



**BOLLETTINO MAGGIO 2015**



# CONSIGLIO DIRETTIVO SICCH

**President**

Roberto Di Bartolomeo

**Vice President**

Francesco Musumeci

**General Secretary**

Piersilvio Gerometta

**Scientific Secretary**

Alessandro Parolari

**Treasurer**

Vittorio Creazzo

**Councillors**

Elena Caporali

Lorenzo Galletti

Gino Gerosa

Gabriele Iannelli

Domenico Paparella

Giuseppe Speziale

**Financial Auditor**

Francesco Alamanni

Claudio Russo

Paolo Nardi



# EDITORIAL BOARD

## **Coordinatore Editoriale**

Michele Di Mauro

## **Staff Editoriale**

Guglielmo Actis Dato , Roberto Lorusso

Fabio Barili

Gian Piero Piccoli, Marco Pagliaro

Pino Fundarò

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo

Raffaele Giordano, Alessandro Della Corte

Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

Carlo de Vincentiis, Marco Zanobini

Francesco Paolo Tritto

Elena Caporali, Monica Moz

Luca Weltert, Michele Di Mauro

Alessandro Barbone, Luca Botta

Giuseppe Raffa, Fabrizio Sansone

## **SICCH Social Networks**

Monica Moz

Salvatore Tribastone

Michele Di Mauro

*Le nostre radici*

*Stats: always facts?*

*Contenzioso Medico-legale*

*Umanesimo e cardiocirurgia*

*Italian Literature Watch*

*Tough and Monster Cases*

*Commento "al libro"*

*Quando il chirurgo abbraccia l'arte*

*La valigia di cartone*

*Occhio che vede cuore non duole*

*La guerra dei mondi*

*Le dritte del maestro*

*Linkedin*

*Social4med*

*Facebook*



# INDICE

<b>Reportage di un encomio</b> Michele Di Mauro	<b>pag. 5</b>
<b>Commissione codifiche DRG. Biennio 2015-16</b> Carlo Antona, Salvatore Tribastone	<b>pag. 7</b>
<b>Criteri di accreditamento delle cardiocirurgie italiane: diario di un viaggio...</b> Alessandro Parolari	<b>pag. 9</b>
<b>La SICCH incontra il Ministro Lorenzin</b> Giuseppe Speciali	<b>pag. 12</b>
<b>Lettera al Ministro Lorenzin</b> Roberto Di Bartolomeo	<b>pag. 15</b>
<b>Caso Potenza: le dimissioni di Marraudino e risposta del Presidente SICCH</b> Nicola Marraudino e Roberto Di Bartolomeo	<b>pag. 17</b>
<b>Contenzioso Medico-Legale:</b> <b>Forse non tutti sanno... brevi note in merito alla compilazione della cartella clinica....</b> Marco Meterangelo	<b>pag. 22</b>
<b>La valigia di cartone: Realizzare un sogno....</b> <b>Parole di Mauro Lo Rito</b> Monica Moz, Elena Caporali	<b>pag. 27</b>
<b>Occhio che vede, cuore non duole: Ecocardiografia</b> Luca Weltert, Michele Di Mauro	<b>pag. 30</b>
<b>Le dritte del Maestro. La mia prima dissezione intervista a Roberto Di Bartolomeo</b> Giuseppe Raffa, Fabrizio Sansone	<b>pag. 37</b>
<b>Tough and monster case:</b> Carlo De Vincentiis, Marco Zanobini	<b>pag. 46</b>

**Italian Literature Watch: Aprile 2015**

**pag. 51**

Francesco Onorati, Fabio Bertoldo, Raffaele Giordano,  
Alessandro Della Corte, Giovanni Mariscalco, Antonio Rubino

## REPORTAGE DI UN ENCOMIO



MICHELE DI MAURO  
UNIVERSITÀ DELL'AQUILA



Prima di riportarvi notizia di questo encomio, mi corre l'obbligo di fare una piccola "disclosure": io ho avuto il piacere e l'onore di lavorare con Carlo Mancini qualche anno fa e lo considero un caro amico oltre a stimarlo con professionista di alto livello. Fatta la mia disclosure però posso dire che Carlo è in effetti uno dei migliori perfusionisti con cui abbia avuto il piacere di lavorare, una persona di grande umanità e capacità professionali, per cui è una gioia dare luce a questo encomio.

**Da:**

<http://www.affaritaliani.it/puglia/il-ministro-madia-premia-la-dedizione-carlo-mancini-perfusioni-sta-da-encomio-367443.html>

Il ministro della Semplificazione e della Pubblica amministrazione, Marianna Madia, in visita istituzionale nel capoluogo metropolitano pugliese, alla presenza del sindaco Antonio Decaro (Bari) e degli assessori della giunta comunale, ha consegnato la targa di encomio al tecnico perfusionista **Carlo Mancini**, in servizio presso l'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" che, lavorando ininterrottamente per 41 ore, ha salvato la vita ad un neonato lo scorso 21 febbraio.

"Ringrazio il sindaco di Bari per avermi ospitato nella casa comunale - ha dichiarato la ministra Madia -. Io dico sempre che lo Stato è uno. Al cittadino non interessa se un servizio che non funziona è regionale o comunale, percepiscono solo che non hanno ricevuto un servizio. Così, quando ho letto la storia di Carlo Mancini mi sono entusiasmata. Lui, dipendente della pubblica amministrazione, è stato 41 ore a lavoro salvando la vita di un neonato. Nonostante la rappresentazione decadente con cui viene raccontata spesso la pubblica amministrazione, ci sono tante persone che continuano a fa-



re il loro lavoro seriamente. Nella riforma che stiamo realizzando vogliamo provare a introdurre meccanismi che premiano chi fa bene il proprio lavoro e puniscano chi lo fa male. In questa maniera crediamo di offrire un'amministrazione che funzioni bene".

"La storia di Carlo ci fa toccare con mano la vita di un'amministrazione pubblica che parla della vita dei cittadini. Quindi, in nome della Repubblica italiana, sono onorata di dire a Carlo che rappresenta il volto di quel motore che consentirà presto di migliorare la vita di 60 milioni di cittadini. In più, da madre e da cittadina ti dico grazie".

Chiudo però con una domanda: quanto ancora ci sarà bisogno di lavorare 41 ore consecutive per garantire una "buona sanità"?

In attesa di una risposta mi congratulo con Carlo e ovviamente credo che questo suo encomio renda fieri l'intera categoria di coloro che lavorano nella cardiocirurgia e la SICCH.



*Il Ministro Madia, Il perfusionista Carlo Mancini ed il Sindaco di Bari Decaro*

# COMMISSIONE CODIFICHE DRG BIENNIO 2015-2016



CARLO ANTONA  
DIP. DI CARDIOCHIRURGIA  
OSPEDALE "SACCO"  
MILANO



SALVATORE TRIBASTONE  
DIP. DI CARDIOCHIRURGIA  
CLINICA MORGAGNI  
PEDARA (CT)

Cari Colleghi, Cari Lettori, Cari Soci

## NASCE LA "COMMISSIONE CODIFICHE DRG" DELLA SICCH

La valutazione dei risultati in cardiocirurgia è un argomento che diventa ogni giorno più scottante, alla luce soprattutto dell'interesse che il legislatore e le agenzie governative stanno sempre più manifestando sulla performance, aggiustata per rischio, degli ospedali nelle diverse branche della medicina e della chirurgia.

A questo punto è recentemente nata all'interno della nostra Società l'esigenza di codificare uniformemente le procedure cardiocirurgiche cui sottoponiamo giornalmente i nostri pazienti.

E' stata quindi proposta da più parti la creazione di un "Vademecum SDO" che possa essere d'aiuto per tutti noi nel raggruppare i principali interventi cardiocirurgici e i relativi codici di procedura; e questa proposta ha sviluppato una interessante discussione con il coinvolgimento diretto dell'AGENAS che parteciperà con suoi rappresentanti a questo progetto. Tutto questo dovrebbe consentirci di unificare la codifica delle procedure in tutto il territorio nazionale per rendere omogenei, quindi maggiormente confrontabili, i dati e gli esiti.

La SICCH ha ritenuto opportuno istituire la COMMISSIONE CODIFICHE DRG che avrà il compito di definire e produrre un Vademecum semplice e di rapida consultazione per le procedure effettuate.



La Commissione DRG è costituita da:

- Carlo Antona (Coordinatore)
- Salvatore Tribastone (Segretario)
- Fabio Barili
- Lorenzo Galletti
- Luigi Pinnarelli (AGENAS)

mentre il Presidente, il Vice-Presidente, i Segretari, i responsabili dei Domini, il past-President ed il Direttore Scientifico di PNE-AGENAS avranno funzione consultiva all'occorrenza.

I lavori della Commissione si svolgeranno su Social4Med, piattaforma medica di comunicazione globale. Gli esiti delle riunioni e le conclusioni verranno pubblicate nel sito della SICCH.

Gli iscritti alla Società potranno inviare suggerimenti, proposte, direttamente ai membri della Commissione DRG tramite Social4Med (accedendo al Medical Network se iscritti o iscrivendosi gratuitamente allo stesso) oppure attraverso la mail [amministrazioneconor@sicch.it](mailto:amministrazioneconor@sicch.it)

# CRITERI DI ACCREDITAMENTO DELLE CARDIOCHIRURGIE ITALIANE:

DIARIO DI UN VIAGGIO DURATO QUASI UN ANNO  
... E NON ANCORA CONCLUSO



ALESSANDRO PAROLARI  
SEGRETARIO SCIENTIFICO SICCH

La storia di questo lungo viaggio inizia più o meno a metà dell'estate 2014, quando è dapprima inviata in preview, quindi pubblicata la “Bozza di decreto 21 luglio 2014: definizione degli standard qualitativi strutturali tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera .....” ([www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9330002.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9330002.pdf))

In questo documento, prolungamento naturale del decreto Balduzzi, erano enunciati come futuri criteri di accreditamento delle cardiocirurgie italiane i seguenti requisiti:

- 1) effettuare un minimo di 200 interventi di by pass aorto-coronarico isolato all'anno;
- 2) avere una mortalità a 30 giorni aggiustata per rischio inferiore al 4% negli interventi di by pass aortocoronarico isolato;

3) avere una mortalità a 30 giorni aggiustata per rischio inferiore al 4% negli interventi di plastica o sostituzione valvolare isolata.

La lettura di questo documento indicava che sarebbe stato sufficiente il mancato superamento di uno dei tre dei criteri sopra enunciati per essere ritenuti non idonei all'accREDITAMENTO medesimo, e le simulazioni da noi eseguite applicando i criteri sopra enunciati mostravano come circa i tre quarti degli interventi cardiocirurgici in Italia erano effettuati in Centri cardiocirurgici che non possedevano almeno uno dei tre requisiti, e che quindi l'applicazione degli stessi avrebbe teoricamente portato alla chiusura di gran parte delle cardiocirurgie italiane.

L'allora presidente Lorenzo Menicanti ed il segretario scientifico Alessandro Parolari producevano in risposta il ben noto “Position paper sui futuri criteri governativi di accREDITAMENTO delle cardiocirurgie italiane”

(<http://www.sicch.it/index.php/attivita-sicch/sicch-hotline/283-position-paper-sicch-sui-futuri-criteri-governativi-di-accreditamento-delle-cardiochirurgie-italiane>); in questo documento, e nelle relative tabelle allegate, veniva ben evidenziato proprio questo punto, la non attuabilità dei criteri sopra enunciati; nel documento era inoltre espressa la disponibilità della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca a sedersi ad un tavolo di concertazione per la definizione di criteri più oggettivi, condivisi, e più facilmente applicabili. Era inoltre intrapresa una serie di contatti, formali ed informali, con le istituzioni e con le agenzie governative così da sensibilizzare il legislatore sull'argomento.

In un momento successivo, al congresso della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca svoltosi a Roma a novembre 2014, il Direttore Scientifico del Programma Nazionale Esiti di AGENAS Marina Davoli annunciava, durante il proprio messaggio di saluto al Congresso

(<https://www.youtube.com/watch?v=8EHi2AoyRTg>) che -in realtà- per non ottenere l'accreditamento un centro cardiocirurgico avrebbe dovuto non essere in possesso/fallire contemporaneamente in tutti e tre i criteri.

Finito il congresso della nostra Società, per alcuni mesi è calato il sipario su questo argomento, anche perché noi tutti speravamo di essere convocati ad un tavolo di concertazione, cosa che non sarebbe avvenuta. All'inizio della primavera 2015 ha iniziato a circolare nuovamente l'informa-

zione che la bozza di decreto sarebbe stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale, diventando quindi esecutiva. A questo punto, diversi di noi si sono più volte recati a Roma per fare opera di sensibilizzazione su questo argomento. Accompagnati dal sempre presente Marco Pagliaro, Francesco Musumeci, Lorenzo Menicanti, Alessandro Parolari e Giuseppe Speciale hanno portato avanti le istanze dei cardiocirurghi italiani, pubblicate peraltro in due nuovi documenti, il primo dei quali confutava la ipotesi/teoria che in Italia vi fosse un rapporto tra volumi ed esiti in caso di bypass coronarico isolato

([http://www.sicch.it/files/ALLEGATO4\\_Esiste\\_un\\_rapporto\\_volumeoutcome\\_nei centri cardiocirurgici\\_italiani.pdf](http://www.sicch.it/files/ALLEGATO4_Esiste_un_rapporto_volumeoutcome_nei centri cardiocirurgici_italiani.pdf)), mentre il secondo introduceva una proposta alternativa ai criteri di accreditamento enunciati della bozza di decreto 21 luglio 2014

([http://www.sicch.it/files/ALLEGATO1\\_PROPOSTA\\_SICCH\\_PER\\_I\\_FUTURI\\_CRITERI\\_DI\\_ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOCHIRURGICHE ITALIANE.pdf](http://www.sicch.it/files/ALLEGATO1_PROPOSTA_SICCH_PER_I_FUTURI_CRITERI_DI_ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOCHIRURGICHE ITALIANE.pdf)). Gli incontri avvenivano non solo con esponenti e collaboratori del Ministro della Salute, ma anche con diversi parlamentari membri della Commissione Affari Sociali della Camera

(<http://www.sicch.it/index.php/attivita-sicch/comitato-outcomes-sicch/330-la-sicch-incontra-le-istituzioni-per-il-caso-accreditamenti-2>) e con il Ministro Lorenzin in persona (<http://www.sicch.it/index.php/attivita-sicch/domi>

[ni-comitati-e-task-force-sicch/338-anche-la-sicch-nel-tavolo-tecnico-del-ministero-della-salute](http://parlamento17.openpolis.it/singolo_atto/46203)).

Su questo argomento vi sarebbe poi anche stata un'interrogazione parlamentare a risposta scritta formulata dall'On. Roberto Capelli ([http://parlamento17.openpolis.it/singolo\\_atto/46203](http://parlamento17.openpolis.it/singolo_atto/46203)).

Tutta questa opera capillare di sensibilizzazione è alla fine sortita nella disponibilità del ministro, dei suoi collaboratori, nonché di AGENAS, a costituire un tavolo comune di trattativa per discutere ed eventualmente implementare i criteri di accreditamento.

A seguito di questa apertura, il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, in data 20 maggio 2015 ha prodotto un documento che vedete qui sotto dove, oltre ad identificare nel Presidente, Vice Presidente, Segretario Scientifico e Responsabile del Comitato per i Rapporti con le Istituzioni gli interlocutori che eventualmente avrebbero seduto ad un tavolo di concertazione, la SICCH enunciava il principio che la contemporanea mancanza di tutti e tre i criteri di accreditamento sopra menzionati potesse costituire un buon punto di partenza per una trattativa di concerto.

Questo è il lungo viaggio finora intrapreso in questi mesi e non ancora finito: citando Anatole France, premio Nobel del 1921:

“Qual è il vero significato della parola viaggiare? Cambiare località? Assolutamente no! Viaggiare è cambiare opinioni e pregiudizi.”

Questo è il significato del nostro viaggio ancora non terminato: confrontarci e confrontarsi per migliorare la nostra offerta di salute alla popolazione italiana salvaguardando allo stesso tempo l'autorità e l'autorevolezza dell'istituzione, la nostra Società, che stiamo cercando di trasformare da entità meramente scientifica ad interlocutore istituzionale. E se il viaggio in questi mesi non è ancora concluso, riteniamo comunque di aver compiuto diversi passi fondamentali affinché una volta di più la SICCH venga ad essere identificata come un interlocutore credibile e autorevole nelle trattative istituzionali che interessino la nostra categoria. Non lo neghiamo, forse siamo un poco superbi ma riteniamo che una caratteristica di fondamentale importanza posseduta dalla nostra Società sia proprio quella di essere, sul territorio nazionale, l'unica e sola società scientifica di cardiocirurghi che rappresenta tutta la categoria. Uniti siamo destinati a viaggiare ancora a lungo anche su percorsi talora impervi ed inesplorati.

*“Chi viaggia senza incontrare l'altro, non viaggia, si sposta.”*

*(Alexandra David-Néel)*

## LA SICCH INCONTRA IL MINISTRO LORENZIN



*GIUSEPPE SPEZIALE  
VILLA ANTHEA, BARI*

A seguito di una serie di incontri istituzionali tra la SICCH ed il Ministero della Salute, incentrati sull'interpretazione e l'applicazione del Decreto Balduzzi, che hanno vista coinvolta in prima persona anche il ministro on.le Beatrice Lorenzin, si è raggiunto l'obiettivo di stimolare e ottenere una riflessione sulle previste norme per la conferma dell'accreditamento dei centri di cardiocirurgia.

È stato consegnato al ministro un documento con un'analisi complessiva della situazione delle cardiocirurgie italiane che prende in considerazione i tre indicatori rispetto ai quali il Decreto ha previsto la valutazione dell'attività dei centri: volumi di BPAC isolato e la mortalità a 30 giorni dall'intervento per BPAC e valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiaca. L'analisi è stata realizzata con riferimento ai dati del Programma Nazionale Esiti 2014, individuato dallo stesso Decreto come strumento di riferimento per i

valori e le stime su cui effettuare la verifica degli standard individuati. Lo stesso Decreto, infatti, definisce, per ciascuno dei tre indicatori, i valori soglia o standard di riferimento rispetto ai quali valutare l'attività dei centri. Tuttavia esso non fornisce una chiara chiave di lettura dell'applicazione dei criteri individuati per l'accreditamento.

In particolar modo tre sono i punti che hanno costituito oggetto di discussione rispetto ai quali la SICCH ha avanzato delle proposte che sono state accolte positivamente dai vertici politici e tecnici del Ministero.

Innanzitutto la stretta correlazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure. Se da un lato la letteratura scientifica ha evidenziato l'esistenza di tale correlazione, dall'altro ridurre la valutazione dell'attività di un centro esclusivamente a questi due aspetti potrebbe risultare fuorviante, inducendo una valutazione parziale della reale situazione. Una lettura congiunta di indicatori





clinici, di processo (non solo i volumi) e di contesto, potrebbe rappresentare una soluzione capace di garantire un'analisi puntuale, in grado di considerare, in maniera contestuale ed integrata, tutti gli aspetti rilevanti per la valutazione della qualità dei servizi erogati.

In assenza di una chiara chiave di lettura delle disposizioni sull'accreditamento, diverse modalità di interpretazione della norma danno vita a differenti scenari. Se si andasse verso una lettura restrittiva del Decreto, prevedendo che le strutture per essere accreditate debbano ottenere una valutazione positiva per ognuno dei tre indicatori, il numero di cardiocirurgie diminuirebbe drasticamente: solo 18 centri sarebbero in grado di garantire il rispetto dei previsti valori soglia per ciascun indicatore, lasciando alcune Regioni prive di unità operative di cardiocirurgia. Indubbiamente questo comporterebbe difficoltà nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini e problemi di equità. È per questo che la SICCH ha proposto una lettura estensiva della norma, considerando anche la necessità di includere nella valutazione delle strutture ulteriori elementi legati al contesto demografico, oltre che alla reputazione e alle caratteristiche del territorio di riferimento. La proposta è quella di valutare positivamente le strutture che riescano a rispettare lo standard previsto per almeno uno degli indicatori: in tal modo si riuscirebbe a garantire una rete con un maggior numero di cen-

tri di cardiocirurgia, favorendo la capacità di risposta alla domanda di assistenza.

Infine è stata fortemente sottolineata la necessità di coinvolgere nell'istituendo tavolo tecnico a cui il Decreto Balduzzi affida il compito di individuare, entro 12 mesi, i criteri specifici per l'alta specialità, insieme al Ministero della Salute, all'Agenas e alle Regioni, anche la nostra società, che sarà in grado di apportare un contributo cruciale dal punto di vista tecnico-scientifico.

Il Decreto sta anche generando allarme tra i diversi specialisti, prestando il fianco a tentativi di strumentalizzazione sui quali è assolutamente necessario vigilare. È notizia recentissima la critica mossa dai cardiologi "interventisti" che si sono detti preoccupati dai possibili comportamenti "opportunistic". La loro preoccupazione è determinata dal fatto che i cardiocirurghi possano optare per interventi di By-Pass spinti dalla necessità di raggiungere gli standard stabiliti dal Decreto. Ovviamente diversa è la nostra posizione. Il nostro obiettivo è quello di evitare strumentalizzazioni, e, contestualmente, giungere a posizioni comuni e condivise, nell'interesse del paziente, anche attraverso la costituzione di Heart Team.

Ritengo che la "rottura" dello status quo comporti fisiologicamente un periodo di destabilizzazione: la crisi economica e le sue conseguenze hanno determinato anche un ripensamento delle modalità organizzative e dei relativi processi. Tale situazione non deve essere subita, ma colt

ta come opportunità di crescita e stimolare il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati assieme alla personale crescita professionale.

# LETTERA AL MINISTRO LORENZIN



*ROBERTO DI BARTOLOMEO*  
*PRESIDENTE SICCH*

Cari Colleghi, Cari Lettori, Cari Soci

Riporto di seguito la lettera inviata al Ministro della Salute On. Lorenzin in merito ai futuri criteri di accreditamento delle cardiocirurgie italiane.



**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

**Consiglieri**  
Lorenzo Galletti  
Gino Gerosa  
Gabriele Iannelli  
Domenico Paparella  
Giuseppe Speciale

**Consigliere Junior**  
Elena Caporali

**Revisori dei Conti**  
Francesco Alamanni

Al Ministro della Salute  
On. Beatrice Lorenzin  
e, p.c.

Al D.G. alla Programmazione Sanitaria  
del Ministero della Salute  
Dr. Renato Alberto Mario Botti

Al Segretario Particolare del Ministro della Salute  
Dr. Emanuele Calvario

Al Direttore Scientifico PNE-AGENAS  
Dr.ssa Marina Davoli

LORO SEDI

Egr. On. Lorenzin,

a seguito dei colloqui intercorsi nei giorni scorsi, e alla lettera a Lei inviata in data 5/5/2015 in merito ai futuri criteri di accreditamento delle cardiocirurgie italiane, così come riportati nella 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, informo la SS.VV. che il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, svoltosi in data 20/5/2015 ha deliberato all'unanimità:

- 1) di accettare come futuri criteri di accreditamento quelli delineati nella bozza del decreto sopra menzionata, qualora si configuri l'assenza contemporanea dei tre criteri (numero di interventi di bypass coronarico isolato superiore ai 200 casi/anno, mortalità aggiustata per rischio per intervento di bypass coronarico isolato inferiore al 4%, mortalità aggiustata per rischio per intervento di plastica o sostituzione isolata inferiore al 4%) quale parametro di non accreditamento;
- 2) di proporre, in collaborazione con AGENAS e con le altre agenzie governative eventualmente coinvolte, un tavolo di discussione sulle possibili future implementazioni del sistema di raccolta ed analisi dati, al fine di integrare il dato amministrativo con quello clinico;
- 3) di proporre un tavolo comune per la concertazione per la definizione dei criteri per l'eventuale apertura di nuovi centri cardiocirurgici sul territorio italiano.

A tale fine, il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca ha nominato quali rappresentanti al tavolo di concertazione:

Prof. Roberto Di Bartolomeo, Presidente SICCH  
Dr. Francesco Musumeci, Vice Presidente SICCH  
Dr. Giuseppe Speciale, Responsabile Commissione Rapporti con le Istituzioni SICCH  
Prof. Alessandro Parolari, Segretario Scientifico SICCH

Nel ringraziare anticipatamente per l'attenzione che vorrà concedere alla nostra lettera, pongo a nome mio e di tutto il Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca i miei più rispettosi ossequi.

Prof. Roberto Di Bartolomeo  
Presidente Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Bologna, 21 maggio 2015

## CASO POTENZA: LE DIMISSIONI DI MARRAUDINO



NICOLA MARRAUDINO



Caro Presidente, Cari Colleghi,

Per i fatti tristemente noti a noi tutti, come già molti di voi sanno, in seguito alla sospensione per tutta la durata del processo in corso irrogata dal Direttore Generale nei miei confronti e nei confronti del Dr Galatti, ho rassegnato le mie dimissioni dal San Carlo di Potenza. Non voglio fare alcun commento a quanto avvenuto ed a quanto sta avvenendo a Potenza per il rispetto verso la magistratura e certo che verrà fatta luce sull'intera vicenda. Solo un piccolo sfogo, amareggia molto constatare che nell'ambito di una battaglia che tutti stiamo conducendo per difenderci dalla oramai insopportabile gogna per presunta colpa medica, questa volta, senza alcuna denuncia da parte della famiglia, tutto si è svolto esclusivamente in una guerra tra colleghi! Guerra che danneggia e disonora l'intera classe medica e l'intera comunità cardiocirurgica. Vorrei solo ringraziare tutti voi per il sostegno ed il calore che mi avete fatto sentire, per l'azione condotta dalla nostra società, anche perché forse consci del fatto che tutto quanto sta accadendo rappresenta un pericoloso precedente per tutti che contribuirà certamente a far scemare ancor più la serenità che invece dovrebbe accompagnarci ogni giorno nel nostro splendido lavoro.

Ancora un grazie sentito a tutti voi

Nicola Marraudino



Al Direttore Generale

A.O.R. San Carlo - Potenza

Oggetto: Dimissioni

Egregio Direttore

con la presente rassegno nelle Sue mani le mie dimissioni da Direttore della U.O.C. di Cardiocirurgia dell'Ospedale Regionale San Carlo con decorrenza, nel rispetto delle norme vigenti, dal 01/07/2015. Concludo questa esperienza, iniziata nell'entusiasmo, nella voglia di fare e pregevole di grandi progetti concordati con la Direzione Strategica dell'epoca e finita come tutti stiamo vedendo, non per quello che il battage mediatico ed i sommari processi di piazza hanno portato all'attenzione di tutti, faccenda che peraltro è tutta da chiarire in sede giudiziaria, ma, oltre che per l'ormai acquisita convinzione che nel reparto di Cardiocirurgia del San Carlo manca la tranquillità necessaria per poter affrontare quotidianamente compiti difficili e gravosi, anche e soprattutto per effetto della sospensione da Lei e dalla Azienda da Lei diretta irrogata nei miei confronti credo in maniera eccessiva, ingiusta e forse condizionata dal clamore mediatico della vicenda che ad essa ha condotto. Come lei credo, essendo medico prima di tutto, possa capire la mia afferenza a questa Azienda è resa oramai improponibile oltre che dalla privazione della retribuzione, anche, e soprattutto, dall'essere messo in condizione, dopo circa trent'anni di dignitosa e proficua attività, di non poter esercitare la mia attività di chirurgo, cosa che di fatto rappresenta già di per sé una condanna ancor prima di quella, eventuale, dell'autorità giudiziaria. Con la sospensione sono stato privato di fatto della possibilità di poter fare ciò a cui io e chi mi sta intorno abbiamo dedicato anni di sacrifici e di impegno, benchè ancora innocente agli occhi della legge che mi conferisce il diritto di essere ritenuto tale fino all'ultimo grado di giudizio e di una intera regione che ben ha capito che qualcosa di non chiaro si agita intorno a questa triste storia così come già in passato per altre storie che hanno coinvolto là cardiocirurgia potentina.

Vorrei ringraziare tutto il personale paramedico dell'U.O.C. da me finora diretta, nessuno escluso, per l'affetto, il sostegno e la loro alta professionalità, quei colleghi del Dipartimento Alta Specialità del Cuore che con me hanno creduto nel progetto di una Cardiocirurgia al servizio dei pazienti e non di chi ci lavora, tutti coloro (colleghi, amministrativi, personale di supporto, ecc) che in me hanno creduto e fatto sentire il loro supporto ed il loro affetto nei mesi scorsi, quei, pochi, colleghi cardiocirurghi che con la loro professionalità, la loro devozione alla nostra disciplina e il senso del sacrificio, senza chiedere nulla in cambio hanno contribuito al raggiungimento di traguardi importanti. Un grazie sentito a Giampiero Maruggi, ad Antonio Pedota ed a Bruno Mandarinò per aver creduto nel mio progetto,

per avermi sostenuto ed incoraggiato e per aver, probabilmente, dovuto pagare qualcosa per questo; grazie per aver tenuto la schiena dritta!

Nel mio primo anno qui al San Carlo, grazie anche allo sforzo di alcuni, ripeto pochi, valorosi colleghi cardiocirurghi e della Direzione Strategica, abbiamo ottenuto risultati che andavano al di là delle mie più ottimistiche previsioni (incremento di circa il 35% del numero degli interventi, riduzione ed inversione della migrazione extraregionale, mortalità operatoria quasi dimezzata, bilancio in attivo di circa un milione e quattrocentomila Euro per la prima volta dopo tanti anni di passivo, ecc.) ma che non hanno potuto condurci, per fatti estranei alla mia, alla nostra volontà, li dove io avrei voluto, alla modernizzazione di una mentalità per molti aspetti arroccata su vecchie convinzioni e sulla difesa di presunti diritti acquisiti, alla creazione di una “Scuola” di Cardiocirurgia come primo passo ed al raggiungimento di una completa ed efficace autonomia di colleghi più giovani e più motivati di quello che ormai noi “anziani” siamo o saremmo stati quando loro sarebbero stati pronti.

Vado via amareggiato con la sensazione che la “mia terra” non mi abbia voluto, non abbia creduto in me fino in fondo, e mi abbia sacrificato ad interessi superiori, non abbia creduto in me che dopo pochi mesi ho affiancato l’innato senso di appartenenza a questa terra, al popolo dei “cafoni”, dei Briganti, ad un senso di appartenenza a questa Azienda così grande che non ho visto in colleghi che qui ci lavorano da tempo immemore e che hanno percorso i corridoi di questo ospedale, ad onta del camice che indossano, al solo scopo di registrare audio, prendere appunti e fare della maldicenza un'arte, al solo scopo di “abbattere” l'ennesimo primario. Ho “esibito”, in nome di quel senso di appartenenza, con grande orgoglio la cravatta col logo del San Carlo, donatami dal all’epoca D.G. alla firma del mio contratto, in ogni occasione ufficiale e congressuale sia in Italia che all’estero.

Spero che le nuove strategie aziendali e, concedetemelo, anche un po’ il mio sacrificio possano consentire a chi mi seguirà, a lui il mio “in bocca al lupo”, di raggiungere quei traguardi che possano dare serenità non solo a chi opera in questa Azienda ma anche e soprattutto al meraviglioso popolo lucano affinché possa usufruire senza dubbio alcuno delle elevate professionalità che albergano in questo ospedale.

Lascio Potenza nella speranza di poter tornare al più presto a lavorare , a fare il mestiere più bello del mondo, a riprendere altrove il mio posto in sala operatoria, vicino ai miei malati con lo stesso entusiasmo e la stessa serenità con cui l'ho sempre fatto , portando, nonostante tutto, questa esperienza e tanta gente di questo ospedale nel cuore, portando ancora con me, oltre il ricordo della cattiveria che mi ha aggredito, la gioia e la speranza di aver dato qualcosa di buono alla gente che nei corridoi, nelle stanze del mio reparto,

sentivo parlare il mio stesso dialetto.

Grazie a tutti.

*Nicola Marraudino*

## **RISPOSTA DEL PROF DI BARTOLOMEO, PRESIDENTE SICCH**

Caro Marraudino,

Mi rattrista molto apprendere della tua decisione che, sicuramente, non sarà stata facile. La comprendo e la condivido, perchè lavorare in un ambiente dove dei medici, dei colleghi, arrivino a fare battaglie di questo genere è, come affermi, una cosa che danneggia tutta la classe medica.

La Società ti è stata e ti sarà vicina in questa difficilissima situazione.

Non devi mollare e vedrai che, alla fine, tutto sarà chiarito.

A tua disposizione, sia come Presidente della SICCH, che mia personale, ti saluto caramente.

*Roberto Di Bartolomeo*

# CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

FORSE NON TUTTI SANNO CHE...

BREVI NOTE IN TEMA DI COMPOSIZIONE DELLA  
CARTELLA CLINICA E SUOI RISVOLTI GIURIDICI



AVV. MARCO METERANGELO  
TITOLARE DELLO STUDIO LEGALE  
METERANGELO PESCARA

Mi è stato demandato l'onere (e l'onore) di trattare della tenuta della cartella clinica e delle sue implicazioni per il caso di imperfetto ovvero infedele riempimento.

Tenterò dunque nel pur breve volgere di questo scritto di sviscerare la questione che, purtroppo, mostra di non essere tenuta in adeguata considerazione da parte di coloro tra gli operatori sanitari che quotidianamente o quasi vi hanno a che fare, nonostante essa si riveli sempre più frequentemente foriera di riflessi negativi (e non soltanto in termini economici).

Troppo spesso accade difatti di imbattersi in casi giudiziari in cui si discute di responsabilità a carico di personale medico per accertata incompletezza ovvero infedeltà della cartella clinica.

Eppure le guidelines esistenti in materia sono categoriche nel prescrivere che:

- “La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo corso, le attività diagnostico-tera-

peutiche praticate” (v. art.23 Codice deontologico);

- “Il testo degli atti pubblici comunque redatti non deve contenere lacune, aggiunte, abbreviazioni, correzioni, alterazioni o abrasioni. Sono ammesse abbreviazioni, acronimi, ed espressioni in lingua straniera, di uso comune. Qualora risulti necessario apportare variazioni al testo, si provvede in modo che la precedente stesura resti leggibile” (v. art.7 DPR n.445/2000);

- I dati riportati in documentazione sanitaria, devono essere “pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati” (v. art.11 D.Lgs. n.196/2003 – cd. Codice della privacy);

- “Il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all’archivio centrale. L’aiuto collabora direttamente col primario nell’espletamento dei compiti a questo attribuiti. L’assistente collabora col primario e con l’aiuto nei loro compiti” (v. DPR n.128/69, art.7 - Attribuzioni dei primari, aiuti, assistenti);



- “In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica, da cui risultino le generalità complete, la diagnosi d’entrata, l’anamnesi familiare e personale, l’esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi. Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria. In caso di cessazione dell’attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso l’ufficio comunale o consorziale di igiene” (v. D.M. 5.8.1977, art.24 - Cartelle cliniche).

- “Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario” (v. Circolare n.61/19.12.1986 Ministero Sanità – Direzione Generale Ospedali).

Or è noto che la cartella racchiuda in sé elementi di carattere clinico, terapeutico, amministrativo e gestionale, rappresentando lo strumento fondamentale di condivisione del lavoro per tutto il personale medico: ciascuna figura professionale compila per ogni passaggio terapeutico lo schema funzionale di propria competenza, in tempi e modi diversi a seconda delle proprie esigenze.

Sul punto la Suprema Corte di Cassazione ha già avuto modo di chiarire che la cartella clinica costituisce un “diario diagnostico - terapeutico” in cui vanno annotati fatti di rilevanza giuridica, quali i dati anagrafici ed anamnestici del paziente, gli esami obiettivi, di laboratorio e specialistici, le terapie praticate, nonché l’andamento, gli esiti e gli eventuali postumi della malattia (v.: Cass. pen., Sez. Un., sent.27 marzo 1992).

La cartella clinica insomma altro non è che il diario del decorso della malattia, i cui fatti clinicamente rilevanti debbono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi.

Un ritardo (persino temporaneo) di annotazione può difatti configurare il reato di omissione di atti di ufficio (art.328 CP), mentre una correzione postuma può integrare il reato di falso materiale (artt.476 – 493 CP), così come la compilazione non veritiera sconta il reato di falso ideologico (art. 479 CP): ciò in quanto ciascuna annotazione presenta autonomo valore documentale e definitivo, che si realizza nel momento stesso in cui viene eseguita, sicché qualsiasi successiva alterazione costituisce falsità indipendentemente dal fatto che il documento sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore; le modifiche e le aggiunte, anche se fatte per ristabilire la verità, integrano un falso penalmente punibile perché violano le guarentigie di certezza accordate per legge agli atti pubblici (ex multis, v. Cass. pen., sez.V, sent. n.42917/11: “La cartella clinica, redatta da un medico di un ospedale pubblico, è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla funzione della documentazione di attività compiute (o non compiute) dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità. Ne deriva che le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali. Nessun rilievo può essere riconosciuto all’intento dell’autore, posto che la fattispecie è caratterizzata da dolo generico e non da dolo specifico”).

Insomma l’annotazione cd. “ora per allora” costituisce reato, indipendentemente dal contenuto veritiero della modifica: “posto che la cartella è un diario che rappresenta tutti i fatti clinici correlati, in successione temporale, alla malattia del

paziente, la falsità punibile non è relegata all'informazione inveritiera, ma si estende anche a quella annotata in un momento successivo senza una valida ragione” (ex plurimis, v.: Cass. pen., sez.V, sent. n.37314/13).

Di certo gli eventuali adattamenti o completamente tardivi non sono vietati, purché vengano evidenziati come tali (ex multis, v. Cass. pen., sez. V, sent. n.13989/2004: “La documentazione clinica, in virtù della sua funzione pubblica, non appartiene a colui che la redige. È quindi vietato alterare il significato della cartella, anche se il documento rimane nella disponibilità materiale del medico. Nell'ipotesi di una annotazione errata, è quindi lecito solo ripetere successivamente l'annotazione corretta, senza modificare le precedenti scritture”).

Ciò vuol dire che, al di là della mera correzione dell'errore materiale, non sono ammesse cancellazioni che non lascino traccia del testo emendato: tipico, il caso della riscrittura di parti obnubilate con l'impiego del correttore o “bianchetto” (ex plurimis, v.: Cass. pen., sez.V, sent. n.35167/2005).

La compilazione della cartella clinica dovrebbe dunque rispondere a requisiti di sinteticità (i.e.: tutto l'essenziale e non oltre), chiarezza (di grafia ed intellegibilità), veridicità (anche in termini di contestualità tra accadimento e sua annotazione), pertinenza (i.e.: correlazione tra annotazioni ed esigenze informative ad esse inerenti), completezza (sia in termini di annotazioni che di allegazioni documentali) e rintracciabilità (i.e.: possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti, costituenti le componenti dell'episodio di ricovero).

Andrebbero perciò evitate le abbreviazioni improprie, gli acronimi e le opinioni personali, troppo spesso riscontrabili nel diario clinico: la compila-

zione della cartella difatti, pur presentando profili di discrezionalità, non può e non deve sconfinare nel mero arbitrio a ciò ostando i principi della buona amministrazione.

La cartella va aperta al momento della accettazione del paziente e chiusa alla sua dimissione: tale onere sussiste in ogni caso e dunque anche per il ricovero temporaneo di paziente in procinto di trasferimento presso altra struttura (ex multis, v. Cass. pen., sez.VI, sent. n.15548/2009: “Integra il reato di cui all'art. 328, comma primo, cod. pen., la condotta del primario ospedaliero che ometta di redigere la cartella clinica relativa ad un paziente temporaneamente sottoposto a cure di mantenimento e in attesa di trasferimento ad altra, più attrezzata, struttura ospedaliera, trattandosi di un atto d'ufficio da compiere senza ritardo per ragioni di sanità”).

Tutto ciò vale anche per la scheda di dimissioni, che pertanto dev'essere veritiera (ex multis, v. Cass. pen, sez.V, sent. n.35104/13: “Integra il reato di falso ideologico la compilazione con indicazioni non veritiere di una scheda di dimissione ospedaliera (s.d.o.), che ha natura di atto pubblico, coerente con il suo inserimento in cartella clinica oltre che con la sua valenza non meramente ricognitiva, ma di attestazione degli elementi necessari per la richiesta di rimborso”). Idem, per la scheda anestesologica (ex multis, v.: Cass. pen., sez.IV, sent. n.37925/2010).

Va poi tenuto ben a mente che “le attestazioni della cartella clinica, ancorchè riguardanti fatti avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti (e non la valutazione dei suddetti fatti) non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può precostituire prova a favore di se stesso” (v. Cassazione, sent. 27 settembre 1999 n.10695).

La imperfetta compilazione della cartella clinica non può perciò pregiudicare il paziente, nel caso in cui dalla stessa non si possano trarre utili elementi di valutazione della condotta del medico. Se dunque il documento clinico è incompleto, possono essere ammesse come fonti di prova le presunzioni logiche (ex multis, v. Cass. civ., sez.III, sent. n.11316/2003), “atteso che l'imperfetta compilazione della stessa non può in via di principio, ridondare in danno di chi vanta un diritto in relazione alla prestazione sanitaria” (v. Cass. civ., sez.III, sent. n.1538/2010).

Tanto più che per costante insegnamento giurisprudenziale, “il medico ha l'obbligo di controllare la competenza e l'esattezza delle cartelle cliniche e dei relativi referti allegati, la cui violazione comporta la configurazione di un difetto di diligenza rispetto alla previsione generale contenuta nell'art.1176, comma 2, c.c. e, quindi, un inesatto adempimento della sua corrispondente prestazione professionale” (v.: Cass. civ., sez.III, sent. n.20101/2009).

L'incompleto riempimento della cartella clinica è foriero di conseguenze estreme per il medico, ben potendo questi essere licenziato in quanto “l'inottemperanza del medico all'obbligo di controllare completezza ed esattezza del contenuto della cartella clinica configura difetto di diligenza nell'adempimento della prestazione lavorativa, da qualificarsi oggettivamente come di particolare gravità - avuto riguardo alla rilevante funzione che la cartella clinica assume, sotto il profilo sanitario, nei confronti del paziente e, indirettamente, nei confronti della struttura sanitaria a cui il paziente stesso si è affidato - essendo, quindi, idonea a determinare l'irrimediabile lesione dell'elemento fiduciario e il conseguente recesso datoriale” (v.: Cass. civ., sez. lav., sent. n.6218/2009).

La cartella clinica rappresenta difatti un atto pubblico avente fede privilegiata, vale a dire che il suo valore probatorio è contrastabile solo mediante querela di falso. Ciò unicamente per le attestazioni delle attività espletate, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore privilegiato rispetto ad altri elementi di prova (ex multis, v.: Cass. civ., sez.III, sent. n.25568/2011).

La natura giuridica della cartella clinica non muta ove questa venga redatta in una Casa di cura privata, a condizione che quest'ultima sia convenzionata con l'unità sanitaria locale: “Il medico che presta la sua opera libero-professionale per una casa di cura convenzionata, in virtù di un rapporto di natura privatistica, è pubblico ufficiale in quanto partecipa delle pubbliche funzioni che la USL svolge per il tramite della struttura privata mediante la convenzione. Egli agisce così per la pubblica amministrazione, concorrendo a formare ed a manifestarne la volontà in materia di pubblica assistenza sanitaria, nonché esercitando in sua vece poteri autoritativi, oltre a poteri certificativi con riferimento alla compilazione della cartella clinica, di ricette, di impegnative di cura e di ricoveri ed attestazioni di malattie rilevanti nei rapporti di lavoro pubblici e privati, nonché nello "status" assistenziale o previdenziale del paziente” (Cass. pen., Sez. Un., sent.27.5.1992, De logu ed altri).

Conseguentemente, “deve essere considerato atto pubblico, in quanto esplicazione di potere certificativo e partecipa della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce, non solo la cartella clinica tenuta da una struttura pubblica ospedaliera, ma anche - in virtù della delega di pubbliche funzioni conferita al soggetto privato dal servizio sanitario nazionale - quella tenuta da

una casa di cura convenzionata con detto servizio” (v.: Cass. pen., Sez. Un., sent. 11.7.1992).

Nel caso invece di Case di cura private non convenzionate, la cartella clinica ivi redatta non è altro che un semplice promemoria dell'attività diagnostica e terapeutica svolta e non riveste carattere di atto pubblico, né di certificazione.

Massima attenzione va poi riposta nella eventuale divulgazione del contenuto della cartella clinica, che può condurre a conseguenze di carattere penale ed a censure da parte dell'ordine o collegio professionale di appartenenza, per violazione del segreto professionale (v. Cass. civ., sez. III, sent. n. 2468/2009: “La struttura sanitaria è tenuta a risarcire il danno sofferto dal paziente in conseguenza della diffusione di dati sensibili contenuti nella cartella clinica, a meno che non dimostri di avere adottato tutte le misure necessarie per garantire il diritto alla riservatezza del paziente e ad evitare che i dati relativi ai test sanitari e alle condizioni di salute del paziente stesso possano pervenire a conoscenza di terzi”).

Parimenti, occorre prestare attenzione alla conservazione della cartella clinica poiché eventuali dispersioni non possono che ridondare in danno del professionista, oltre che della struttura ospedaliera. In merito si distinguono due fasi, corrispondenti ai diversi momenti di vita della cartella ed ai responsabili della sua conservazione: nella prima fase, coincidente con la degenza del paziente, la cartella clinica resta in reparto e la responsabilità della sua conservazione compete al Direttore dell'Unità operativa, ovvero ai suoi eventuali delegati; in seguito, vale a dire successivamente alle dimissioni del ricoverato, la cartella perviene all'archivio clinico e da questo momento fino alla consegna agli archivi cen-

trali ne risponde della sua conservazione la Direzione sanitaria.

Sul punto, la Corte di Cassazione ha avuto modo di evidenziare che “il potere di disposizione riconosciuto al primario sulla cartella clinica, in base all'articolo 7 del DPR 27 marzo 1969 numero 128 (è responsabile della corretta compilazione delle cartelle cliniche, dei registri ospedalieri e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale), è testualmente funzionale, appunto, ad assolvere l'obbligo della conservazione della documentazione medica fino alla consegna all'archivio centrale. Di conseguenza è evidente da un lato che la cartella fino alla consegna non può che restare conservata nell'ente ospedaliero e dall'altro lato che questo potere del primario non può mai risolversi nel nascondere l'atto, in modo da renderlo indisponibile. Un siffatto comportamento sfocia nel reato di falso (articolo 476 C.P.) per soppressione in atto pubblico (articolo 490 C.P.)” (Cass. pen., sez. V, sent. n. 48086/04).

La circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19.12.1986 stabilisce in materia che le cartelle cliniche ed i relativi referti vadano conservate illimitatamente, poiché rappresentano un atto ufficiale. Per quanto riguarda radiografie ed altri esami diagnostici effettuati, questi devono essere conservati almeno per venti anni.

Quel che insomma dovrebbe essere chiaro a tutti gli operatori di settore è la necessità che la cartella clinica sia resa specchio fedele degli accadimenti riguardanti il paziente dal momento del suo ricovero sino a quello delle dimissioni, evitandone per quanto possibile ogni manipolazione indebita benché dettata da intenti onesti.



## LA VALIGIA DI CARTONE

REALIZZARE UN SOGNO: IL RACCONTO DI UN TRAINING ALL'ESTERO.



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



**Elena Caporali**  
Div. Cardiochirurgia  
CardioCentro Ticino  
Lugano, Svizzera

Riprendiamo il nostro “viaggio” tra le esperienze di tanti colleghi cardiocirurghi che hanno deciso di fare all'estero parte della loro formazione e che, spesso, hanno deciso di restarci.

Questa volta sarà il dott. Mauro Lo Rito a raccontarci la sua avventura di cardiocirurgo pediatrico prima in Inghilterra e poi in Canada. Non solo ci descriverà cosa ha vissuto ma anche gli insegnamenti umani che ne ha tratto.

Prima di iniziare a raccontare il mio training all'estero dovrei fare un paio di premesse. La prima riguarda i miei genitori, i quali mi hanno insegnato a seguire sempre i miei sogni e a realizzarli lavorando sodo e onestamente, e tale insegnamento è alla base di molte mie scelte. La seconda riguarda la mia indecisione su cosa fare “da grande”. Capii che la scelta di studiare medicina era giusta solamente al secondo anno di università quando, durante la prima dissezione anatomica, rimasi stregato da quella perfetta imperfezione che è il corpo umano. Purtroppo non trovavo una specialità che mi appassionasse, ma quando entrai in sala operatoria, durante il tirocinio di cardiocirurgia, ebbi subito un'illuminazione e capii che quello era ciò che volevo fare “da grande”. In seguito, osservando un caso pediatrico ebbi la conferma che il mio sogno era diventare cardiocirurgo pediatrico. In molti mi scongiurarono di fare cardiocirurgia, specialmente pediatrica, fornendomi mille ragioni ma io non li ho mai ascoltati perché desideravo inseguire quel sogno. Seppur senza nessun rimpianto per non averli ascoltati, con il tempo però capii cosa mi volessero dire. I sacrifici e le difficoltà affrontate per migliorarsi costantemente, per insegnare alle mani e cervello a coordinarsi perfettamente, per imparare a predire le risposte dei pazienti, per costruirsi giorno per giorno un bagaglio di esperienze furono tanti, ma non mi rallentarono anzi mi spinsero ad andare sempre più avanti.



Tra i miei primi maestri ci furono il prof. Stellin, il dr. Padalino e il dr. Vida (suoi collaboratori), i quali avevano fatto training all'estero con i grandi della cardiocirurgia pediatrica come il dr. Aldo Castañeda, il dr. Roger Mee o il dr. Pedro Del Nido per citarne alcuni; anche il prof. Gerosa, direttore della scuola di specialità, aveva fatto il training con il dr. Donald Ross in Inghilterra. Pensavo che non avrei mai potuto fare un training come il loro, ma continuai a coltivare quel sogno finché, a metà del 3° anno di specialità, ebbi l'occasione di partire anch'io. Il mio volo era diretto in Guatemala per raggiungere nel centro del dr. Aldo Castañeda.

Avevo molta paura per l'elevata criminalità che affligge quel paese, ma allo stesso tempo ero felicissimo. Non riuscivo a credere che avrei lavorato con il dr. Castañeda e solo quando entrai nel suo ufficio capii che il sogno si stava realizzando. Il training era rigoroso: si iniziava con i casi semplici fino ad arrivare



a eseguire quelli più difficoltosi, in base alle capacità acquisite. Quando dovetti affrontare la perdita del primo paziente, non sapevo come gestire il peso della grande responsabilità che mi era caduta sulle spalle, ma ebbi la fortuna di avere al mio fianco il dr. Juan Leon-Wyss (l'allora aiuto) e lo stesso dr. Castañeda che mi sostennero facendomi comprendere il grande valore educativo delle esperienze negative, come quella, e come farne tesoro per il futuro. Quella lezione fu una delle più importanti della mia vita professionale perché compresi a fondo cosa volesse dire fare chirurgo e le responsabilità che ne derivano.

Di rientro dal Guatemala mi specializzai e lavorai come collaboratore per un anno presso il centro di cardiocirurgia pediatrica a Padova. Tuttavia desideravo perfezionarmi ulteriormente e così partii di nuovo alla volta, prima del Birmingham Children Hospital in Inghilterra e poi del Hospital for Sick Children a Toronto in Canada, dove mi trovo tuttora. In sostanza è dal 2009 che sto girando per il mondo e grazie a ciò ho avuto la soddisfazione di aver imparato da chirurghi tra i migliori a livello mondiale e ho ottenuto anche successi sia personali sia professionali: sono stato

chief fellow all'Hospital for Sick Children a Toronto - nonostante fossi il più giovane-, ho ottenuto fondi per la mia ricerca, ho pubblicato articoli e ho conosciuto colleghi da tutti gli angoli del mondo con cui sono nate nuove amicizie. I momenti difficili non sono mancati, ad esempio l'inizio di una nuova fellowship è sempre un po' una delusione personale poiché comprendo che devo ancora imparare tantissimo nonostante tutti questi anni

di training. In poco tempo però alla delusione subentra la curiosità di imparare e la voglia di dimostrare in mio valore ed è allora che inizia una nuova sfida entusiasmante.

Tre sono i consigli importanti che mi hanno aiutato, oltre a lavorare intensamente per avere un buon curriculum e buone lettere di referenze:

1. I centri che si desidera frequentare vanno scelti con attenzione in base al training che si vuole svolgere (particolari sub-specialità o determinate tecniche chirurgiche), bilanciando esposizione chirurgica con complessità dei casi. Questi due fattori, in generale, hanno una relazione

inversamente proporzionale (casi più complessi = meno esposizione), ma la possibilità di imparare tecniche innovative di solito ripaga la ridotta esposizione.

2. Pianificare in anticipo: applicare almeno uno o due anni prima in modo tale da poter ottenere i riconoscimenti dei titoli richiesti, superare eventuali esami richiesti e soprattutto non avere pause indesiderate tra i diversi training.

3. Prendere contatto con i colleghi che hanno già fatto o stanno facendo il training e chiedere la loro esperienza in quel centro e andare a visitarlo (qualora possibile).

Tra le altre cose che ho apprezzato lavorando all'estero, soprattutto all'Hospital for Sick Children, è l'importanza della ricerca. Negli ultimi due anni ho compreso quanto il futuro della cardiocirurgia sia legato indissolubilmente alla ricerca (di base e clinica) e all'innovazione tecnologica. Qui, come in buona parte del Nord America, i centri di eccellenza che raccolgono più fondi e sovvenzioni sono quelli sono riusciti a fondere questi due aspetti. Purtroppo la ricerca in Italia, nonostante sia ricca di eccellenze, è mal finanziata e poco sostenuta per cui se fossi rimasto non avrei mai potuto apprezzarne a fondo l'importanza.

Devo ammettere che non avrei potuto fare tali esperienze senza il sostegno degli altri grandi amori della mia vita: mia moglie che mi ha seguito in capo al mondo e mio figlio che è nato in capo al mondo. Senza di loro al mio fianco non avrei potuto superare i numerosi momenti di difficoltà e solitudine.

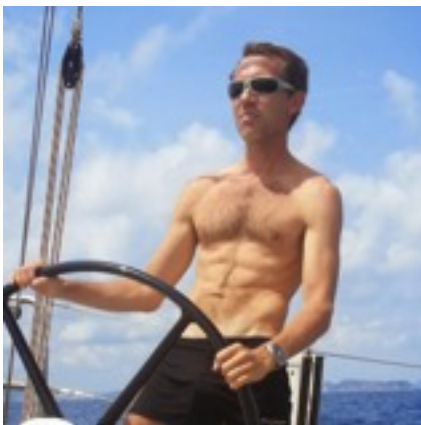
Non trovo né frasi né parole per terminare perché io stesso non ho ancora concluso questa fase della mia vita professionale, sono ancora alla ricerca di un luogo dove poter applicare tutto

quello che ho imparato e poter crescere ulteriormente. Magari ci incontreremo in qualche ospedale o a qualche meeting in giro per il mondo come succede spesso con i molti colleghi che hanno fatto la mia stessa scelta e sono sparsi per i cinque continenti.

*Mauro Lo Rito*

# OCCHIO CHE VEDE, CUORE NON DUOLE!

ECOCARDIOGRAFIA



*Luca Weltert  
Div. Cardiocirurgia  
European Hospital  
Roma*



*Michele Di Mauro  
Università dell'Aquila*



Cari colleghi lettori, il nome stesso della rubrica che ho l'onore di condurre insieme a Michele allude alla necessità di “vedere”, a volte inteso in senso metaforico, altre, come nell'argomento di cui voglio occuparmi oggi, in senso letterale. Abbiamo ben presente il concetto chirurgico per il quale una buona esposizione è metà dell'opera, ma a volte per “vedere” una struttura durante il suo ciclo di funzionamento la strada risulta sbarrata da strutture impenetrabili alla vista. Fu, come spesso succede, in epoca bellica che la opportunità di “vedere” al di là dei limiti dell'occhio umano fu capita e affrontata con successo.

Oggi siamo ormai abituati a far uso sistematico dell'ultrasonografia in sala operatoria, che ci permette di valutare in tempo reale, sia in senso anatomico che funzionale, l'esito delle nostre procedure. E spesso la diamo per scontata, ignorandone le origini, i limiti, le indicazioni attuali e quelle “di frontiera”.

L'argomento è talmente cruciale nella nostra pratica clinica che avremo modo di tornarci probabilmente più volte, analizzando di volta in volta i vari aspetti.

In questa prima “puntata” abbiamo chiesto a Stefania Leonetti, direttore del laboratorio di ecografia del S.Anna Hospital di Catanzaro, centro cardiocirurgico di eccellenza e ad alto volume, di introdurci in questo mondo partendo dalle sue origini, arrivando fino all'oggi, con uno sguardo di scorcio anche al domani.

Vi lascio all'intervista, buona lettura.

*Luca Weltert*

**Dottoressa, molto spesso quando maneggiamo una tecnologia non ci interroghiamo sulla sua provenienza e sugli sforzi fatti per conquistarne la praticità d'uso, vorrebbe invece raccontarci l'evoluzione della metodica ecocardiografica fin dai suoi inizi?**

I primi studi sugli ultrasuoni si devono a Lazzaro Spallanzani con la dimostrazione, nel 1794, che i pipistrelli usano gli ultrasuoni per orientarsi nel volo notturno attraverso il rilevamento degli echi di ritorno prodotti dagli ostacoli ambientali. Successivamente, si è scoperto che oltre ai pipistrelli anche molti cetacei usano sistemi di ecolocalizzazione degli ostacoli o delle prede. Nel 1880, Jacques e Pierre Curie determinarono le basi fisiche su cui poggia l'odierna ecografia grazie alla scoperta dell'effetto piezoelettrico. Esso consiste nell'indurre una deformazione meccanica periodica di un cristallo di quarzo attraverso una tensione elettrica. Una tensione alternata di opportuna frequenza su di un materiale idoneo induce, pertanto, una vibrazione meccanica capace di propagarsi come un'onda acustica di frequenza tipica (nella banda ultrasonora) attraverso l'aria ed i differenti materiali, con velocità caratteristiche, ma non nel vuoto. Tra il 1914 e il 1918 Constantin Chilowsky e Paul Langévin, progettaron e costruirono un apparecchio eco-sonoro, che chiamarono "idrofona". Le prime applicazioni degli ultrasuoni, tuttavia, sono state di tipo militare. Il SO-NAR (Sound Navigation And Ranging), infatti, è stato svi-

luppato dalla marina tra le due Guerre Mondiali e montato sulle navi per l'individuazione di sottomarini o su questi ultimi per l'individuazione di ostacoli, naturali o artificiali (mine), durante la navigazione in profondità.



The ultrasonic Reflectoscope in use\*\*  
( Courtesy of KretzTechnik, Austria )

Il suo funzionamento è basato sulla emissione di ultrasuoni e nella successiva rilevazione di eventuali echi provenienti da superfici presenti in mare. Nel corso degli anni l'impiego dell'effetto Doppler (cambiamento, rispetto al valore originario, della frequenza o della lunghezza d'onda percepita da un osservatore raggiunto da un'onda emessa da una sorgente che si trovi in movimento rispetto all'osservatore stesso), dopo la sua descrizione Christian Johann Doppler nel 1842, è diventato una componente importante per una completa valutazione ecocardiografica.

Successive modifiche al "riflettoscopio supersonico" di Firestone, permisero l'impiego di fre-



quenze più elevate e di pulsazioni di durata minore, permettendo quindi una migliore risoluzione. Nel 1961 Edler ed Hertz riportarono uno studio sperimentale che condusse ad una appropriata definizione dei movimenti delle valvole aortiche e mitraliche.

Sebbene fossero passati solo pochi anni tra questo ultimo studio di Edler ed il suo primo articolo del 1954, in questo arco di tempo, la nuova tecnica catturò l'interesse di molti ricercatori europei. Il primo congresso mondiale sugli ultrasuoni in diagnostica medica" si tenne a Vienna nel 1969 ed il secondo a Rotterdam nel 1972 dove vennero presentati moltissimi articoli su questo argomento. L'ecocardiografia ,venne ritenuta, inizialmente, soprattutto come uno strumento per valutare la stenosi mitralica o diagnosticare i rari casi di mi-xoma atriale.

**Però all'epoca il segnale ancora non determinava la composizione di una immagine bidimensionale, come siamo passati a poter effettivamente "vedere" le strutture cardiache in movimento?**

I due principali inconvenienti dell'ecocardiografia M-mode, cioè il cosiddetto aspetto "ice-pick" e l'incapacità di visualizzare la vera anatomia, furono superati dall'introduzione di quella che è ora definita "ecocardiografia 2-D".



An A-mode scanner in the early 1950s ^^

Una delle principali limitazioni dell'ecocardiografia Doppler era la mancanza di un adeguato display grafico. Questo problema dovette essere superato prima che la tecnica potesse realizzare il suo pieno potenziale come strumento diagnostico non invasivo. Due gruppi di ricercatori, guidati rispettivamente da A N. DeMaria con D. T. Mason (1978) e da C. B Burckhardt (1981), ebbero un ruolo importante nel risolvere il problema introducendo l'approccio della trasformata veloce di Fourier per mostrare in video il segnale Doppler. Un altro importante sviluppo fu la combinazione dell'ecocardiografia Doppler con quella bidimensionale allo scopo di mappare il flusso di colore. Molto delle ricerche originarie proviene dai gruppi giapponesi guidati da Ryozo Omoto e K. Miyake (1984). Sebbene l'ecocardiografia sia stata introdotta e pubblicizzata come una procedura accurata, non invasiva e senza rischi, recenti sviluppi hanno visto un suo uso sempre maggiore in ambito invasivo. Piccoli trasduttori sono stati posizionati sulla punta del catetere cardiaco in modo tale da rendere possibile le registrazioni intracardiache. Tale approccio venne riportato

dal gruppo di F. Glossman (1981) e C. R. Conti (1979).

M. Schluter ed Hisanga (1982) furono i primi a descrivere l'ecocardiografia transesofagea. posizionando un trasduttore bidimensionale su un endoscopio a fibre ottiche. Tale approccio è divenuto rapidamente popolare, e le indicazioni al suo uso continuano ad espandersi

**Lei dottoressa è titolare del laboratorio di ecografia in un centro di eccellenza e ad alto volume, quali sfide presenta ciò nel lavoro quotidiano e quali esigenze tecniche, metodologiche e strategiche vanno risolte per permettere un completo e corretto flusso diagnostico pre-intra e postoperatorio?**

L'ecocardiografia oggi viene utilizzata non solo nella diagnosi e nel follow up di cardiopatie strutturali, ma anche per il monitoraggio emodinamico intraoperatorio e perioperatorio, nonché come guida in procedure interventistiche quali la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implant), la riparazione percutanea della valvola mitrale mediante valvuloplastica o impianto di mitraclip e la chiusura percutanea di difetti interatriali o pervietà del forame ovale. In Ambulatori di Ecocardiografia di II livello, si va dalla possibilità di effettuare un eco-stress al dipiridamolo e alla dobutamina nello studio ecocardiografico da stress a quella di integrare l'ecocardiografia transtoracica e transesofagea con le acquisizioni 3D. In particolare, nel

Servizio di Ecocardiografia di cui sono Responsabile e che rientra nel Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare, diretto dal Dott. Daniele Maselli, che vanta circa 800 interventi di cardiocirurgia all'anno - la diagnostica ecocardiografica contempla circa 6000 ecocardiogrammi transtoracici e 2400 transesofagei (tra preoperatori e perioperatori) annuali, con una integrazione 3D in circa il 70% dei casi. Peraltro, circa il 40% della chirurgia ripartiva e/o sostitutiva della valvola mitrale viene effettuata in minitoracotomia video-assistita (tecnica Heartport): l'ecocardiografia transesofagea non riveste un ruolo fondamentale solo nella diagnosi e nella valutazione finale dell'intervento, bensì anche nel guidare le fasi iniziali della procedura (cannulazione, endo-clampaggio e somministrazione della cardioplegia). Di recente, inoltre, al fine di aumentare la sensibilità diagnostica dell'ecocardiografia, abbiamo implementato nel protocollo stress l'utilizzo del mezzo di contrasto ecocardiografico.

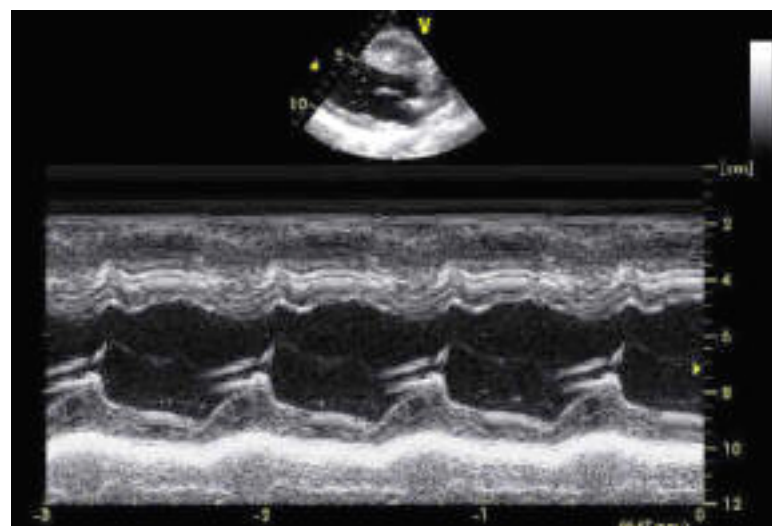
**Come ci ha raccontato il passaggio da una dimensione (M-mode) a due dimensioni (ecografia planare) è stato un salto generazionale cruciale. Da qualche anno è arrivata la terza dimensione, anche se non è ancora stata adottata diffusamente. Quali vantaggi e quali complicazioni presenta questa nuova aggiunta tecnologica all'armamentario?**

Da circa 15 anni l'ecocardiografia oltre che della modalità M-mode (acquisizione degli echi lungo



una singola direzione e rappresentazione sullo schermo di un oscilloscopio in funzione del tempo), che, benchè, presenti il limite della difficoltà di allineamento perpendicolare del fascio ultrasonoro e della scarsa attendibilità in presenza di distorsione geometrica o anomalia della cinetica segmentaria ventricolare, mantiene il rilevante vantaggio di una elevata risoluzione spaziale e della modalità 2D (acquisizione mediante linee singole a ventaglio) si avvale dell'ecocardiografia tridimensionale .

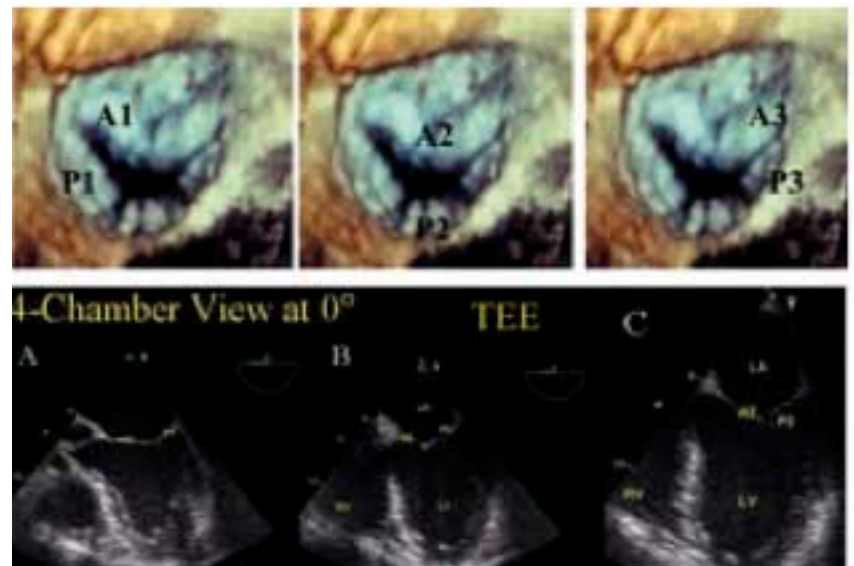
Questa “nuova” metodica permette la valutazione dei volumi e della massa cardiaca ,evitando le ipotesi geometriche,la quantificazione della dissincronia sistolica valutando la parete del ventricolo sinistro, la presentazione di vedute realistiche di valvole cardiache, la valutazione volumetrica delle lesioni.



serie di immagini 2D e della loro posizione spaziale usando un sistema di coordinate interno.

Successivamente le immagini ottenute vengono utilizzate per una ricostruzione 3D off-line. Si tratta quindi di una ricostruzione in 3D di immagini originariamente acquisite in 2D. Le misurazioni volumetriche ottenute con tale approccio si sono dimostrate molto accurate anche se si tratta di una tecnica lunga e indaginoso, dove anche modesti movimenti dell'operatore o del paziente causano un significativo degrado della qualità delle immagini.

La seconda modalità invece prevede una acquisizione direttamente in 3D (imaging volumetrico), chiamate real-time 3D, grazie all'utilizzo di sonde che emettono una piramide anziché un fascio di ultrasuoni.



Si possono definire due modalità per l'imaging tridimensionale. La prima prevede l'esecuzione di una scansione sequenziale rotazionale di una

A differenza quindi dei sistemi di ricostruzione 3D, queste tecniche permettono l'acquisizione on line di un dataset volumetrico senza la necessità di sistemi di riferimento spaziale. La modalità di acquisizione della metodica real-time avviene attraverso trasduttori phased-array a matrice .

Il fascio ultrasonoro emesso dalla sonda ha 3 dimensioni:

- Assiale (Y, profondità);
- Laterale (X, larghezza);
- Altezza (Z, spessore).

La profondità dipende dalla frequenza. La larghezza e lo spessore dipendono dalle dimensioni del cristallo emettente. La risoluzione spaziale (capacità di distinguere come separati due oggetti molto vicini) dipende dalla:

- risoluzione assiale (lungo l'asse del fascio: Y);
- risoluzione laterale (lungo i piani perpendicolari al fascio: X e Z.
- L'ecocardiografia tridimensionale in tempo reale (3D-RT) , tuttavia, deve essere considerata una metodica complementare e non alternativa a

quella bidimensionale (2D), con il vantaggio di rappresentare i singoli componenti anatomici nella loro complessa struttura 3D e nei loro reciproci rapporti spaziali. In tal senso l'ecocardiografia 3D-RT trova particolare spazio applicativo nello studio del meccanismo di insufficienza mitralica. In questo ambito l'ecocardiografia 3D-RT è superiore all'esame transtoracico 2D ed equivalente all'ecocardiografia 2D/3D transesofagea nella corretta identificazione del meccanismo di rigurgito , nello studio dell'anello mitralico, oltre che nella precisa identificazione dello scallop coinvolto nel processo patologico. L'ecocardiografia 3D-RT è divenuta, inoltre, la metodica non invasiva di riferimento nella valutazione dell'area valvulare anatomica della stenosi mitralica. Il modesto utilizzo, invece, nello studio della valvola aortica è riconducibile alla limitata quantità di tessuto che costituisce le cuspidi aortiche e alla frequente presenza di degenerazioni calcifiche, entrambi fattori causali di artefatti da drop-out e da attenuazione. Tuttavia alcune importanti applicazioni dell'ecocardiografia 3DRT, riguardano la misura dell'anello aortico e la valutazione morfo-funzionale della valvola .Un' ulteriore importante applicazione di questa metodica è lo studio delle valvulopatie tricuspидali. La visualizzazione contemporanea dei tre lembi tricuspидali e dell'anello da parte dell'ecocardiografia 3D-RT ha permesso un approccio diagnostico nuovo a questa valvulopatia permettendo, come nel caso della valvulopatia mitralica, la corretta identificazione

del meccanismo di rigurgito e un'ottimale quantificazione della stenosi.

**Grazie per questa carrellata di preziose informazioni. Siamo dunque alla maturità dell'era ecocardiografica? Ci sono elementi di discussione nella comunità cardiologica ed ecografica da cui potrebbero scaturire futuri cambi di direzione?**

Rimangono effettivamente delle importanti questioni aperte: Fattori di carattere tecnico, in particolare una minore risoluzione spaziale e temporale rispetto all'acquisizione in 2D, confinano l'utilizzo del 3D ad una integrazione dell'esame 2D

Nel prossimo futuro, la possibilità di acquisire dataset con elevata risoluzione temporale e spaziale, e dati 3D color Doppler con ampio angolo e con sonde di minori dimensioni dovrebbe essere fattibile, con il vantaggio di ottenere ricostruzioni 3D clinicamente utili con un minor numero di artefatti in un maggior numero di pazienti

## LE DRITTE DEL MAESTRO

ROBERTO DI BARTOLOMEO:  
LA MIA PRIMA DISSEZIONE



*Giuseppe Raffa  
Cardiochirurgia  
ISMETT  
Palermo*

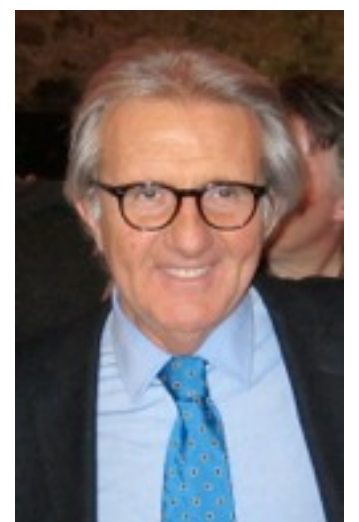


*Fabrizio Sansone  
Cardiochirurgia  
AO ospedali riuniti Papardo  
-Piemonte, Messina*

### Chi è il Maestro?

Roberto Di Bartolomeo

Nato a Torre dè Passeri (PE) il 6/10/1948. Si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna il 13/12/1974. E' specialista in Chirurgia Cardiaca, Vascolare e Generale. Dal 2000 al 2002 è stato Professore Associato di Chirurgia Cardiaca presso il Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Rianimatorie e dei Trapianti dell'Università di Bologna. Dal 2005 è Professore Ordinario di Chirurgia Cardiaca presso il Dipartimento Cardiovascolare dell'Università di Bologna. Dal 2002 è direttore dell'U.O. Cardiochirurgia del Policlinico S. Orsola-Malpighi. Autore di oltre 390 pubblicazioni scientifiche tra abstracts, articoli su riviste nazionali ed internazionali, monografie e capitoli di testi medici. Ha svolto attività di ricerca sulla protezione miocardica, cerebrale e midollare e sulle protesi valvolari cardiache e vascolari, ed ha eseguito vari stages presso centri cardiochirurgici esteri. Da Novembre 2014 è Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) ed è membro della European Association for CardioThoracic Surgeons (EACTS) e della Task Force per la compilazione delle "Guidelines on Aortic Disease (2014)" per The European Society of Cardiology (ESC).



**SCENARIO:** Storie di vita vera....

Uomo di 56 anni giunge in PS e viene posta diagnosi di tamponamento cardiaco all'ecocardiogramma transtoracico. Le condizioni cliniche impongono il trasferimento urgente del paziente in sala operatoria ed il chirurgo, alle prime reperibilità, intende aiutare uno specializzando per una finestra subxifoidea.

Al momento dell'incisione, all'ecocardiogramma transesofageo si evidenzia un flap in aorta ascendente.

**Professore, ci indica 4 step da tenere in mente in queste situazioni considerando soprattutto lo stato emotivo e la scarsa esperienza del primo operatore?**

La prima cosa da fare è studiare bene l'angioTc per stabilire il foro d'ingresso della dissezione, i vari rientri, se è presente o meno una mal perfusione, se c'è o no una insufficienza valvolare aortica. Stabilire, quindi, che tipo di intervento si vuole eseguire, la tecnica di perfusione e parlare con l'anestesista, il perfusionista ed il personale infermieristico di supporto. La cosa più importante è quella di stabilire dove eseguire la cannulazione arteriosa, anterograda o retrograda.

Suggerisco anche quello che molti anni fa ad Houston mi disse Crawford: "Quando c'è una dissezione acuta, non toccare mai l'aorta ascendente". Mettere poi il paziente in circolazione extracorporea. Ovviamente se un giovane non ha esperienza ad isolare l'arteria succlavia o l'arteria ascellare, o se non ha esperienza a cannulare l'arteria anonima, si può fare benissimo, così come abbiamo fatto per tanti anni, la cannulazione dell'arteria femorale.

**Consiglia anche la cannulazione della vena femorale oltre all'arteria?**

No, la vena femorale no! Ci vuole troppo tempo! Contemporaneamente all'esposizione dei vasi femorali ed alla cannulazione dell'arteria, si apre lo sterno e si cannula l'atrio destro così da poter partire in circolazione extracorporea e raffreddare il paziente, avendo anche cura di mettere il vent in ventricolo sinistro per evitarne la distensione in presenza di insufficienza valvolare aortica.

**Cosa cambia se il paziente non è tamponato?**

L'approccio è lo stesso del tamponato. Bisogna agire subito. E' dalle condizioni emodinamiche del paziente che dipende però la tempistica con cui bisogna intraprendere la ricostruzione dell'aorta ascendente.

La dissecazione aortica di tipo A spesso rappresenta la patologia il cui trattamento fa sentire il cardiocirurgo veramente "completo". Tutti sognano, da aiuto, questo momento ma quando arriva (si spera) siamo veramente pronti? Per alcuni la chirurgia, o meglio "le chirurgie" della dissecazione aortica iniziano al termine di un training che prevede il trattamento della patologia cardiocirurgica più comune; per altri invece può rappresentare addirittura uno dei primi interventi da primo operatore. L'aver dimestichezza con la chirurgia del bypass aorto-coronarico, della valvola aortica, dell'aorta ascendente, dell'arco e della radice aortica, sicuramente garantisce al primo operatore la sicurezza di poter gestire aspetti previsti ed imprevisi legati alla chirurgia della dissecazione aortica. Ma non per tutti è così.



**Caro Professore, il centro da lei diretto è conosciuto in tutto il mondo principalmente per il trattamento della patologia aortica acuta e cronica. Quali sono stati e quali sono i segreti per costituire un “Aortic Center” di fama mondiale?**

Innanzitutto questo è stato possibile grazie al Professore Angelo Pierangeli, alla passione chirurgica di questo grandissimo chirurgo che non amava mettersi in evidenza. Un grandissimo lavoratore, un appassionato della chirurgia che ha cominciato sin dall'età più tenera, perché il papà era un chirurgo. Mi disse che eseguì il primo intervento, una appendicectomia all'età di 14 anni. Quindi già da ragazzino aveva cominciato a frequentare l'officina. Gli era nata una grande passione e questa lo aveva portato a frequentare oltre l'Università di Bologna anche il Centro Chirurgico di Lione in Francia. Lì oltre la chirurgia generale iniziò l'esperienza in chirurgia vascolare. Ed in seguito la cardiocirurgia. Il Professore amava la chirurgia. Lui era capace di eseguire interventi di chirurgia generale di tutti i tipi, di chirurgia vascolare e cardiocirurgia. Naturalmente con la possibilità di lavorare e di frequentare un tale personaggio tutto è diventato più semplice, e l'esperienza in tutte le patologie chirurgiche ci ha fatto crescere velocemente. Quali sono stati i miei segreti personali? 1) Naturalmente di avere incontrato questo personaggio 2) A lui il merito di avermi fatto innamorare della cardiocirurgia. 3) A me invece va il merito di aver frequentato la sala operatoria anche quando non ero reperibile ed anche quando non era il mio turno, chiedendo “cambi di reperibilità” ai miei colleghi per fare quante più sedute operatorie possibili, anche senza operare. A me non interessava operare ma vedere ed osservare, fare esperienza: chi-

rurgia generale, toracica, vascolare, naturalmente cardiaca.

Per quello che riguarda la chirurgia dell'aorta, chi ha la mia età si ricorda cosa significava un intervento di chirurgia dell'aorta. Allora credo che in due o tre centri italiani si facesse la chirurgia dell'aorta toracica e toraco-addominale. Dovete tener presente che non c'erano le conoscenze che ci sono oggi, innanzitutto non c'erano le protesi pre-coagulate e non si conoscevano tutti i segreti della coagulazione e quant'altro. Quindi gli interventi della aorta duravano 12-15 ore e non tutti erano disponibili a parteciparvi. A me invece appassionava molto, ero sempre presente. Quando sentivo che c'era qualcosa di nuovo mi organizzavo per andare ad osservare e studiare le nuove metodiche. E così è stato: Sono andato a Houston, in Olanda, in Germania... ed al ritorno illustravo al Professore le novità viste e le più interessanti venivano messe in atto. Quindi diciamo che il mio consiglio personale al giovane cardiocirurgo è: c'è una dissezione e non sei reperibile né coinvolto? Vai lo stesso in sala, anche se soltanto a vedere, perché più si vede e più si impara e cresce l'esperienza.

**Secondo lei per garantire il miglior outcome è necessario che la patologia aortica venga riferita ad un solo centro che possa offrire la più vasta gamma di opzioni terapeutiche, tipo sala ibrida? Quanto questo è applicabile in tutte le regioni italiane?**

Secondo me l'esistenza di un “Aortic centre” è giustificato quando il chirurgo non ha mai fatto chirurgia dell'aorta o non ha frequentato un centro con grossa casistica. Il fare riferimento ai centri che hanno un volume di chirurgia dell'aorta molto alto può offrire maggior sicurezza di suc-



cesso e mortalità e morbilità più basse. E' difficile imparare a trattare una patologia se non ne vedi molta; questo vale per tutto, non solo per l'aorta. La patologia aortica adesso sta diventando una patologia sempre più frequente grazie al miglioramento e alla diffusione dell'imaging. Qualche anno fa la diagnosi di dissezione era fatta con l'ecocardiogramma e poi il paziente veniva immediatamente trasferito in sala operatoria. Adesso non è più così perché il malato che arriva in Pronto Soccorso fa la TC e questo consente di avere molte più informazioni nel preoperatorio.

### **Cosa, un chirurgo giovane, deve temere di più all'inizio dell'intervento di dissezione aortica?**

Di non dover fare un impianto di coronarie disseccate o che il paziente non abbia una dissezione dei tronchi epiaortici, e che non vi sia una porta di ingresso nell'arco dell'aorta. Il giovane dovrebbe fare l'intervento tradizionale di sostituzione dell'aorta ascendente. Nelle dissecazioni ci sono vari step che fanno sì che chi fa l'intervento debba avere una certa esperienza. Se un chirurgo giovane deve affrontare una dissezione, e' dovere che il direttore della U.O. o un collega più esperto sia presente. Non può essere lasciato solo uno che ha poca esperienza, questo assolutamente no.

### **Protezione cerebrale, protezione miocardica e rischio di sanguinamento. Come gestirle in modo sicuro ed efficace?**

Io ed il professor Pierangeli siamo stati i primi in Italia ad eseguire per la chirurgia dell'arco aortico la protezione cerebrale per via anterograda secondo la tecnica di Kazui. Noi stessi ne avevamo

fatto una assieme con la cannulazione della sola arteria anonima nel 1982 per un aneurisma rotto dell'arco aortico. Il paziente andò bene. Presentammo i risultati dei primi 40 interventi all' Aortic Surgery Symposium a New York, dove avevo letto che ci sarebbe stato Kazui. Lo incontrai, mi presentai e presentai il Professor Pierangeli e gli feci vedere i nostri risultati. Avevo già cambiato qualcosa della tecnica originale perché avevo avuto l'idea di mettere per la circolazione generale della pompa una "biopump" e poi di usare le cannule della cardioplegia retrograda per perforare i tronchi epiaortici: fummo proprio noi i primi al mondo. Lui si incuriosì talmente tanto che venne a Bologna a trovarci ed operammo insieme 2 pazienti.

Il primo arresto di circolo al mondo fu fatto proprio dal professore Pierangeli nel '74, prima di Griepp. Sfortunatamente il lavoro venne pubblicato sul bollettino delle scienze mediche, ovvero il Bollettino della Società Medica e Chirurgica di Bologna, dove era un onore allora pubblicare ma che non consentì di avere quella notorietà che ebbe poi nel '75 Randall Griepp quando descrisse i primi 4 interventi. Quindi la cosa che suggerisco è: 1) Circolazione extracorporea; 2) Cannulazione, anche della femorale non disseccata; 3) Controllo della perfusione soprattutto dei tronchi epiaortici; 4) Arrivare a temperatura; 5) Arresto di circolo, aprire l'aorta, individuare subito il vero lume dell'arteria anonima e della carotide, infilare le due cannule e iniziare la perfusione celebrale (a quel punto il cervello è già protetto). Rimane il cuore e quindi 6) Individuare le coronarie e fare la cardioplegia (noi usiamo fare la Bretschneider modificata, la Custodiol, perché fatta in un solo shot e per tre ore sei tranquillo). A quel punto si 7) visualizza l'arco dell'aorta per vedere se ci sono fori e poi si procede, innanzitutto all' anasto-

mosi distale. Nella maggioranza dei casi noi facciamo un emiarco e non usiamo più colle biologiche, colle acriliche per capirci meglio. Ricompattiamo il vero e il falso lume tra due fettucce e dopo aver fatto questo rinforzo, si sceglie una protesi appropriata. In genere, se facciamo un emiarco e se abbiamo cannulato la femorale, usiamo le protesi rette che hanno una branca da 8 mm laterale aggiuntiva. Una volta eseguita l'anastomosi distale, cannuliamo la branca laterale e riprendiamo la circolazione ed iniziamo il riscaldamento. A quel punto si va a vedere se si può eseguire l'anastomosi prossimale sovracronica, sempre dopo il rinforzo tra due fettucce di teflon, o se si deve eseguire una Bentall.

### **Un motivo per cui avete abbandonato le colle?**

Il problema è che per alcune colle bisogna usare la glutaraldeide. E' difficile quantificarne la quantità e molto spesso tanti cardiocirurghi ne usano in abbondanza nel seno di Valsalva non coronarico o addirittura tra le suture e anche al di fuori, perché all'inizio si diceva che era anche emostatica. La glutaraldeide riduce a quasi un cartone la parete aortica causando il distacco delle suture e quindi la formazione di aneurismi spuri.

### **A che temperatura consiglia di eseguire l'arresto di circolo?**

All'inizio dell'esperienza con la perfusione anterograda usammo la stessa temperatura che usava Kazui (21-22°C) ma già un anno dopo nel '97, intuimmo che bastava anche una temperatura più alta. Iniziammo a fare l'arresto a 26°C di temperatura naso-faringea ed abbiamo dimostrato, con un lavoro insieme al mio collaboratore Prof. Paci-

ni, presentato alla EACTS, come la temperatura di 26°C naso-faringea è un'ottima temperatura di protezione.

### **Conferma questa temperatura anche se prevede delle procedure sull'arco?**

Anche per gli interventi di lesione complessa dell'arco dell'aorta, dove siamo soliti usare la tecnica del frozen elephant trunk, la temperatura è sempre 26°C. In genere riusciamo ad isolare l'arco, togliere l'aneurisma, preparare la aorta toracica discendente e fare l'anastomosi distale in circa 25-29 minuti. E' un tempo di arresto ottimo. Dopo di che riprendiamo subito la perfusione e il riscaldamento della parte distale.

### **Ritiene che l'utilizzo della Kazui debba sempre prevedere l'introduzione di tre cannule per evitare lo shunt attraverso la succlavia? Cosa fa se non è possibile cannulare uno dei TSA perché occlusi dal falso lume o da una placca, per esempio?**

Beh, intanto non è obbligatorio perfondere tutti e tre. Noi perfondiamo tutti e tre le arterie epiaortiche quando facciamo un frozen elephant trunk per una migliore protezione specialmente della parte più alta del midollo spinale. Se la placca è proprio all'origine, si taglia l'origine dell'arteria e poi si infila lo stesso la cannula. Si può fare anche la perfusione unilaterale ma, come ben spiegato e dimostrato in letteratura, può non esserci un buon raccordo tra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro fino al 24% dei casi, per cui il paziente può andare incontro a lesioni ischemiche cerebrali.

## **Cerebroplegia e cardioplegia retrograda. Conservano un ruolo?**

La perfusione retrograda, noi non la usiamo più! Noi l'abbiamo fatta e l'abbiamo subito abbandonata perché i risultati erano gli stessi dell'arresto cardiocircolatorio ipotermico. Viene usata in alcuni centri, a volte associata con l'anterograda.

## **In quali casi può essere indicato o utile clampare l'aorta ascendente?**

Mai. Noi non la clampiamo mai ad eccezione di qualche caso in cui la dissezione si arresta prima dell'arteria anonima. Il famoso tipo II secondo la classificazione di DeBakey. Noi non usiamo clampare, sempre tenendo fede al consiglio di quel "dilettante" che era Crawford.

## **Secondo lei quindi la sostituzione dell'arco completo, quando è indicato ed eventualmente in quale occasioni è possibile spingersi fino all'elephant trunk, nel corso di dissecazione aortica acuta?**

La sostituzione dell'arco è indicata se il foro di entrata è nell'arco stesso oppure se vi sono altri fori oltre quello in aorta ascendente. Inoltre, se vi è la dissecazione dei tronchi epiaortici noi preferiamo sostituire l'arco. In questi casi, grazie all'esperienza del frozen elephant trunk acquisita negli ultimi anni, noi facciamo un frozen in acuto, piuttosto che l'elephant trunk. L'elephant trunk può essere difficile da eseguire, perché in genere l'arco e la discendente sono di piccolo calibro. Si può eseguire la tecnica descritta da Ogi no con 2 pezzi di protesi separata, infilandone una dentro l'aorta toracica discendente, mettendo due fettucce e fissandole. Poi si fa l'anastomo-

si con l'altra protesi. Altrimenti fare un frozen elephant trunk facendo l'anastomosi distale o fra l'arteria succlavia di sinistra e la carotide sinistra o anche tra l'anonima e la carotide di sinistra, e poi fare un reimpianto separato di tutti e tre i tronchi epiaortici.

## **Ora professore proverò a citare nomi di chirurghi delle dissezioni. Mi piacerebbe chiederle cosa le viene mente in una parola se dovessi dirle: Crawford**

Beh, Crawford l'ho visto operare e rendeva semplici anche le cose più difficili.

### **Michael DeBakey**

DeBakey...un carattere un po' particolare, l'ho visto in azione ma era già piuttosto anziano. Ti dirò che in occasione di quegli interventi aiutava i suoi collaboratori ma, secondo me, faceva più male che bene perché li ostacolava abbastanza! Ma a lui dobbiamo molta della chirurgia che facciamo oggi.

### **Angelo Pierangeli**

Angelo Pierangeli ...mio maestro, quindi sola emozione.

### **Joseph Coselli**

Jo Coselli...l'ho conosciuto appunto nell'85 quando era uno degli aiuti di Crawford. Diventammo subito amici e già allora si vedeva che era uno che prometteva bene.

## **Joseph Bavaria**

Bavaria non l'ho mai visto operare. Siamo molto amici e collaboriamo anche in alcuni lavori. E' sempre presente nei convegni dell'aorta che organizziamo qui a Bologna ed è anche lui molto molto curioso e interessato alla patologia e da sempre ha una grande spinta verso le novità.

## **Marc Schepens**

Marc... l'ho visto agli inizi quando lui lavorava in Olanda nel centro che ho frequentato per diverso tempo. Ci siamo conosciuti quando il suo maestro Wermeulen gli insegnava la chirurgia dell'aorta. Perché il maestro del St. Antonio's Hospital non era Schepens ma Wermeulen, un grandissimo chirurgo.

## **John Elefteriades**

Elefteriades lo conosco poco, mi viene in mente come flash che è stato quello che ha propugnato l'indicazione di 5,5 cm per la chirurgia dell'aorta ascendente, dove io non sono minimamente d'accordo.

## **Yuichi Ueda**

Ueda... l'ho conosciuto, me lo ha presentato Kazui. Mi incuriosii all'inizio la sua tecnica, ma già dopo quattro-cinque interventi col Professor Pierangeli decidemmo di abbandonarla perché i risultati erano scadenti.

## **Nicholas T. Kouchoukos**

Kouchoukos...l'ho conosciuto nel lontano 1983 a Birmingham ma per poco perché subito dopo andò a dirigere il Centro di St. Louis. Lì faceva parte di un gruppo di 6-7 chirurghi, il cui Direttore

era Kiklin, tutti quanti dei gran maestri di chirurgia.

## **Randall B. Griep**

Quella con Randall B. Griep è un'amicizia recente. La prima volta che andai nel suo centro non rimasi molto ben impressionato ed andai via abbastanza deluso. E' indubbio che il suo gruppo ha fatto studi importantissimi sulla protezione midollare e cerebrale.

## **Cambiamo argomento...**

**Professore, qual è il ruolo dell'Università italiana nel garantire un'adeguata formazione chirurgica? Come valuta il training chirurgico delle scuole di specializzazione italiane, dagli interventi meno a quelli più complessi?**

Non voglio parlare degli altri Centri perché non è ne' la sede, ne' mi piace parlarne. Posso parlare del mio centro. Da quando lo dirigo io, gli specializzandi sono coinvolti in maniera incredibile a tutte le attività.

## **Che tipo di attività?**

Il programma è stato fatto alcuni anni fa quando il direttore della scuola era il Professore Giorgio Arpesella. Egli pensò di certificare la scuola e la dotò di un programma di specializzazione che nei 5 anni comprende sia la parte formativa teorica che quella pratica con l'attività chirurgica. Entro la fine del 5° anno lo specializzando deve eseguire degli interventi più o meno importanti, oltre ad aver acquisito la preparazione culturale prevista. C'è un ente che certifica ogni anno la scuola e che la formazione sia svolta regolarmente. Controlla tutte le varie cose che noi abbiamo dichiarato alla presenza mia, della segretaria e del rappresentante degli specializzandi. Quindi è una

scuola, diciamo, abbastanza seria ed al passo con le scuole europee.

### **Il certificatore è estero o italiano?**

No, no è una ditta italiana.

### **In qualità di Presidente della società Italiana di cardiocirurgia, come pensa che la società possa supportare la formazione chirurgica, creando un network nazionale ed internazionale, secondo lei.**

Questo assolutamente la Società lo può fare, ma la Società può fare tutto se ha dei soci e se i soci partecipano all'attività della Società. Colgo l'occasione per dire che, all'inizio del mio mandato...mandato che mi ha molto emozionato e sono molto contento di essere Presidente della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, perché proprio il Professor Pierangeli diede la svolta a questa Società diversi anni fa.

La cosa che volevo dire è che ho scritto una lettera a tutti i responsabili delle U.O., a tutti i vari Direttori universitari, a tutti quelli che dirigono un Centro di Cardiocirurgia pubblico o privato accreditato e mi hanno risposto solo in 2 e voglio fare anche i nomi. Mi ha risposto, tramite un suo assistente, il Professor Rinaldi delle Molinette di Torino ed il Primario della cardiocirurgia di Sassari Michele Portoghese. In questa lettera chiedevo di essere informato di quanti cardiocirurghi era composto il Centro, se erano iscritti alla Società o meno, che tipo di attività si faceva. Non ho ricevuto risposte ad eccezione di quelle di cui sopra. E questa è una cosa che ho il dovere di dire perché quando poi siamo in sede di congresso o si parla tra di noi e compagnia bella, si

punta sempre il dito contro la Società mentre siamo noi stesso a non rispettare la Società.

Proprio ieri sono tornato dal Brasile dove sono stato ospite della Società brasiliana di Cardiocirurgia. Gli iscritti regolarmente paganti sono 650, quindi il triplo dei nostri. Durante la cerimonia di apertura con l'inno del Brasile e l'inno dello Stato del Curitiba, Paraná dove veniva fatto il congresso, immerso in un'atmosfera molto bella, pensavo alla nostra Società: se vogliamo o no decollare, e se i cardiocirurghi italiani vogliono partecipare o meno a questa Società. Bisogna che si partecipi. E' un momento molto particolare come ho scritto nella lettera. Momento particolare dove le autorità centrali, l'Age.Na.S. ed il Ministero, si stanno rendendo conto di alcuni problemi. Quindi sarebbe importante che tutti noi fossimo coesi e compatti per cercare di ottenere quelle cose giuste che noi dobbiamo ottenere.

### **Le faccio l'ultima domanda più per avere qualche ricordo dal punto di vista emotivo. Professore, si ricorda ancora i dettagli del suo primo intervento di dissecazione aortica? Quanti anni aveva? Era notte o giorno?**

La prima dissecazione naturalmente avvenne di notte, come nella maggioranza dei casi, e fui aiutato da un mio collega un po' più anziano di me. Ti dirò che non ero particolarmente emozionato perché avevo già partecipato a tanti interventi e la mano non mi tremava, ma ero preoccupato perché volevo che l'intervento riuscisse bene. Era un caso abbastanza favorevole che, diciamo così, andò bene. Il paziente sopravvisse a questo giovane che faceva per la prima volta questo intervento.

**Che età aveva, si ricorda?**

Roberto Di Bartolomeo: Non mi ricordo perché è successo tanti anni fa. Non voglio dire che sono molto vecchio, però! Credo che sia successo negli anni '80.

Ringraziamo il Professore per il tempo dedicato alla Società Italiana di Cardiocirurgia ed a questa rubrica "Le dritte del Maestro"



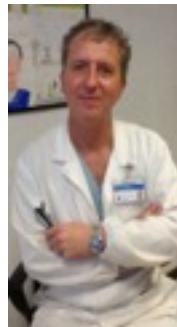
# TOUGH AND MONSTER CASES

## INSOLITA LOCALIZZAZIONE DI CISTI DA ECHINOCOCCO NEL SETTO



CARLO DE VINCENTIIS

DIPARTIMENTO DI  
CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS POLICLINICO  
SAN DONATO,  
SAN DONATO  
MILANESE



MARCO ZANOBINI

DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
IRCCS CENTRO CARDIOLOGICO  
MONZINO,  
MILANO



La localizzazione cardiaca delle cisti da Echinococco è rara (0.5-2%) e nel setto interventricolare è ancora più rara essendo descritta in non più del 5-6% di echinococcosi cardiaca e rappresenta una condizione potenzialmente fatale. Le cisti sono più comunemente localizzate a livello del ventricolo destro o della parete libera del ventricolo sinistro.

Uomo di 22 anni, che vive in campagna, che in pieno benessere presentava intensa astenia, affaticabilità e a distanza di qualche giorno perdita di coscienza e caduta a terra. All'arrivo in pronto soccorso di un ospedale periferico si presentava cianotico, ipoteso con ipotermia e brividi, con i seguenti parametri vitali: PA: 90/60 mmHg; SO<sub>2</sub>: 86%; FC 120 bpm. TC: 35.8; All'ECG evidenza di tachicardia sinusale con ST sopraslivellato nelle derivazioni anteriori con onde T negative. Furono eseguiti alcuni esami, per definire l'origine dello shock, tra cui un ecocardiogramma e una coronarografia. La coro risultò negativa mentre l'ecocardiogramma mostrava una voluminosa formazione rotondeggiante di aspetto cistico di circa 51x43 mm, con orletto iper-ecogeno dei segmenti medio-apicali

del setto interventricolare (SIV), protrudente verso la cavità ventricolare sinistra fino quasi ad obliterarne il terzo apicale.(FOTO 1-2)

FOTO 1

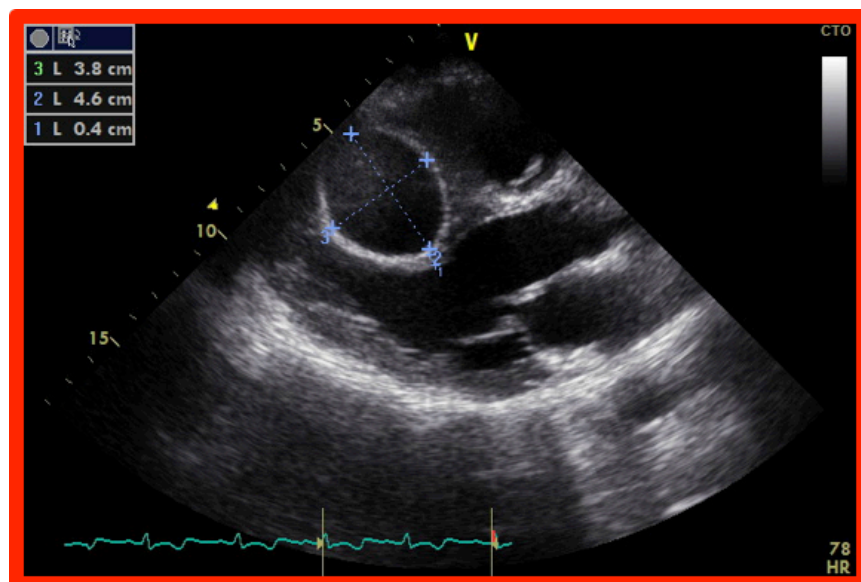
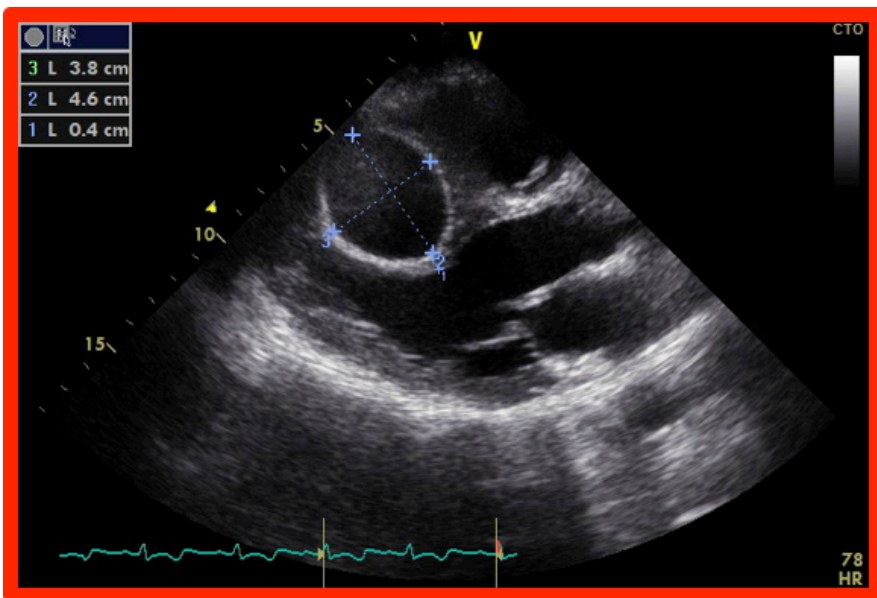


FOTO 2



Nella proiezione sottocostale veniva evidenziata a livello epatico una voluminosa formazione cistica con presenza di echi lineari, iper-ecogeni, sinuosi e lievemente mobili: il rilievo è stato riferito ad una cisti idatidea. Il paziente veniva trattato in urgenza con cortisonici ev, antistaminici ed adrenalina, con successiva stabilizzazione delle condizioni emodinamiche e cliniche. Veniva sottoposto successivamente, sia a TC toraco-addominale che a RMN cardiaca che confermavano la presenza di due cisti fortemente suggestive per cisti idatidee: una di circa 45 mm a livello del SIV e una di 155 mm in corrispondenza del lobo dx del fegato con scollamento del pericistio.(FOTO 3-4-5-6)

FOTO 3



FOTO 4

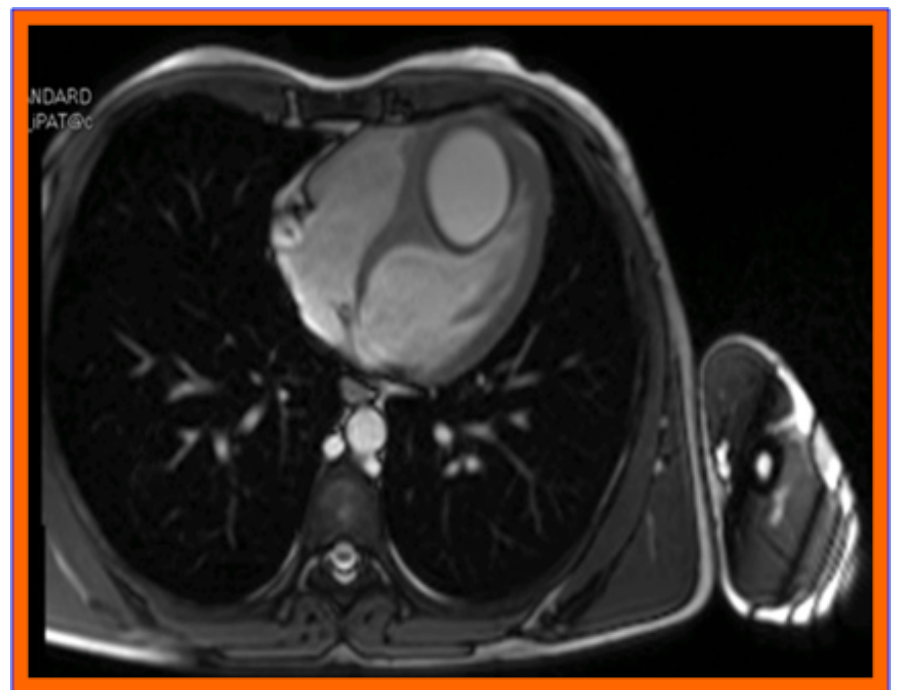


FOTO 5

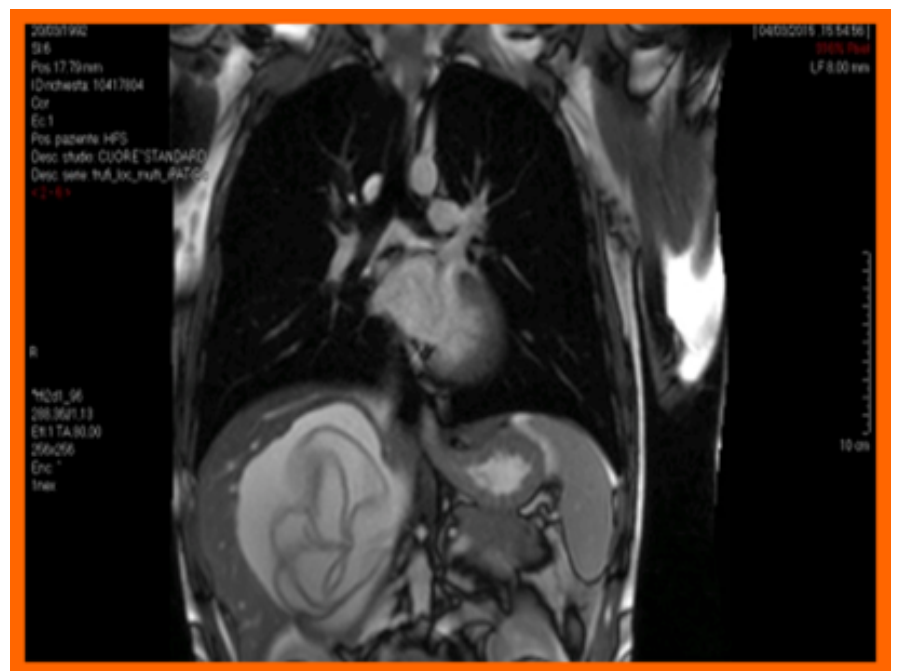


FOTO 6





Si decise con i colleghi chirurghi generali di trattare inizialmente la cisti cardiaca e in un secondo stadio quella epatica. Veniva quindi intrapreso trattamento con Albenzazolo 400 mg x2 e successivamente ricoverato presso il reparto di cardiocirurgia , dove veniva sottoposto ad asportazione chirurgica della cisti cardiaca .

L'intervento veniva eseguito mediante sternotomia mediana in CEC. Dopo clampaggio e cardioplegia, veniva eseguita una piccola ventricolotomia apicale (FOTO 7) con iniziale puntura della cisti che veniva svuotata parzialmente e al suo interno veniva iniettata soluzione salina ipertonica (FOTO 8). Una volta svuotata completamente(FOTO 9) la cisti veniva asportata (10-11) , lasciando in sede la membrana pericistica per aiutare la ricostruzione del setto che veniva rinforzato mediante sutura diretta.

FOTO 7

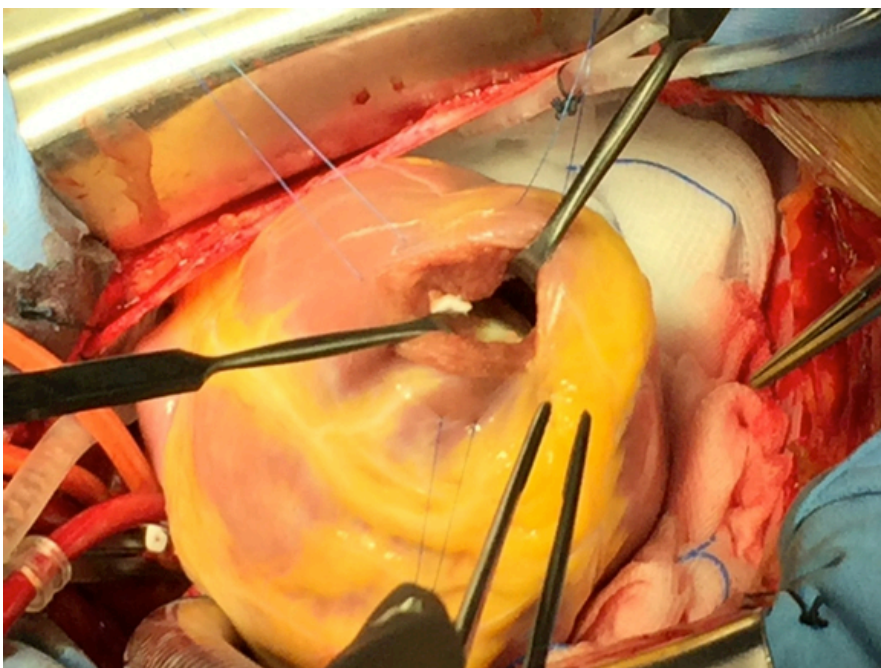


FOTO 8

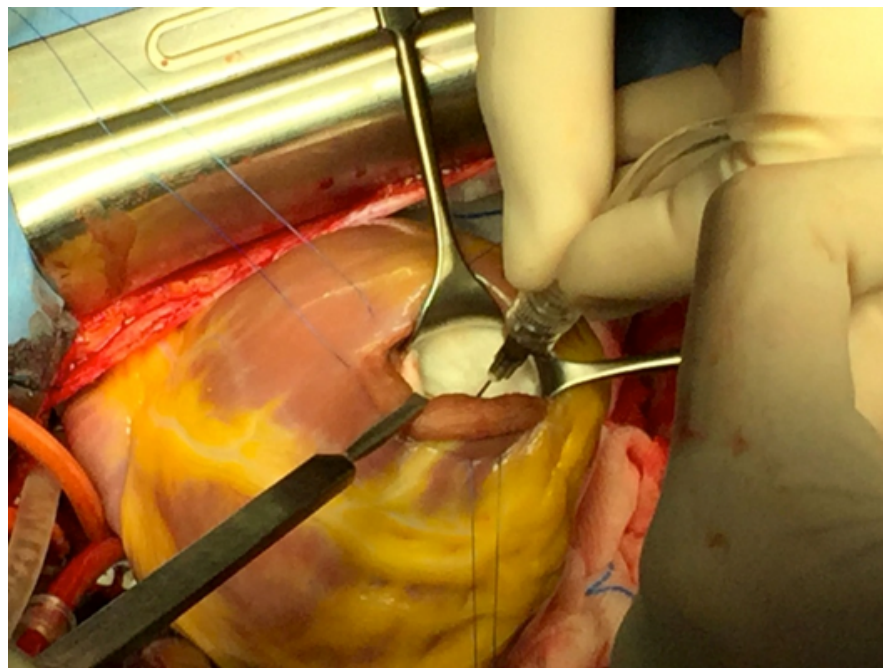


FOTO 9

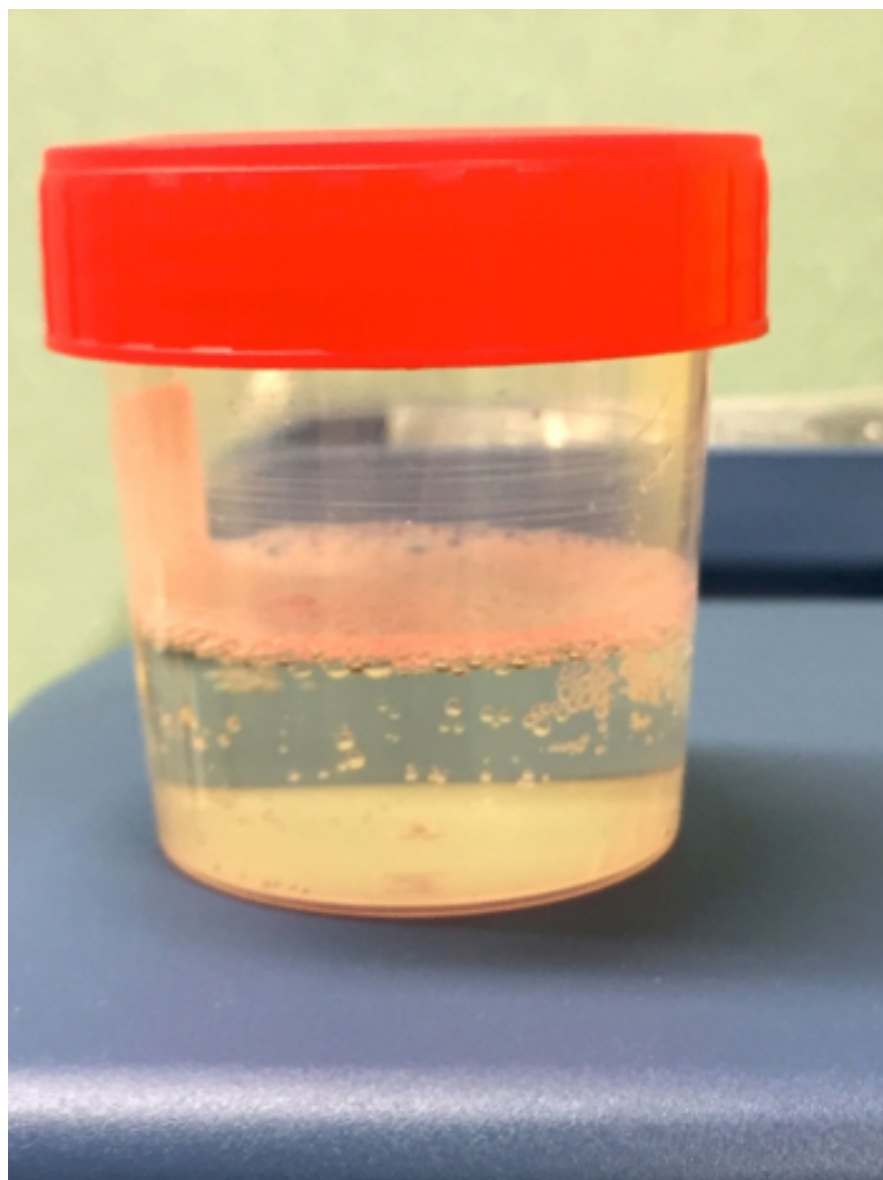




FOTO 10

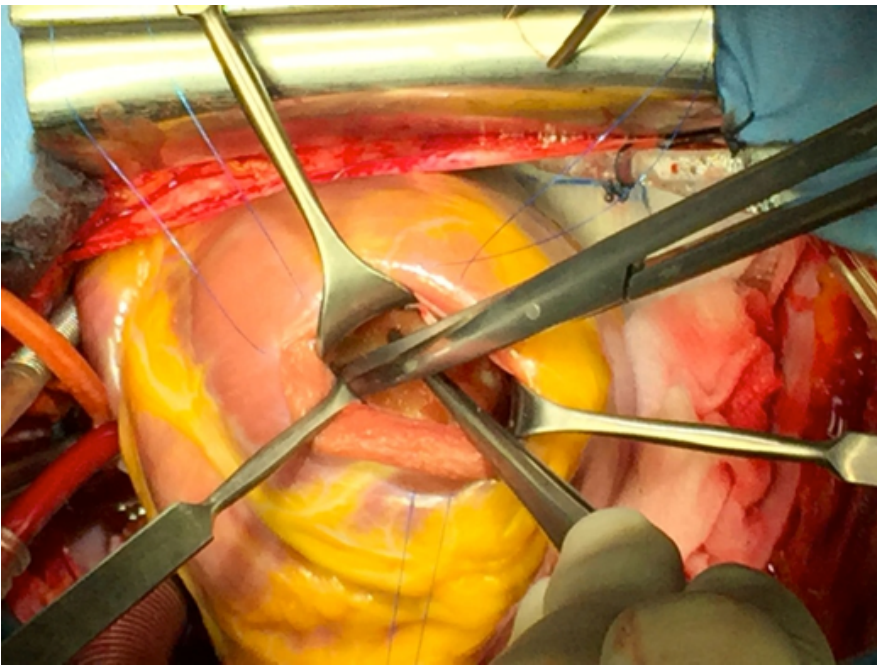
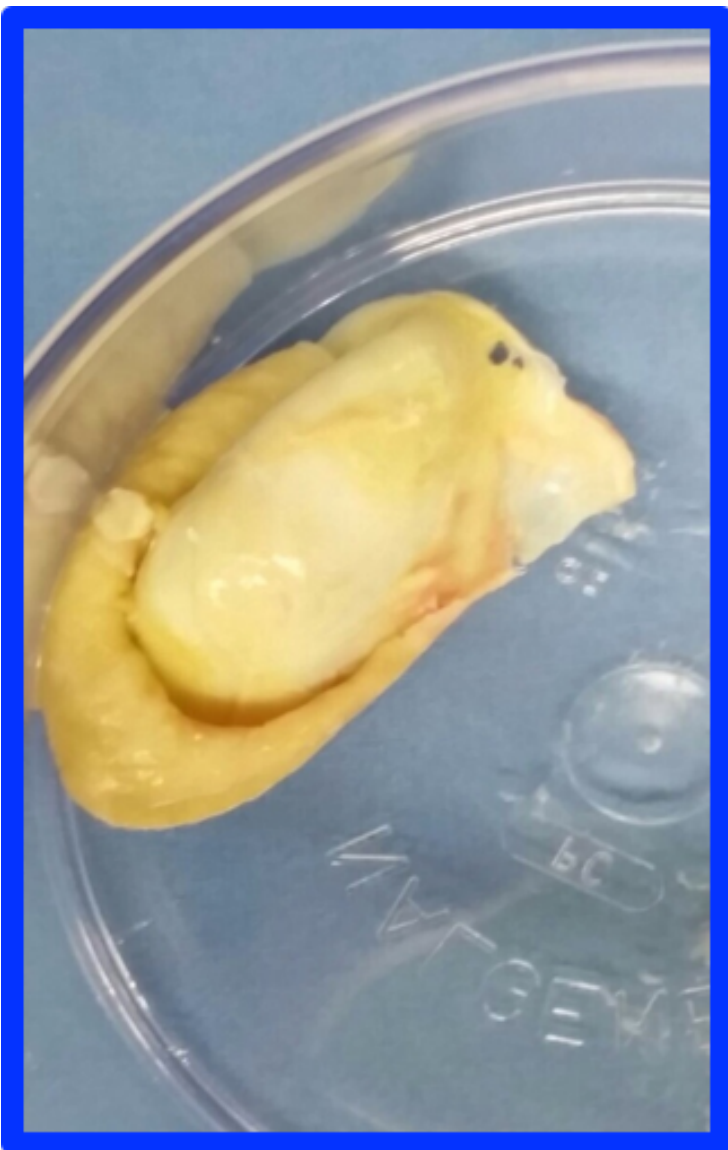


FOTO 11



Il paziente presentava un decorso post-operatorio regolare. L'esame istologico così come la sierologia confermavano la diagnosi di Echinococcosi; agli esami di laboratorio veniva evidenziata leucocitosi con eosinofilia marcata. Il dosaggio delle IGE totali risultava molto elevato (11866 UI/ml)

Il paziente veniva dimesso a domicilio con terapia con Albendazolo, cortisonici ed antistaminici. All'ecocardiogramma di dimissione si rilevava cavità e funzione ventricolare normale (FOTO 12-13)

La cisti epatica veniva trattata successivamente mediante trattamento percutaneo (PAIR).

Il trattamento di scelta delle cisti da Echinococco cardiaca anche asintomatica è cardiocirurgica. Durante l'intervento il rischio della fuoriuscita del contenuto della cisti può essere ridotto dalla infiltrazione all'interno della cisti di soluzione salina ipertonica o formalina ; la terapia medica con Albendazolo è raccomandata per ridurre il rischio di recidive. Per la stessa ragione è raccomandato per i primi 5 anni dopo l'intervento il follow-up sierologico ed ecocardiografico.

FOTO 12

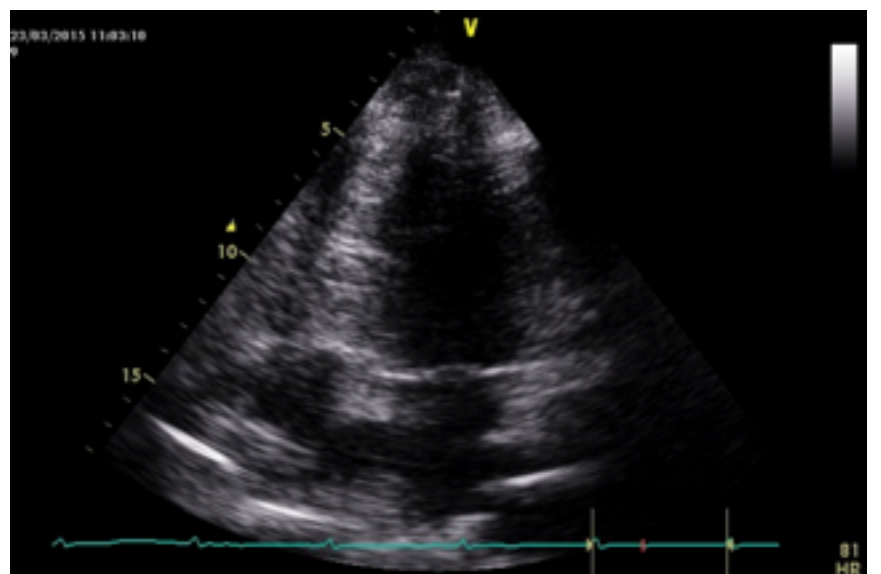
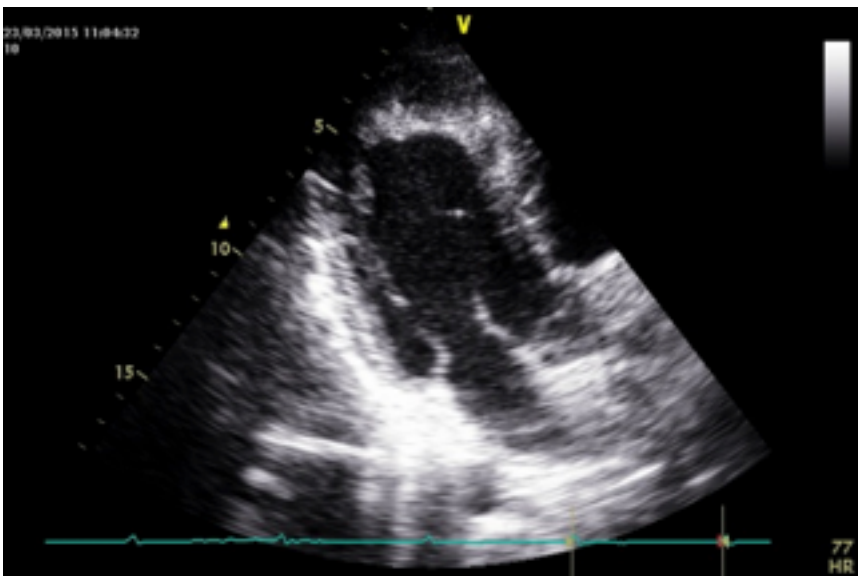


FOTO 13





# ITALIAN LITERATURE WATCH

APRILE 2015



FRANCESCO ONORATI

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
UNIVERSITÀ DI VERONA*



ALESSANDRO DELLA CORTE

*DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA  
SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI*



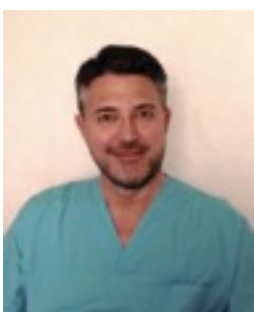
ANTONIO RUBINO

*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*



### European Journal of Cardio-thoracic Surgery

Murzi M, Miceli A, Di Stefano G, Cerillo AG, Kallushi E, Farneti P, Solinas M, Glauber M. Enhancing quality control and performance monitoring in thoracic aortic surgery: a 10-year single institutional experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:608-615.



Di Eusanio M. Refined indications will improve outcomes after frozen elephant trunk surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:621-622.



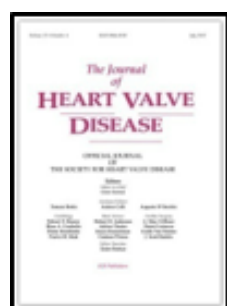
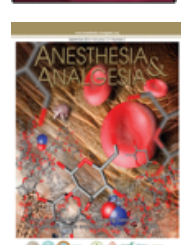
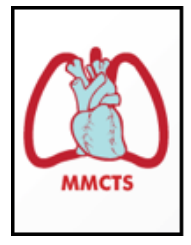
Di Mauro M, Iacò AL, Acitelli A, D'Ambrosio G, Filippini L, Salustri E, De Luca C, Romano S, Penco M, Calafiore AM. Bilateral internal mammary artery for multi-territory myocardial revascularization: long-term follow-up of pedicled versus skeletonized conduits. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:698-702.



Pettinari M, Sergeant P, Meuris B. Bilateral internal thoracic artery grafting increases long-term survival in elderly patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:703-709.



Sansone F, Ceresa F, La Rosa A, Patanè F. Freely floating thrombus in the left atrium. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:750.



## **International Journal of Cardiology**

Bruschi G, Merlanti B, Colombo P, Fratto P, Nava S, Soriano F, Montrasio E, Klugmann S, de Marco FR. Direct aortic Direct Flow implantation via right anterior thoracotomy in a patient with patent bilateral mammary artery coronary grafts. *Int J Cardiol* 2015;185:22-24

## **Journal of Cardiothoracic Surgery**

Jiritano F, Prestipino F, Mastroroberto P, Chello M. Coronary arterovenous fistula: to treat or not to treat? *J Cardiothorac Surg* 2015;10:52.

## **Journal of Cardiovascular Medicine**

Rescigno G, Piva T, Mazzanti I, Aratari C, Pupita G, Matteucci S, D'Alfonso A, Capucci A, Perna GP, Torracca L. Conventional surgery results in patients originally referred for transcatheter aortic valve implantation. *J Cardiovasc Med* 2015;16:267-270.

Ielasi A, Latib A, Sacco FM, Costopoulos C, Figini F, Grimaldi A, Naim C, Maisano F, Chieffo A, Montorfano M, Alfieri O, Colombo A. Impact and natural history of postprocedural aortic regurgitation on early and midterm mortality following transcatheter aortic valve implantation in high-risk patients with severe aortic stenosis. *J Cardiovasc Med* 2015;16:286-295.

Salizzoni S, Anselmino M, Fornengo C, Giordana F, La Torre M, Moretti C, D'Amico M, Omedé P, Marra S, Rinaldi M, Gaita F. One-year follow-up of conduction disturbances following transcatheter aortic valve implantation. *J Cardiovasc Med* 2015;16:296-302.

Settepani F, Cappai A, Raffa G, Basciu A, Barbone A, Berwick D, Citterio E, Ornaghi D, Tarelli G, Malvindi P. Cusp repair during aortic valve-sparing operation: technical aspects and impact on results. *J Cardiovasc Med* 2015;16:310-317.

## **Minerva Pediatrica**

Vida VL, Barzon E, Sabiu C, De Franceschi M, Padalino MA, Stellin G. The use of "2-octyl cyanoacrylate" as skin adhesive in pediatric and congenital cardiac surgery. *Minerva Pediatr.* 2015;67:111-6.

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

Paparella D, Guida P, Scrascia G, Fanelli V, Contini M, Zaccaria S, Labriola G, Carbone C, Mastro F, Mazzei V. On-pump versus off-pump coronary artery bypass surgery in patients with preoperative anemia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015;149:1018-1026

Vola M, Albertini A, Campisi S, Caprili L, Fuzellier JF, Favre JP, Morel J, Gerbay A. Right anterior minithoracotomy aortic valve replacement with a sutureless bioprosthesis: Early outcomes and 1-year follow-up from 2 European centers. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015;149:1052-7

Jonker FH, Patel HJ, Upchurch GR, Williams DM, Montgomery DG, Gleason TG, Braverman AC, Sechtem U, Fattori R, Di Eusanio M, Evangelista A, Nienaber CA, Isselbacher EM, Eagle KA, Trimarchi S. Acute type B aortic dissection complicated by visceral ischemia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015;149:1081-1086

## **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**

1. G. Illuminati, F. Schneider, C. Greco, E. Mangieri, M. Schiariti, G. Tanzilli, F. Barillà, V. Paravati, G. Pizzardi, F. Calio', F. Miraldi, F. Macrina, M. Totaro, E. Greco, G. Mazzesi, L. Tritapepe, M. Toscano, F. Vietri, N. Meyer, J.-B. Ricco. Long-term Results of a Randomized Controlled Trial Analyzing the Role of Systematic Pre-operative Coronary Angiography before Elective Carotid Endarterectomy in Patients with Asymptomatic Coronary Artery Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:366-74

## **Annals of Thoracic Surgery**

Gamba A, Tasca G, Giannico F, Lobiati E, Skouse D, Galanti A, Martino AS, Triggiani M. Early and Medium Term Results of the Sleeve Valve-Sparing Procedure for Aortic Root Ectasia. *Ann Thorac Surg* 2015;99:1228-1233

Villa E, Messina A, Laborde F, Shrestha M, Troise G, Zannis K, Haverich A, Elfarra M, Folliguet T. Challenge for Perceval: Aortic Valve Replacement With Small Sutureless Valves—A Multicenter Study. *Ann Thorac Surg* 2015;99:1248-54

Chiariello L, Nardi P, Pellegrino A, Saitto G, Chiariello GA, Russo M, Zeitani J, Versaci F. Simultaneous Carotid Artery Stenting and Heart Surgery: Expanded Experience of Hybrid Surgical Procedures. *Ann Thorac Surg* 2015;99:1291-97

Gaudino M, Crea F, Cammertoni F, Massetti M. The Radial Artery: A Forgotten Conduit. *Ann Thorac surg* 2015;99:1479-85



### **Lettura consigliata del mese - Aprile 2015:**

**Di Mauro M, Iacò AL, Acitelli A, D'Ambrosio G, Filipponi L, Salustri E, De Luca C, Romano S, Penco M, Calafiore AM. Bilateral internal mammary artery for multi-territory myocardial revascularization: long-term follow-up of pedicled versus skeletonized conduits. Eur J Cardiothorac Surg 2015;47:698-702.**

La redazione della ILW ha scelto questo mese come pubblicazione consigliata ai lettori del Bollettino SICCH il lavoro del dott. Di Mauro et al. dall'Università dell'Aquila e dal Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh (Arabia Saudita), pubblicato sul numero di Aprile dell'European Journal of Cardiothoracic Surgery. Lo studio, già presentato all'EACTS Meeting del 2013, ha valutato i risultati a breve e lungo termine della rivascolarizzazione coronarica con doppia arteria mammaria interna (bilateral mammary artery, BIMA), confrontando due gruppi di pazienti in cui la tecnica di prelievo del graft arterioso era stata rispettivamente quella della mammaria pedunculata (n=175) e scheletrizzata (n=175). L'argomento è di estrema rilevanza per la pratica cardiocirurgica routinaria ed i risultati riportati hanno pertanto una notevole valenza applicativa. Per la prima volta in letteratura, gli outcome attuali a lungo termine (follow-up mediano 17.8 anni) delle due tecniche di preparazione del graft sono stati confrontati in una casistica retrospettiva mediante un modello di propensity score utilizzato per il matching 1:1. Dal confronto della casistica totale (n=548) con quella "matchata", appare evidente che il propensity ha permesso di correggere le differenze dovute fondamentalmente alla tendenza a scegliere la tecnica scheletrizzata in caso di pazienti diabetici - evidentemente per timore del rischio mediastinite post-sternotomica - e la tecnica della mammaria pedunculata nei casi di urgenza - probabilmente in considerazione dei tempi lievemente più lunghi necessari per il prelievo con tecnica di scheletrizzazione -.

Per quanto riguarda i risultati a breve termine, gli Autori riportano una maggiore completezza della rivascolarizzazione, con più anastomosi arteriose e più frequente confezionamento di by-pass sequenziali in mammaria, nel gruppo di pazienti con mammaria scheletrizzata, e di conseguenza un significativo minor utilizzo di arteria radiale e vena safena in questo gruppo. La mortalità precoce era assolutamente sovrapponibile fra i due gruppi, e non vi era differenza significativa in termini di complicanze maggiori postoperatorie, eccetto per l'incidenza di deiscenze sternotomiche che appare particolarmente elevata nel gruppo con mammaria pedunculata (7.4%, versus 1.7% nel gruppo con mammaria scheletrizzata). Gli Autori hanno pertanto confermato, con un elegante approccio statistico, quanto riportato in una recente metanalisi, che mostrava differenza significativa nell'incidenza di pro-

blemi sternali fra singola mammaria e doppia mammaria solo nel caso di graft pedunculati, non se scheletrizzati.

Il maggior punto di originalità del lavoro consiste nel riportare un rate attuale di eventi nel follow-up significativamente inferiore nel gruppo di pazienti che avevano ricevuto BIMA scheletrizzate, sia in termini di morti cardiache, sia di eventi cardiaci e di necessità di nuova rivascolarizzazione (endpoint combinato: 15% versus 36%). Tale risultato deve essere letto alla luce del più elevato rate di rivascolarizzazione completa nel gruppo con mammaria scheletrizzata, a sua volta conseguenza della maggiore lunghezza dei graft prelevati con questa tecnica rispetto a quelli pedunculati. Inoltre, altri studi hanno già dimostrato angiograficamente un maggior diametro del tratto pre-anastomosi delle arterie mammarie scheletrizzate ed una maggiore portata rispetto alle mammarie peduncolate, tutti risultati che potrebbero suggerire che la minore incidenza di complicanze cardiache nel follow-up sia legata ad una migliore patency dei graft. Un'ulteriore spiegazione della superiorità nel lungo termine può essere ritrovata nella possibilità che eventuali lesioni prodotte a carico delle arterie durante il prelievo e la preparazione fossero state più facilmente identificate nelle mammarie scheletrizzate, con conseguente cambio di strategia e non-utilizzo della mammaria danneggiata. In tal caso vi sarebbe stato un effetto di "selezione" che potrebbe aver portato ad una maggiore concentrazione dei graft di qualità subottimale nel gruppo con mammarie peduncolate. In assenza di controlli angiografici postoperatori in tutti i pazienti (difficilmente praticabili nella routine), non è possibile confermare né escludere tale ipotesi interpretativa; tuttavia il risultato in termini clinici è altamente significativo e merita considerazione.

Questo studio in conclusione offre importanti spunti di riflessione sulle possibili scelte di strategia di rivascolarizzazione coronarica con le quali ci relazioniamo ogni giorno, e sulle conseguenze, sia a breve che a lungo termine, che tali scelte possono avere sull'outcome dei pazienti.