

ANALISI - Bilanciare nuove procedure, trasparenza clinica e reale libertà di scelta del malato: una “lezione” dall’ospedale di Zurigo

CHIRURGIA TRADIZIONALE O INNOVATIVA? CHI DEVE DECIDERE LA CURA MIGLIORE?

Il dibattito aperto dal caso di una clinica svizzera, dopo l’aumento della mortalità tra il 2014 e il 2020. L’inchiesta ha messo sotto la lente dispositivi, controlli e metodi

MARCO MOROSINI – AVVENIRE 15 MAGGIO 2026

Un terremoto politico e morale, dal quale abbiamo qualcosa da imparare, scuote dal 5 maggio uno dei templi della sanità svizzera: l’Ospedale Universitario di Zurigo (USZ). Dal 2014 al 2020 la sua Clinica cardiocirurgica fu diretta dal **professor Francesco Maisano, specialista italiano di fama internazionale e pioniere della cardiocirurgia mininvasiva**. Secondo il rapporto di una commissione d’inchiesta indipendente presentato il 5 maggio, in quel periodo la mortalità operatoria più che triplicò, crescendo ogni anno dal 2,1% iniziale fino a culminare al 7,3% nel 2020, quando Maisano fu sospeso (e poi congedato nel 2021). La mortalità scese poi dal 2022 a circa il 2%, come era prima del 2014 e come è stata tra il 2014 e il 2021 negli altri quattro ospedali universitari di Basilea, Berna, Ginevra e Losanna. Dopo il commiato di Maisano, anche i due maggiori dirigenti dell’Ospedale furono sostituiti, nel 2021 e nel 2023, mentre tre dei nove membri del Consiglio di ospedale si dimisero nel 2026. Secondo la commissione d’inchiesta, su 4.500 operazioni condotte sotto la direzione dell’allora responsabile (ottobre 2014 – maggio 2020) e su 307 decessi esaminati individualmente si verificò una sovra mortalità statisticamente significativa di 68–74 decessi, rispetto alla mortalità prima e dopo quel periodo e alla mortalità negli altri Ospedali universitari. Dal 2021 il professor Maisano dirige parte della cardiocirurgia dell’Ospedale San Raffaele di Milano, dove egli aveva già operato dal 1997 al 2013. In Svizzera, intanto, su suggerimento della commissione d’inchiesta, nel 2026 il nuovo vertice dell’USZ ha trasmesso alla procura cantonale di Zurigo il rapporto di 216 pagine della commissione e una denuncia o segnalazione per vagliare eventuali responsabilità penali in 24 casi. Vale naturalmente la presunzione di innocenza. Al centro della vicenda vi è un dilemma medico reale, che riguarda ogni paziente candidato a un intervento sulle valvole del cuore: quando è preferibile la chirurgia tradizionale a cuore aperto e quando una procedura percutanea mininvasiva, eseguita con cateteri introdotti attraverso i vasi sanguigni di un arto? La chirurgia convenzionale è più invasiva, ma può garantire risultati più duraturi. La procedura percutanea è molto meno traumatica nel breve periodo, ma in alcuni casi può offrire benefici meno duraturi. La prima rappresenta la tradizione chirurgica; la seconda, la promessa dell’innovazione. È qui che il caso zurighese diventa una lezione generale. Ognuno di noi potrebbe trovarsi, da paziente, davanti alla domanda: chirurgia convenzionale o percutanea? I fattori da considerare sono molti: età anagrafica, età biologica, condizioni generali, rischio operatorio, stile di vita e molti altri. Immaginandomi paziente, mi sentirei quasi schiacciato dal peso della decisione. Chiederei pareri a un cardiologo e a un cardiocirurgo, forse a più di uno. Forse interrogherei anche alcune Intelligenze artificiali. Per questo la medicina moderna insiste sullo “*Heart Team*”, un gruppo interdisciplinare in cui cardiologi, cardiocirurghi, e altri specialisti valutano insieme il caso. In ultima analisi, però

dovrebbe essere determinante il giudizio del paziente, adeguatamente informato. Per esempio, una interessante guida per il paziente a questa decisione è offerta online per esempio da “Gleneagles Hospitals”, una delle maggiori aziende indiane di ospedali privati. Un ulteriore dilemma è il seguente: chi può sopportare il peso della decisione? Il paziente, o il medico? Nel caso della cardiocirurgia zurighese, i primi segnali interni di mortalità anomala risalgono al 2017. Seguirono audit, allarmi interni, tensioni tra specialisti e, nel dicembre 2019, una segnalazione di *whistleblowing* (lancio di allarme) da parte del cardiocirurgo André Plass, allora membro dell'équipe. Dopo un primo rapporto esterno, l'USZ sospese il professor Maisano nel maggio 2020 e lo congedò nel 2021, disponendo un successore e profonde riforme nella gestione della clinica. Nel luglio dello stesso anno subentrò il professor Paul Vogt, ad interim. Dal dicembre 2022 la clinica è guidata dal professor Omer Dzemali. Il quotidiano *Neue Zürcher Zeitung*, ha dedicato un lungo articolo al ritratto di tre *whistleblower*, André Plass, Paul Vogt e la deputata cantonale Linda Camenisch, senza la cui tenacia – titola il giornale – molte responsabilità non sarebbero emerse. In una lunga intervista del 10 maggio l'attuale direttrice del USZ Monika Jänicke ha pubblicamente ringraziato il *whistleblower* André Plass e ne ha riconosciuto il merito, senza peraltro reintegrarlo nell'USZ, che lo aveva licenziato nel 2020.

Per anni, infatti, l'USZ aveva sostenuto, anche dopo il “repulisti” tra il 2021 e il 2023, che non vi fossero stati danni ai pazienti. Questa affermazione, però, era stata vivacemente contestata dai due chirurghi Plass e Vogt, e oggi è smentita dal rapporto della commissione d'inchiesta che dà ragione ai loro allarmi. Le parole usate il 5 maggio in conferenza stampa dal presidente dello Spitalrat, André Zemp sono state pronunciate con enorme emozione: «inaccettabile», «sconvolgente», «devastante», «siamo profondamente turbati e chiediamo sinceramente scusa ai pazienti e ai familiari». Esse hanno risuonato nell'apertura del telegiornale della sera e sulle prime pagine dei giornali. Secondo il cardiocirurgo René Prêtre, codirettore della commissione d'inchiesta, «in sei anni 70 decessi aggiuntivi, ossia un decesso su quattro, avrebbero potuto essere evitati se i pazienti fossero stati trattati in un altro ospedale. Probabilmente troppi pazienti sono stati messi al servizio dell'innovazione, invece dell'innovazione al servizio dei pazienti». La commissione d'inchiesta (indipendente ma indetta dallo stesso ospedale) e presieduta dall'ex giudice federale Niklaus Oberholzer, non attribuisce tutto a un solo uomo. Individua invece tre livelli di responsabilità: la direzione della clinica cardiocirurgica, la direzione ospedaliera e il Consiglio dell'ospedale dell'epoca. A Maisano rimprovera soprattutto carenze di direzione, conflitti di interesse non adeguatamente palesati e un'eccessiva concentrazione sulle tecniche innovative. Ai dirigenti dell'USZ di allora rimprovera di non avere vigilato abbastanza.

Il rapporto afferma che la nomina di Maisano fu troppo rapida. Il chirurgo era noto per la sua audacia innovativa, ma non aveva esperienza nella direzione di una grande clinica cardiocirurgica. Secondo la commissione, l'ospedale non valutò con sufficiente attenzione le sue qualifiche accademiche, né le sue capacità manageriali, né i suoi numerosi legami scientifici e commerciali con diverse industrie biomedicali. Uno dei punti più delicati riguarda l'informazione ai pazienti. Secondo la commissione, in diversi casi il rischio della chirurgia tradizionale sarebbe stato presentato in modo esagerato, mentre i vantaggi dei dispositivi innovativi sarebbero stati enfatizzati. Non sarebbero stati comunicati adeguatamente il rischio di lesioni coronariche e i

conflitti di interesse legati ai prodotti impiegati. In altre parole, la domanda decisiva è se i pazienti siano stati davvero messi in condizione di scegliere. Il dispositivo simbolo della vicenda è il *Cardioband*, un dispositivo medico impiantabile per la riparazione mininvasiva di una valvola cardiaca, sviluppato dallo stesso Maisano e dalla società israeliana Valtech, di cui Maisano fu *Chief Medical Officer* dal 2008 al 2013. Il rapporto riconosce che l'innovazione medica è un compito legittimo di un ospedale universitario. Ma sostiene che alcuni dispositivi usati erano ancora poco validati e che in 13 casi il loro impiego fu giudicato inappropriato: un intervento chirurgico convenzionale avrebbe probabilmente offerto risultati migliori. A beneficio di Maisano va detto che molti innovatori credono sinceramente negli strumenti che hanno contribuito a sviluppare. Ogni specialista tende a vedere il malato anche attraverso la tecnica che padroneggia meglio. Proprio per questo servono secondi pareri, *Heart Team* indipendenti, trasparenza sui conflitti di interesse e controlli istituzionali efficaci. Il problema non è l'innovazione in sé, ma il rischio che il paziente possa diventare funzionale all'innovazione, anziché il contrario.

Mentre tra il 2015 e il 2020 a Zurigo furono impiantati 44 *Cardioband*, il San Raffaele, interpellato il 6 maggio dal giornale svizzero *tio.ch*, ha risposto che dal 2021 a oggi il *Cardioband* non sarebbe mai stato utilizzato nella clinica milanese. Forse in proposito è significativo che, dopo un boom iniziale, le vendite globali che miravano a un obiettivo di 650 milioni di dollari, in realtà non abbiano superato i 5 milioni di dollari, fino a quando Valtech fu comprata nel 2017 dalla società statunitense Edward Lifesciences per 340 milioni di dollari. La vicenda resta però rilevante anche per l'Italia, perché interroga tutti gli ospedali d'eccellenza: come si informa un paziente? Come si distinguono innovazione e sperimentazione? Come si impedisce che il prestigio o il guadagno di un medico o di un centro possa compromettere il bene della persona malata? Forse la frase più significativa si trova proprio nel sito personale del professor Maisano, quasi come un monito involontario: «Chirurgia convenzionale o percutanea? La scelta non è semplice e richiede un'informazione completa e libera da interessi personali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quando scegliere un intervento a cuore aperto o una procedura mininvasiva? Come garantire un'informazione libera da interessi personali? Come impedire che il paziente diventi funzionale all'innovazione anziché il contrario?

A chi spetta la scelta terapeutica? Al medico, al paziente o a un Heart Team? / Icp