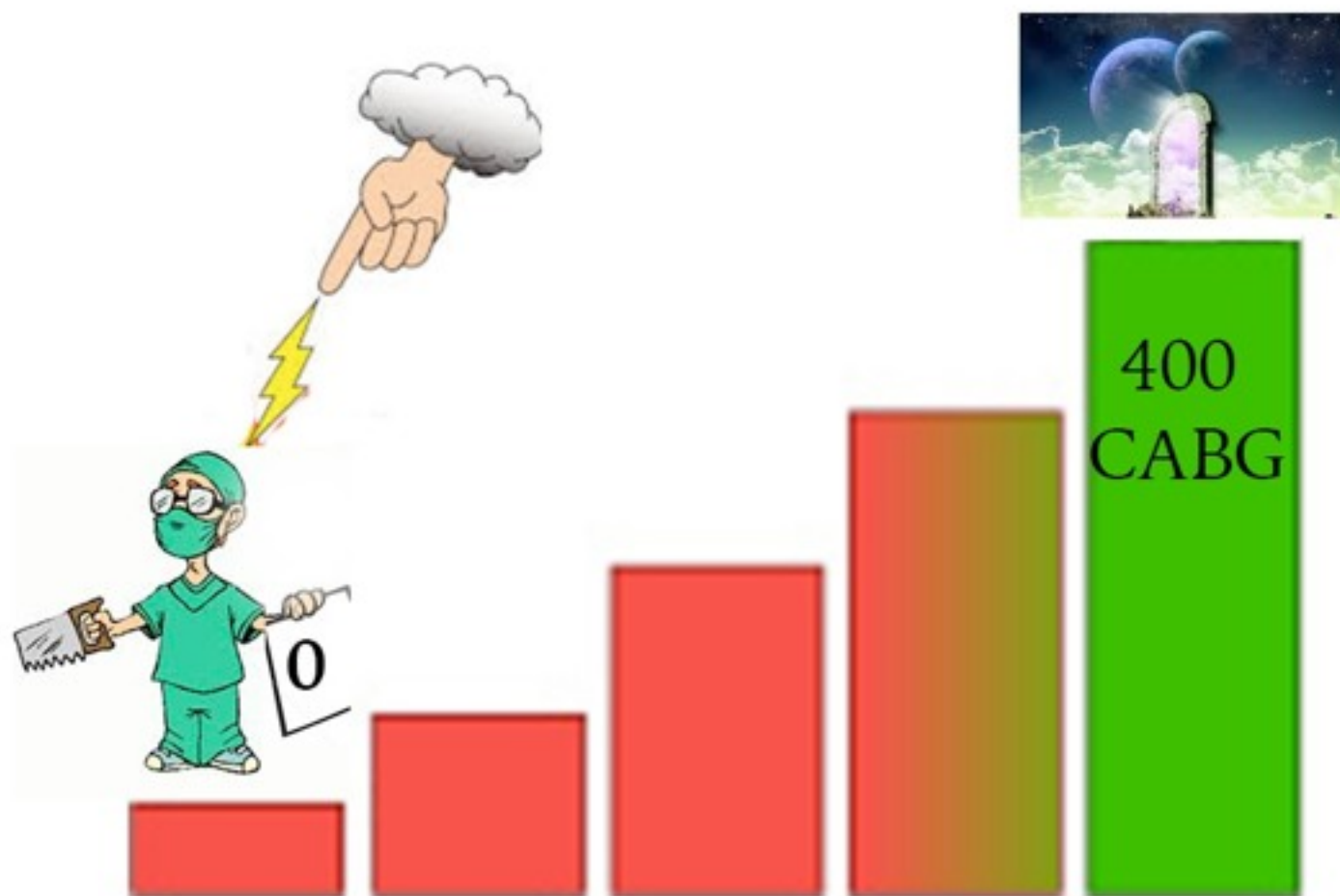




STAIRWAY TO HEAVEN



Numero/2anni di CABG isolati



CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

President

Roberto Di Bartolomeo

Vice President

Francesco Musumeci

General Secretary

Piersilvio Gerometta

Scientific Secretary

Alessandro Parolari

Treasurer

Vittorio Creazzo

Councillors

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Gabriele Iannelli

Domenico Paparella

Giuseppe Speziale

Financial Auditor

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



EDITORIAL BOARD

Coordinatore Editoriale

Michele Di Mauro

Staff Editoriale

Guglielmo Actis Dato , Roberto Lorusso

Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Marco Pagliaro

Pino Fundarò

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Francesco Paolo Tritto

Elena Caporali, Monica Moz

Luca Weltert, Michele Di Mauro

Alessandro Barbone, Luca Botta

Giuseppe Raffa, Fabrizio Sansone

SICCH Social Networks

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

Le nostre radici

Stats: always facts?

Contenzioso Medico-legale

Umanesimo e cardiocirurgia

Italian Literature Watch

Tough and Monster Cases

Commento "al libro"

Quando il chirurgo abbraccia l'arte

La valigia di cartone

Occhio che vede cuore non duole

La guerra dei mondi

Le dritte del maestro

Linkedin

Social4med

Facebook



INDICE

Lettera ai lettori Michele Di Mauro	pag. 4
Domini, comitati e Task-force SICCH. Biennio 2015-16 Roberto Di Bartolomeo, Alessandro Parolari	pag. 5
Lettera del segretario amministrativo. Rinnovo quote societarie Vittorio Creazzo	pag. 8
Editoriale del mese: Valutazione degli outcome cardiocirurgici Piersilvio Gerometta	pag. 9
Contenzioso Medico-Legale: Il caso Potenza. Quale corretta strada? Gian Piero Piccoli e Francesco Isolabella	pag. 16
Cardiochirurgia e Umanesimo: la voce muta del cuore Pino Fundarò	pag. 23
La valigia di cartone: Il mio viaggio di andata per venire in Europa. Parole di Massimo Caputo Monica Moz, Elena Caporali	pag. 25
La guerra dei mondi: cardiocirurgo ibrido vs tradizionale Alessandro Barbone, Luca Botta	pag. 28
Le dritte del Maestro. Colazione con Lorenzo Menicanti Giuseppe Raffa, Fabrizio Sansone	pag. 34
Italian Literature Watch: Novembre-Dicembre 2014 Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino	pag. 45

LETTERA AI LETTORI



MICHELE DI MAURO
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA



Cari Colleghi, Cari Lettori, Cari Soci

Nel numero di febbraio troverete alcune delle nuove rubriche che avevamo annunciato a gennaio. Potete trovare l'elenco delle nuove commissioni, dei domini e quant'altro riguarda l'organizzazione della SICCH, compreso un gentile sollecito a mantenere in ordine le vostre quote societarie per permettere alla Società di continuare il suo percorso, tanto apprezzato finora. L'editoriale del mese prende spunto da un evento recentissimo accaduto a Chieti, dove i famigerati criteri di accreditamento delle cardiocirurgie in Italia sono stati malamente tirati in ballo e utilizzati a mezzo stampa nei riguardi della cardiocirurgia locale. All'editoriale è dedicata la nostra copertina che mostra come secondo alcuni la nostra "scalinata verso il paradiso" debba passare attraverso il numero di interventi coronarici. Troverete due articoli sul caso Potenza ed il travaglio della task force medico legale rispetto alla decisione di entrare o meno nel processo e ovviamente troverete la nostra puntuale Italian Literature Watch. Infine registro il gradito ritorno tra i redattori del Dr Fundarò che per l'occasione ci regala due meravigliose poesie. Bene, non mi resta augurarvi buona lettura!!!

DOMINI, COMITATI E TASK-FORCE SICCH BIENNIO 2015-2016



ROBERTO DI BARTOLOMEO
PRESIDENTE SICCH



ALESSANDRO PAROLARI
SEGRETARIO SCIENTIFICO SICCH

Cari Colleghi, Cari Lettori, Cari Soci

Inviamo alla vostra cortese attenzione la lista iniziale dei componenti i Domini, Comitati e Task-force SICCH per il biennio 2015-2016. Parliamo di roster iniziale perché la partecipazione e l'autocandidatura di tutti i soci ad essere parte attiva della vita della nostra Società è benvenuta ed auspicata dal Direttivo SICCH, e quindi ogni lista è modificabile ed implementabile. In questa pagina saranno man mano postati anche eventuali nuovi comitati e commissioni "ad hoc" decisi volta in volta dal Direttivo SICCH per iniziative speciali.

Il Consiglio Direttivo SICCH del 3 febbraio u.s. ha approvato all'unanimità l'istituzione di una nuova TASK-FORCE dedicata alla trasparenza societaria con un precipuo interesse mirato ai processi di selezione dei cardiocirurghi italiani. Il ruolo di questa Task-Force, la cui responsabilità è stata affidata al Vice Presidente Francesco Musumeci, è quello di avviare un processo di trasparenza informativa che, attraverso il sito societario, possa promuovere un libero e civile dibattito sui processi di selezione dei cardiocirurghi italiani. Non vi è dubbio che alcune tematiche quali le abilitazioni scientifiche nazionali, le selezioni dei responsabili di unità operativa complessa e l'espletamento di concorsi pubblici in generale destino sempre un vivissimo interesse e in passato più volte è stata evocata da parte di alcuni soci una presa di posizione della nostra associazione. Un franco e onesto confronto non

può che essere utile per giungere a posizioni di consenso; ovviamente la società non può e non deve avere alcun potere di intervento diretto ma se autorevole e accreditata in ambito istituzionale può sempre esercitare una “moral suasion” sia nel suggerire aggiustamenti normativi che nell’indirizzare ideali linee di comportamento da parte di quei colleghi chiamati a far parte delle commissioni valutative.

Sul sito societario potete trovare una nuova sezione che raccoglie i documenti che saranno di volta in volta pubblicati; il primo di questi riguarda i risultati delle recenti abilitazioni scientifiche nazionali. Nella stessa sezione del sito societario potete trovare anche i componenti della Task Force stessa.

Il consiglio direttivo è certo che l’iniziativa riscuoterà successo e grande interesse da parte dei soci pur nella consapevolezza che sarà difficilissimo mediare tra differenti punti di vista e interessi anche contrastanti. Questo però è uno sforzo a cui tutti siamo chiamati in un processo che auspichiamo virtuoso e produttivo nella direzione della qualità e della trasparenza.

DOMINIO	REFERENTE	CO-REFERENTE	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO
VASCOLARE	DI BARTOLOMEO	PACINI	DE PAULIS	CONCISTRE'	DI TOMMASO	BOTTA	MANGINI			
CHIRURGIA DELL'ADULTO	MUSUMECI	SANTINI	DE VINCENTIS	TORRACA	ANTONA	ALAMANNI	REGESTA			
CARDIOPATIE CONGENITE	GALLETTI	GIAMBERTI	MARIANESCHI	AMODEO	IORIO	PERRI	VARRICA			

Task-Force	REFERENTE	CO-REFERENTE	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO
MEDICO LEGALE	MENICANTI	PAGLIARO, PICCOLI	VEDI ALLEGATO							
TRASPARENZA	MUSUMECI	ALAMANNI	VEDI ALLEGATO							

Comitati	REFERENTE	CO-REFERENTE	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO	MEMBRO
VAD E TRAPIANTI	GEROSA	PILATO E	RUSSO	GALLETTI	LOFORTE	PILATO M	AMODEO			
RAPPORTI CON LE ALTRE SOCIETA' ITALIANE	PORTOGHESE	STEFANO	DI MAURO	GARGIULO	GIAMBERTI					
RAPPORTI CON EACTS E SOCIETA' ESTERE	PACINI	LORUSSO	GALLETTI	DE BONIS	FATTOUCH					
RELAZIONE CON ISTITUZIONI ITALIANE	SPEZIALE	MUSUMECI	PAPARELLA	GALLETTI	RANUCCI	MARTINELLI				
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	FRIGIOLA	ZANOBINI	OPPIDO	MARIANESCHI						
OUTCOME	PAROLARI	BARILI	GEROMETTA	DI MAURO	PAPARELLA	ALAMANNI	PACINI	RANUCCI	SPEZIALE	CAROTTI
OBSERVANT	BARILI	GROSSI	PAROLARI	SANTINI	ONORATI					
LINEE GUIDA E POSITION PAPERS	PAROLARI	DE BONIS	DI MAURO	MASSETTI	PACINI	FACE				
RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	GEROSA	GARGIULO	DI BARTOLOMEO	ALAMANNI						
PERFUSIONE E PROTEZIONE D'ORGANO	PAPARELLA	DI MARCO	FARNETI	LUCIANI						

MEMBRI ESTERNI COMMISSIONE ATTIVITA' SCIENTIFICA

LORUSSO (GIROC)

PACINI (MEETINGS)

TASK-FORCE MEDICO_LEGALE

Referente: Lorenzo Menicanti
Co-referente: Gian Piero Piccoli
Co-referente: Marco Pagliaro
Membro: Alessandro Parolari
Pier Silvio Gerometta
Lorenzo Galletti
Gino Gerosa
Michele Di Mauro
Marco Pocar
Luca Sandrelli
Nicola Cucurachi
Marco Meterangelo
Francesco Isolabella



TASK FORCE ALLA TRASPERENZA

Referente: Francesco Musumeci
Co-referente: Francesco Alamanni
Membri: Giovanni Casali
Vittorio Creazzo
Carlo De Vincentiis
Francesco Donatelli
Roberto Lorusso
Carlo Pace Napoleone



LETTERA DEL SEGRETARIO AMMINISTRATIVO RINNOVO QUOTE SOCIALI 2015



VITTORIO CREAZZO

TESORIEIRE SICCH

Cari Colleghi, Cari Lettori, Cari Soci

Come già detto durante il nostro ultimo Congresso, Vi ricordo che è in scadenza il pagamento della quota sociale 2015.

Il termine ultimo per il pagamento è il 15 febbraio 2015. Il rispetto di tale incombenza permette al Socio di usufruire dei vari benefits che la Società ha messo a sua disposizione.

Vi ricordo inoltre che le spese di gestione annuali della SICCH sono solamente in parte coperte dalle quote sociali, dato che sia i Soci Senior, sia i Soci che lavorano all'estero, sia i Soci Juniores che hanno gratuitamente il primo biennio, naturalmente non partecipano al budget che la SICCH può gestire per l'espletamento di tutti gli impegni economici annuali.

Tenuto conto del grande successo del nostro Congresso e dell'alto livello scientifico raggiunto dalla SICCH, sono sicuro che farete a gara per arrivare primi, senza costringermi, come sempre, a tediareVi con le mie richieste.

VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME CARDIOCHIRURGICI: COME LEGGERLI E COSA DOBBIAMO ATTENDERCI NEL FUTURO PROSSIMO



PIERSILVIO GEROMETTA
SEGRETARIO ORGANIZZATIVO SICCH

La valutazione dei risultati di qualsiasi azione è un punto essenziale nel percorso di miglioramento della qualità. Tutti gli straordinari sviluppi della medicina nell'ultimo secolo sono stati compiuti analizzando e riflettendo sui risultati.

Se noi cardiocirurghi siamo abituati riflettere sugli esiti in modo approfondito quando siamo impegnati nella ricerca, come dimostra l'ottima produzione scientifica italiana, nella pratica quotidiana questo accade di rado: quando si tratta di valutare l'efficacia di trattamenti o di pratiche consolidate per esempio, la routine quotidiana spesso sovrasta la necessità dell'analisi e tende a creare dannosa autoreferenzialità e scarsa propensione al confronto sistematico (benchmarking)

Per un sistema sanitario universalistico come quello italiano, la conoscenza e l'analisi dei risultati ottenuti risponde a due necessità essenziali:

1) analizzare il funzionamento delle strutture che eseguono un trattamento; 2) capire quale sia l'impatto di quel trattamento sulla popolazione.

L'iniziale tentativo, nel 2002, di analizzare la mortalità dei bypass ("progetto mattoni") che doveva dare un'immagine di quali fossero le strutture più performanti in uno specifico trattamento, sostanzialmente non approdò a nulla di efficace. Le falle metodologiche iniziali (non era richiesta la consequenzialità dei casi presentati, il periodo preso in considerazione era troppo breve e il modello di "risk adjustment" non considerava alcuni indicatori importanti) e il non coinvolgimento delle società scientifiche interessate furono i principali motivi della sua scarsa efficacia.

Questo approccio creò inoltre quelle mostruosità che furono le "classifiche degli ospedali", ovviamente subito cavalcate da politici e giornali-

sti secondo interessi che nulla avevano a che vedere con quelli pubblici, rendendole quindi invise ai medici che non collaborarono al loro sviluppo.

Il sostanziale fallimento dell'approccio iniziale servì ad un altro ente, Age.na.s - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - ed al suo Direttore Scientifico, Prof. Carlo Perucci, per ripensare il percorso di raccolta e analisi dei dati e per sviluppare un Piano Nazionale Esiti (PNE) con il compito di fornire strumenti efficaci per valutare il Sistema Sanitario Nazionale.

La valutazione è fatta considerando due punti di vista: quello della committenza (il SSN), attribuendo gli esiti all'ospedale che ha eseguito il trattamento, e quello degli utenti (tutti i cittadini) valutando gli esiti del trattamento sulla popolazione. In questo modo diventa possibile nel primo caso valutare la funzione di produzione, nel secondo la funzione di tutela della salute del SSN.

Benché i risultati dovessero servire principalmente ai decisori politici e agli amministratori pubblici per valutare la correttezza dell'allocazione delle risorse, in prima battuta questi sono stati di nuovo usati dalla stampa solo per redigere una annuale classifica degli ospedali. Tuttavia l'ampliamento costante del numero di indicatori presi in considerazione ed il coinvolgimento nel processo di analisi delle società scientifiche (e tra queste in particolar modo SICCH), ha permesso un affinamento notevole delle tecniche di risk adjustment producendo risultati che, pur anco-

ra lontani dall'essere completamente affidabili, iniziano ad essere per lo meno relativamente vicini alla realtà.

Gli amministratori hanno iniziato nell'ultimo anno ad utilizzare questi dati per eseguire giusti controlli nelle strutture che si discostavano eccessivamente dalle medie nazionali, tuttavia sulla stessa base sono state avviate anche altre analisi non sempre giustificate scientificamente dalle quali si sono tratte conclusioni non corrette.

Tra queste vi è da annoverare sicuramente la bozza di decreto 21 luglio 2014: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135" che prevederebbe l'accreditamento solo per quei centri cardiocirurgici che:

- 1) effettuino almeno 200 interventi di bypass aortocoronarico isolati all'anno e che
- 2) abbiano una mortalità a 30 giorni (aggiustata per rischio) inferiore al 4% sia sul bypass aortocoronarico isolato che sulla sostituzione o riparazione valvolare isolata.

Le conseguenze ipotetiche di tale proposta sono state subito analizzate da SICCH utilizzando gli

ultimi dati pubblicati da AGENAS. I risultati hanno facilmente dimostrato l'irrealità della proposta relativa al numero di bypass annui per struttura. Come è ben riportato sul sito societario, se tale criterio fosse adottato, resterebbero aperte solo 16 cardiocirurgie che sarebbero in grado di soddisfare solo il 27% dell'attività cardiocirurgica italiana. Grazie alla nostra analisi la bozza di decreto è in fase di ridefinizione e SICCH si è messa a disposizione di Agenas e del Ministero della Salute per ridefinire questi criteri.

Questi "refusi" tuttavia non devono farci sottovalutare o ignorare la potenza e il peso delle analisi Agenas, ma deve accrescere la coscienza dell'importanza di poter analizzare i dati completi della propria attività chirurgica. SICCH da molti anni ha messo a disposizione gratuitamente a tutti i cardiocirurghi italiani (e non solo ai soci) un potente registro per raccogliere la propria attività, ma solo meno della metà dei centri finora vi ha aderito in modo diretto o indiretto. L'assenza di dati completi sulla propria attività – che ovviamente non comprende solo i "bypass" o le "valvole" isolate – renderà sempre più difficile in un futuro prossimo giustificare i dati che inesorabilmente saranno pubblicati annualmente dal PNE. Non bisogna dimenticare infine che alle proposte di aggiungere tra gli indicatori di attività obbligatori nelle SDO, dati che migliorano certamente il risk adjustment (Creatinina, Frazione di eiezione e indicatore di urgenza/emergenza), si unirà la

richiesta di indicare il codice fiscale di due chirurghi e di un anestesista dal 2016.

Tutto questo non ci deve spaventare fino a quando SICCH riuscirà attraverso il direttivo e l'appoggio di tutti i soci (spero sempre più numerosi) a dialogare con le Istituzioni e ad illustrare loro come poter analizzare i dati e suggerire correttivi per aiutare per esempio l'inserimento di nuove leve (si pensi all'impatto che un incidente operatorio potrebbe avere in caso di chirurghi con scarsa attività come capita purtroppo alla maggioranza dei giovani). Certamente questi nuovi indicatori avranno un impatto non indifferente, ma non solo negativo, sulla nostra attività: la casistica e le complicanze, una volta pubbliche, avranno certamente un riflesso sulla nostra reputazione soprattutto all'interno del nostro mondo professionale, ma questo sarà forse lo stimolo potente a migliorare le nostre tecniche, rivalutare i risultati e seguire le indicazioni corrette.

In questo numero del bollettino riportiamo un episodio recentissimo accaduto a Chieti, dove questi criteri (anche in maniera errata!) venivano usati a mezzo stampa (Chietitoday, vedi link sotto) dalla CIGL-FIP di Chieti per esprimere un giudizio di “accreditabilità” per la Cardiocirurgia Teatina. La SICCH è stata chiamata ad intervenire nel caso specifico proprio per ribadire i concetti espressi in questo mio articolo.

<http://www.chietitoday.it/cronaca/cardiocirurgia-chieti-problemi-cgil.html>

I problemi della Cardiocirurgia teatina, la Cgil: "Altro che fiore all'occhiello"

Tre anni fa figurava tra le eccellenze nazionali. Oggi il personale è allo stremo e il numero degli interventi è crollato: sotto i 400 nell'ultimo anno. I problemi elencati dal segretario provinciale della Cgil Fp, Sergio Zinni

 Redazione 20 febbraio 2015

Al quale faceva seguito la replica del Direttore della UOC, Prof Gabriele Di Giammarco che rispondeva punto per punto alle criticità sollevate dal dirigente sindacale (pagina seguente).

Di Giammarco: non è a rischio l'eccellenza di cardiocirurgia

Il professor **Gabriele Di Giammarco**, direttore delle cliniche cardiocirurgiche di Chieti, ci scrive per replicare alle critiche di **Sergio Zinni** (Cgil-Fp) sul rischio di chiusura del reparto.

Ritengo necessario restituire chiarezza e verità alle notizie desunte dal comunicato della segreteria provinciale della Cgil di Chieti. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha iniziato qualche anno fa un programma di monitoraggio degli esiti delle cure prestate nelle varie strutture sanitarie ospedaliere. Il Programma Nazionale Esiti (Pne) tiene conto di alcuni indicatori di risultato per le attività assistenziali. Correttamente si legge nell'articolo che tre anni fa i dati pubblicati vedevano la Cardiocirurgia di Chieti nei primi posti della graduatoria per la bassa mortalità a 30 giorni. La pubblicazione incontrollata dei dati relativi alla prima esperienza di monitoraggio da parte di Agenas produsse al tempo gravi malintesi e allarmismi che spinsero l'Agenzia ad effettuare incontri di area al fine di chiarire che l'intenzione non era quella di creare graduatorie distinguendo "i buoni dai cattivi". Nel 2014 è comparsa una bozza di Decreto Legge che prevedeva due criteri per l'accreditamento dei Centri di Cardiocirurgia: mortalità per bypass coronarico isolato e per chirurgia valvolare isolata <4% in presenza di un numero di interventi di bypass coronarico isolato superiore a 200 per anno. Contestualmente l'Agenas pubblicava una valutazione dei Centri dalla quale una simulazione fatta dalla Società Italiana di Cardiocirurgia (Sicch) vedeva accreditabili solo 16 Centri su 106. Risultavano esclusi Centri importanti quali gli Ospedali San Raffaele e Niguarda di Milano, l'Azienda Ospedaliera le Molinette di Torino, l'Azienda Ospedaliera di Padova, il Policlinico Sant'Orsola di Bologna... per citare i più "famosi".

La mortalità accertata per la Cardiocirurgia di Chieti si attestava intorno al 2% per entrambe le tipologie di intervento. Da ciò si evince molto facilmente che la qualità delle prestazioni della Cardiocirurgia di Chieti è elevata essendo la mortalità ben al di sotto dei va-

lori soglia e che quindi l'eccellenza del Centro ancora una volta viene confermata. Veniamo alle considerazioni sul volume di attività. Il giornalista riferisce erroneamente che il numero minimo di interventi per accreditare un Centro è di 400/anno. Per quanto riportato sopra questo dato non corrisponde al vero perché tale numero deve intendersi riferito a due anni di attività. Quanto al numero degli interventi eseguiti presso la Cardiocirurgia di Chieti nell'anno di riferimento (2012-2013) esso è di 368 interventi di bypass coronarico e quindi ad una manciata di interventi dalla soglia dell'accreditabilità. La Società Italiana di Cardiocirurgia ha proposto in un "position paper" pubblicato sul suo Bollettino dell'ottobre 2014 (e la proposta sarà verosimilmente accolta) una soglia numerica di 250 interventi complessivi per anno affinché un Centro di Cardiocirurgia sia considerato accreditabile. In base a questi criteri la Cardiocirurgia di Chieti risulta essere abbondantemente al di sopra della soglia. Fino alla metà del 2014 i chirurghi con responsabilità di primo operatore erano 4, me compreso. Per rendere meno gravoso il carico di lavoro ai miei collaboratori ho concordato con la Direzione Medica di Presidio l'abolizione del turno di guardia attiva notturna, peraltro non prevista dal regolamento aziendale, permanendo per ogni necessità la pronta disponibilità di due Dirigenti Medici. A giugno si è determinata una carenza di anestesisti in cardiocirurgia che ha portato in accordo con la Direzione Medica di Presidio alla riduzione del numero delle sedute operatorie. Quanto alla durata della degenza preoperatoria si deve sottolineare che il valore elevato è determinato da una serie di fattori sinergici. Il più importante è la limitata disponibilità di posti letto in Terapia Intensiva. Consapevole della necessità di integrare l'organico dei Dirigenti medici ho richiesto ad aprile 2014 che venisse bandito un concorso che è in via di espletamento e nelle more del quale la Direzione Aziendale ha pubblicato un bando per avviso pubblico urgente al fine di provvedere a colmare nell'immediato la carenza di personale medico.

Gabriele Di Giammarco



LETTERE

"C"

■ Buongiorno direttore, vorrei sapere come potermi c offerte di lavoro che pubblica giornale: dal sito della regione sessione istruzione, formazio vi è riferimento, o per lo meno trovare alcun link di riferimen buon lavoro.

Daniela De

■ Buongiorno, ho acquistato i nale venerdì con l'inserto di Ga ni... individuando tra le varie off le profilo lavorativo idoneo al n sco a sapere come inviare il mic da prescelta... Per esempio: Me commesso a Francavilla Al Mar so fare? Cordiali saluti.

Vale



LE DECISIONI CONTESTATE

Le Province restano e tagliamo le Maternità

■ Gentile Direttore, quanto è stato detto e scritto a proposito della eliminazione delle Province e del Senato! Ma alla fine cos'è cambiato? Niente, se pensiamo che entrambe le istituzioni continueranno ad esistere (e a costarci molto caro); tanto, se pensiamo alle modalità con cui ora sono eletti il Presidente, il Consiglio Provinciale e, in futuro, i Senatori. I cittadini sono stati letteralmente "espropriati" del diritto di voto. Ora, invece, che si tratta di eliminare i quattro punti nascita nessun problema! Saranno puntualmente cancellati, in barba a tutte le proteste, calpestando il diritto delle future mamme ad avere la possibilità di far venire al mondo i loro bambini senza doversi recare in centri molto distanti dal luogo di residenza. E' la conferma che nel nostro Paese i diritti dei cittadini vengono calpestati, sempre, dai "dritti" della politica.

Antonio Fantini

APPELLO AI POLITICI

Noi cassintegrati senza soldi: aiutateci!

■ Salve, sono un vostro assiduo lettore, e sono uno dei 5.000

OROSCOPO

Ed infine la posizione della SICCH espressa sia con il quotidiano il Centro d'Abruzzo, sia con i vertici della Regione Abruzzo, della ASL e dell'Università di Chieti (qui riportiamo la copia inviata all'assessore alla Sanità della Regione Abruzzo)



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA
ITALIAN SOCIETY FOR CARDIAC SURGERY

Assessorato alla Sanità Regione Abruzzo

Presidente:
Roberto Di Bartolomeo

Vice Presidente
Francesco Musumeci

Segretario Organizzativo
Piersilvio Gerometta

Tesoriere
Vittorio Creazzo

Segretario Scientifico
Alessandro Parolari

**Referente sezione
Pediatria**
Lorenzo Galletti

Consiglieri
Gino Gerosa
Gabriele Iannelli
Domenico Paparella
Giuseppe Speciale

Consigliere Junior
Elena Caporali

Ill.mo On. Silvio Paolucci,

scrivo in merito alle notizie riportate in questi giorni dalla stampa abruzzese intese a stigmatizzare la presunta inadeguatezza del numero di interventi eseguiti annualmente nella Clinica Cardiochirurgica dell'Università di Chieti diretta dal Prof Gabriele Di Giammarco per illustrare alcuni dettagli che la Società Italiana di Cardiochirurgia (SICCH) ritiene vadano precisati ad evitare di confondere le notizie giornalistiche con quelle correlate alle evidenze fattuali e scientifiche.

Nella bozza del Decreto 21 luglio 2014¹ era stato proposto di riservare l'accreditamento solo a quei Centri cardiochirurgici che:

- 1) effettuassero almeno 200 interventi di bypass coronarico isolato all'anno e che
- 2) presentassero una mortalità a 30 giorni (aggiustata per rischio) inferiore al 4% sia sul bypass coronarico isolato che sulla sostituzione o riparazione valvolare isolata.

La scelta di tali indicatori scaturiva dalla constatazione dell'elevata standardizzazione della tecnica chirurgica per l'intervento di Bypass coronarico isolato e per gli interventi di chirurgia valvolare isolata e della facilità di estrazione di tali dati dalle schede di codifica ospedaliera. I dati così estratti da AGENAS sono stati comparati con i risultati presenti in letteratura, peraltro controversi, che indicavano la possibilità di correlare la performance di un Ospedale o di una equipe chirurgica al solo numero di procedure eseguite.

Come già ricordato dal Prof Di Giammarco nella replica sulla stampa, simulando l'impatto che l'eventuale applicazione di tale decreto avrebbe sulla realtà cardiochirurgica italiana, SICCH ha dimostrato che solo 16 Centri Cardiochirurgici in Italia avrebbero attualmente le caratteristiche necessarie per essere accreditati. Questo risultato di fatto non è assolutamente correlato alla notevole qualità dei risultati chirurgici che si ottengono nella gran maggioranza dei Centri cardiochirurgici italiani comparabili, e spesso anche migliori, a quelli ottenuti da equivalenti Centri europei.

I risultati di questa simulazione sono già stati presentati da SICCH ad AGENAS ed al Ministero della Salute che hanno apprezzato la collaborazione e si sono impegnati ad aprire un tavolo tecnico per rivedere i criteri di accreditamento.



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA
ITALIAN SOCIETY FOR CARDIAC SURGERY

Presidente:
Roberto Di Bartolomeo

Vice Presidente
Francesco Musumeci

Segretario Organizzativo
Piersilvio Gerometta

Tesoriere
Vittorio Creazzo

Segretario Scientifico
Alessandro Parolari

**Referente sezione
Pediatria**
Lorenzo Galletti

Consiglieri
Gino Gerosa
Gabriele Iannelli
Domenico Paparella
Giuseppe Speziale

Consigliere Junior
Elena Caporali

Fermo restando che il numero totale degli interventi non può da solo essere considerato criterio utile per verificare l'eccellenza di un Centro, essendo anzi a tale scopo fuorviante sia in relazione alle attuali evidenze scientifiche che alla finalità di rappresentare la complessa realtà del panorama sanitario italiano, il direttivo della SICCH ritiene che un numero totale di almeno 300 interventi in Circolazione Extra Corporea per anno sia il limite al di sotto del quale una cardiocirurgia potrebbe non essere considerata completamente performante.

Il Centro Cardiocirurgico di Chieti, pur in presenza delle descritte e contingenti difficoltà organizzative che hanno prodotto nello scorso anno una riduzione del numero consueto degli interventi cardiocirurgici, senza peraltro impedire di confermare l'eccellenza dei risultati, deve essere considerato comparabile ai migliori Centri italiani come d'altra parte dimostrano i dati pubblicati da AGENAS, rappresentando un sicuro riferimento assistenziale per i residenti dell'area di competenza.

Cordiali saluti
Roberto Di Bartolomeo
Presidente SICCH

¹"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135"

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

"IL CASO POTENZA"

QUALE LA CORRETTA STRADA?



GIAN PIERO PICCOLI

Il successo della iniziativa di Lorenzo Menicanti relativa alla costituzione di una Task Force di Medicina Legale (TF di ML) nell'ambito della SICCH, è dimostrato dal crescente interesse su queste tematiche da parte dei lettori del Bollettino e dalle reiterate richieste che vengono rivolte per problematiche che vedono coinvolti alcuni di loro. Nei primi due anni di attività, i componenti della TF di ML hanno perseguito fondamentalmente tre obiettivi rappresentati, rispettivamente, dal sensibilizzare i colleghi in relazione alle implicazioni medico-legali che la nostra professione comporta (quindi non solo quando si riceve quella maledetta lettera verdastra che ci annuncia una comunicazione giudiziaria, ma anche quando si compila frettolosamente una cartella clinica o un consenso informato), dal fornire una, anche se pur minima, infarinatura in relazione ai principi di medicina legale dei quali non si può prescindere la conoscenza ed, infine, dall'evidenziare come la comunità dei medici sia stata presa d'assalto vista come bancomat cui attingere risarcimenti per lo più pretestuosi, piuttosto che per la ricerca di una corretta interpretazione degli eventi. Ma oggi ci si trova di

fronte ad un importante bivio decisionale in considerazione, come detto, delle crescenti richieste di "aiuto" (per così dire) e di "assistenza" che vengono inoltrate (peraltro da noi stesse sollecitate), in altri termini vi è necessità di stabilire quale sia l'atteggiamento che la TF debba assumere di fronte alle problematiche che le sono e che le saranno proposte e quali gli obiettivi che si debba proporre per il prossimo futuro.

Caso emblematico quello di Potenza, che ha coinvolto tutti i membri della TF in interminabili discussioni di molti mesi, tutte per via telematica e, di conseguenza, note solo agli addetti ai lavori, ma delle quali vi vogliamo rendere edotti, per avere anche un vostro parere su quale sia il corretto atteggiamento che la Società debba assumere in questo e in analoghi casi che si dovessero ripresentare. Del "caso Potenza" penso che tutti ve ne ricordiate. Tutto cominciò con un articolo pubblicato su di un giornale on line, il "Basilicata 24" dello scorso Agosto, notizia amplificata dalla "Gazzetta del Mezzogiorno" e successivamente, rilanciata dal "Fatto Quotidiano" ed, a cascata da tutti i quotidiani e televisioni nazionali, relativo alla registrazione di



un colloquio nel quale un medico dichiarava di una paziente "è morta sotto i ferri" e "senza alcun tentativo di salvar/e la vita" per concludere "l'ho fatta ammazzare deliberatamente" facendo riferimento ad un intervento di sostituzione valvolare aortica eseguito da un altro cardiocirurgo, ma nel quale il dichiarante era al tavolo operatorio come aiuto, operazione complicata da una lesione della vena cava superiore ad opera di un terzo chirurgo, ed esitata nel decesso della paziente. Il coinvolgimento della TF iniziava lo scorso Settembre con la richiesta da parte di uno dei tre sanitari di un supporto della Società per difendere il proprio operato e per cercare di mettere un freno alla campagna mediatica innescata dalle registrate dichiarazioni di colpevolezza con sentenza già emessa non dalla Autorità Giudiziaria ma, bensì, dagli organi di (mal) informazione. Dal momento che, fra le missioni che la TF si era prefissata, al momento della sua costituzione, vi era anche quella di fornire pareri "pro-veritate" a chi ne avesse fatto richiesta in merito a problematiche relative a responsabilità professionale che li avesse visti coinvolti, Lorenzo Menicanti sollecitava per un intervento in tal senso i componenti della TF che, per la prima volta dalla istituzione del Dominio Legale, avrebbero dovuto affrontare una problematica che si erano prefissi come priorità ma senza, tuttavia, averne avuto occasione ed esperienza precedentemente.

Tre le fasi che si possono individuare, nel "tormentato" percorso decisionale dei componenti della TF, da allora ad oggi

1) All'inizio l'obiettivo era quello di arginare gli organi di (ma la) informazione affinché si attenessero, appunto, ad una informazione obiettiva e non si sostituissero alla Magistratura cui, istituzionalmente, è demandato il compito di giudicare, ponendo quindi un argine alla dilagante ed irrefre-

nabile propaganda scandalistica e pregiudizialmente colpevolista, senza avere prove dell'effettivo andamento degli eventi, ed ecco allora, a firma del Presidente, l'articolo "Basilicata24.it: come un buon giornalismo si possa trasformare in una cattiva informazione" pubblicato sul numero di Novembre del Bollettino, al quale si rimanda per una lettura integrale ed, in successione, un comunicato stampa il cui titolo "Basilicata24.it: fatti storici e tecnica vanno sempre verificati" è prodromico dei contenuti esplicitati, quindi una contestazione al Corriere della Sera, per un articolo nel quale la responsabilità di un cardiologo veniva addebitata ad un cardiocirurgo (tanto la categoria era sotto bersaglio!). "Caso Ospedale di Copertino di Lecce: l'informazione nazionale cambia i cardiocirurghi con i cardiologi" ed il direttore riconosceva il proprio errore con una smentita scritta sul quotidiano così come la giornalista Gabbanelli, richiamata da Lorenzo Menicanti per le incorrette informazioni sullo stesso caso, modificava il testo del programma televisivo Report rispetto a quanto originariamente previsto.

2) Lo scenario cambiava radicalmente quando, alla fine, gli organi Giudiziari ed Amministrativi, cui competeva un giudizio sull'andamento degli eventi ed, in precedenza, tanto invocati, prendevano una netta posizione. A livello amministrativo, dei tre chirurghi, uno licenziato dall'Ospedale (quello delle dichiarazioni assieme a quello che le stesse registrava), gli altri due sospesi dal servizio in attesa della sentenza giudiziaria. A livello giudiziario le motivazioni degli avvisi di garanzia distinti per ciascuno di loro a seconda del ruolo svolto nell'intervento, sono state di omicidio colposo per tutti e tre mentre per uno di loro anche quella di falso in atto pubblico. Per quest'ultimo,

il 24 di Ottobre, scattava la carcerazione cautelare al proprio domicilio.

A questo punto le problematiche che i componenti della TF erano richiesti di affrontare erano completamente differenti rispetto a quelle pregresse e diverse le strategie che erano chiamati ad adottare. Inizialmente ha prevalso una spinta interventistica, quale quella di contestare il provvedimento restrittivo della carcerazione domiciliare ma senza aver chiaro con quali mezzi e come. Questo spirito si è andato progressivamente affievolendo per il timore di assumere delle posizioni sbagliate che potessero essere, successivamente, poco difendibili ed ha preso il sopravvento una posizione interlocutoria, di riflessione sugli eventi e su come poterli affrontare. Così sono stati individuati alcuni principi generali sui quali basare la strategia della SICCH sia contingente che futura.

Innanzitutto la SICCH non può presentarsi come una società corporativistica che tutela, a priori, i propri componenti per cui, chi ad essa si rivolge per pareri "proveritate" deve essere conscio che tali saranno e, di conseguenza, non pregiudizialmente favorevoli a chi ne fa richiesta. Secondariamente si è cercato di individuare con quali mezzi la SICCH possa entrare nel corso di un dibattito giudiziario per accertarne la correttezza e la adesione a quanto la dottrina medica prevede.

Inoltre si è focalizzata la importanza dei rapporti della Società con gli organismi istituzionali, affinché si possa essere partecipi delle decisioni legislative che ci riguardano ed essere noi stessi propositivi di problematiche e soluzioni delle quali siamo noi i maggiori esperti, vivendole quotidianamente. Infine è stato redatto un albo di periti cardiocirurgici, approvato dalla SICCH che ne garantisce l'obiettività, la competenza e l'esperienza cui i giudici possano attingere per scegliere

re i propri consulenti tecnici di ufficio ed ai quali affidarsi per emettere giudizi sull'operato relativo a problematiche di loro pura competenza.

3) Ma arriviamo adesso ai nostri giorni. Il percorso intrapreso è andato ulteriormente avanti. L'Avvocato Francesco Isolabella è riuscito a far riconoscere la SICCH quale interlocutrice ed entità giuridica nel procedimento penale in oggetto, primo caso nella storia della giurisdizione italiana, così da poter acquisire gli atti del procedimento e fornire, degli eventi, un parere, anche se non vincolante. Condivisa con i componenti della TF la documentazione, duplici le posizioni in campo. Data la possibilità che solo una costituzione quale "parte civile" avrebbe permesso alla SICCH di entrare ufficialmente in campo nel processo ed in considerazione della importanza di questo riconoscimento di entità giuridica (primo, come detto, per una società scientifica in Italia) alcuni componenti della TF hanno dato parere favorevole a questa ipotesi. D'altra parte, tuttavia, altri hanno obiettato che questa costituzione avrebbe presentato la SICCH quale soggetto danneggiato dal comportamento dei sanitari (qualora riconosciuti colpevoli) e, di conseguenza, saremmo andati pregiudizialmente contro di loro. Ma questa non è la posizione che la SICCH vuole assumere nei riguardi dei propri componenti, bensì imparziale osservatrice degli eventi. E questa seconda posizione è quella che ha trovato il maggior consenso e si sono ribaditi alcuni principi che, si ritiene, possano essere di guida nel successivo percorso della TF di ML. La TF non deve scendere a difesa del singolo cardiocirurgo ma a difesa della cardiocirurgia italiana. La TF non può entrare nel merito di ogni procedimento penale ma cercare, invece, di garantire che il processo sia "giusto" con periti all'altezza del compito, attinti dall'albo dei CTU "SICCH

approved". Bisogna far sì che i periti incapaci vengano messi alla berlina, sottoposti al giudizio della Società, così come le sentenze, ritenute infondate, possano essere evidenziate e criticate. Quello che bisogna cercare di raggiungere è il riconoscimento della TF di ML quale guardiano del corretto svolgimento delle vicende processuali nelle quali sia coinvolto un nostro pari. Ed è da questi principi che è stata ispirata la lettera scritta dal presidente della SICCH, Roberto Di Bartolomeo al Dr. L. Setola, Giudice del procedimento in oggetto e che di seguito si riporta (anche se già comparsa sul sito) per i principi in essa espressi, che rispecchiano le scelte che la Società ha deciso di adottare, lettera della quale lo stesso Magistrato ha dato pubblica comunicazione nell'udienza di apertura del procedimento penale, suscitando un comprensibile clamore fra i legali presenti per la assoluta novità della iniziativa e per i potenziali risvolti che potrebbe avere nel decorso del procedimento.

Tuttavia questo articolo non si può concludere senza menzionare le considerazioni che, ispirate dalla problematica della quale abbiamo dissertato, ha prodotto l'Avv. Francesco Isolabella. Il legale ha affermato, infatti, che i confronti di questi mesi in merito al "caso Potenza" sono stati fondamentali per comprendere, della SICCH, la sua natura, la sua identità, la sua vocazione, il suo ruolo, le sue potenzialità ma, soprattutto, il suo futuro. Continua, Isolabella, con l'invito a tutti i componenti della Società affinché ogni energia vada profusa affinché la SICCH possa assumere un ruolo di guida e di interlocutrice privilegiata, in virtù di una autorevolezza che deve essere acquisita quotidianamente con la serietà delle proprie scelte e delle proprie posizioni.

Conclude il legale con un progetto per il futuro che preveda di istituzionalizzare e formalizzare un "modello organizzativo" ed un codice etico non solo per la Società nel suo complesso, ma per le singole unità operative in modo tale da rappresentare il punto di riferimento cui attenersi per giudicare, ed essere giudicati, nella pratica quotidiana con obiettività e giustizia (I have a dream).



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA
ITALIAN SOCIETY FOR CARDIAC SURGERY

14

Presidente:
Roberto Di Bartolomeo

Vice Presidente
Francesco Musumeci

Segretario Organizzativo
Piersilvio Gerometta

Tesoriere
Vittorio Creazzo

Segretario Scientifico
Alessandro Parolari

**Presidente sezione
Pediatrica**
Lorenzo Galletti

Consiglieri
Gino Gerosa
Gabriele Iannelli
Domenico Paparella
Giuseppe Speciale

Consigliere Junior
Elena Caporali

Egr. Dr. Lucio Setola
Tribunale di Potenza
Sezione Penale
Rif.:2286/14 rgnr

Bologna, 10 febbraio 2014

Illustrissimo Dr. Setola,

Oggi si celebra avanti Codesto Tribunale il processo nei confronti dei Dottori Matteo Galatti, Nicola Marraudino e Michele Cavone, i quali sono chiamati a rispondere (tutti) del reato di omicidio colposo e (il solo Nicola Marraudino) del reato di falso - materiale e ideologico - in atto pubblico.

Le scrivo quale Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) la quale rappresenta l'unica realtà associativa italiana e, pertanto, la più qualificata autorità tecnico-scientifica della materia, la quale - come tale - ha l'obiettivo - prioritario e statutario - di garantire la tutela della salute dei pazienti attraverso una costante, attenta e qualificata attività di controllo, formazione e aggiornamento degli specialisti in cardiocirurgia.

I tre imputati sono - infatti - tutti specialisti in cardiocirurgia. Essi sono stati coinvolti in un inquietante fatto di omicidio che ha avuto inizio con la pubblicazione della registrazione di un colloquio tra colleghi ("Omicidio all'ospedale di Potenza. Medico confessa: l'abbiamo uccisa" Basilicata24.it) ed è poi proseguito con un sempre maggiore e drammatico risalto dato dagli organi di stampa, locali e nazionali. Tanto da suggerire alla Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH), di cui sono Presidente, l'opportunità di chiedere gli atti ai sensi dell'art. 116 c.p.p.

Riporto, solo per dare un esempio del contesto, alcuni dei titoli che avevano fortemente impressionato e preoccupato la dirigenza della SICCH: "Donna morta sotto i ferri: arrestati 3 medici per omicidio colposo" (Repubblica.it del 24 ottobre 2014); "Potenza, morta durante intervento. Il Giudice: chirurgo 'costretto' a operare, clima di omertà in ospedale" (Il Messaggero, 25 ottobre 2014); "L'hanno uccisa in sala operatoria, continuando a operarla da morta" (Affariitaliani.it del 24 ottobre 2014); "Donna muore durante l'intervento, tre medici in manette: 'la operarono dopo il decesso'" (Leggo.it del 24 ottobre 2014) "Mori in sala operatoria, arrestati tre medici: 'coprono gli errori'" (La Stampa, edizione di Roma del 25 ottobre 2014).

Alla luce - pertanto - dei doveri di tutela degli interessi della salute dei pazienti che la SICCH esercita attraverso la formazione e la preparazione dei cardiocirurghi, nonché alla luce di un preoccupante contesto che adombrava persino il dolo e che si "concludeva" con l'arresto dei tre chirurghi, la società che rappresento aveva richiesto l'accesso agli atti di indagine onde poter operare le necessarie valutazioni in ordine a un suo eventuale ruolo o comunque contributo nel procedimento in essere.

Peraltro, l'esame degli atti - pur nella ristrettezza dei tempi e quindi necessariamente sommario - sembra escludere - almeno allo stato - la sussistenza di quegli elementi - di assoluta gravità e drammaticità - che avevano fortemente colpito ed allarmato la SICCH. Sembra - piuttosto - che i fatti oggetto di accertamento dibattimentale possano - al più e in ipotesi - ascrivere a condotte di eventuale "colpa medica", in relazione alle quali, pertanto, questo ente non può che rinviare all'accertamento in corso avanti a Codesto Illustrissimo Giudice, permettendosi piuttosto - considerata l'accusa e, come più volte ribadito, i compiti e i doveri della SICCH - di mettersi a Vostra disposizione con la propria organizzazione tecnica e scientifica, nel caso in cui la S.V.III.ma dovesse ritenere necessario - o anche solo opportuno - un eventuale approfondimento peritale."

Prof. Roberto Di Bartolomeo
Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca



AVV. FRANCESCO ISOLABELLA

Sono stato invitato a offrire il mio pensiero in merito alla vicenda di Potenza o meglio, per usare le parole di Alessandro Parolari, un **"un riassunto del dibattito e dello struggimento interiore in seno alla SICCH"**.

Quando il Giudice del dibattimento, il 10 febbraio u.s., ha dato pubblica ancorché sintetica lettura della lettera del Presidente SICCH, le reazioni - a caldo - dei presenti sono state le più varie: dalla perplessità per un fatto non usuale, all'interesse per i possibili risvolti della situazione, alla soddisfazione di non vedere la SICCH presente come parte civile, al rammarico di non vederla presente come parte civile... .

L'ingresso della SICCH nel procedimento come parte civile avrebbe probabilmente rappresentato un passo significativo dentro un processo caratterizzato - per lo meno originariamente - da elementi di inquietante e singolare drammaticità e, per questa ragione, avrebbe probabilmente contribuito a meglio definirne l'immagine, il ruolo nonché l'autorevolezza nel mondo della cardiocirurgia inteso nella sua accezione più ampia.

Credo che la riflessione appena fatta sia rilevante non tanto ai fini del "caso Potenza", quanto per cercare di spiegare come questi faticosi me-

si di pensieri siano serviti a tutti per affrontare la natura della SICCH, le sue caratteristiche e, soprattutto, le sue potenzialità e il suo futuro, in una luce nuova e diversa: molto più ampia di prima. O, almeno, questo è la mia impressione.

A ben vedere, la mia impressione è che per la SICCH sia stato salutare imbattersi in una delicata problematica che ha messo in risalto la necessità di trovare una più chiara puntualizzazione della sua identità e del suo effettivo ruolo nel "mondo" "giuridico/normativo/giudiziario".

Per tornare al "caso Potenza" - ma solo come "punto di riferimento" da tenere presente al fine appena indicato - ritengo che ci abbia "insegnato" come la scelta di costituirsi o di non costituirsi parte civile non possa e non debba mai in alcun modo essere - ma neppure sembrare - una scelta di natura corporativistica. Perché sarebbe diametralmente opposta a quei principi di neutralità e ferma indipendenza che una guida forte e autorevole come la SICCH deve abbracciare, sempre.

Il timore di "dover aggredire i colleghi" è un tema naturalmente sempre molto forte e presente, ma il procedimento dell'immedesimazione nel collega pur nella sua - comprensibile - naturalezza, non deve in alcun modo mai impadronirsi delle

immagini e dei pensieri di chi deve decidere rischiando di condizionarne - magari in maniera inconscia - la scelta.

Sono ben consapevole del fatto che la SICCH non potrebbe partecipare/presenziare/costituirsi in tutti i casi che vedono il coinvolgimento di un cardiocirurgo. Ma il punto non è mai certamente questo. Non si correrebbe - credo - mai il rischio concreto di un ripetersi "infinito" di atti di costituzione. Perché la costituzione merita una riflessione in tutti i casi in cui, come nel "caso Potenza", vi è - o perlomeno appare - una situazione di tale gravità e peculiarità da non poter evitare - anzi da obbligare - l'intervento dell'ente di "riferimento"; per dare eventualmente il significato di una presenza e di una comunicazione che trascende il singolo caso.

Perché quello della SICCH è un ruolo di guida e, soprattutto, di interlocutore privilegiato delle Autorità; laddove il "privilegio" non viene in alcun modo dato dalla sua unicità (come ente di riferimento della cardiocirurgia), bensì dalla sua autorevolezza forza e capacità.

Il caso di Potenza mi ha anche offerto gli elementi per capire che un ruolo di guida come quello che la SICCH si sta guadagnando nel vasto mondo della sanità richiederebbe probabilmente varie iniziative, eventualmente anche sullo Statuto; per cercare di modificarne i contenuti in modo da consentire alla stessa un'azione più libera. Si potrebbero, per esempio, ridefinire i requisiti e le caratteristiche del Consiglio Direttivo, inserendo al suo interno comitati esecutivi dotati di indipendenza e di competenze esclusive per materia; in modo da tentare di escludere - o limitare al massimo - qualsiasi forma di conflitto di interessi o di dipendenza/sudditanza di chi deve decidere dai vertici. Si potrebbe intervenire sull'elenco dei "periti" ammettendo solo chi dispone di caratteristi-

che e di parametri oggettivi condivisi da tutti e magari dietro "esami" istituiti ad hoc. Si potrebbe intervenire sulla formazione dei cardiocirurghi imponendo una varietà di attività formative (stages trasversali che possano completare gli specializzati/andi con le competenze delle varie "scuole", definire un rating per le varie scuole ospedaliere, etc. etc). Si potrebbe inserire nello Statuto una norma che imponga/suggerisca la costituzione in giudizio solo al verificarsi di determinate condizioni e così via... Si potrebbe, soprattutto, istituzionalizzare e formalizzare un "modello organizzativo" e un codice etico che serva come principio guida non tanto e non solo per la società ma anche per le singole unità di cardiocirurgia distribuite nei diversi ospedali italiani che dovrebbero pertanto condividere tali principi accettandone le conseguenze, anche ed eventualmente sanzionatorie, comminate da un organo/comitato di controllo super partes istituito dalla SICCH ma indipendente dai vertici della sua dirigenza. Come vedete, le possibilità sono moltissime. E la SICCH è solo all'inizio, grazie agli scambi di questi ultimi mesi...

UMANESIMO E CARDIOCHIRURGIA

LA VOCE MUTA DEL CUORE



PINO FUNDARÒ



Ho avuto nella mia vita un rapporto speciale con il cuore: una frequentazione quotidiana che, iniziata con gli studi universitari, ha attraversato quarant'anni della mia esistenza.

E' la voce muta del cuore ancora mi parla e m'insegna le regole per continuare a servire la sofferenza.

Per chi ha vissuto con passione un lavoro come il nostro - il meraviglioso nel quotidiano - quello dell'abbandono è un momento particolarmente delicato: c'è chi si concede il meritato riposo, chi coltiva hobby, chi si dà all'arte (pittura, scrittura), tutti ad inseguire la vera saggezza che tanti pensano di avere, ma che pochi hanno davvero.

Silenzio

Un cuore si ferma
Si spezza un'esistenza ?
Silenzio tutto intorno
Rumori inanimati solamente
Celate le emozioni (da una mascherina)

S'interroga un uomo
Fermarsi od osare ancora?
Arrendersi o combattere?
O pregare?

Vacillano le certezze
Pretende risposte la coscienza
Macigni gli insuccessi
Lunga la notte ed inquieta

E' già domani
Un'altra sfida incombe

Ora

Ora, che limiti inattesi ed invalicabili conosco
che solamente valgo per quel che sono
non più per quello che sapevo fare
Ora,
che senso non sembra più esservi nel sognare
Ora,
è il momento di ricominciare

LA VALIGIA DI CARTONE

PER VENIRE IN EUROPA: IL MIO VIAGGIO DI ANDATA.
LE PAROLE DI MASSIMO CAPUTO



Monica Moz
U.O. Cardiochirurgia
Istituto Clinico Humanitas
Rozzano, Milano



Elena Caporali
Div. Cardiochirurgia
CardioCentro Ticino
Lugano, Svizzera

Inizia in questo numero la nuova avventura della rubrica La Valigia di Cartone che, come vi avevo annunciato a gennaio, si occuperà di raccontare le storie di alcuni chirurghi che hanno deciso di riporre i ferri in valigia e partire per cercare una propria strada all'estero. E' sempre difficile scegliere il primo o la prima e allora mi sono lasciato consigliare dal cuore e quindi non me ne vorranno gli altri colleghi che provvederemo ad intervistare o a contattare in futuro. Ringrazio le mie colleghe Monica e Elena che hanno gentilmente chiesto al sottoscritto di introdurre "l'ospite" di questo mese vista l'amicizia che mi lega a lui. Stiamo parlando di Massimo Caputo, nato a Napoli il 2 Maggio 1968 e attualmente Professor of Congenital Cardiac Surgery. RUSH University Medical Center, Chicago, USA e Professor of Congenital Heart Surgery/Consultant in Cardiothoracic Surgery, University of Bristol/University Hospital Bristol NHS Foundation Trust. Nella mia vita professionale ho avuto la fortuna di incontrare gente come Massimo Caputo e di apprezzarne le doti professionali e umane (quest'ultima merce rara!!!). Ho lavorato con lui a Bristol, ho passato serate indimenticabili in giro per Bristol e con lui ho trascorso un Natale e un Capodanno tra i più belli della mia vita... ma non tocca a me raccontare chi è Massimo Caputo che a novembre è stato invitato dalla SICCH a tenere una lettura magistrale al congresso nazionale... quindi lascio la parola all'interessato.

Michele Di Mauro

Il mio viaggio inizia nella seconda facoltà di Medicina e Chirurgia della “Federico II” di Napoli. Essendo la storia solo una accidentale sequenza di eventi all'apparenza sconnessi, la mia di storia cambiò all'improvviso dopo aver letto l'annuncio di un borsa di studio Erasmus per trascorrere un anno all'estero. Con mia grande sorpresa, fui l'unico del mio anno a fare la domanda per cui non fu difficile convincere la commissione a mandarmi all'estero. Se dovessi fare una classifica dei primi cinque momenti più importanti della mia carriera di medico, al numero uno stravinca il mio anno all'Università di Bristol come studente di medicina. Non è che non ci furono momenti difficili, come i primi mesi per imparare una lingua che pensavo conoscessi ma alla prova dei



fatti, mi sbagliavo di grosso. Però dopo aver superato quei primi mesi, mi diventò tutto più semplice e tornai a Napoli con una idea molto più chiara di cosa avrei fatto “da grande”.

Dopo un anno trascorso come interno, entrai nella scuola di cardiocirurgia diretta

dal Prof Nicola Spampinato. Furono cinque anni molti intensi e pieni di rapporti umani bellissimi, ma dentro di me sapevo di voler continuare la mia crescita professionale sperimentando modelli diversi. Fu ancora il caso a deviare il corso del mio viaggio. Lessi sugli *Annals of Thoracic Surgery* un articolo di Gianni Angelini da Sheffield e gli scrissi una lettera chiedendo di poter visitare il centro per avviare possibili collaborazioni scientifiche. Lui mi rispose che ne sarebbe sta-

to felice, ma che si stava trasferendo a Bristol e sarei dovuto andare lì per trovarlo. Ancora una strana coincidenza. Dopo aver trascorso una settimana a Bristol a visitare il centro, cercando di fare la migliore “impressione” possibile, mi fu offerto un contratto per un anno come research fellow che trascorsi come periodo all'estero durante la mia specializzazione, e che rimane al secondo posto nella classifica dei momenti chiave della mia carriera.

Infatti, finita la specializzazione e dopo aver



lavorato per quasi 2 anni a Milano all'Humanitas e al San Raffaele, decisi che la birra mi piaceva di più degli aperitivi milanesi e grazie ad un'altra fellowship tornai nella perfida Albione. E' stato quello un biglietto di sola andata, nel senso che da un contratto di un anno e poi vedremo, rimango tutt'oggi dopo 15 anni, cittadino italiano residente all'estero! La posizione numero 3 della mia speciale classifica è il periodo di training che feci con Ash Pawade, cardiocirurgo pediatrico da poco trasferitosi a Bristol e proveniente da Melbourne dove aveva imparato il mestiere da un gigante della pediatria di nome Roger Mee.

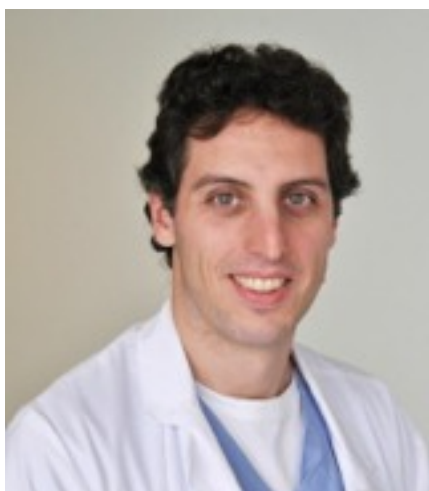
Devo ammettere che la mia esperienza in cardiocirurgia adulta mi ha aiutato tantissimo ad acquisire quella estrema confidenza in se stessi che occorre quando si opera sui bambini. Contemporaneamente affiancai la mia attività clinica a quella della ricerca. Feci un Master in Chirurgia sempre all'Università di Bristol, che mi diede le basi fondamentali per imparare ad impostare progetti di ricerca di base e clinica, e al quale va il

posto numero 4 degli eventi più significativi della mia vita professionale.

Adesso son finito negli Stati Uniti, sempre per una assurda coincidenza, e magari questa esperienza occuperà la posizione numero 5 della mia speciale classifica, ma non posso ancora dirlo. Forse il trucco di questo nostro mestiere è proprio quello di vivere il più possibile nel presente e crearsi quelle occasioni di lavoro e di vita che prima o poi ti si presentano lungo la strada. Se proprio dovessi citare qualcuno per dare un consiglio ai giovani specializzandi che su questa strada si stanno incamminando, direi che il futuro è un dovere e spetta a tutti voi decidere con responsabilità e fantasia quando è arrivato il momento di chiudere la porta, girare la chiave e rimettersi in cammino.

LA GUERRA DEI MONDI

OPINIONI A CONFRONTO: CARDIOCHIRURGO IBRIDO VS TRADIZIONALE



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



Luca Botta
S.C. Cardiocirurgia
Ospedale Niguarda
Milano

Cari colleghi,

inizia oggi la nostra esperienza nella gestione di una nuova rubrica del Bollettino SICCH 2015 che si intitola “la guerra dei mondi”. In queste pagine, cercheremo di affrontare temi appassionanti riguardanti la nostra professione su cui non esistono evidenze assolute o certezze e che possano avere una duplice o multipla soluzione o quantomeno presupporre una visione alternativa, non necessariamente aderente alle credenze tradizionali.

Stiamo quindi valutando alcune tematiche per i prossimi numeri del Bollettino ed identificando i nomi di colleghi da coinvolgere nella discussione nell’ambito di un vero e proprio faccia a faccia dove possano trovare spazio visioni opposte anche solo sulla base di opinioni personali qualora la letteratura scientifica lasci spazio ad interpretazioni ed incertezze. Siete quindi tutti invitati a contattarci via mail (luca.botta@ospedaleniguarda.it ed alessandro.barbone@humanitas.it) se siete interessati a contribuire personalmente o semplicemente se volete segnalare argomenti da affrontare. A causa di una tempistica inizialmente limitata per poter coinvolgere altri colleghi, abbiamo deciso di cominciare in prima persona, fornendo una nostra visione di quello che e’ o dovrà essere il ruolo del cardiocirurgo nel presente e nel futuro. In particolare, abbiamo cercato di affrontare il tema delle procedure ibride in cardiocirurgia come alternativa alla cardiocirurgia tradizionale. Sfruttando una frase cult di una trasmissione condotta da Gigi Marzullo –fatti una domanda e datti una risposta- abbiamo identificato delle domande a cui ciascuno di noi ha risposto secondo le proprie convinzioni e visioni professionali. Il formato e’ evidentemente ancora in via di definizione ma, per i prossimi numeri, abbiamo identificato sostanzialmente due soluzioni: l’intervista guidata oppure l’assegnazione di un tema a due specialisti che sosterranno tesi opposte sulla base delle proprie idee e dei risultati della letteratura.

Speriamo che questa rubrica possa interessarvi ed aspettiamo i vostri consigli ed eventuali critiche.

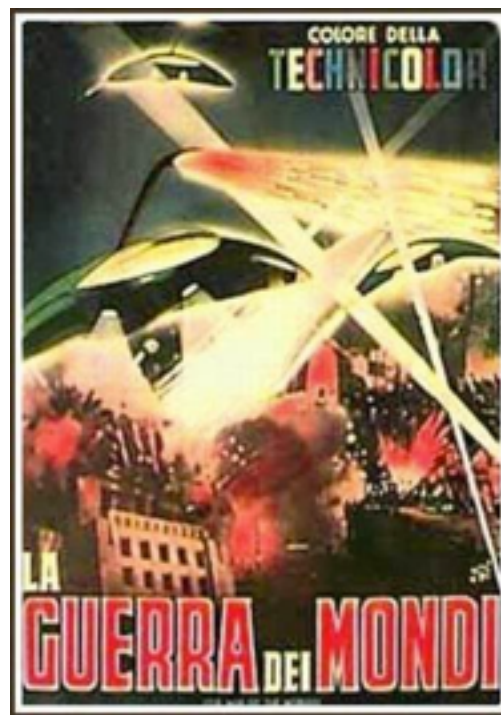
Buona lettura!

Ne abbiamo bisogno? C'è un unmet need che dobbiamo coprire?

Alessandro Barbone (AB) : Questa è la domanda principale, la base di tutta la discussione. Esiste un particolare know how che deve essere creato? Esiste qualche tipo di procedura che non verrebbe altrimenti eseguita, in totale sicurezza, senza individuare e formare una nuova figura professionale? Le procedure cosiddette ibride sono rese possibili da altre figure già adeguatamente formate in altre specialità come ad esempio i radiologi interventisti o cardiologi emodinamisti? La risposta pertanto appare piuttosto scontata. Esistono dei colleghi che sono già estremamente esperti nell'uso di tecniche percutanee, che hanno acquisito negli anni una manualità importante nonché la conoscenza degli strumenti adeguati come guide, introduttori e cateteri. Non dimentichiamo che un cardiologo emodinamista o un radiologo interventista viene formato, diviene indipendente ed "impara" ad essere autonomo molto precocemente, almeno 10 anni prima di un cardiocirurgo, in media. Pertanto venire ad "imparare" questa manualità aggiunge qualcosa alla tecnica? Aumenta in qualche modo la sicurezza? Appare solamente pretestuoso arrogarsi una qualche conoscenza anatomica particolare o una manualità "unica" che a dire il vero appare anche la maggior limitazione: la possibilità di realizzare approcci vascolari chirurgici potrebbe essere una scorciatoia, una barriera anche psicologica, ad un approccio percutaneo completo. E non si possa dire che si abbisogna di una particolare conoscenza dell'annulus aortico, come asportare una valvola calcifica o riparare una valvola mitrale per fare una valvuloplastica, impiantare una TAVI o posizionare una clip mitralica. Né di certo essere in grado di sostituire un'arco aorti-

co in arresto di circolo per posizionare una endoprotesi aortica. Sarebbe come dire che bisogna aver fatto 1000 bypass coronarici per fare una buona PT A. Quanto invece è necessario saper superare la valvola aortica calcifica, sapere eseguire una puntura transettale o recuperare una guida in aorta per via endovascolare sotto guida ecocardiografica o radiologica. Si tratta di skills che vengono affinati in sala angiografica, pensando come un interventista, approcciando la soluzione come un interventista, e non con ore di sala operatoria in CEC.

Luca Botta (LB): Alla domanda ne abbiamo bisogno?, rispondo personalmente di sì. Se mi chiedete se esiste un "Unmet need" inteso come bisogno non soddisfatto, la risposta diretta è no. Ma è assolutamente necessario un approfondimento. Sono convinto che un cardiocirurgo ibrido,



inteso come specialista che si occupa anche di procedure transcatetere, debba essere prima di tutto un cardiocirurgo "tradizionale", cioè in grado di trattare le principali malattie cardiovascolari secondo le tecniche e gli approcci tra-

dizionali. È necessaria, quindi, questa solida base culturale e tecnica, sulla quale sviluppare una super-specializzazione, la Cardiocirurgia ibrida, che non necessariamente deve essere praticata da tutti gli specialisti in Cardiocirurgia ma che non dovrebbe nemmeno essere negata a quelli

che lo vogliono fare o che ne sono appassionati (come me...). Ritengo, quindi, si tratti della normale evoluzione del nostro "mestiere" che evolve inevitabilmente verso la mini-invasività, la riduzione del trauma psico-fisico del paziente e che utilizza quotidianamente device di nuova generazione, applicabili secondo accessi che non siamo (o non eravamo) soliti utilizzare. Tale concetto è, a mio parere, ancor più valido per le nuove generazioni di colleghi neospecialisti o dei giovani medici che si avvicinano a questa specializzazione. Si tratta semplicemente di adeguarsi ai tempi, senza abbandonare o negare la tradizione, piuttosto sfruttandola per guardare con fiducia al futuro della nostra professione. L'acquisizione di capacità tecniche di tipo ibrido consente allo specialista in cardiocirurgia di offrire ai propri pazienti un vasto ventaglio di opzioni terapeutiche ma soprattutto di scegliere la tecnica più giusta ed adatta per ciascun paziente, nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni (se sono in grado di trattare una stenosi aortica con una sostituzione valvolare per via sternotomica, ministernotomica, minitoracotomica, impiantando una protesi biologica, meccanica, stentless, rapid deployment, suturless o, se necessario con un associato ampliamento dell'anulus ma sono in grado anche di eseguire una TAVI, attraverso ogni accesso immaginabile –femorale, ascellare, apicale, aortico diretto- sarò sicuramente più equilibrato di qualunque altro specialista che non possiede tali possibilità nel suggerire al mio paziente la procedura più adeguata).

Per quanto riguarda un "unmet need", è vero che probabilmente ci sono già diversi specialisti non cardiocirurghi in grado di utilizzare con sicurezza ed efficacia le tecniche ibride e che si sono buttati in anticipo in questo campo ma credo fermamente che dobbiamo metterci al passo,

recuperare il tempo perduto per non rimanere semplici spettatori o peggio ancora figure collaterali che vengono chiamate in causa solo per la preparazione degli accessi. Il tutto nel rispetto di ciascuna professione e delle specificità di ogni specialista. La considero anche una sorta di difesa corporale, intesa come difesa del ruolo del Cardiochirurgo che spero possa mantenere nei prossimi anni una posizione di leadership sebbene i segnali di questi anni sembrerebbero dire il contrario...

In quali condizioni e con quali indicazioni verrebbe ad operare?

AB: Se pertanto riconosciamo che nella maggior parte dei casi abbiamo bisogno di skills di tipo radio-interventistico per individuare, superare, allineare e posizionare, dobbiamo riconoscere che la maggior parte dei pazienti riceverebbe un miglior trattamento da parte di professionisti completamente dedicati ad affinare queste qualità. Per la maggior parte di pazienti "normali" e non complicati, sarebbero queste le figure che offrirebbero la migliore manualità ed il minore profilo di rischio per il paziente. Per cui quando avremo il vantaggio del training chirurgico? Nei limitati casi off limits in cui insorgono complicazioni chirurgiche o "non convenzionali" in cui la manualità acquisita in ore di sala operatoria potrebbero essere offrire un vantaggio di sopravvivenza. Tuttavia ha senso avere il cardiochirurgo in sala ibrida, in una campana di vetro da rompere in caso di necessità come un estintore o un idrante in caso di incendio? E proprio in quei casi in cui abbiamo maggiore bisogno di freddezza e maestria, veniamo a trovare un cardiochirurgo con la massima manualità possibile? Con l'abilità necessaria di tirarsi fuori dai guai in ogni situazione.

ne? Con questa domanda e perplessità affrontiamo la prossima domanda.

LB: A questa domanda rispondo con due concetti: selezione e training. I cardiocirurghi probabilmente sono troppi e verosimilmente non tutti adeguatamente preparati. E' evidente che se ci si re-trae in un ruolo marginale nell'ambito delle procedure ibride, non ci resta che stare ad aspettare e probabilmente a sperare che non ci siano complicanze, in particolare se non siamo in grado di risolverle. Ma spero si possa invertire il paradigma. E' necessario investire sui giovani e su tutti coloro che sono interessati ad affrontare questa nuova sfida professionale. Bisogna pero' partire dalla base. Il cardiocirurgo deve essere selezionato con intelligenza e prospettiva al momento dell'ingresso in specializzazione e preparato adeguatamente secondo i criteri che in molti paesi europei vengono applicati. L'autonomia operatoria sarebbe auspicabile in età non troppo avanzata. Un training specifico sulle procedure transcateretere andrebbe completato non appena siano acquisite le conoscenze chirurgiche di base (anche all'estero, se necessario). In questo caso il cardiocirurgo potrebbe diventare il vero leader dell'heart team, porre le indicazioni giuste e guidare le procedure transcateretere (senza aver paura delle complicanze) e quindi evitare, come purtroppo succede, di essere coinvolto solo per dichiarare un paziente ad eccessivo rischio operatorio, lasciandolo così alla gestione altrui. Forse e' un sogno, ma non credo sia impossibile da realizzare.

Potrebbe essere completo o si verrebbe a trattare di un non-radiologo interventista, non-cardiologo emodinamista, non-cardiocirurgo?

AB: Questa è di certo la domanda che più mi angoscerebbe. Avendo compiuto 40 aa mi sono reso conto che sono più di 15 aa che ho approcciato questa professione. Dopo un periodo di training legale con il quale ho ricevuto il titolo di cardiocirurgo, ho poi iniziato un training di tipo reale. Di sicuro non posso ritenermi particolarmente dotato (il giorno in cui distribuivano le mani d'oro io probabilmente ero assente!) ma nonostante i limiti di madre natura, negli anni, grazie alla pazienza e sopportazione di altri chirurghi che mi sono stati di fronte, ho sgrossato ed affinato e potenziato e migliorato tutti i percorsi, passaggi e movimenti che sono tipici dell'arte della cardiocirurgia. E soprattutto ho imparato a pensar ed agire, evitare e poi stare lontano da quelle situazioni che mettono in pericolo la buona riuscita di un intervento ed in ultima analisi la vita dei pazienti. In questa maniera in 15 anni ho acquistato quella autonomia in quelle situazioni "ordinarie" che mi permettono di sopravvivere nella quotidianità. Ma non posso di certo dire, per lo meno non sento affatto, che il mio training sia terminato, che ho acquisito quella indipendenza e manualità ed esperienza che mi fanno sentire autonomo in ogni situazione. Ritengo che mi siano necessarie ancora molte ore di pratica, di lavoro, per affinare non più solo le mani nel gesto ma anche e soprattutto la testa ed il carattere nella gestione di quelle situazioni che ancora oggi vedo essere stressanti per colleghi che hanno 20 aa di esperienza maggiore della mia. Mi chiedo come sarebbe il mio percorso, come sarebbe la mia formazione se passassi il 50% del mio tempo in sala ibrida a gestire cateteri anziché suture

e sanguinamenti. Fra 10 anni avrei la manualità per considerarmi un chirurgo completo ed ottimale, per offrire ai miei pazienti la possibilità di ricevere il miglior intervento a “regola d’arte”? Ed al contrario, in questi anni avrei la possibilità di acquisire quella abilità con i cateteri tanto da essere non solo autonomo ma ottimale nelle procedure percutanee come qualunque buon emodinamista o radiologo interventista? A meno di persone particolarmente dotate (ma i Leonardo da Vinci nascono di raro) rischiamo di non essere il gold standard con nessuna delle tecniche fin ora descritte. Ad eccezione di pochi colleghi che tutti siamo disposti a riconoscere come veri fenomeni, rischiamo di venire a formare una grande quantità chi emodinamisti mediocri e chirurghi mancati che hanno paura di fare il nostro mestiere perché non si sentono all’altezza, non si sentono di aver ricevuto il migliore training possibile.

LB: Il pericolo di non essere ne’ carne ne’ pesce evidentemente esiste e come...Se decidi di buttarti nell’ibrida, magari non diventerai mai un ottimo chirurgo e se decidi di dedicarti all’ibrida in maniera non continuativa, corri il rischio di non impararla mai. Io spero che si possano apprendere entrambe le tecniche, con applicazione, volontà e magari un po’ di fortuna, senza necessariamente essere un supereroe. E’ altresì vero che non esistono i “tuttologi” e che non si riesca spesso a fare tutto con la stessa qualità e sicurezza. Ciononostante sono convinto che bisogna puntare al massimo, crederci fino in fondo e lavorare duro. Ma questo non basta. Ci vuole la volontà da parte del “sistema formazione” (quindi le UNIVERSITA’ prima di tutti) di creare (letteralmente) questi professionisti, puntare in maniera seria sulla loro formazione e sul training ed investire su di essi, cercando di ridurre al minimo i tempi mor-

ti formativi. Devo confessare che questo tipo di preparazione professionale difficilmente potrà essere diffusa in maniera ampia e globale. Sicuramente i responsabili delle Scuole di specializzazione e successivamente i direttori di struttura dovranno fare delle scelte, identificare le persone più adeguate secondo le proprie attitudini e capacità (non a tutti piacciono le procedure transcateretere ma qualcuno che se ne occupi e’ assolutamente necessario, almeno secondo me)

Si tratta solo di un modo per “sistemare” una classe di cardiocirurghi di cui non sappiamo cosa fare?

AB: Insorge pertanto un dubbio: dobbiamo inventarci qualcosa da fare perché le tecniche percutanee continuano a guadagnare terreno ed appropiare patologie che solo fino a 10 aa era impensabile? Dobbiamo in qualche maniera rimpiazzare, riconvertire, ricollocare una certa quantità di chirurghi che sono stati formati perché il nostro sistema di formazione non è stato in grado di prevedere quelli che sarebbero stati i trend futuri o perché forse erano utili come specializzandi o borsisti ma quando poi padri di famiglia chiedono la giusta mercede (e non Mercedes!!!) non sappiamo cosa fargli fare? Veniamo pertanto a formare una classe di professionisti infiltrati fra le fila del nemico che ci ruba casistica allo scopo di sabotare i loro risultati, ed al tempo stesso si guadagnano in qualche modo lo stipendio?

LB: Penso che in alcuni casi sia proprio così’. In effetti, la realtà odierna sembra dire che le cardiocirurgie siano troppe e che non tutti i cardiocirurghi abbiano la possibilità di operare in modo congruo alle proprie aspettative. Per questo, alcuni potrebbero virare sull’ibrida. Non credo sia

la cosa più corretta da fare ma probabilmente si tratta di una conseguenza inevitabile dell'espansione degli anni passati. Non si tratta, però, necessariamente di un effetto negativo. Questi colleghi possono rappresentare l'avanguardia di un gruppo che li seguirà e che potrà contare sulle loro conoscenze ed esperienze. Una programmazione più attenta del futuro potrà probabilmente garantire a ciascuno di noi lo spazio necessario per avere le proprie soddisfazioni e soprattutto ai pazienti una classe di professionisti culturalmente e tecnicamente preparati.

Quale dovrebbe essere il training necessario per formare un cardiocirurgo ibrido vs un tradizionale?

AB: Ma se così non fosse, se non si trattasse di un espediente. Come possiamo essere sicuri che un chirurgo possa considerarsi tale? Quante procedure anno dovrebbe eseguire per avere la giusta manualità sia di tipo tradizionale che endovascolare? Dobbiamo sommare i 2 training per cui possiamo ritenere che ci vogliono almeno 30 aa? Oppure in una sorta di corso accelerato possiamo ritenere che il percorso comune vale per entrambi gli approcci per cui scontiamo la somma dei 2 training del 30%? Oppure in maniera più pragmatica aggiungiamo 2 anni di endovascolare alla normale scuola di specialità di cardiocirurgia per cui in 7 aa abbiamo un chirurgo ibrido? Ma in quei 2 aa di attività radiologica, un chirurgo che lascia la sala operatoria non perde una manualità tanto difficilmente acquisita? Ma in realtà il training di un chirurgo finisce mai? Oppure prosegue ogni giorno, ad ogni intervento, ad ogni paziente con cui viene a contatto? Interrompere regolarmente questo processo, o rallentarlo e distrarlo con attività parallele assicura un risul-

tato finale adeguato? O si corre il rischio serio di fare di tutto un po' e non fare nulla al meglio? In questo andremmo anche in senso inverso rispetto ai trend della medicina moderna che nella iperspecializzazione ha individuato il processo per ottimizzare i risultati. Per cui mi sento di ripetere, come mi viene ribattuto quando mi allargo saccentemente al di fuori del mio ambito, "ofelee fa el to mestee" (che a Milano vuol dire "pasticcere fai il tuo mestiere") e fallo bene!!!

LB: E' evidente che la risposta a questo quesito e' particolarmente complicata. Probabilmente una Società Italiana di Cardiocirurgia forte potrebbe stabilire dei criteri specifici. Una commissione formata da esperti (universitari e non) potrebbe svolgere un ruolo chiave. Forse anche una joint commission costituita anche da altri specialisti (cardiologi e radiologi interventisti e chirurghi vascolari) potrebbe svolgere un ruolo importante. L'importante e' che quanto stabilito venga rispettato e messo seriamente in pratica. Un giovane medico che vuole fare il cardiocirurgo dovrà contare su un sistema che lo formi e possibilmente lo utilizzi in modo adeguato per garantirgli una evoluzione di carriera. Se così non fosse, la nostra specialità, già in seria difficoltà, potrebbe definitivamente affondare. Ma a questo non voglio credere. Il resto lo farà la volontà individuale, le condizioni ambientali, forse il caso ma soprattutto la passione verso il proprio lavoro.

LE DRITTE DEL MAESTRO

COLAZIONE CON LORENZO MENICANTI:

IL BYPASS AORTO-CORONARICO, UNA CHIRURGIA SPESSO SOTTOVALUTATA



*Giuseppe Raffa
Cardiochirurgia
ISMETT
Palermo*



*Fabrizio Sansone
Cardiochirurgia
AO ospedali riuniti Papardo
-Piemonte, Messina*

Cari Lettori,

Oggi sono a colazione con il primo “Maestro” di questa rubrica e cercherò di “rubargli” qualche segreto utile! Buona lettura

Giuseppe Raffa

Chi è il Maestro?

Lorenzo Menicanti

Nato a Ivrea (TO) il 6 Luglio 1950, ha conseguito la Maturità classica nel 1969. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1975 presso l'Università Cattolica di Roma. E' specialista in Urologia, Chirurgia Pediatrica e Chirurgia Cardiovascolare. Ha ottenuto l'idoneità a primario ospedaliero in Chirurgia Pediatrica nel 1986 e in Chirurgia Cardiovascolare nel 1988. Dal 1988 è consulente presso il Centro Cardiotoracico di Monaco e dal 1989 è Professore a contratto di Chirurgia Cardiovascolare presso l'Università di Milano.

Lorenzo Menicanti è il Past President della Società Italiana di Cardiochirurgia e membro della European Association of Cardio-thoracic Surgery. Dal 1990 è Responsabile della Divisione di Cardiochirurgia dell'Istituto Policlinico San Donato di Milano. Ha eseguito più di 15.000 procedure cardiache, più di 500 delle quali in bambini di età inferiore ai 14 anni. La maggior parte della sua attività nell'adulto è dedicata alla cardiopatia ischemica ed in particolare alle complicanze dell'infarto miocardico acuto: insufficienza mitralica, difetti interventricolari, dilatazione del ventricolo sinistro. Ha personalmente eseguito circa 1600 procedure di ricostruzione del ventricolo sinistro per infarti anteriori ed inferiori.



Il bypass aorto-coronarico è di frequente il primo intervento con cui i cardiocirurghi si devono confrontare durante il loro training. E' una chirurgia che può nascondere delle insidie derivanti sia dalla complessità dei pazienti (obesità grave, diabete, condotti non ottimali, calcificazioni coronariche, precedenti stents) sia dai limiti tecnici dovuti alla scarsa esperienza.

La discussione che segue, basata su alcune domande semplici ed altre meno, nasce dall'aver lavorato con dei chirurghi che hanno un diverso approccio al trattamento chirurgico della cardiopatia ischemica ed è dedicata a chi crede ed insegna che il bypass aorto-coronarico non è sempre la stessa cosa.

Giuseppe Raffa (GR): **In generale, il modello funzionale di interazione tra cardiologo, emodinamista e cardiocirurgo necessario per garantire il miglior risultato del trattamento della cardiopatia ischemica è diventato realtà in tutti i centri?**

Lorenzo Menicanti (LM): Stiamo parlando del famoso "Heart Team" tanto favoleggiato che poi, nella pratica di tutti i giorni, molto spesso viene disatteso. Innanzitutto l' "Heart Team" esiste là dove ci sono delle cardiocirurgie ed è noto che moltissime emodinamiche lavorano senza avere un cardiocirurgo di riferimento. Questo provoca tutta una serie di distorsioni della materia. Infatti se noi andiamo a controllare quella che è la bibliografia prodotta e mi riferisco al registro di New York ed al lavoro prodotto anni fa dall'ANMCO in Lombardia, ci si rende conto che un numero molto importante di angioplastiche non sono ne giustificate ne giustificabili.

Gli americani parlano di un 14% di angioplastiche controindicate contro l'1% della chirurgia,

quindi è un rapporto, questo, molto delicato in cui, diciamo così "i torti" li hanno più o meno tutti: li hanno gli emodinamisti che pensano che risolvere un problema immediato sia il meglio per il paziente, quando poi un trivasale a tre anni, se viene ad essere operato ha una sopravvivenza migliore del 5% in termini assoluti rispetto a chi ha un'angioplastica.

Dall'altra parte ci sono dei chirurghi che hanno deciso di non fare più i chirurghi, nel senso che dirottano il paziente con qualche fattore di rischio agli emodinamisti; e questo è un altro errore gravissimo, nel senso che il chirurgo proprio perché fa il chirurgo, deve avere il coraggio etico di affrontare anche i pazienti che possono avere complicanze ci possono essere, garantendo però un risultato finale migliore. Secondo me è estremamente importante che in un centro cardiologico ci sia grande fiducia tra la componente chirurgica ed emodinamica ed ove non vi è la cardiocirurgia ci dovrebbero essere delle regole ben precise come pubblicate sulle linee guida delle Società Europea di Cardiologia (che però siamo ancora ben lontani da ottemperare).

SETUP prima dell'intervento: sigarette e caffè....

GR: Veniamo ora a quelle che sono le dritte del maestro per un cardiocirurgo che si appresta a uno dei primi suoi interventi di bypass aortocoronarico. Il setup prima dell'intervento è un momento di particolare importanza e concentrazione.

Qual'è il corretto approccio al paziente che necessita chirurgia coronarica da parte di un chirurgo alle prime esperienze?

LM: Intanto la parola al maestro mi sembra leggermente oversize ...! Io sono un chirurgo “anziano” che ha accumulato una certa esperienza e su questo non si discute. I “maestri” poi si sa benissimo che sbagliano regolarmente. Se un chirurgo giovane si deve approcciare ad un paziente ischemico, la cosa importante (e questo può essere “noioso” per un chirurgo) è non dare niente di acquisito. Il paziente deve essere ben conosciuto. Purtroppo spesso noi subiamo la decisione dell'emodinamista o del cardiologo: “devi operare il paziente X”. Volentieri, ma io ne devo conoscere esattamente i fattori di rischio anche per parlarne col paziente stesso. Il dialogo medico-paziente è estremamente importante e questo non è così evidente nei nostri ospedali. La figura del medico responsabile, che è sacrosanta negli ospedali anglosassoni, da noi viene ad essere un po' messa in secondo piano perché c'è il responsabile del dipartimento o del reparto che decide il “chi, come e quando”. Il paziente ha il diritto di sapere chi sarà il suo chirurgo e quindi il giovane chirurgo a cui è stato assegnato il malato, deve andare a parlare con il suo malato. Ne deve conoscere perfettamente la clinica e conoscerlo personalmente, controllarsi i condotti per evitare che poi arrivi in sala operatoria e...“Oddio è stato safenectomizzato!”. Questo non deve assolutamente accadere. In secondo luogo deve conoscere in dettaglio l'anatomia delle coronarie e la rivascolarizzazione miocardica deve essere “completa”. Fare gli sconti perché il vaso non è ottimale oppure “dopo gli facciamo l'angioplastica” non è una pratica corretta secondo me e la letteratura (perché non è che scopro niente di più). La rivascolarizzazione miocardica completa è un imperativo categorico (ma questa è una cosa assolutamente personale, quindi posso essere smentito). Se un chirurgo giovane teme di

avere lunghi tempi di clampaggio è meglio che lui cominci a fare uno o due anastomosi e poi ci sia un altro chirurgo, diciamo così, più performante che cerchi di velocizzare l'intervento. L'intervento, se ben eseguito dal punto di vista strategico, si fa comunque velocemente secondo me: all'inizio il giovane verrà preparato facendo l'anastomosi sull' interventricolare anteriore e poi da qualche altra parte e così accumulerà questa esperienza. Ciò che fa risparmiare tempo al chirurgo è la strategia globale dell'intervento.

GR: **Cosa si deve temere di più all'inizio dell'intervento?**

LM: Secondo me la preparazione del paziente che spesso viene considerata qualcosa di poco importante è invece fondamentale, soprattutto per la sequele che si possono avere dopo. Quindi, secondo me, quello che deve temere un chirurgo giovane è di andare “un po' troppo allegro sull'apertura” e di avere dei condotti non perfetti. Grande attenzione deve essere posta nell'aver mammarie che siano prelevate e che funzionino in modo corretto.

GR: **Lo studio coronarografico: che informazioni aggiuntive può dare oltre i vasi target?**

LM: Sicuramente ti dà una valutazione completa della vascolarizzazione del cuore. Quando si parla di vasi target, si parla dei vasi principali ovvero l'interventricolare anteriore, la coronaria destra e il marginale circonflesso. Nei pazienti complicati o diabetici o con molti fattori di rischio, l'anatomia descritta alla coronarografia può non essere totalmente veritiera perché spesso si trovano dei vasi che o non si vedevano all'angiografia o che erano stati considerati veramente molto piccoli.

Questo concetto ti deve guidare nel fare tutti i vasi bypassabili. Molto spesso si legge nei referti angiografici: “non è stata inviata al chirurgo perché l'interventricolare anteriore non si vede o è di scarsissima qualità”. Poi quando fai l'intervento e ti trovi dei vasi che sono assolutamente accettabili. Questo è quindi un passo mentale che il chirurgo deve fare: l'angiografia è fondamentale, questo è evidente, sapendo che però a volte ti può dare delle informazioni non totalmente corrette. Ti dà una rappresentazione che spesso è peggiore di quella che tu trovi nella realtà.

GR: Paziente giovane o anziano: esistono reali differenze nel tipo e numero di graft?

LM: Questa è una discussione senza fine, nel senso che è chiaro che nel paziente giovane si dice “facciamo tutto in arteria” e il paziente anziano “si può fare più vena”. Innanzitutto la differenza di pervietà tra arteria e vena si vede dopo i sette/otto anni... Per i primi sette/otto anni è uguale. Quindi è chiaro che se io ho dei novantenni con una aspettanza di vita di un certo tipo si può discutere. Accade però che per cercare di forzare nei giovani la rivascolarizzazione arteriosa, l'indicazione viene “stirata” nonostante l'anatomia non sia delle migliori. In letteratura è ampiamente riportato che chi usa la doppia mammaria ha dei risultati migliori. La nostra politica che è leggermente differente: noi usiamo la mammaria sull'interventricolare anteriore a qualsiasi età e poi usiamo la vena in sequenziale. I nostri risultati e quelli pubblicati in letteratura sullo stesso tipo di chirurgia usando la nostra stessa strategia, ci dicono che a 10-12 anni di follow up, non c'è differenza tra tutto arteria e mammaria sull'IVA e sequenziale.

GR: La rivascolarizzazione sulla parete inferiore ipo/acinetica, va sempre eseguita?

LM: La risposta è sì. Dati recenti evidenziano come nei pazienti con bassa frazione di eiezione, la rivascolarizzazione completa (anche in contesti di ipo/acinesia) ha dei risultati migliori. L'ipocinesia è spesso dovuta ad una ipoperfusione ed inoltre, per definire una parte del ventricolo completamente non vitale, bisogna fare degli studi molto accurati tipo la risonanza magnetica che ti fa vedere se c'è o non c'è la cicatrice a tutto spessore della parete ventricolare. Solo in queste circostanze il by-pass potrebbe non essere fatto. Anche lasciare un buon vaso senza la rivascolarizzazione perché si teme di rivascolarizzare una cicatrice, secondo me non è una tattica vincente.

GR: Clampaggio singolo o tangenziale? Quando una metodica può fornire dei vantaggi?

LM: Il clampaggio singolo, anche per l'anastomosi prossimale, può essere utile in caso di aorta disaestrata. L'aorta disaestrata, quella veramente calcifica ha rischio di embolia molto bassa contrariamente a quelle con placche fragili, quindi morbide, che sono veramente pericolose da questo punto di vista. Il clampaggio unico nel nostro centro è utilizzato in un numero bassissimo di casi. I nostri pazienti hanno un clampaggio completo e poi hanno un solo clampaggio laterale.

GR: Un commento sulla protezione miocardica. Esiste un ruolo per la cardioplegia retrograda?

LM: So che dò una risposta che deluderà tanti. Ho cominciato nel '77 ad usare la cardioplegia a

Bergamo ed erano i primi anni in cui le cardioplegie venivano impiegate in cardiocirurgia. Quindi, da allora, io credo di avere usato praticamente tutte le cardioplegie possibili ed immaginabili: St. Thomas', Bretschneider, Kirsch, Boston, ematica calda e fredda, anterograda, retrograda, eccetera..... - e io credo che la migliore protezione miocardica si abbia quando si agisce su un cuore fermo, quindi che non si muove e che abbia una temperatura più bassa rispetto al normale. Noi non usiamo mai la retrograda ed, ahimè, siamo ritornati alla cristalloide con il bagno freddo di Shumway. Adottiamo quelli che erano i principi fondamentali della cardiocirurgia e in questo modo abbiamo operato più di 25.000 by-pass aorto-coronarici.

GR: L'esercizio chirurgico nel confezionare anastomosi su vasi non ottimali, può influenzare l'outcome?

LM: E' chiaro che se il chirurgo si intestardisce a fare dei vasi piccoli di nessuna importanza, perde tempo, l'anastomosi non è buona e sicuramente non fa bene al paziente. Una coronaria non ottimale ma importante deve essere bypassata, non ci sono storie. Pensare di non fare l'anastomosi perché sento al tatto un vaso brutto, non ha senso. Può essere pericoloso. Tornando alle tecniche sequenziali parte di questi problemi viene ad essere risolto, come ad esempio la disproporzione tra arteria coronarica e vena. Il diabetico con vasi piccoli, secondo me è il malato ideale per un sequenziale.

GR: Antiaggregazione e rischio di sanguinamento postoperatorio: quando, secondo lei, è possibile differire l'intervento?

LM: Dipende dalle condizioni di stabilità del paziente, evidentemente. Se il paziente è stabile si aspetta, secondo le regole canoniche, se il paziente è instabile si opera indipendente dallo stato di coagulazione. E' chiaro che bisognerà prepararsi prima con piastrine e questo è un gioco raffinato ed importante che si fa con anestesisti degni di questo nome. Noi siamo molto fortunati a lavorare con Marco Ranucci, il quale ha creato una serie di protocolli e diciamo che questo tipo di problema per noi non è più un problema.

GR: E' opportuno che il trainer faccia il caso del pomeriggio?

LM: No! Anche se succede in tutto il mondo. Il pomeriggio è la situazione in cui il gruppo è più o meno stanco ed il trainer necessita di tempi più lunghi. Probabilmente non dovrebbe essere fatto anche se accade quotidianamente.

PRELIEVO dei condotti: chi li prepara? Tutti siamo stati specializzandi....

GR: Danneggiata la mammaria sinistra durante il prelievo, che fare?

LM: Avverto il primo operatore e mi sento tutte le cattive parole possibili e immaginabili! Comunque tutti noi abbiamo "segato" delle mammarie. E' inutile dirlo, voglio proprio vedere a chi non è mai accaduto. Alcune volte il prelievo è difficile perché sono indovate nel periostio. Se dovesse accadere, si può: 1) Fare un free-graft, se la parte non danneggiata è abbastanza lunga; 2) Ripararla ma è raro riuscirci (infatti bisognerebbe cer-

care di usare molto poco il bisturi elettrico, perché un conto è la lesione da forbici e un conto è la lesione del bisturi elettrico); 3) Se il paziente è anziano si può rinunciare al condotto arterioso. Usare la mammaria in free-graft ha sicuramente il suo senso ma sappiamo anche che se la vena è preparata bene ha dei risultati a lungo termine che non sono proprio così drammatici (anche se una vena sull'interventricolare anteriore non dovrebbe mai essere messa)

GR: Ed eventualmente la mammaria destra?

LM: La mammaria destra assolutamente sì. Se il paziente è giovane e quindi chiaramente deve avere un mammaria, si fa il prelievo della destra. E' però da discutere su come deve arrivare sull'IVA perché la sua lunghezza deve essere congrua e soprattutto si dovrebbe cercare di evitare l'attraversamento della faccia anteriore del cuore.

GR: Sanguinamento dalla vena o arteria succlavia, come ripararla?

LM: Come la riparo! Ogni malato è storia a se stante! Si chiede all'anestesista di metterlo in anti-trendelenburg e poi con calma e pazienza, facendosi aiutare (bisogna essere almeno in due o tre) si va a mettere un punto, non ci sono altre soluzioni. La sede è lontana e quindi si usano degli strumenti relativamente lunghi. Tutti noi abbiamo portato a casa strumenti, no? Questo, specie per i chirurghi giovani, deve essere una, come posso dire, una pratica frequente. Porti a casa lo strumento e ti fai la tua anastomosi. Tutti noi abbiamo fatto i nodi alle porte e questo va praticato anche se non si vede adesso tanto spesso...

GR: Doppia mammaria, quali sono gli accorgimenti tecnici obbligatori? (Mammaria destra su IVA e sinistra su MO, mammaria destra via seno trasverso....)

LM: Tutte le volte che si fa un intervento di bypass aortocoronarico (...e di questo sono profondamente convinto) si deve pensare alla possibilità di dover fare un reintervento sullo stesso paziente, per tante ragioni. Spesso non per rifare dei by-pass quanto, per esempio, per altra patologia. Questi pazienti invecchiano per cui vengono fuori le stenosi aortiche, le insufficienze mitraliche e chiaramente i bypass si chiudono e vanno rifatti. Secondo me, uno dei "must" è comunque avere la mammaria sinistra su l'IVA che è quella che dà le performance migliori. La mammaria destra andrà sulla coronaria destra o sul circonflesso o marginali anche se non si sa quale sia il vantaggio reale. Nell'ultimo caso si tenderà a farla passare dietro al cuore. Avere le mammarie che crossano la linea mediana, è una roba tremenda. Se invece uno è obbligato, per esempio come nel caso precedente di danno della mammaria sinistra, la mammaria destra deve essere molto lunga, in modo che eviti di crossare il cuore ma passi in alto verso l'aorta e tenda a ritornare verticale verso l'interventricolare anteriore, facendo una curva larga.

GR: L'arteria radiale spesso non è utilizzata in molti centri per la rivascularizzazione miocardica. Che ne pensa? Quanto, secondo lei è necessaria?

LM: E' necessaria quando non ci sono altri condotti. Secondo me non c'è una grossa differenza nonostante quello che si vada a leggere in alcuni lavori che poi sono contraddetti da altri. L'arteria

radiale funziona essenzialmente come una safena. Il grosso vantaggio di permeabilità tra un'arteria mammaria e una safena è sì la qualità della parete ma è soprattutto da dove il condotto prende sangue: un conto è avere un'anastomosi sull'aorta ascendente e un conto è avere "un'anastomosi sulla succlavia". Il tipo di flusso è completamente diverso ed è il tipo di flusso che determina l'outcome del condotto.

GR: Safenectomia da coscia o malleolo?

LM: Noi tendiamo, proprio per cercare di mantenere una omogeneità di calibro, a prenderla dal malleolo e poi procediamo cranialmente. Cerchiamo quindi di avere delle vene "relativamente piccole".

GR: Safene piccole o varicose? Quali condotti? Ha esperienza di vene peduncolate?

LM: Safene varicose, queste sono le "famoso, grandi rotture di scatole". In casi di safene varicose si cerca di arrivare in zone in cui la safena non lo sia e quando si trovano dei segmenti sani (questa è una cosa che facciamo un po' particolare) suturiamo le varie sezioni creando una safena lunga con i diversi segmenti ed eliminando le parti, appunto, varicose.

GR: Safenectomia difficoltosa ed abbondante sanguinamento.... Sintesi cute e sottocute dopo la protamina, coagulazione tramite bisturi elettrico o drenaggio di jackson pratt

LM: Sappiamo che l'uso abbondante di bisturi elettrico, in qualsiasi intervento chirurgico, aumenta le infezioni. E' chiaro che una safenectomia che sanguina è dovuta al fatto che la tecnica di prelievo non è stata affatto sopraffine. Molti pensano che il prelievo della safena sia un lavo-

ro poco nobile, che il ragazzo giovane si stufa a fare... Il prelievo della safena è una palestra chirurgica fenomenale, nel senso che comunque il vaso è piccolo quindi si deve essere accurati. Vi è evidenza che, il prelievo fatto con un po' di grasso intorno, quindi evitando i traumi, migliori i risultati, e questo i gruppi svedesi l'hanno pubblicato. Chi preleva bene una safena, sicuramente saprà fare degli ottimi bypass aorto-coronarici; va quindi posta grande attenzione. In alcuni casi particolari, per esempio gli obesi e le donne, ove la safenectomia può sanguinare, poniamo particolare attenzione al sottocute e cute ed, in alcuni casi, mettiamo dei redon in aspirazione.

GR: Ha esperienza di vene peduncolate?

LM: E' quello che ti dicevo. Noi sappiamo che fare una grande pulizia, come qualche volta si tende, della safena togliendo tutte le pellicine intorno non è una buona cosa. Il fatto di mantenere un pochino di tessuto adiposo intorno, diciamo, aumenta la precisione del prelievo e soprattutto protegge l'endotelio, quindi questo è corretto.

In CEC e clampaggio: il tempo scorre...

GR: Quali sono i consigli per un ottima esposizione della parete laterale del ventricolo sinistro? Mano dell'assistente, fettuccia che circonda la cava o tecnica del cuore battente?

LM: Sicuramente, almeno per quella che è la nostra esperienza, la mano dell'assistente che deve essere allenato a dare l'esposizione migliore. Non solo, ma avendo il cuore in mano, lo si può ruotare sull'asse longitudinale e se il chirurgo decide di applicare la tecnica sequenziale, ti permette di valutare molto meglio la distanza tra un'anastomosi ed un'altra.

GR: Un aspetto già discusso. Se vi è differenza di calibro tra safena e coronaria, quando procedere?

LM: E' chiaro che se uno ha una disproporzione importante tra vena e arteria, le probabilità che questo graft si chiuda sono alte. Quando succede così, ripeto, la tecnica sequenziale può aiutare molto perché "scarica" la parete della vena da un certo grado di tensione e quindi migliora il risultato.

GR: Non trovo l'interventricolare anteriore, che fare?

LM: Allora ci sono due possibilità: 1) Chiamo un chirurgo più esperto; 2) Ci sono dei trucchi: Un primo trucco, forse uno dei più facili, è quello di andare in punta, fare una micro-apertura dell'arteria, infilare una sonda e poi cercarla più in alto. Poi si deve chiudere la coronarotomia con grande accuratezza (ma anche se si chiude il vaso non succede assolutamente niente). Questa è la cosa più semplice che si fa quando sei proprio disperato. L'altra cosa è seguire il diagonale. Il diagonale di solito ti porta all'interno del muscolo, perché in queste circostanze siamo di fronte a delle coronarie intramiocardiche. Quando il vaso è particolarmente calcifico, si può andare molto in alto e sentire la coronaria che parte dalla aorta. A quel punto la si segue col il dito e poi si comincia a scavare. Certo non è una bella situazione.

GR: La safena è troppo corta, devo riclampare e rifare il distale?

LM: Allora, no. Quando la safena è troppo corta si possono fare due cose: 1) Fare una intersezione con due anastomosi, che secondo me è la cosa migliore almeno si tocca meno l'aorta; 2) Rifare un clampaggio ed una nuova sutura che secondo me è più indaginoso e non porta nessun vantaggio.

GR: La mammaria "tira" quando si ventila: pericardiectomia, rimozione tessuto mediastinico, ancoraggio o scheletrizzazione?

LM: Questa è un'altra cosa importantissima perché a volte la mammaria sinistra che va su l'IVA può essere "corta". La nostra strategia, oltre di aprire sempre la pleura, è quella di creare, al di sopra del frenico ed in una posizione congrua a quella dell'anastomosi che verrà fatta, un tramite per cui la mammaria scorre al fianco al polmone ed entra nel pericardio attraverso questo occhietto. Questo, tra l'altro permette di avere delle mammarie relativamente corte e soprattutto mette la mammaria al completo riparo se c'è una riapertura. Se questo non fosse sufficiente, si può togliere la fascia della mammaria guadagnando ancora in lunghezza.

GR: Rompo l' 8/0 al terzo nodo, che fare?

LM: Oltre a "smoccolare", di solito quello che noi facciamo in questo caso è di aggiungere un punto su quello che rimane dell'8/0 in modo tale da fissarlo. C'è andata sempre bene, quindi probabilmente funziona.

Protamina: ma...

GR: ST sopra in sede anteriore e non anomalie di contrattilità all' ETE, che fare?

LM: Se non ci sono anomalie di contrattilità, se all'ispezione sembra che non vi sia nulla e se c'è una buona pulsazione della mammaria, non si fa nulla. Se c'è il minimo dubbio o se appena il paziente arriva in terapia intensiva si verifica un minimo scadimento delle condizioni emodinamiche si raddoppia il bypass con una safena.

GR: Raccomanda la misura dei flussi dei bypass?

LM: Noi non lo facciamo mai.

GR: Ha esperienza pregressa?

LM: Abbiamo usato il flussimetro in passato. Per i modelli di flussimetro che noi abbiamo usato non sembrava esserci una così grande attendibilità, soprattutto in certe posizioni. Lussando il cuore, il dato è molto dubbio onestamente.

Fili sternali: finalmente...

GR: Se il by pass si inginocchia alla chiusura dello sterno

LM: Potrebbe succedere, in effetti, perché uno lavora con sterni aperti... Se si inginocchia quello che noi facciamo è di fissare il bypass con dei puntini in un certo modo, in modo tale che il bending sia distribuito su una superficie più grande. Usiamo, qualche volta, del Tabotamp per mantenere la curva e se comunque questo rimane con una curva importante quello che si può fare, anche senza rientrare in pompa, è inserire un pezzetto di safena all'interno del bypass allungandolo.

The art is long but the life is short....

GR: Per finire, la chirurgia coronarica presenta molti step di difficoltà ed un ventaglio di "strategie tecniche" per ovviare ad imprevisti intraoperatori. Il bypass venoso ed arterioso (interventricolare anteriore-diagonale) sequenziale può aiutare quando i condotti non sono sufficienti, la mammaria in "free-graft" in caso di danno parziale della stessa o se lunghezza non sufficiente, il "Y" graft arterioso e venoso ed il cuore battente in caso di aorta calcifica. Quali sono i consigli per queste metodiche e quando è arrivato il momento di procedere allo step chirurgico successivo?

LM: Beh qui c'è un po' la somma di tutte cose, andiamo a ritroso. Il cuore battente nella nostra esperienza è riservato a quei pochissimi casi in cui c'è una chiara controindicazione alla scoagulazione del paziente e quindi alla circolazione extra corporea. Concettualmente il "Y" graft è sbagliata perché si crea una turbolenza a livello dell'anastomosi laterale, quindi andrebbe evitata. Quando lo si fa? Essenzialmente nei casi di una mammaria troncata. In altri casi, almeno secondo quella che è la nostra esperienza, non è una metodica che ci piace molto.

GR: In caso di aorta calcifica?

LM: Quello sì, nel senso che sei obbligato. Quando hai quelle aorte in cui veramente non riesci a trovare spazio ha un senso un "Y" graft. Certo che andare ad attaccare una vena ad una mammaria che funziona bene, è una cosa che ti fa molto paura, perché metti a rischio uno dei bypass fondamentali; quindi anche quella è una cosa che cerchiamo di evitare.

GR: La realtà con cui ci confrontiamo quotidianamente ci dimostra che si assiste sempre più ad una riduzione dei volumi operatori ed aumento della complessità dei pazienti. In queste circostanze, come si può garantire un training chirurgico adeguato alla complessità che la cardiopatia ischemica richiede?

LM: Questo è un problema enorme. Per dirla in modo banale, qui a San Donato nel 1998 abbiamo fatto 2000 bypass aortocoronarici isolati; invece l'anno scorso ne abbiamo fatti circa 300. Il calo è evidente. Non solo, ma i pazienti che si operavano a quell'epoca erano diversi da quelli di oggi. Oggi diabetici, anziani e donne sono molto più frequenti. E' chiaro che un chirurgo giovane ha delle difficoltà ad essere esposto, in prima persona, a questa chirurgia e questo credo che sia un male per tante ragioni: 1) Si creano dei chirurghi timidi e quindi quando la chirurgia serve, ci sono poche persone a farla; 2) L'altra cosa è che il chirurgo giovane in qualche modo si sente frustrato, anche questo è fuori discussione. A questo genere di cose, secondo me, si può ovviare solamente cercando (qui sto dicendo forse un'eresia) di avere pochi chirurghi. Avere pochi chirurghi e, quando ci sono pazienti di questo tipo, il primo operatore dovrebbe farsi aiutare da un giovane e non dal suo più esperto aiuto; questa è una strategia che può essere vincente. In tal modo si ha comunque l'esposizione del giovane chirurgo al caso complesso e se è vero che tutti noi vogliamo operare e che tutti noi ci sentiamo estremamente gratificati dal gesto chirurgico, è anche altrettanto vero che quando uno ha ben in mente quella che è la strategia chirurgica corretta (e quindi sa che cosa fare ed ha un minimo di tecnica acquisita facendo altri tipi di procedu-

re), ebbene ci metterà un po' più di tempo ma l'intervento lo farà in modo corretto.

GR: Quale percorso la Società Italiana può garantire per affrontare le sfide del futuro? Può la Società Italiana supportare la formazione chirurgica creando un network nazionale ed internazionale?

LM: La formazione chirurgica può essere implementata dalla Società in vari modi e uno di questi è proprio quello di creare una collaborazione tra i centri nazionali. Per esempio, noi sappiamo che ci sono dei centri che sono, diciamo così, più evoluti in determinate procedure. La Società potrebbe avere un ruolo importante, a creare una serie di scambi tra i vari centri in modo tale che i giovani chirurghi possano essere esposti anche per periodi brevi, a diversi tipi di chirurgia. E' chiaro che questo crea problemi economici, perché un giovane chirurgo che sta un mese a Bologna piuttosto che a Milano, da qualche parte deve dormire. Questa è una cosa che va studiata, però penso che possa essere realizzabile. Inoltre, ci sono molti centri che hanno grossi programmi all'estero, nei paesi in via di sviluppo. Anche questa è una cosa che noi avevamo iniziato durante il nostro mandato anche se è rimasta una cosa a livello embrionale.

GR: Bene, l'ultima domanda è: quali sono le responsabilità di un chirurgo Senior rispetto ad un giovane? Come il chirurgo Senior si sente questa responsabilità?

LM: Io penso che se le debba sentire, nel senso che un chirurgo senior che non ha dato elementi di crescita professionale ai suoi colleghi, in qual

che modo ha fallito. Tutti abbiamo una fine e il fatto di lasciare delle persone che siano più o meno competenti rientra poi nella percezione che ognuno di noi ha di noi stessi. Cosa fa un chirurgo senior per tirare su i suoi chirurghi? Innanzitutto cerca di esporli il più possibile alla chirurgia: ritornando al discorso di prima, molto meglio avere, secondo me, un chirurgo che ha assistito a 500 interventi, piuttosto che avere un chirurgo che ha fatto 3 interventi e ne ha assistiti a 10. Secondo me la responsabilità di un chirurgo anziano è quella di dare gli elementi a tutti i suoi collaboratori per crescere. Nel momento in cui i suoi collaboratori hanno le chiavi culturali, poi potranno avere una collocazione sul mercato di lavoro ma ripeto che, come gruppo di professionisti e come Società Italiana dobbiamo mantenere basso il numero dei chirurghi perché ce ne sia bisogno sempre più. Vi sarà una cardiocirurgia più difficile con però un numero globale di interventi più basso. Questa è la ragione per cui i giovani chirurghi si stanno lanciando su quelle che sono le procedure interventistiche; cioè questa forma chiamiamola ibrida di chirurgo e di interventista che è una buona cosa ma l'importante che uno non perda di mente che fare il chirurgo non è usare sempre il catetere.

Grazie Professore per questo che per lei è stato "tuffo" nel passato ma che può essere presente per tutti noi....



L'ATTIMO FUGGENTE
Il film cult di Peter Weir
del 1980 con Robin Williams
nei panni del professore ribelle

ITALIAN LITERATURE WATCH

GENNAIO 2015



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



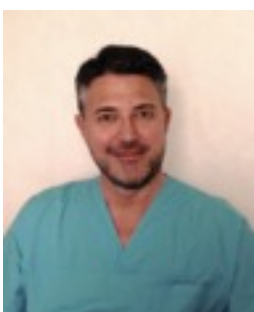
ANTONIO RUBINO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI CATANIA*



GIOVANNI MARISCALCO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ INSUBRIA DI VARESE*



FABIO BERTOLDO

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA, ROMA*



RAFFAELE GIORDANO

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



THE JOURNAL OF THORACIC AND CARDIOVASCULAR SURGERY

Quarti A. We have to be pioneers. We owe it to the future generations. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;149:397. (Letter to the Editor)



ANNALS OF THORACIC SURGERY

Mavroudis C, Stulak JM, Ad N, Siegel A, Giamberti A, Harris L, Backer CL, Tsao S, Dearani JA, Weerasena N, Deal BJ. Prophylactic Atrial Arrhythmia Surgical Procedures With Congenital Heart Operations: Review and Recommendations. Ann Thorac Surg. 2015;99:352-359.



EUROPEAN JOURNAL OF CARDIOTHORACIC SURGERY

Muneretto C, Bisleri G, Bagozzi L, Repossini A, Berlinghieri N, Chiari E. Results of minimally invasive, video-assisted mitral valve repair in advanced Barlow's disease with bileaflet prolapse. Eur J Cardiothorac Surg 2015;47:46-51.



Benedetto U, Raja SG, Albanese A, Amrani M, Biondi-Zoccai G, Frati G. Searching for the second best graft for coronary artery bypass surgery: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:59-65

Weiss G, Tsagakis K, Jakob H, Di Bartolomeo R, Pacini D, Barberio G, Mascaro J, Mestres CA, Sioris T, Grabenwoger M. The frozen elephant trunk technique for the treatment of complicated type B aortic dissection with involvement of the aortic arch: multicentre early experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:106-114.

Esposito G, Pennesi M, Bichi S, Patrini D, Pellegrino P, Redaelli M, Poloni C, Gerometta P, Gentinetta F, Cappabianca G. Hybrid multistep approach to mega-aortic syndrome: the Lupiae technique. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:126-133.

INTERACTIVE CARDIOVASCULAR AND THORACIC SURGERY

Mannacio V, Cirillo P, Mannacio L, Antignano A, Mottola M, Vosa C. Multiple composite grafts (k, π , or double-Y) in coronary artery surgery: a choice or a necessity? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2015;20:60-66

Mannacio V. eReply. Postoperative rise in serum creatinine following coronary artery bypass grafting: how is this best measured and what is its significance? *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2015;20: 67

Muneretto C, Bisleri G, Moggi A, Di Bacco L, Tespili M, Repossini A, Rambaldini M. Treating the patients in the 'grey-zone' with aortic valve disease: a comparison among conventional surgery, sutureless valves and transcatheter aortic valve replacement
Interact CardioVasc Thorac Surg 2015;20: 90-95

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

Panoulas VF, Colombo A, Margonato A, Maisano F. Hybrid coronary revascularization: promising, but yet to take off. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:85-97.

D'Onofrio A, Colli A, Gerosa G. Percutaneous access, no matter what! J Am Coll Cardiol 2015;65:309-10. (Letter to the Editor)

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY

Nappi F, Spadaccio C, Al-Attar N, Acar C. The Ross procedure at the crossroads: Lessons from biology: Is Dr Ross's dream concluded? Int J Cardiol 2015;178:37-39

Raffa GM, D'Ancona G, Romano G, Falletta C, Sciacca S, Todaro C, Tuzzolino F, Pietrosi A, Amaducci A, Clemenza F, Scardulla C, Pilato M. Should device replacement be the first choice strategy in continuous-flow left ventricle assist device thrombosis? Analysis of 9 events and results after endoventricular thrombolysis. Int J Cardiol 2015;178: 159-161

Bandera F, Generati G, Pellegrino M, Secchi F, Menicanti L, Guazzi M. Exercise gas exchange analysis in obstructive hypertrophic cardiomyopathy before and after myectomy (cardiopulmonary exercise test combined with exercise-echocardiography in HCM). Int J Cardiol 2015;178:282-283

Bergamini C, Golia G, Milano AD, Pernigo M, Vassanelli F, Pesarini G, Faggian G, Vassanelli C. Echodoppler and invasive evaluation of valvulo-arterial impedance in patients with severe aortic stenosis: impact of pressure recovery. Int J Cardiol 2015;179: 49-51

ARTIFICIAL ORGANS

Ündar A, Ravishankar C, Wang S, Pekkan K, Akçevin A, Luciani GB. Outcomes of the 10th International Conference on Pediatric Mechanical Circulatory Support Systems and Pediatric Cardiopulmonary Perfusion. Artif Org 2015;39:1-6

CARDIOLOGY IN THE YOUNG

Cetrano E, Polito A, Carotti A. Primitive intrapericardial teratoma associated with yolk sac tumour. Cardiol Young. 2015;25:158-60

NEUROMUSCOLAR DISORDERS

Iodice F, Testa G, Averardi M, Brancaccio G, Amodeo A, Cogo P. Implantation of a left ventricular assist device as a destination therapy in Duchenne muscular dystrophy patients with end stage cardiac failure: Management and lessons learned. *Neuromuscul Disord.* 2015;25:19-23.

JOURNAL OF CARDIAC SURGERY

De Salvatore S, Segreto A, Chiusaroli A, Congiu S, Bizzarri F. The role of xenotransplantation in cardiac transplantation. *J Card Surg* 2015;30:111-116.

MULTIMEDIA MANUAL OF CARDIO-THORACIC SURGERY

Loddo P, Sionis C, Schintu B, Paliogiannis P. Robotic left ventricular epicardial lead positioning. *Multi-med Man Cardiothorac Surg* 2015; 5.

LETTURA CONSIGLIATA DEL MESE:

Muneretto C, Bisleri G, Moggi A, Di Bacco L, Tespili M, Repossini A, Rambaldini M. Treating the patients in the ‘grey-zone’ with aortic valve disease: a comparison among conventional surgery, sutureless valves and transcatheter aortic valve replacement. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2015;20: 90-95.

La redazione della ILW questo mese consiglia ai lettori il paper del gruppo del Prof. C. Muneretto, pubblicato sul numero di Gennaio dell' ICVTS, in quanto contribuisce con la sua analisi ad interpretare meglio cosa attendersi dalle nuove tecniche transcatheter TAVI, e dalle nuove tecniche chirurgiche mediante impiego di protesi sutureless. In particolare, lo studio va a considerare una fascia di pazienti di grande e recentissimo interesse per la compagine cardiologica interventistica, vale a dire i pazienti non a rischio molto elevato o proibitivo per chirurgia (per i quali le recenti tecniche TAVI si sono dimostrate avere un impatto benefico, ed in termini di sopravvivenza che di qualità di vita), bensì pazienti a rischio intermedio-elevato per trattamento chirurgico tradizionale, per i quali le policy sanitarie di vari paesi europei ed US, sempre più stanno tentando un'espansione deregolamentata delle tecniche TAVI (per i quali invece i dati della letteratura con tecniche tradizionali chirurgiche restano più che confortanti, e per i quali quindi la chirurgia tradizionale va ancora considerata il gold-standard). Lo studio del gruppo universitario bresciano infatti, è riuscito a collezionare ed analizzare l'outcome clinico di una serie consecutiva di 163 pazienti affetti da patologia valvolare aortica, trattati mediante chirurgia tradizionale, chirurgia non tradizionale mediante protesi sutureless, e trattamento transcatheter trans-femorale mediante il solo uso di protesi CoreValve. Lo studio ha valore anzitutto perché - contrariamente a molte serie cliniche sull'argomento - i tre gruppi di pazienti sembrano avere per lo più le medesime caratteristiche di partenza (la gran parte degli studi della letteratura sull'argomento parte da popolazioni ampiamente diverse per baseline risk-factors). Tuttavia alcuni fattori di rischio restano "sbilanciati" tra i tre gruppi (es. classe NYHA, redo, ipertensione polmonare, COPD), con un risultante profilo di rischio migliore per il solo gruppo sutureless, ma simile tra gruppo chirurgia tradizionale vs gruppo transcatheter. I dati però più significativi vengono dalle analisi di outcome, dove le tre popolazioni mostrano sostanzialmente la stessa incidenza di mortalità globale, mortalità cardiovascolare, infarto miocardico, eventi emorragici maggiori, ed accidenti cerebrovascolari. Il dato più interessante tuttavia è quello grezzo, in valore assoluto, essendo la mortalità cardiovascolare assente e gli eventi emorragici maggiori minimi nel gruppo chirurgico tradizionale, e gli stessi maggiormente

rappresentati nel gruppo TAVI. Quanto poi ai risultati emodinamici, come già mostrato da altri articoli della letteratura, la chirurgia con protesi tradizionale paga in termini di gradienti di picco – nello studio bresciano tuttavia il gradiente medio trans-protetico è simile nei tre gruppi – ma le TAVI mantengono un'incidenza non trascurabile, del 9%, di rigurgito residuo maggiore o pari a 2+. Infine, l'analisi attuariale di outcome a 2 anni dimostra una significativa riduzione della libertà attuariale cumulativa da MACCE e/o disfunzione protesica nel gruppo TAVI, rispetto sia alla chirurgia tradizionale che alla chirurgia con valvole sutureless.

Certamente, come per tutti gli studi clinici, anche questo suggerito dalla redazione ILW ha dei “caveat” di cui tener conto, come ad esempio un'eterogeneità di campione nel gruppo chirurgico tradizionale (es. pazienti sottoposti a sternotomia convenzionale, altri a mini-accessi – è di questo mese la pubblicazione sull'EJCTS di uno studio propensity-matched AVR tradizionale vs AVR in miniaccessi del gruppo di Lipsia, che mostra un impatto significativo dei miniaccessi sulla sopravvivenza a distanza; sempre nel gruppo chirurgico tradizionale, sono state impiegate diverse tecniche di cannulazione centrale e/o periferica, con il loro potenziale differente impatto sulle complicanze vascolari maggiori; sono state usate differenti tipologie di protezione miocardica), oppure l'analisi delle sole protesi TAVI di prima generazione per quanto concerne la compagine transcateretere (peraltro è stata analizzata la sola Medtronic CoreValve, dimostratasi in tutte le serie della letteratura quale la protesi gravata dal maggior tasso di eventi avversi, in primis impianto di PMK e rigurgito paravalvolare residuo). Tuttavia i dati di una non superiorità, se non inferiorità, del trattamento transcateretere rispetto a quelli chirurgici (sia tradizionale che di nuova generazione con protesi sutureless) in questa esperienza monocentrica ribadisce la necessità di limitare ad oggi l'impiego di tecniche TAVI solo per pazienti giudicati a rischio molto elevato o proibitivo per chirurgia, che resta al momento il gold-standard nel trattamento della patologia stenotica della valvola aortica. Soltanto studi futuri sulle nuove generazioni TAVI potranno eventualmente riformulare la risposta a questa domanda. Lo studio infine ribadisce indirettamente la necessità di una regolamentazione di un eventuale allargamento di indicazioni sulle nuove tecniche TAVI.