'ottima scelta, soprattutto nei casi in cui sia necessario istituire la circolazione extracorporea in condizioni di emergenza. L'accesso arterioso utilizzato nel primo intervento può sicuramente influenzare la scelta del sito di cannulazione al reintervento. Attualmente, in linea generale, usiamo cannulare l'arteria ascellare destra o il tronco anonimo nei casi in cui è necessaria una sostituzione parziale o totale dell'arco aortico e la perfusione cerebrale anterograda; l'aorta ascendente o l'arco aortico nei casi in cui la procedura chirurgica sia limitata alla radice aortica; l'arteria ascellare destra o l'arteria femorale in caso di ri-sternotomia ad alto rischio. L'infusione di cardioplegia per via retrograda è stata limitata a quei pazienti in cui non era possibile utilizzare la via anterograda (direttamente nel bulbo aortico o nel condotto protesico, o selettivamente negli osti coronarici) per la presenza di insufficienza valvolare aortica, distacchi protesici, *leak* da suture prossimali e osti coronarici distaccati, dissecati o coinvolti da un processo infettivo. Questa nostra scelta nei pazienti sottoposti a reinterventi aortici è dovuta a molteplici fattori: - l'utilizzo, in questa tipologia di interventi, di una soluzione cardioplegica cristalloide fredda (Custudiol) che consente in sicurezza tempi prolungati di ischemia miocardica e non rende necessarie (nella maggior parte dei casi) multiple infusioni di cardioplegia, per effettuare le quali la via retrograda potrebbe risultare vantaggiosa; - la cardioplegia retrograda non si è

dimostrata superiore all'infusione per via anterograda in termini di protezione miocardica negli interventi elettivi [8]; in alcuni casi la presenza della cannula per la cardioplegia retrograda può essere di ingombro nel campo operatorio.

Q: Riportate una percentuale di complicanze emorragiche relativamente bassa per questo tipo di pazienti: quali sono i criteri che adottate per indicare una riapertura per sanguinamento? Che tecniche usate per il ricompattamento dei monconi aortici o per il rinforzo delle suture?

A: Nei reinterventi aortici, per la lisi di numerose aderenze, i lunghi tempi di circolazione extracorporea, l'utilizzo di ipotermia, e l'esecuzione di anastomosi su pareti aortiche spesso dissecate, calcifiche o con alterazioni strutturali conseguenti a connettivopatie, il rischio di complicanze emorragiche è sicuramente elevato. La cura dell'emostasi inizia con la riapertura del torace. Per questo eseguiamo la lisi delle aderenze pericardiche principalmente con l'elettrobisturi. Per ridurre l'incidenza di sanguinamenti postoperatori e rinforzare la parete dei monconi aortici, utilizziamo, in tutte le anastomosi aortiche, una doppia striscia di Teflon, interna ed esterna, fissata con una sutura a materasso orizzontale. Crediamo anche che l'utilizzo di livelli moderati (e non profondi) di ipotermia, insieme ad accurato management dell'assetto coagulativo perioperatorio, abbia contribuito a rendere relativamente soddisfacente la nostra incidenza di riapertura per sanguinamento. In generale, i nostri criteri per riapertura del torace includono un sanguinamento superiore a 1000 cc nelle prime 24 ore, o un sanguinamento superiore a 150-200 nelle prime 3 ore dalla fine dell'intervento.

Q: Ora alcune domande pertinenti l'analisi. Lo studio abbraccia un periodo temporale molto ampio (1986-2011). I metodi chirurgici e di *perioperative care* sono certamente cambiati in questo largo lasso di tempo: avete effettuato un'analisi dei risultati stratificando per epoche?

A: Abbiamo effettuato un'analisi dei risultati stratificata per epoche, ma non sono emerse differenze significative in termini di risultati a breve e lungo termine. Questo, probabilmente, è dovuto al fatto che il numero di reinterventi nei primi anni presi in esame dallo studio era molto esiguo. Infatti, l'incidenza dei reinterventi aortici è quadruplicata nel corso del tempo (trend confermato anche in altre casistiche) [9], e più del 70% delle procedure è stata effettuata negli ultimi 10 anni. Va anche rilevato che la complessità dei pazienti operati e degli interventi chirurgici eseguiti è progressivamente aumentata nel corso degli anni dello studio, verosimilmente agendo come "*confounder*" nell'analisi dei trend di outcome del nostro studio.

Q: Uno studio della Mount Sinai School of Medicine, New York, pubblicato sul JTCVS nel 2008, ha evidenziato come la chirurgia della radice aortica comporta mortalità ospedaliera più che duplicata (7%), se si tratta di un *redo* rispetto a se si tratti di un primo intervento (3%), mentre nella chirurgia dell'arco la mortalità in caso di *redo* (10%) non è molto dissimile a quella per un primo intervento (9%). Da notare che nello studio citato, anche la sopravvivenza a lungo termine era sensibilmente inferiore nei reinterventi sull'arco aortico rispetto a quelli sull'aorta prossimale. E' evidente che una mortalità relativamente elevata è intrinseca agli interventi sull'arco aortico (che siano recidivi o no) e ciò potrebbe indicare che vi è ancora spazio in questa chirurgia per progressi tecnici e di gestione perioperatoria, volti a migliorare la prognosi *quoad vitam* del paziente. Nondimeno, gli attuali criteri di indicazione potrebbero essere perfettibili. Ulteriori studi, possibilmente prospettici e multicentrici, saranno necessari a questo scopo. La vostra esperienza concorda con questa osservazione?

A: I nostri risultati sono del tutto sovrapponibili a quelli ottenuti dal gruppo del Mount Sinai School of Medicine di New York. La mortalità ospedaliera per i reinterventi limitati alla sola radice aortica è stata del 7.7% (contro circa l'1% di mortalità registrato nei primi interventi elettivi), mentre quella per i *redo* sull'arco aortico del 9.1%.

Q: La mortalità precoce è significativamente influenzata dalla presentazione clinica e dalla complessità dell'operazione. Avete effettuato un'analisi dei predittori anche di mortalità a lungo termine?

A: Sì. Tra i pazienti sopravvissuti al reintervento, l'età (OR, 1.074; $P < .001$; 95% IC, 1.039-1.109) e la BPCO (OR, 2.6; $P = .015$; 95% IC, 1.208-5.607) sono risultati fattori prognostici negativi per mortalità a lungo termine.

Q: La sopravvivenza a 10 anni, benché l'età media della popolazione non fosse in partenza elevata, era inferiore al 50%: su questo risultato possono pesare le complicanze postoperatorie di natura cronica, quali l'insufficienza renale non pre-esistente, il danno neurologico permanente etc.? Vi sono prospettive di evoluzione delle tecniche per questo tipo di re-interventi che promettano di migliorare i risultati tardivi? Possiamo migliorare la prognosi a lungo termine di questi pazienti? Congratulazioni per questa interessantissima pubblicazione ed in generale per la florida attività di ricerca del vostro Centro nel campo della chirurgia dell'aorta. Grazie, anche da parte dei lettori del Bollettino Mensile SICCH, per aver accettato il nostro invito a rispondere a quest'intervista.

A: Non c'è dubbio che le complicanze postoperatorie influenzano la sopravvivenza a lungo termine di questi pazienti. Nel corso degli anni presi in esame nello studio, il miglioramento delle tecniche di protezione miocardica e di protezione d'organo (perfusione cerebrale anterograda, ipotermia moderata) hanno contribuito a ridurre l'incidenza di infarti miocardici postoperatori o insufficienza ventricolare sinistra e di danni neurologici. Un'ulteriore ottimizzazione e diffusione di tali tecniche è sicuramente auspicabile per migliorare la sopravvivenza di questi pazienti. In questo contesto, negli ultimi anni, nei pazienti con risternotomia ad alto rischio, in cui si è resa necessaria l'istituzione della CEC prima dell'apertura del torace, siamo stati in grado di evitare l'arresto di circolo e l'ipotermia profonda e garantire un'adeguata protezione cerebrale tramite l'istituzione della perfusione cerebrale anterograda prima della sternotomia, mediante la cannulazione dell'arteria ascellare destra o della carotide e l'isolamento e clampaggio, a livello del giugulo, del tronco anonimo. Inoltre, per una più efficace protezione miocardica, in presenza di insufficienza valvolare aortica significativa, una valida alternativa può essere il drenaggio del ventricolo sinistro mediante cannulazione dell'apice cardiaco in minitoracotomia sinistra. Questa tecnica consente, nei casi in cui le altre vie di drenaggio ventricolare non sono utilizzabili, come nel caso di pazienti che richiedono l'istituzione della CEC e l'arresto di circolo prima della sternotomia, di evitare la distensione del ventricolo sinistro e ridurre l'incidenza di insufficienza ventricolare sinistra postoperatoria (10).

1. Sioris T, David TE, Ivanov J, Armstrong S, Feindel CM. Clinical outcomes after separate and composite replacement of the aortic valve and ascending aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004;128:260-5.

2. Zehr KJ, Orszulak TA, Mullany CJ, et al. Surgery for aneurysms of the aortic root: a 30-year experience. *Circulation* 2004;110: 1364-71.

3. LeMaire SA, DiBardino DJ, Köksoy C, and Coselli JS. Proximal aortic reoperations in patients with composite valve grafts. *Ann Thorac Surg.* 2002, Nov;74(5):S1777-80; discussion S1792-9.
4. Silva J, Maroto LC, Carnero M, Vilacosta I, Cobiella J, Villagrán E, and Rodríguez JE. Ascending aorta and aortic root reoperations: are outcomes worse than first time surgery? *Ann Thorac Surg.* 2010, Aug;90(2):555-60.
5. Estrera AL, Miller CC, Porat E, Mohamed S, Kincade R, Huynh TT, and Safi HJ. Determinants of early and late outcome for reoperations of the proximal aorta. *Ann Thorac Surg.* 2004, Sep;78(3):837-45; discussion 837-45.
6. Etz CD, Plestis KA, Homann TM, Bodian CA, Di Luozzo G, Spielvogel D, and Griep RB. Reoperative aortic root and transverse arch procedures: a comparison with contemporaneous primary operations. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008, Oct;136(4):860-7, 867.e1-3.
7. Malvindi PG, van Putte BP, Sonker U, Heijmen RH, Schepens MA, and Morshuis WJ. Reoperation after acute type a aortic dissection repair: a series of 104 patients. *Ann Thorac Surg.* 2013, Mar;95(3):922
8. Fiore AC, Naunheim KS, Kaiser GC, Willman VL, McBride LR, Pennington DG, et al: Coronary sinus versus aortic root perfusion with blood cardioplegia in elective myocardial revascularization. *Ann Thorac Surg* 1989; 47:684.
9. Luciani GB, Casali G, Faggian G, and Mazzucco A. Predicting outcome after reoperative procedures on the aortic root and ascending aorta. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2000, May;17(5):602-7
10. Di Eusanio M, Savini C, Folesani G, Di Bartolomeo R. Improved brain and myocardial protection during complex aortic reinterventions. *Ann Thorac Surg.* 2013 Jan;95(1):358-9.