



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



numero 3/2006 luglio - settembre



L'editoriale

ACOI e SIC Una storia italiana

Fondata il 3 Aprile 1882, la Società Italiana di Chirurgia tenne il suo primo Congresso a Roma, nell'Aprile dell'anno successivo. Nel suo discorso inaugurale Costanzo Mazzoni, Presidente del Congresso, pronunciava parole di straordinaria modernità, che non stonerebbero certo oggi, se pronunciate all'inaugurazione del prossimo Congresso: *"In verità appo noi la Classe Chirurgica, sebbene goda privilegi e alta posizione sociale, nullameno spesso è dimenticata e più spesso costretta ad atti, che la rendono schiava ed umiliata. Parlino per me quei Chirurghi, i quali obbligati ad obbedire alle esigenze del foro, debbono sopportare fatiche ingrato e penose, sempre remunerate con umiliante e*

segue a pagina 3



Intervista a:
Livia Turco
Ministro
della Salute



Vita dell'Associazione
**Elezioni
consiglio
direttivo SIC**
I candidati



Erich Mühe
Il vero pioniere
della chirurgia
laparoscopica

In questo numero

01 Editoriale

ACOI e SIC. Una storia italiana

04 Primo piano

Il diritto, il dissenso informato, la legge. Proviamo a discutere *di Rodolfo Vincenti*

06 Intervista a:

On. Livia Turco. Ministro della Salute *di Rodolfo Vincenti*

08 A proposito di: Commissioni ACOI

Commissione Videochirurgia *di Feliciano Crovella*

Donne e Chirurgia. Debuttanti? Non si direbbe! *di Micaela Piccoli*

10 La pubblicizzazione dei dati in Chirurgia: solo un'ipotesi?

di Raffaele Macarone Palmieri

13 Ci hanno lasciato

Il vero pioniere della chirurgia laparoscopica *di Heinrich Perenthaler*

Morte bianca, anche in corsia *di Rodolfo Vincenti*

14 Storie dal Mondo

THARAKA un ospedale nella foresta *di Carlo Molino*

15 Il caso clinico del trimestre

di Marco Barreca, con la collaborazione di Ilaria Righi ed Emanuele Asti

commento *di Lorenzo Capussotti*

16 Vita dell'Associazione

Elezioni consiglio direttivo Società Italiana di Chirurgia. I candidati

Chirurgia Pediatrica *di Andrea Franchella*

Day Surgery *di Marsilio Francucci*

Tra speranza e paura. Dibattito in vista del 26° Congresso Nazionale ACOI

di Francesco Domenico Capizzi

"Chirurgia di qualità" al Congresso Regionale ACOI CALABRIA

22 Scuole Speciali ACOI

Chirurgia Laparoscopica e Mini-invasiva

Chirurgia dell'Esophago

Chirurgia Endovascolare

Coloproctologia

22 ACOI giovani

Professione medico: come orizzonte il mondo *di Eugenio Coccozza*

Corso di "Fondamentali nella pratica chirurgica"

Iscriviti al Forum!

28 Rubriche

Il testo da consultare: PRIMER OF ROBOTIC & TELEROBOTIC SURGERY

Garth H. Ballantyne, Jacques Marescaux, Pier Cristoforo Giulianotti

di Graziano Pernazza

Il libro da leggere: VERSO LA QUALITA' di Andrea Gardini

di Michele Montinari

La mostra da non perdere: TRE CITTÀ CELEBRANO MANTEGNA

di Luisella Spinelli

30 La Posta

Lettere al Direttore

Lettere al Presidente

Trimestrale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani. Supplemento a Ospedali d'Italia Chirurgia. n.3 /2006 luglio - settembre

Direttore Responsabile

Claudio Modiano

Direttore Editoriale

Rodolfo Vincenti

Vicedirettore

Heinrich Perenthaler

Segretaria di redazione

Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE

Ferdinando Agresta, Marco Barreca, Stefano Bartoli, Bruno Bascone, Luca Bottero, Marco Catarci, Marco De Fazio, Bruno Di Filippo, Alessandro Ferrero, Aldo Infantino, Sergio Licheri, Gaetano Logrieco, Pierenrico Marchesa, Michele Montinari, Graziano Pernazza, Micaela Piccoli, Roberto Rezzo, Baldassarre Sansoni, Massimo Sartelli, Luisella Spinelli.

COMITATO EDITORIALE

Piero Banna

Carlo Corsi

Feliciano Crovella

Giuseppe Di Falco

Dalila Patrizia Greco

Giannantonio Farello

Rocco Maruotti

Massimo Percoco

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Gianluigi Melotti

Past President

Vincenzo Stancanelli

Vice Presidenti

Luigi Presenti

Giovanna Riccipetroni

Consiglieri

Domenico Carnì

Renato Mura

Lorenzo Novellino

Ottaviano Petrillo

Giuseppe Spinoglio

Segretario

Enrico Pernazza

Tesoriere

Luciano Landa

Segretari Aggiunti

Stefano Bartoli

Domitilla Foghetti

PROGETTO EDITORIALE

Roberta Marzullo

PROGETTO GRAFICO

Avenida srl

IMPIANTI e STAMPA

Saffe srl - Firenze

La rivista, diffusa in 6.000 copie, è stata chiusa in redazione il 30/09/2006

SEGRETERIA ACOI

Alessandra Carlini - Rachele Giuliani

via Costantino Morin 45, Roma

tel. 06-37518937 fax 06-37518941

segreteria@acoi.it



segue dalla prima

indecorosa mercede... Parlino i Chirurghi delle piccole condotte i quali, dopo lungo ed onorato esercizio, trovano per compenso l'abbandono e lo sconforto. Eppure nessun'altra professione rende alla società benefici maggiori nè più segnalati."

Governata per un secolo dalle principali Scuole Accademiche di Chirurgia, poco aperta al mondo chirurgico reale molto più articolato, la SIC assisteva incurante e disattenta all'evoluzione e alla crescita della chirurgia ospedaliera ed alla nascita dell'ACOI nel 1980.

Nel 1994, dopo 112 anni, Massimo Gazzaniga, già presidente ACOI, diveniva primo presidente ospedaliero della SIC.

Da allora la regola di una pari rappresentatività del mondo universitario e ospedaliero all'interno della SIC non ha subito interruzioni: al prossimo congresso di ottobre Roberto Tersigni, già vicepresidente ACOI,

diventerà Presidente in carica per il prossimo biennio dopo la plebiscitaria elezione di due anni or sono.

Risolto dunque il nodo della pari dignità di tutti i chirurghi italiani all'interno della più antica società di chirurgia, che cosa ci aspettiamo oggi da quella che possiamo a pieno titolo considerare la comune casa madre?

Ci aspettiamo una SIC che, con il contributo di tutti, sia capace di ridefinire la figura del chirurgo in Italia, rielaborando le regole della formazione degli specialisti, con pieno utilizzo della enorme rete di alte competenze presenti nel nostro paese, ponendo così le basi per rendere i nuovi chirurghi italiani perfettamente integrati e interscambiabili con gli omologhi colleghi europei.

Ci aspettiamo una SIC che porti a valorizzare sempre più il sapere e la conoscenza ed i relativi risultati, con regole certe, trasparenti, tali da accreditare maggiormente la chirurgia italiana in campo nazionale ed internazionale.

Ci aspettiamo consulenza e guida al gran numero di società scientifiche chirurgiche del nostro paese, patrimonio di dinamismo e di fervore creativo, sfuggendo ogni tentazione egemonica, nel rispetto della storia e della dignità dei singoli soggetti. La pluralità di voci presente nel mondo chirurgico italiano deve essere vissuta come una grande opportunità, non come un'anomalia.

Su questi obiettivi, non abbiamo dubbi, l'ACOI saprà essere sempre alleato forte e leale.

A conforto di questa visione, forse non originale, nella quale però ci identifichiamo pienamente, ci piace riprendere ancora il discorso di Costanzo Mazzoni alla SIC del 1883: *"Contro siffatta situazione non vi ha che un solo rimedio, l'unione cioè salda e*

concorde fra Noi, stretta dalla stima reciproca e confortata dal reciproco consiglio... con tale intendimento... la nostra Classe potrà elevarsi... e circondarsi di quel prestigio che rende gli uomini apprezzati e protetti. E perchè questa concordia riesca efficace e duratura occorre che sia corroborata dal lavoro veritiero, efficace: da quel lavoro ispirato alla tradizione dell'arte e fecondato dai lumi del progresso..."

Gianluigi Melotti

L'Assemblea Generale dei Soci, riunitasi al recente Congresso Nazionale di Spoleto, ha approvato all'unanimità una variazione dello statuto societario che consente di introdurre nelle finalità dell'associazione anche la partecipazione ad attività di tipo sindacale.

Nella stessa Assemblea è stato approvato all'unanimità l'aumento della quota associativa, ferma da cinque anni, a 15 Euro mensili (180 Euro/anno), livello minimo richiesto dall'ARAN per poter mantenere la nostra rappresentatività all'interno della FESMED.

Cogliamo l'occasione per ricordare a tutti che il pagamento della quota associativa attraverso azienda ospedaliera/sanitaria è presupposto indispensabile per un rafforzamento dell'ACOI ai tavoli di trattativa nazionale e decentrata.

Il Consiglio Direttivo ACOI

FloSeal
MATRIX

Quando ridurre i tempi è essenziale

Floseal® riduce i tempi ed i costi chirurgici

Baxter

CE 0123

Via A. Cocchi, 79 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa
Tel. +39 050 97 61 11
www.baxteritalia.it
Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

BAE1049 PR0206

Primo piano

Il diritto, il dissenso informato, la legge. Proviamo a discutere.

di Rodolfo Vincenti

Nell'ormai lontano dicembre del 2003 fu elaborato, da parte del Comitato Nazionale di Bioetica, organo consultivo della Presidenza del Consiglio, su oltre venti pagine limate e meditate e dopo circa un anno e mezzo di lavoro, un documento, firmato da 54 saggi, sulla base del quale si rendeva possibile pre-esprimere "in forma scritta" la propria volontà ad interrompere le cure, quando queste non fossero più, in alcun modo, efficaci, in caso di grave, irreversibile e terminale malattia, lasciando piena libertà al medico di eseguire o meno la volontà documentata del paziente, fornendo una adeguata motivazione. Un documento espressione di una intensa e profonda capacità di mediazione tra giuristi ed esperti di bioetica, tra medici e filosofi, tra laici e cattolici, tra credenti e non credenti. Il titolo del documento, più precisamente, chiama l'insieme delle norme "Dichiarazioni anticipate di trattamento". Il parere dei saggi era stato richiesto dall'allora ministro Girolamo Sirchia, nel tentativo di fornire un assetto legislativo chiaro al problema della nostra società contemporanea, tecnologicamente avanzata, diventato sempre più pressante e drammatico: quello delle malattie in fase terminale e degli stati vegetativi. Il Comitato non solo disse sì al "**testamento biologico**", il cosiddetto living will statunitense, ma si spinse a raccomandare e sollecitare il Parlamento affinché si potesse affrettare a dare un fondamento giuridico alle "Dichiarazioni anticipate di trattamento". La terminologia è essenziale: nel documento la parola eutanasia non compare. Probabilmente è per questo che si è riusciti nel difficile compito di unire le diverse anime del Comitato, con la **salvaguardia della libertà del paziente e dell'autonomia del medico**. Il testamento "redatto in forma scritta e mai orale da soggetti maggiorenni non sottoposti a nessuna pressione", dovrà essere affidato ad un terzo soggetto fiduciario e dovrà essere depositato in luogo pubblico (ospedale, Asl ecc). Se il medico, in piena autonomia, rifiuterà, dovrà inserire nella cartella clinica le sue motivazioni.

Malgrado ogni buona intenzione sono ancora molti i punti non chiari e difficile è la definizione della fine delle cure. **Il documento prevede che si possa chiedere la sospensione di una terapia o il rifiuto di un intervento chirurgico, se questi non sono più utili alla vita e soprattutto ad una vita "dignitosa"**. Non è invece ancora definito se un paziente potrà chiedere l'interruzione dell'alimentazione artificiale o dell'idratazione. Su quest'ultimo tema il Comitato non trovò intesa. Una parte dei membri sostenne che anche questi trattamenti devono rientrare nella disponibilità dei pazienti, altri si posizionarono su atteggiamenti più cauti e sostennero che solo nei casi più gravosi, in cui si configura una forma di accanimento terapeutico verso il paziente, tali trattamenti possono rientrare nelle volontà anticipate. Comunque il tema, che così profondamente interessa l'uomo e ancor più il chirurgo, è rimasto nel dimenticatoio delle intenzioni. Il parlamento non ha deliberato (tre proposte di legge sono state accuratamente insabbiate!), i politici non sembrano ancora trovare quei punti di mediazione che i componenti esemplari del laboratorio di idee del Comitato hanno, ancorché con difficoltà, trovato.

Una legge che obblighi a seguire il testamento biologico (o "testamento di vita" come qualcuno preferisce), è presente in diversi Paesi (Stati Uniti, Germania, Olanda, Belgio, Danimarca), dove l'adesione della popolazione si attesta intorno al 10-15%. In Italia non esiste una normativa, anche se in punta di diritto le volontà anticipate possono essere considerate valide e tenute in considerazione dal medico, alla cui discrezionalità tutto è affidato, ma senza, si badi bene, alcuna tutela. La domanda viene automatica: **gli Italiani come si comporterebbero?** Non sono disponibili dati, ma un sondaggio eseguito dall'Eurispes sull'eutanasia (scelta ben più coinvolgente e controversa, volutamente non citata nel Documento), ha evidenziato tra i cattolici 38% favorevoli e 48% contrari, tra i non

cattolici 69% favorevoli e 18,6% contrari, il che, fatte le debite proporzioni, farebbe pensare ad un giudizio sostanzialmente favorevole ad una regolamentazione della problematica. Ma i nostri politici sono abili a non raggiungere punti di mediazione, forse troppo preoccupati da altro.

Il dibattito, comunque, è appena agli inizi. Molti di noi tendono a rimuoverlo, tanto è inquietante. **Il nostro ruolo di medici e di chirurghi, però, non ci permette di chiamarci fuori.** E' bene porre la questione sul tavolo: le diverse opinioni portano al dibattito, il dibattito costruttivo porta a confrontarle ed a raggiungere posizioni comuni, nell'interesse della società e della nostra categoria. Se da una parte dobbiamo riconoscere che dietro le pressioni protestamento si colloca il sincero desiderio di veder cessare di soffrire coloro che la malattia rende ostaggio delle inutili terapie, dall'altra vediamo il pericolo dell'affermazione che la malattia è da combattere solo quando sia curabile e, laddove non più curabile, va abolita, sopprimendo semplicemente la vita stessa del malato.

In un articolo di qualche tempo fa su "Le Monde", intitolato "L'euthanasie est dépassée", si sosteneva che "non può esistere più l'esigenza di dare morte pietosa a malati incurabili, preda di sofferenze terribili ed invincibili: la medicina palliativa può svuotare da dentro la necessità; il dolore può essere combattuto, fronteggiato, ridotto in termini assolutamente accettabili". "Accettabile", mi domando cosa possa significare e quale possa essere la sua soglia pre-definita! Questo è quanto l'articolaista sosteneva e noi sappiamo che nell'immaginario collettivo tale messaggio è ben radicato; ammesso poi che il dolore sia l'unica variabile a poter definire la qualità di vita, eliminando le numerose altre (ineluttabilità dell'evento morte, stato vegetativo, perdita della dignità, disabilità totale ecc). Noi tecnici però, conosciamo la verità: le terapie antalgiche possono molto, non tutto; possono per lungo tempo, non per sempre e inoltre, almeno per il momento, non tutti i farmaci efficaci sono consentiti



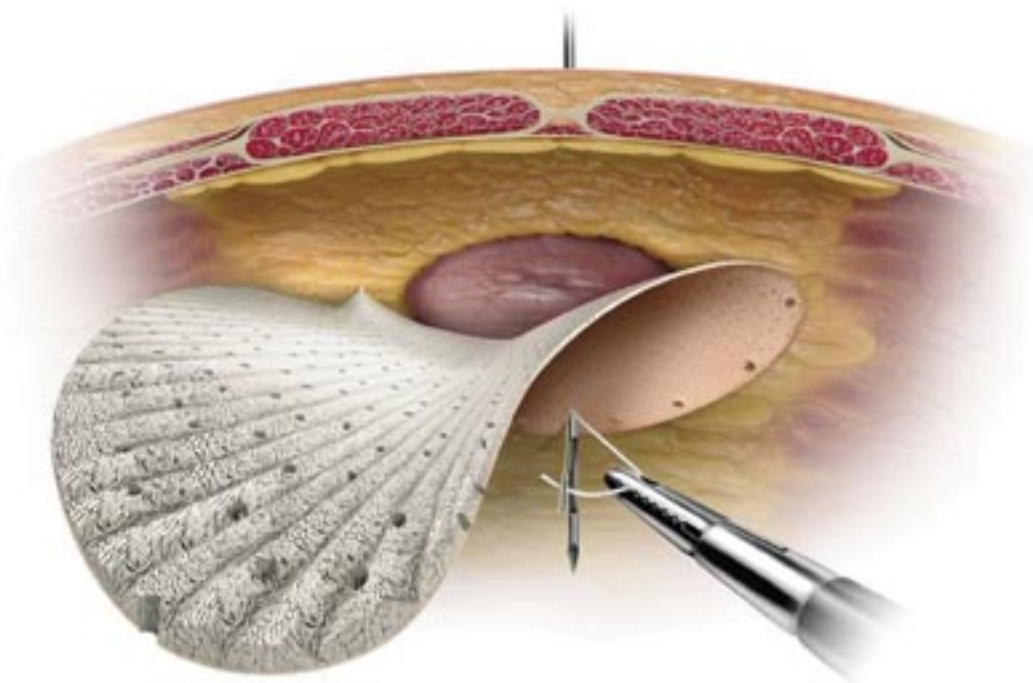
dalla legge (oppio e derivati).

L'introduzione dell'obbligo di consenso informato per qualsiasi procedura medica, espresso dalla "Convenzione sui diritti umani e la biomedicina" di Oviedo, approvata dal Consiglio d'Europa (1997) e ribadita nel nostro Codice deontologico (il medico "deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona"), **in realtà sottintende il diritto di rifiutare le cure da parte del malato**. Credo sia ben strano che il medico debba attenersi a tale rifiuto ma, qualora la

storia naturale della malattia avesse portato il malato nella fase "terminale" irreversibile, possa essere autorizzato a procedere a trattamenti di sopravvivenza anche contro la volontà pre-espressa del paziente.

Come prima sottolineato, il tema è veramente ostico: invade nel profondo l'individualità di ciascuno di noi, i propri convincimenti religiosi, la personale filosofia di vita ed il chirurgo ne è coinvolto necessariamente e con frequenza insospettabile. Di fronte a tali situazioni è solo, unico arbitro e giudice, come sempre accade laddove non ci sia alcuna regolamentazione normativa. E' vero

che noi chirurghi siamo avvezzi a rischiare in proprio, ma **su tali argomenti la nostra categoria deve entrare nel dibattito come uno degli attori principali**, deve incalzare, con determinazione e con la consapevolezza della propria forza, la politica a fare quanto da più parti viene richiesto. Sono profondamente convinto che sia giunto il momento in cui, sulla base dell'opera dei "54 saggi", **qualcuno si metta al lavoro per la salvaguardia del diritto dell'uomo e del diritto del terapeuta di avere ben chiarificati i doveri ai quali attenersi**.



DUALMESH PLUS

BIOMATERIAL WITH HOLES



Intervista a:

On. Livia Turco

Ministro della Salute

di Rodolfo Vincenti



Domanda: Il Sistema Sanitario Italiano negli ultimi anni è sempre più frequentemente balzato agli onori della cronaca per scandali, talvolta con esiti drammatici, che hanno avuto propaggini dirette ed indirette nella sanità. Lo sviluppo del sistema potere-affari nato e cresciuto patologicamente nell'ambito della gestione della sanità, è profondamente correlato alla licenza che di fatto sembra sfuggita ad ogni controllo, di lottizzare convenzioni esterne, forniture, posti di lavoro. Ciò tende a moltiplicare costi, pratiche clientelari, inutili sprechi e, talvolta, dimostrate ruberie. Quali pensa che possano essere le terapie efficaci per debellare o quantomeno ridurre ai minimi termini, questa malattia ormai cronicizzata?

La politica è una cosa, la gestione della sanità pubblica è un'altra. Le due cose devono essere tenute ben distinte. Su quella che ho voluto chiamare la "cattiva politica" ho dedicato un punto saliente del mio programma di governo della sanità (New Deal) e la mia prima azione

da ministro, vale a dire la cancellazione di una norma adottata dal precedente governo che di fatto avrebbe aperto la direzione generale di Asl e Ospedali a persone che, senza nulla togliere all'importanza dell'esperienza di parlamentare o di consigliere regionale, non possono essere certo considerate esperte di gestione e organizzazione di azienda. Alcune settimane fa il Consiglio dei Ministri ha approvato, su mia proposta, uno schema di regolamento con il quale sono stabilite nuove modalità di selezione, incarico e revoca dei direttori scientifici degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircs) di diritto pubblico. Tutto ciò proprio perché ho voluto stabilire con un provvedimento normativo, che la scelta dei candidati ai vertici dei nostri Ospedali avvenga in base a criteri di merito, ai curricula e all'esperienza documentata e non in base alla fedeltà a questo o a quel partito. Il fatto che la politica della lottizzazione esca definitivamente dalla sanità nel suo complesso è infatti una necessità sulla quale auspico si

possa creare una reale condivisione per tutte le forze politiche.

Domanda: Lei ha sottolineato l'importanza di "contrarre un nuovo patto per la salute, un vero e proprio New Deal per la sanità italiana". Potrebbe specificare meglio i concetti, le finalità ed i percorsi di tale progetto?

Ridare fiducia ai cittadini e riavvicinare la medicina ai loro bisogni ed alle loro esigenze. Questo è il senso del nuovo patto per la salute: saper raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema, finalizzandone l'operato verso questo unico e grande obiettivo. Attraverso scelte condivise con le Regioni vogliamo garantire a tutti i cittadini un SSN ispirato all'efficienza, all'efficacia, alla qualità, all'appropriatezza e realmente basato sui principi di equità e solidarietà. Un sistema sanitario che consideri i cittadini come risorsa strutturale e non quali meri destinatari di servizi e prestazioni. All'interno del New Deal ho voluto indicare degli obiettivi concreti che riguardano in particolare gli ambiti della terapia del dolore, della salute mentale, delle malattie rare, della disabilità, degli anziani e della tossicodipendenza. Ho voluto inoltre indicare come una delle risorse del sistema sia la ricchezza delle professionalità che animano il SSN, individuando alcune grandi priorità di intervento quali lo sviluppo del Governo clinico ed assistenziale, la piena applicazione della Legge 43 sulle professioni sanitarie, la riforma del sistema dell'ECM e dello stesso percorso universitario nelle lauree in scienze mediche e sanitarie, il superamento delle forme di lavoro atipiche che mascherano spesso un vero e proprio precariato. Inoltre vogliamo affrontare la grave disuguaglianza nell'erogazione delle cure tra il Sud e il Centro Nord del Paese, in particolare nel delicato settore dell'oncologia che, come abbiamo indicato nel programma di governo, intendiamo risolvere recuperando la piena autosufficienza sanitaria del Mezzogiorno.

Domanda: La "Casa della Salute", struttura polivalente, tra le altre peculiarità, dovrebbe poter effettuare gli accertamenti diagnostico strumentali di base senza interruzioni di servizio. Ciò implica disponibilità strumentali già ampiamente presenti e non eliminabili, nella rete degli ospedali. Come pensa che i due sistemi possano essere integrati senza inutili sovrapposizioni?

Pur puntando come ministero ad una omogeneizzazione dell'offerta su tutto il territorio

nazionale, sarà poi affidato alle Regioni ed agli Enti Locali, il compito di individuare sul territorio le strutture più idonee alla realizzazione di questo grande progetto che è la Casa della Salute, come effettiva integrazione socio sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale. Questa collaborazione permetterà una razionalizzazione della realizzazione di questo progetto e del suo finanziamento, nell'intento di evitare inutili sprechi ed ulteriori aggravii sul bilancio del SSN.

Domanda: I Chirurghi Ospedalieri Italiani hanno da sempre stigmatizzato l'anomalia metodologica della normativa che regola la concorsualità, specie per i ruoli dirigenziali apicali. Chi partecipa ad un concorso lo fa sempre con un senso di frustrazione per l'inutile perdita di tempo, quasi con spirito De Coubertiano, in quanto molto spesso circola nei corridoi, con impressionante attendibilità, il nome del vincitore, letteralmente "prescelto". I componenti della commissione hanno un ruolo esclusivamente "notarile", necessario alla validazione della scelta quasi sempre in precedenza già definita.

Non crede che tale sistema debba essere riformato profondamente per poter recuperare qualità e professionalità?

Come ho già sottolineato, il merito dovrà essere il criterio guida per la scelta di ogni incarico a qualsiasi livello. A questo proposito ho voluto dedicare una parte del punto sulle professioni sanitarie del New Deal al sistema concorsuale. Occorre costruire un nuovo sistema per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie (dipartimenti, strutture semplici e complesse, etc.) che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte, con la funzione di responsabilità decisionale che riteniamo debba rimanere in capo agli organismi gestionali delle Aziende, secondo criteri di massima trasparenza e oggettività (curricula, titoli, esperienze, attività scientifica, etc.).

Domanda: Secondo il suo emendamento sulla libera professione dei medici pubblici negli studi privati, inserito nel decreto Bersani, il rientro dell'attività privata nelle strutture pubbliche dovrebbe avvenire in tempi più rapidi rispetto ai tre anni di cui si è parlato. Esso stabilisce l'obbligo del completamento degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'at-

tività libero professionale intramuraria, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge. Ma la mancata predisposizione di spazi adeguati interni agli ospedali pubblici è cronica ed ampiamente diffusa. Come pensa che possa essere attuata tale disposizione e attraverso quali controlli?

Considero la libera professione, sia intramoenia che extramoenia, un diritto dei medici del SSN, sancito dal contratto e dalle leggi vigenti. Ma non solo: se ben regolamentata essa costituisce un'opportunità anche per il cittadino. A tal fine bisogna trovare insieme le soluzioni più giuste e realisticamente possibili. Innanzitutto è necessario avviare subito un confronto con i sindacati medici e le regioni per un'analisi attenta alle attuali realtà dell'esercizio della libera professione intramoenia nel SSN. La proroga di un anno dell'intramoenia allargata serve ad interrompere la logica perversa delle proroghe sine die ed ha lo scopo di sensibilizzare Asl e regioni ad individuare soluzioni idonee affinché il diritto alla libera professione dei medici che hanno scelto il rapporto esclusivo con il sistema sanitario nazionale, ben il 95%, sia garantito. La mia volontà è quella di valorizzare l'intramoenia in pieno accordo con medici e regioni.

C'è chi sostiene che un anno è poco per realizzare le strutture ma a questo proposito lancia una sfida e invito tutti a fare la propria parte.

Domanda: L'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani è fortemente presente nel sistema formativo, non solo nel progetto nazionale ECM ma anche con numerose Scuole Speciali di Chirurgia. L'ACOI rappresenta una realtà di quasi 6.000 chirurghi, un patrimonio di conoscenze, attività e cultura che non crediamo possa essere limitato al pur importante ruolo consociativo e formativo. Quali pensa possano essere le auspicabili interazioni tra le società scientifiche e le politiche della Sanità?

Innanzitutto occorre rivalutare il ruolo del medico all'interno delle strutture sanitarie di appartenenza e per questo è allo studio un provvedimento sul Governo clinico finalizzato proprio a dare maggiori responsabilità decisionali ai medici ed ai professionisti della salute.

Il ruolo svolto dalle società scientifiche e dalle associazioni come l'ACOI va comunque allargato, con l'obiettivo primario di collegare gli indirizzi di ricerca ai bisogni di salute del Paese, alle priorità e agli obiettivi della

programmazione sanitaria definiti a livello nazionale e locale.

Inoltre, in collaborazione con gli altri Ministeri competenti e con le Regioni, sarà importante avviare un'azione futura impegnata ad elaborare un piano triennale di governo della ricerca sanitaria, scientifica e tecnologica per rafforzare la costituzione di reti nazionali con la partecipazione di diversi istituti di ricerca e delle società scientifiche.

Domanda: Le denunce per malpractice sanitarie hanno avuto un incremento impressionante e la tendenza è in crescita. Soltanto una minima parte di esse va in giudicato e di queste la maggior parte si conclude con un'assoluzione. Ciò comporta però uno stato di sofferenza del medico prolungato nel tempo che, nei grandi numeri, porta al diffondersi della cosiddetta "medicina difensiva". Come specificato nella recente "Economic Research-Stanford University" questo atteggiamento può essere di due tipi: "positivo", se il medico, per paura, tende a prescrivere un procedimento diagnostico-terapeutico anche quando non serve, o "negativo", se il camice bianco evita di prescrivere un trattamento complesso anche quando può essere utile. L'effetto è inevitabilmente un aumento dei costi, associato ad una ridotta qualità dell'assistenza. Non crede che tale problema dovrebbe essere portato decisamente su di un tavolo unitario con il coinvolgimento di tutti i Ministeri competenti?

La crescita del contenzioso legale contro medici ed istituzioni sanitarie ed il ricorso, sempre più ordinario, da parte dei medici a pratiche difensivistiche, sono il segno di un peculiare conflitto sociale di cui dobbiamo conoscere in profondità le logiche e le dinamiche.

Da una parte vi è un cittadino sempre più consapevole dei suoi diritti e dall'altra vi è un medico spesso con problemi di autonomia tecnico funzionale, impreparato a gestire delle relazioni e che opera in contesti e situazioni a dir poco complessi.

Il problema può essere affrontato da un lato, a parte le necessarie coperture assicurative, accettando sul piano sociale la condizione fallibilista della medicina, dall'altro ripensando le pratiche cliniche dentro un rapporto diverso con il malato.

Si deve andare oltre i burocratici consensi informati. La sfida è accordarsi con i cittadini anche con nuovi rapporti negoziali. Se per fare questo servono uno o più tavoli, noi siamo disponibili.

A proposito di: Commissioni ACOI

Commissione Videochirurgia

di Feliciano Crovella



Tutti gli eventi di videochirurgia sono stati un crescendo di successi ed il congresso di Alessandria ha superato ogni aspettativa. Pinuccio Spinoglio ha fatto un gran bel lavoro e tutti noi abbiamo sfruttato l'impegno, le linee guida, le finalità e le regole delineate da Rocco Maruotti, presidente della commissione uscente, e la valida collaborazione di Micaela Piccoli, Sergio Colizza, Gaetano Logrieco e tanti altri.

La nuova commissione ha ereditato tutto questo e non è poco: sono stati visionati tutti i film, circa duecento, inviati.

Ci siamo riuniti ad Alessandria, ad Alba, a Napoli, a Spoleto. Patrizia Liguori e Fouzia Mecheri sono state instancabili (le donne: sempre grandi lavoratrici). Jacques Megevand e Marco De Fazio sempre presenti, Marco Scatizzi e Ildo Scandroglio un duo vincente, Aldo Cagnazzo severo giudice con Alberto Quintiliani ed Enrico Restini, Mario Godina e Nunzio Tricarico, poi Diego Piazza, Lorenzo Abbo, Angelo Cerofolini, G. Battista Dalla Valle, Luciano Mastroianni, Roberto Petri, Giancarlo Piccinini, Marco Pisani, Claudio Dazzi, Antonino Urso.

Abbiamo ritenuto più corretto, per una completa valutazione, affiancare al televoter una scheda di valutazione dei filmati compilata dai componenti della commissione.

I dati del televoter e delle schede sono stati incrociati e, da questo doppio controllo, è

scaturita una graduatoria che, senza avere la pretesa di infallibilità, ha premiato eccellenti espressioni della chirurgia italiana.

I premi "under 40", voluti per evidenziare il lavoro dei più giovani, sono andati a quei filmati che esprimevano il reale contributo dell'operatore ed hanno premiato Rusconi della Chirurgia Generale della San Pio X di Milano, per il "Trattamento laparoscopico di voluminosa pseudocisti surrenalica", Basili della Chirurgia Generale di Pontedera per: "La chirurgia laparoscopica nelle urgenze addominali" ed infine Messina dell'Istituto di Clinica Chirurgica - Arcispedale S. Anna, Università degli Studi di Ferrara, per "Suture hook technique: simpaticectomia toracica videoassistita". Voglio ricordare con piacere, insieme ai video di Guido De Sena, Micaela Piccoli e Lorenzo Novellino, che hanno pienamente meritato le segnalazioni del pubblico e di tutta la commissione, tutti gli altri partecipanti che hanno contribuito con lavori apprezzabili e di notevole contenuto didattico, video originali e di qualità che confermano la vitalità e la forte crescita della chirurgia italiana.

Adesso stiamo pensando a Genova, al Congresso Nazionale di Videochirurgia che si terrà dal 29 novembre al 1° dicembre 2007.

L'idea è sempre quella di promuovere l'immagine. Stimolare i colleghi a filmare quello che fanno, cercando sempre nuove realtà. Alle tradizionali sessioni monotematiche ed alla Sessione video "under 40" che spero rimarrà una consuetudine, stiamo affiancando nuove stimolanti soluzioni quali sessioni di video integrali con passaggi completi dei tempi di esecuzione o con montaggio essenziale, dove venga data la possibilità di interrompere il filmato ed avviare un confronto. Video che affrontino il problema delle complicanze, nell'ottica della risoluzione dell'evento e dell'analisi delle cause che lo possono aver determinato. Video didattici con focalizzazione di tattica e strategia chirurgica. Video "tricks" che mostrino soluzioni personali ed originali di

approccio chirurgico. Video che affrontino anche tematiche estreme.

Questa commissione intende inserire queste novità progressivamente, in accordo con quanto il direttivo societario vorrà suggerire, convinta della validità di qualsiasi forma espressiva che possa stimolare un processo di crescita.

La verità dell'immagine è nuda ed è ancora più nuda la sua manipolazione. La vera rivoluzione dell'immagine è dunque nella voglia di mettersi in gioco, di mostrarsi, fosse anche con i propri limiti, ma di mostrarsi. Mettere in gioco i successi, ma anche le incertezze e i fallimenti fa parte della grande formazione collettiva che riceve e rende e cresce non sui comandamenti, ma sull'interazione. Prendere consapevolezza di sapere e di potere ci autostimola. I nostri eventi in video sono sempre stati un successo e continueranno ad esserlo nonostante le resistenze di quelli che nulla hanno da far vedere. Il problema è nella diffusione del concetto. La tecnologia di riproduzione deve essere parte integrante non solo delle sale operatorie dei grandi Istituti, ma patrimonio di tutti. In un momento di carenza di risorse tutto questo sembra utopico, laddove alcuni centri non hanno ancora la tecnologia di base.

Vi invito a visitare al sito www.acoi.it la pagina della commissione di Videochirurgia, dove troverete, tra le altre notizie, una puntuale relazione sulla metodologia per eseguire correttamente un filmato.



A proposito di: Commissioni ACOI

Donne e Chirurgia Debuttanti? Non si direbbe!

di Micaela Piccoli

26 Maggio 2006: la Commissione Donne e Chirurgia fa il suo debutto in società.

Al Congresso Nazionale di Spoleto ha esordito organizzando una sessione intitolata **"Donne chirurgo e gravidanza: una nuova realtà"** ed è stato un vero successo. Una giurista, una chirurga, una ginecologa ed una sociologa hanno esposto in modo chiaro, obiettivo e soprattutto poco polemico, le varie tematiche. I problemi sono emersi ed hanno dato vita ad una discussione vivace, in una sala gremita non solo di donne. E' l'unica sessione del Congresso, a tutt'oggi, di cui è possibile visionare diapositive e testo sul sito ACOI, nella pagina delle Commissioni.

Non si è voluto mettere in discussione la tutela della maternità: è vero che la legge lavorativa oggi protegge la donna in quanto madre, ma non la donna in quanto madre e professionista. Quando ho chiesto alle colleghe della Commissione che hanno avuto dei figli, come si erano comportate durante la gravidanza, le risposte sono state: "non ero a conoscenza di questa normativa ed ho lavorato fino al settimo mese" oppure "ho dichiarato lo stato di gravidanza in ritardo per evitare una completa astensione lavorativa". Allora che legge è questa, se non viene rispettata ed applicata soprattutto dalle donne che potrebbero usufruirne e che sortisce l'effetto contrario, in alcuni casi, esponendo maggiormente la donna in gravidanza ai rischi della completa mancanza di tutela professionale? La domanda che ci siamo volute porre è sostanzialmente questa: **c'è spazio perchè la gravidanza non sia automaticamente equiparata ad un esonero completo ed immediato dalla sala operatoria?** Ricordiamoci che un chirurgo proprio tra i 30 e i 40 anni consolida la sua professionalità e completa la sua formazione e se una donna decide, in questa fascia di età, di avere dei figli, viene inevitabilmente tagliata fuori da determinati percorsi lavorativi e di carriera.

Alla luce soprattutto delle tecniche mini-invasive che riducono le manovre cruenti

(laparoscopia e robotica), alla luce delle nuove tecniche anestesologiche che richiedono sempre più raramente l'utilizzo di gas o che consentono di eseguire numerosi interventi in anestesia loco-regionale, alla luce della possibilità di eseguire, sul paziente, test di screening sempre più efficaci e rapidi che annullano il pericolo del periodo finestra per le patologie potenzialmente infettive, una donna chirurgo in stato di gravidanza, potrebbe continuare a lavorare, davvero tutelata, qualora le si consentisse di entrare in sala operatoria con pazienti selezionati e procedure codificate (screening negativo per patologie infettive, interventi non di lunga durata, solo in elezione e che non richiedano l'uso di radiazioni). Questo però, cosa comporterebbe? Avere nel proprio staff un chirurgo che non può lavorare al 100% e che deve essere davvero tutelato per il suo stato di gravidanza. E' questa la tutela che non viene accettata dal datore di lavoro, che preferisce allontanare un elemento dell'equipe ed assumerne un altro che, almeno temporaneamente, copra tutti i turni più scomodi (notturni, festivi e urgenze). Ciò è paradossale: la gravidanza di una donna chirurgo viene equiparata ad una vera e propria malattia! In Emilia Romagna stiamo organizzando un incontro tra le donne chirurgo, il Servizio di medicina legale ed il Servizio di sorveglianza sanitaria per valutare se esistono o meno degli spazi di discussione e dei margini di modifiche da proporre, eventualmente, a livelli più alti.

Sempre a Spoleto si è riunita, per la prima volta, la numerosa Commissione (24 componenti). Penso sia stato un evento alquanto straordinario, per una qualsiasi Commissione ACOI, rilevare una partecipazione del 100%. La discussione anche in questo caso è stata animata e numerose sono state le proposte: istituire corsi di assertività o di management aziendale e promuovere la presenza femminile nei congressi non solo nazionali (dove affrontare soprattutto tematiche socio-culturali) ma anche regionali



(dove affrontare, invece, tematiche prevalentemente scientifiche). La Commissione ha già iniziato a lavorare in questo senso: a settembre, durante il Congresso Regionale ACOI della Puglia, grazie soprattutto al lavoro di Patrizia Liguori ed Angela Pezzolla e all'ospitalità e disponibilità di uno dei Presidenti del Congresso, il Pr. Fausto Tricarico, è stata organizzata una sessione intitolata "Urgenze ginecologiche di interesse per il chirurgo generale", con un faccia a faccia tra una chirurga ed una ginecologa su alcuni casi clinici. La proposta per il prossimo Congresso Nazionale ACOI sarà, invece, parlare di mobbing.

La stampa nazionale si è accorta di questa Commissione, che evidentemente suscita interesse o perlomeno curiosità: Salute di Repubblica (15/6/06) le ha dedicato un trafiletto intitolato "Se il chirurgo ha il pancione" ed il Venerdì di Repubblica (30/6/06) le ha riservato tre intere pagine intitolate "E ora c'è chi vuole le quote rosa tra i camici verdi", entrambi gli articoli firmati da Giuseppe Del Bello. Alla pagina Commissione Donne, sul sito ACOI, potrete visitare i vari siti internet (Yahoo Salute, Rainews 24 ore, etc.) dove la Commissione viene citata e vedere ed ascoltare un'intervista ad Adnkronos che è stata trasmessa in diverse emittenti. Molte le lettere che ci sono pervenute: alcune chirurghe si complimentano semplicemente per l'iniziativa che ha avuto l'ACOI e si mettono a disposizione, altre mi fanno partecipe di episodi più o meno velati di discriminazione. Dato l'interesse, stiamo valutando l'opportunità o meno, di istituire un forum dedicato alle donne chirurgo, sempre all'interno del sito ACOI.

E questo è solo l'inizio!

L'ACOI, ancora una volta, coinvolge, stimola, promuove!

La pubblicizzazione dei dati in Chirurgia: solo un'ipotesi?

di Raffaele Macarone Palmieri

Birkmeyer JD et al.¹ si sono posti il problema di come misurare la qualità delle prestazioni sanitarie in Chirurgia Generale ed hanno concluso che la miglior risposta è "doing the right things right", identificando infine tre tipologie di parametri misurativi: strutture, processi e risultati (Tab. 1). Il 23 ottobre 2001, quando rilasciava una prima intervista su "la Repubblica" seguita da ulteriori interventi mediatici, l'allora ministro della Salute affermava che gli Italiani avrebbero presto avuto a disposizione la classifica degli ospedali migliori per gli interventi cardiocirurgici, per i trapianti e per le artroprotesi dell'anca. Seguiva una serie di polemiche sulla mancata completa pubblicazione dei risultati dell'attività cardiocirurgica italiana, tra la testata giornalistica da un lato e la Società Italiana di Cardiocirurgia, l'ISS ed il Ministero della Salute dall'altro. Si assiste da anni nel nostro paese ad una contrapposizione dialettica tra medici, giornalisti, amministratori di sanità ed associazioni rappresentative dei cittadini, che mirano ad ottenere un'informazione completa e trasparente, propria delle società più avanzate, sugli esiti dell'attività chirurgica. **Pubblicare o meno i risultati della chirurgia generale in Italia?** Questo dilemma dovrà essere risolto, presto o tardi, in senso positivo. Il problema

aperto è quello della garanzia della correttezza interpretativa dei risultati. Quindi la domanda più appropriata da farsi è: quali risultati pubblicare, come pubblicarli e chi deve pubblicarli. **La pubblicizzazione dei risultati ha ricadute formidabili sulle scelte dei cittadini, determina importanti flussi di attrazione o di fuga da chirurghi e da ospedali, con immediate ripercussioni sui volumi di attività.** Un corretto approfondimento di tale problematica è ormai improcrastinabile al fine di determinare una piattaforma comune e condivisibile di conoscenza da parte di tutte le figure fornitrici o utilizzatrici e di controllo delle prestazioni sanitarie chirurgiche. Dare le pagelle ai risultati di chirurghi e di ospedali porrà il nostro paese sullo stesso piano di quelli più progrediti nella divulgazione di una corretta informazione sanitaria. Ciò costituirà un innegabile progresso quando le "stelle" attribuite saranno basate su criteri più trasparenti e più completi di quelli utilizzati fino ad ora sulla stampa (Tab.2). Finora nel nostro paese, alla richiesta di informazioni sulle prestazioni di chirurghi e di ospedali si è risposto con una serie di divulgazioni, spesso con le caratteristiche di entusiasmati anteprime e con una serie di comparsate televisive dove vengono spesso riportati risultati assolutamente favorevoli

che molto spesso si discostano dalla realtà quotidiana, invece che con dati trasparenti e completi sugli esiti.

Kassirer JP, Editor-in-Chief del N Engl J Med, nel 1994 affermava che il pubblico ha il diritto di conoscere la qualità del suo medico, ma è irresponsabile diffondere informazioni di validità dubbia, suscettibili di essere interpretate in modi diametralmente opposti o troppo tecniche per essere apprese dai profani. Cosa succede in termini di trasparenza nel mondo anglosassone? Negli USA la legge che stabilisce il diritto di accesso dei cittadini a tutte le informazioni che li coinvolgono (Freedom of Information Act), ha costretto dal 1989 i dipartimenti di salute e gli ospedali a rilasciare periodicamente i dati degli esiti - report cards - su pubblicazioni governative e non. L'organismo non governativo US News and World Report Best Health ha attribuito nel 2006, come ogni anno, l'Honor Roll ai 14 migliori ospedali statunitensi, per complessive 16 specialità (www.usnews.com). Per essere presenti nell'America's Best Hospitals è necessario eccellere nei criteri stabiliti da Birkmeyer relativi alle 3 dimensioni considerate indicative della qualità delle prestazioni chirurgiche (strutture, processi e risultati) e non solo in base ai risultati, come avveniva in passato. In particolare lo US News Score (max=100) è costituito dalla somma di 3 parti di uguale importanza: reputazione, mortalità ed un mix di fattori generali. La reputazione di un ospedale viene considerata sulle risposte ad un questionario inviato a 200 specialisti. La mortalità viene indicata sui pazienti Medicare dimessi (>65 anni), indicizzata per gravità di comorbilità. Il mix di fattori generali è costituito da: dimissioni negli ultimi 3 anni, qualità del nursing e del rapporto infermieri/pazienti, tecnologia pesante, servizi comunitari per il paziente. Il Corriere della Sera, il 3 gennaio 2005, riportava da Londra che dal 1 gennaio 2005, applicando la Freedom of Information Act, divenuta legge nel 2000, il servizio sanitario britannico avrebbe aperto gli archivi

Come misurare la Qualità in Chirurgia secondo Birkmeyer

Tab. 1

STRUTTURE	<ul style="list-style-type: none"> • tipologia di ospedale • tecnologia • volume di attività • organizzazione di staff • terapie intensive dedicate • rapporto infermieri / posti letto
PROCESSI	<ul style="list-style-type: none"> • procedure ospedaliere di prevenzione del rischio clinico • procedure ospedaliere di assistenza perioperatoria
RISULTATI	<ul style="list-style-type: none"> • mortalità perioperatoria • morbidità • tempi di degenza • ricoveri ripetuti • gradimento • funzionalità psicofisica • costi

Riviste, anno di pubblicazione e titolo delle classifiche pubblicate di medici, chirurghi ed ospedali

Tab. 2

Epoca 1994	Guida ai migliori medici d'Italia
Panorama 1998	Grandi medici cardiologi e cardiocirurghi
L'Espresso 1999	Cuore: dove salvarsi la vita, gli ospedali migliori e quelli da evitare
Panorama 2002	Come salvarsi il cuore: guida completa ai migliori centri
Corriere della Sera-Salute 2003	Ospedali di eccellenza in 6 specialità
Panorama 2005	Grandi ospedali: una guida per curarsi meglio
Limiti nella scelta dei criteri utilizzati per le classifiche	
Epoca 1994 e Panorama 1998	assenza di qualunque criterio scientifico
Espresso 1999	riportati i dati di mortalità, senza stratificazione dei pazienti
Panorama 2002	elenco di sole caratteristiche strutturali degli ospedali, senza dati su risultati e criteri di selezione
Corriere della Sera-Salute 2003	indicati per ogni specialità solo 6 centri, caratterizzati dalla qualità della produzione scientifica in termini di numero di pubblicazioni ed impact factor medio
Panorama 2005	valutazione esclusiva da parte di 2047 medici di base, senza dati sui risultati

ed i cittadini inglesi avrebbero potuto così conoscere i risultati professionali di chi li ha in cura. Prima di tale data era possibile richiedere il curriculum del singolo specialista ma non accedere agli esiti di prestazioni chirurgiche. L'accesso liberale a questa pos-

sibilità, che non tiene conto anche di altri parametri quali l'età e le condizioni generali del paziente, ha scatenato subito polemiche in quanto - è stato ipotizzato - nessuno vorrà più eseguire interventi su soggetti a rischio elevato, per non "rovinare" la pro-

pria casistica. La mortalità rimane tuttora l'indicatore di riferimento per la valutazione di chirurghi ed ospedali, perché è l'esito più grave, meno incerto e di più facile verifica, indipendentemente dai metodi utilizzati sia per la definizione della mortalità indicizzata sia per le dimensioni dei campioni presi in considerazione. Nel 2004 Pinna Pintor P lancia un grido di allarme su QA: "la pubblicazione di graduatorie basate sulla mortalità grezza dei centri cardiocirurgici italiani nel 1999, ha compromesso per un certo tempo la reputazione di alcuni di essi ed è stata una severa punizione, anche se non ufficialmente sanzionata, in molti casi immeritata sia per gli ospedali sia per i chirurghi, per la perdita di referenti cardiologi e di pazienti". Infatti la mortalità grezza è un criterio inaffidabile della qualità della chirurgia perché: è relativamente rara e quindi presenta ampie oscillazioni soprattutto in piccoli numeri di pazienti; deve essere correlata alla gravità delle condizioni generali dei pazienti; non è l'unico evento rilevante, dovendo considerare altri parametri quali le complicazioni, la durata della degenza, il ricovero ripetuto, i costi; non è stabile negli anni. **Per elaborare modelli di predizione del rischio chirurgico è necessario considerare: 1. l'individuazione dei fattori di rischio di mortalità; 2. la creazione di strati di pazienti omogenei per rischio di mortalità; 3. l'elaborazione di un modello predittivo di mortalità attesa per ciascuno strato; 4. la validazione della predittività del modello, effettuata in un altro campione di operati, proveniente dallo stesso centro dal quale il modello è stato tratto retrospettivamente.** Il più semplice indice per identificare la comorbilità è l'età. I dati in termini di comorbilità provenienti da databases amministrativi, come l'indice pesato prognostico di comorbilità di Charlson ME et al. del 1987, possono essere insufficienti poiché tendono a sottostimare alcune condizioni di comorbilità e dovrebbero pertanto essere interpretati con cautela. L'indice di Charlson contiene 19 categorie di comorbilità presenti nel codice di diagnosi ICD-9-CM; ogni categoria ha un peso numerico, basato sul rischio corretto di mortalità ad 1 anno, proveniente dall'articolo originale. I limiti di accuratezza dei dati dell'indice di Charlson sono essenzialmente tre: tendenza a sottostimare le comorbilità con codifica diagnostica spesso scorretta o frequentemente omessa; confusione tra comorbilità al ricovero e complicazioni durante il ricovero; incompletezza diagnostica per la codifica

Procedure	Volume di Attività Ospedaliera				
	Molto basso	Basso	Medio	Alto	Molto alto
Distribuzione dei pz. oncologici e Ospedali					
Colectomia	<33	33-56	57-84	85-124	>124
Gastrectomia	<5	5-8	9-13	14-21	>21
Esofagectomia	<2	2-4	5-7	8-19	>19
Pancreatectomia	<1	1-2	3-5	6-16	>16
Nefrectomia	<7	7-12	13-19	20-31	>31
Mortalità perioperatoria (>65 anni) e Ratio con Volume di Attività Ospedaliera					
Colectomia	7.4	6.9	6.4	6.1	5.4
Gastrectomia	13.0	12.7	11.1	11.3	8.7
Esofagectomia	23.1	18.9	16.9	11.7	8.1
Pancreatectomia	17.6	15.4	11.6	7.5	3.8
Nefrectomia	3.6	3.2	2.7	2.9	2.6

a soli 5 campi. Birkmeyer JD et al.² hanno pubblicato, nell'aprile 2002, un articolo che ha fatto rumore nel mondo chirurgico, statunitense e non, per le conclusioni molto drastiche alle quali giungeva. Era valutata la mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico, in pazienti ad alto rischio, rapportata all'importanza del volume di attività chirurgica dell'ospedale. Sono state analizzate, nel quinquennio 1994-99, 2.500.000 cartelle cliniche di pazienti Medicare (>65 anni) sottoposti a 14 tipologie di interventi, di cui 8 oncologici maggiori; sono state definite 5 categorie di ospedali per volumi di attività chirurgica: molto bassa, bassa, media, alta e molto alta. Sono stati misurati per tipologia d'intervento e per volume di attività di ospedale: la mortalità a 30 giorni (Tab. 3), l'età, il sesso, la razza, la tipologia di ricovero e la presenza di comorbidità secondo l'indice di Charlson. La raccomandazione finale è stata che i pazienti Medicare (>65 anni) che necessitavano interventi chirurgici oncologici maggiori selezionati, potevano significativamente ridurre il rischio di mortalità perioperatoria scegliendo un

ospedale ad alto volume di attività. In conclusione, il diritto all'informazione dei cittadini sulla qualità dei centri di chirurgia generale va tutelato ed in particolare vanno garantite la trasparenza e la completezza delle informazioni. La pubblicizzazione dei dati di mortalità dovrà essere riservata a quella stratificata per rischio. **Solo la validazione di associazioni con finalità scientifiche come la nostra potrà garantire i giusti parametri della predizione del rischio e della stratificazione dei pazienti.** Negli anni 1980-90 sono stati proposti differenti scoring systems di predizione di morbilità e mortalità perioperatorie, come il più sofisticato APACHE o il più semplice POSSUM, entrambi con successive modifiche: il problema dell'accuratezza nell'individuare la mortalità del singolo paziente, rimane tuttora aperto. Nel 2004 è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, da parte della SIQuAS-VRQ Lazio, il quale ha elaborato la scheda di autovalutazione retrospettiva: "Come valutare i risultati in Chirurgia Generale"³ per semplificare ed uniformare i differenti

fattori fisiopatologici, chirurgici e di esito connessi con le procedure chirurgiche. Tale scheda potrebbe costituire un utile modello di confronto e di riflessione in sede associativa e la base su cui provare a costruire un modello predittivo. La pubblicizzazione dei risultati infine dovrà essere promossa, controllata e divulgata, preferibilmente ogni anno, dalle agenzie di sanità pubblica o da organismi di certificazione riconosciuti.

Bibliografia

1. Birkmeyer JD et al. *Quality of Surgical Care: Structure, Process or Outcome?* *J Am Coll Surg* 2004; 198: 626-632
2. Birkmeyer JD et al. *Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States.* *N Engl J Med* 2002; 347: 1128-1137;
3. Macarone Palmieri R et al. *Come valutare i risultati in Chirurgia Generale.* Società Romana di Chirurgia, 12 gennaio 2005, Roma.
Grazie a: Claudio Botti, Sabrina Consolo, Paolo Mastrogiovanni, Giovanna Sgarzini

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione

Suture

Strumentario

Laparoscopia

Oncologia

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Ci hanno lasciato

Il vero pioniere della chirurgia laparoscopica

Erich Mühe: il chirurgo ospedaliero che ha ideato ed eseguito per primo una colecistectomia laparoscopica.

di Heinrich Pernthaler



Il pioniere della chirurgia laparoscopica (sembra ormai senza ombra di dubbio che sia stato Erich Mühe il primo ad avere l'idea ed eseguire la colecistectomia con tecnica laparoscopica), è deceduto recentemente in seguito ad un incidente ciclistico. Il ciclismo è stato una sua grande passione, che l'ha accompagnato durante tutta la vita: era solito dire che la tecnica ciclistica era stata di grande aiuto nell'esecuzione della laparoscopia stessa.

Nato nel 1938 in Bad Windsheim, si formò in Chirurgia Generale alla Clinica Chirurgica di Erlangen, dove nel 1973 fu nominato professore associato e pochi anni dopo aiuto dirigente: in tale periodo fu promotore attivo del concetto di radicalità chirurgica in oncologia. Nel 1982 fu nominato primario di chirurgia presso l'ospedale civile di Boblingen.

Nel 1882 Langenbuch eseguì la prima colecistectomia: il concetto era al suo tempo molto rivoluzionario, poiché si asportava un organo impari. La tecnica è rimasta immutata per oltre 100 anni, fino a quando è stata ripensata e rivoluzionata nella sua esecuzione dall'introduzione del concetto di mininvasività. Senza dubbio Mühe è stato fortemente influenzato da Semm, pioniere della laparoscopia ginecologica. Per percepire le novità però, capirle, adottarle e portarle al traguardo, ci vuole uno spirito particolarmente preparato. **La prima**

colecistectomia laparoscopica fu effettuata il 12 settembre 1985, su una giovane donna, utilizzando il "Gall-skop" (Cole-scopio), come fu da lui chiamato. Si trattava di un trocar di acciaio attraverso il quale introdurre l'ottica con visione diretta (corrispondente ad un'ottica di 5 mm di oggi): T1 in regione sottocostale, T2 all'ombelico e T3-T4 in regione sovrappubica.

Come spesso avviene, la sua innovazione fu dapprima irrisa, poi ignorata. Si rimane stupiti dal comportamento dei suoi avversari di un tempo ai congressi. Due sole volte ha potuto introdurre il tema al Congresso della Società Tedesca di Chirurgia, senza comunque riscuotere un'adeguata risonanza. Come purtroppo accade a chi ha lanciato un'idea nuova, ai numerosissimi congressi e convegni che hanno trattato il tema in seguito non è mai stato invitato. Tutto ciò è documentato nel libro del canadese G.S. Litinsky: "Highlights in the History of Laparoscopy: Erich Mühe, a surgeon ahead of his time".

Come accaduto ad altri pionieri, anche Mühe ha dovuto sopportare una pesante ingiustizia. Dopo aver eseguito oltre 70 colecistectomie con la sua tecnica, nel marzo del 1987 una paziente ha subito una lesione della via biliare principale. Le conseguenze dell'evento sono state disastrose anche per Mühe ed hanno interrotto l'evoluzione della tecnica in Germania. Nonostante il parere di quattro esperti chirurgi in favore di Mühe, in seguito ad un perizia negativa (metodica di margine, quindi lesione della via biliare per negligenza), venne emessa la sentenza di omicidio colposo, contro la quale egli non ricorse sia per far tacere i mass media sia per non compromettere di più il suo nome, quello del reparto e dell'ospedale.

Questo trattamento "in patria" è stato compensato all'estero con onori accademici. **Nel 1994 è stato accolto nella "Hall of Fame" ed è stato inserito ufficialmente tra i 10 Chirurghi più importanti del ventesimo secolo nel bollettino dell'American College of Surgeons ed ormai tutti, anche i colleghi francesi, hanno riconosciuto la sua primogenitura.**

Mi è sembrato opportuno, nel momento della sua prematura e casuale scomparsa, il ricordo rispettoso di un chirurgo ospedaliero primo artefice della rivoluzione laparoscopica.

Fonte: H.Troidl - MIC 2006;15:6-7

Morte bianca, anche in corsia

di Rodolfo Vincenti



Da molti conosciuto, da tutti apprezzato per l'amabilità del carattere e per l'impegno professionale, Giovanni Alois se ne è andato, improvvisamente, inaspettatamente. La morte è sempre un passaggio drammatico, ma le modalità della stessa talvolta colpiscono i nostri sentimenti in maniera più fortemente coinvolgente. In un orario lavorativo qualsiasi Giovanni, divisa, cappello e mascherina, si accingeva al proprio lavoro quotidiano, certamente in preda a quella concentrazione e, spesso, sottile preoccupazione che prende tutti noi chirurghi, a prescindere dall'esperienza, quando ci accingiamo ad affrontare una seduta operatoria. Richiamato in corsia a dirimere un battibecco con un parente di un ricoverato che non voleva allontanarsi dal reparto, è stato coinvolto in una violenta discussione. Chi di noi non ha vissuto momenti simili! Immaginiamo, nel contesto sociale di Torre Annunziata, dove Giovanni svolgeva il suo lavoro, come essa sia stata accesa e portata all'intensità massima. Il suo cuore, forse già provato, non ha retto. Sul tavolo operatorio è stato pietosamente adagiato. Ora tutti lo piangono. Non è mia natura speculare sulle tragedie, ma cosa o chi può essere ritenuto responsabile di quanto avvenuto? Quali le cause e soprattutto le concause? **Spesso le nostre corsie, specie in alcuni contesti degradati, sono luoghi dove la tutela di coloro che prestano la loro opera con dedizione, impegno e sacrificio è del tutto inesistente.** Esposti senza alcuna protezione al mondo esterno, senza filtri, veniamo chiamati a risolvere problematiche non di nostra competenza perché altri che dovrebbero non provvedono. Tutti pronti a consociarsi contro la "malasanità", talvolta, se non spesso, soltanto per lucrare quanto possibile. Nessuno è disposto a consociarsi per la difesa del chirurgo sul luogo di lavoro. Di ciò molti soffrono conseguenze "minori" che, comunque, incidono pesantemente sul proprio benessere, di cui nulla si sa: non è una "notizia". **Alcuni pagano con la vita.** Giovanni ci ha lasciato, un trafiletto su qualche quotidiano regionale ha chiuso il caso. **Vogliamo parlarne?**

Storie dal Mondo

THARAKA

un ospedale nella foresta

di Carlo Molino

Nel 2003, per un caso fortuito, conosco un collega ecografista di Caserta, Bruno Santoro. Ha costituito un'associazione no profit ed insieme ad un anestesista di Ferrara, Giorgio Giaccaglia, ha iniziato la costruzione di un ospedale nella regione di Tharaka, una delle zone più desolate del Kenya e dell'Africa.

Bruno è in cerca di un chirurgo che possa recarsi nell'ospedale per un periodo di tempo superiore ad un mese e svolgere una duplice funzione, quella di chirurgo e di direttore sanitario. Giorgio, che ormai, dimessosi da primario anestesista, è stabilmente in Africa, deve tornare per un breve periodo in Italia.

Da tempo cercavo un'occasione del genere ed accetto con entusiasmo, inconsapevole che la realtà sarà completamente diversa dall'immaginazione.

Il volo Roma-Amsterdam-Nairobi dura più del previsto, ma è solo l'inizio di un viaggio

ben più difficile. Arrivo in ospedale dopo otto ore di fuoristrada, percorrendo un tragitto impervio e desolato e osservando, con grande emozione, l'assurdità di questa vita rudimentale. Le case di fango e sterco sono disperse in una natura selvaggia ed incontaminata dove tutti, grandi e piccoli, vivono allo stato brado, vestiti di pochi stracci e scalzi. I bambini ci salutano con gioia e simpatia e, nella speranza e nell'attesa di ricevere qualcosa da mangiare, ci accompagnano correndo al fianco del fuoristrada. Lo spettacolo è struggente ed assurdo!

L'ospedale è situato in piena foresta, nel villaggio di Matiri, abitato da poche centinaia di persone dove acqua, luce e qualsivoglia genere di prima necessità sono sconosciuti.

In questo mondo malattie come malaria, TBC, AIDS, parassitosi intestinali e denutrizione, mietono continue vittime con una mortalità infantile inaccettabile.

È uno spettacolo raccapricciante che mi coinvolge professionalmente ed emotivamente. Opero incessantemente, per più di un mese, trattando i casi più disparati, dai nefroblastomi alle masse tubercolari, dalle fistole vescico-vaginali alle prostatectomie, dalle fratture scomposte ai tagli cesarei. Numerose sono le storie impresse nella memoria e nel cuore e sono tutte di bambini colpiti dalle patologie più disparate ma che conservano sempre la loro allegria e la loro voglia di vivere.

Nella convinzione che questa realtà non si può disconoscere, ritornando alla vita comoda e fortunata di tutti i giorni, mi impegno, una volta rientrato in Italia, nella raccolta di fondi: l'ospedale non è ancora completato e bisogna costruire un padiglione pediatrico.

Riesco insieme a Bruno e grazie all'affetto di amici, a reperire i fondi necessari e ritorno in Africa con il duplice scopo di portare il denaro e dare il mio contributo professionale.

Intanto l'ospedale incrementa sempre più il numero dei pazienti e diventa, in

pochissimo tempo, una bellissima realtà. Nel giro di due anni vengono effettuate 80.000 prestazioni ambulatoriali, 3000 interventi chirurgici, 2200 parti e oltre 6000 ricoveri, di cui 2400 pediatrici.

Tutto questo è un miracolo che non può rimanere misconosciuto e decido, insieme a Bruno e Giorgio, di scrivere un libro, un misto di racconti e foto che documenti quello che è stato fatto ma che trasmetta anche emozioni e sensazioni con l'intento di coinvolgere altre professionalità e ricavare, attraverso la vendita, fondi per la gestione dell'ospedale che al momento richiede circa 200.000 euro/anno.

Nasce così il libro "Tharaka: un ospedale nella foresta" che viene presentato alla fiera del libro di Torino e, grazie alla sensibilità di Gianluigi Melotti, Luciano Casciola e Luigi Presenti, al Congresso Nazionale ACOI di Spoleto.

Attualmente l'ospedale si estende per circa 2000 mq, consta di un padiglione per adulti e di uno pediatrico, due sale operatorie, una sala parto, un laboratorio, una sala ecografica ed una radiologica con amplificatore di brillantezza, ambulatori per le consultazioni ed una farmacia.

Vi lavorano circa 75 persone fra infermieri e personale tecnico e negli ultimi mesi sono stati assunti due medici africani, un internista ed una ginecologa.

Ormai mi reco in Africa periodicamente, sostenendo le spese di viaggio e utilizzando i giorni di ferie a discapito della famiglia, nella volontà di portare un gesto di solidarietà, a mio avviso dovuto, in una società civile troppo spesso inerme e complice. E nessuno più della nostra categoria, continuamente vessata ed ingiustamente accusata, può comprendere questo spirito impalpabile che anima tutti noi, ogni giorno, nell'esercizio professionale.



Il Caso Clinico del trimestre

di Marco Barreca, con la collaborazione di Ilaria Righi ed Emanuele Asti

Un uomo di 77 anni, in buone condizioni generali, giungeva in Pronto Soccorso per iperpiressia e dolore in ipocondrio destro: all'ecografia dell'addome si riscontrava colecisti litiasica, con adiacente formazione ascessuale di circa 5 cm di diametro.

Il paziente veniva ricoverato presso il Reparto di Malattie Infettive e sottoposto a MRCP che mostrava una colecisti a pareti irregolari, comunicante attraverso un ampio tramite con formazione ascessuale del 5° segmento epatico, con intensa reazione flogistica del tessuto epatico periascessuale e pericolecistico. Le vie biliari non erano dilatate, non erano evidenziabili alterazioni della loggia pancreatica, né lesioni patologiche a carico dei restanti organi.

La puntura eco-guidata del suddetto ascesso determinava la fuoriuscita di materiale corpuscolato, che all'esame colturale risultava positivo per *Escherichia coli*. Il paziente veniva pertanto sottoposto a terapia antibiotica specifica con risoluzione del quadro clinico e strumentale. All'ecografia di controllo si evidenziavano una formazione pseudocistica in comunicazione con il fondo della colecisti ed esiti della pregressa lesione ascessuale. Veniva pertanto richiesta una consulenza chirurgica ed il paziente, ricoverato presso l'U.O. di Chirurgia Generale, veniva sottoposto ad intervento chirurgico di colecistectomia laparoscopica e drenaggio della cavità ascessuale. La diagnosi operatoria era la seguente: esiti di ascesso epatico in colecistite acuta litiasica. Il decorso postoperatorio risultava regolare ed il paziente veniva dimesso in 5° giornata postoperatoria in buone condizioni generali.

L'esame istologico definitivo evidenziava un adenocarcinoma moderatamente differenziato della colecisti, ulcerato, infiltrante la sierosa, con foci di neoplasia estesi fino al colletto.

DISCUSSIONE

Il carcinoma della colecisti è la forma più frequente fra le neoplasie delle vie biliari. I sintomi sono spesso aspecifici e tardivi, così che spesso si arriva alla diagnosi quando il tumore è in una fase di diffusione locale o sistemica avanzata. Talvolta si tratta di disturbi sovrapponibili ad una colica biliare; nei casi di infiltrazione della via biliare principale il

sintomo principale è l'ittero.

Il solo trattamento con intento curativo dell'adenocarcinoma della colecisti è rappresentato dalla resezione chirurgica, in quanto né la chemioterapia né la radioterapia sembrano migliorare la sopravvivenza. Alcuni studi recenti mostrano che la radioterapia potrebbe avere un ruolo nel trattamento palliativo delle neoplasie della colecisti, mentre alcune revisioni della letteratura propongono l'uso della gemcitabina da sola od in combinazione con la capecitabina per il trattamento di neoplasie della colecisti al IV stadio.

Nella malattia in stadio Ia [con tumore limitato alla tonaca mucosa (pT1a)], è indicata la semplice colecistectomia. Qualora si sospetti (come poteva essere nel caso odierno) un tumore della colecisti nel preoperatorio, è indicato l'intervento per via laparotomica. In caso di carcinoma "inapparente" della colecisti (circa il 60% delle neoplasie della colecisti viene diagnosticato all'esame istologico post-operatorio) trattato in prima istanza con approccio laparoscopico, in assenza di infrazione della parete della colecisti o di spillage biliare, non è indicato alcun trattamento aggiuntivo.

Nella malattia in stadio Ib, II e III il è indicato un trattamento chirurgico radicale, tuttavia la scelta del trattamento rimane ad oggi controversa. L'intervento consiste nella colecistectomia con resezione epatica (cuneiforme vs. anatomica) e linfadenectomia del legamento epatoduodenale. Il reintervento dopo colecistectomia laparoscopica deve sempre prevedere l'escissione dei tramiti dei trocars. Ove la neoplasia non si estenda oltre la sierosa (pT1b, pT2) l'intervento potrà prevedere o l'asportazione en-bloc della colecisti con resezione cuneiforme di almeno 2cm di parenchima epatico del letto colecistico, o la resezione dei segmenti IVb e V. In ogni caso è indicata la linfadenectomia del legamento epatoduodenale. Nei casi di neoplasia estesa al fegato (pT3) è comunque indicato un intervento radicale (resezione dei segmenti IVb, V e parte del VI) con linfadenectomia. La sopravvivenza in questi pazienti è del 55-80% a 5 anni per lo stadio II ed inferiore al 50% per lo stadio III.

Lo stadio IV rappresenta una malattia estesa, generalmente non aggredibile chirurgica-

mente. Tuttavia, pazienti con tumore primitivo localmente avanzato, ma in assenza di metastasi linfonodali (T4N0) sembrano avere una prognosi migliore di quelli con metastasi linfonodali e secondo alcuni autori andrebbero trattati aggressivamente. Interventi estesi con resezioni vascolari o multiviscerali sono stati descritti in letteratura, sebbene siano gravati da un maggior tasso di complicanze e mortalità ed il reale beneficio in termini di sopravvivenza non sia stato ancora dimostrato.

Infine, per quanto concerne la necessità di resecare la via biliare principale, è necessario procedere sulla base della sede del tumore e dell'esame istologico estemporaneo del margine di resezione. Nei tumori che interessano il colletto della colecisti, al contrario di quelli del fondo colecistico, la resezione della via biliare principale è sempre necessaria.

Il parere dell'esperto

Il caso riportato rappresenta il tipico esempio di diagnosi postoperatoria di carcinoma della colecisti. Tuttavia il sospetto che si potesse trattare di una neoplasia poteva sorgere quando, nonostante il drenaggio della raccolta ascessuale, persisteva al controllo ecografico un'area disomogenea confinante con il fondo della colecisti. In questo caso sarebbe stato più opportuno eseguire una TC di controllo. Nel sospetto di carcinoma, l'approccio non doveva essere laparoscopico, ma laparotomico, per il rischio di carcinosi, diffusione molto frequente per questo tipo di tumore. La diagnosi poteva essere fatta forse anche durante l'intervento, inviando all'esame estemporaneo la colecisti, che presentava probabilmente pareti spesse, forse in modo non omogeneo. Tuttavia molto spesso la diagnosi viene fatta solo all'istologico definitivo, come nel presente caso. Il nostro paziente ha un carcinoma della colecisti pT3Nx. Se non ci sono controindicazioni di ordine generale, nonostante l'età, il paziente deve essere sottoposto a TC torace-addome di ristadiatione e reintervento di bisegmentectomia IVb-V con linfadenectomia del peduncolo epatico, retropancreatica e dell'epatica comune fino al tripode, insieme all'asportazione di tramiti dei trocars. In considerazione della vicinanza della neoplasia al colletto, dovrebbe essere anche eseguito un esame istologico estemporaneo sul dotto cistico all'inserzione con il coledoco: in caso di positività è indicata l'asportazione della via biliare principale, con anastomosi su ansa alla Roux al di sotto della convergenza biliare.

Lorenzo Capussotti
Direttore della Scuola Speciale ACOI
di Chirurgia Epatica

Vita dell'Associazione

Elezioni consiglio direttivo Società Italiana di Chirurgia

I candidati



Enrico De Antoni

Nato a Viterbo il 20 dicembre 1943.

È professore ordinario di Chirurgia Generale presso la I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", presidente del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia "B" e direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale III. È titolare di insegnamenti di discipline chirurgiche nel Corso di Laurea Specialistica e nell'ambito di diverse Scuole di Specializzazione presso la stessa Facoltà. È dirigente di II livello della UOC di Chirurgia Generale "E" ed ha una casistica operatoria di circa 5000 interventi, tra cui numerosi di chirurgia maggiore nei settori della chirurgia gastroenterologica, endocrina e vascolare.

La sua attività scientifica si compendia in circa 500 pubblicazioni edite a stampa su riviste indicizzate nazionali ed internazionali. È presidente della Società Italiana di Endocrinologia, presidente onorario della Società Romana di Chirurgia e socio di numerose società scientifiche, tra cui l'Accademia Lancisiana e l'Accademia Medica. Ha effettuato numerose relazioni presso accademie e società nazionali ed internazionali.

Nell'ambito della Società Italiana di Chirurgia ha collaborato alla vita societaria attiva nelle funzioni di Segreteria.



Domenico Garcea

Nato a Bologna il 23 luglio 1948, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna. È Specialista in Chirurgia Generale e in Chirurgia Vascolare.

Dal 1988 al 1994 è stato professore a contratto presso la III^a Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Bologna allora diretta dal Pr. Giuseppe Gozzetti, quindi presso la I^a Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Bologna diretta dal Pr. Domenico Marrano. Dal 1995 è dirigente di 2° livello presso la USL Azienda Bologna Nord e dal Dicembre 1998 è direttore del Dipartimento di Chirurgia della AUSL Bologna Nord. Dal 2000 è direttore della I^a UOC e del Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale G.B. Morgagni di Forlì

ove tuttora presta la propria opera.

Dal 2003 è professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Bologna.

Ha al suo attivo circa 6000 interventi chirurgici. L'attività clinica è rivolta con particolare interesse alla chirurgia colo-rettale, gastrica ed epato-bilio-pancreatica.

È Autore di 115 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.

Ha tenuto oltre 50 relazioni in convegni e congressi chirurgici nazionali ed internazionali. Dal 1977 è socio della Società Italiana di Chirurgia e dal 1980 dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani per cui attualmente ricopre l'incarico di coordinatore regionale per la Romagna.



Achille Lucio Gaspari

Nato a Roma il 15 ottobre 1946, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1971, presso l'Università di Roma La Sapienza. È Specialista in Chirurgia Generale e Chirurgia Cardiovascolare.

Dal 1982 è professore associato di Microchirurgia all'Università La Sapienza di Roma. È professore ordinario di Chirurgia Generale presso l'Università Gabriele D'Annunzio di Chieti dal 1986 e presso l'Università di Tor Vergata di Roma dal 1992.

È direttore delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed in Chirurgia Generale e della Scuola di Perfezionamento per Strumentisti di Sala Operatoria

È coordinatore del Dottorato di Ricerca in Robotica e Tecnologie Informatiche Applicate alla Chirurgia.

È Presidente della Società Romana di Chirurgia, Società Italiana di Microchirurgia, Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery, Società Italiana di Chirurgia della Testa e Collo e del Capitolo Italiano dell'American College of Surgeons.

È Membro del Consiglio Direttivo di numerose altre società italiane e straniere.

I suoi campi di ricerca sono stati: applicazione della microchirurgia alla chirurgia generale, applicazioni della chirurgia laparoscopica e robotica alla chirurgia dell'apparato digerente, sviluppo di nuove tecnologie per le resezioni epatiche, sviluppo della chirurgia bariatrica.

È autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche alcune delle quali in forma di monografie o capitoli di libro.



Gaspare Gulotta

Specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso ed in Chirurgia Oncologica. È Ricercatore Universitario per le Discipline Chirurgiche.

Professore Ordinario e titolare della cattedra di Chirurgia Generale e d'Urgenza presso l'Università degli Studi di Palermo.

È Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Generale e d'Urgenza del Policlinico Universitario di Palermo e della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale ad indirizzo Chirurgia d'Urgenza, dell'Università degli Studi di Palermo.

Titolare di diversi insegnamenti nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e nel Corso di laurea in Infermieristica.

È autore di più di 250 pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali e di numerose monografie. È vice-Presidente della Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT) e consigliere delle seguenti società:

- Società Italiana di Fisiopatologia Chirurgica (SIFPAC)
- Società Italiana Patologia dell'Apparato Digerente (SIPAD)
- Società Italiana Chirurgia Geriatrica (SICG)
- Società Italiana Chirurghi Universitari (SICU)



Antonio Licata

Nato a Catania il 13 gennaio 1945, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1969 con il massimo dei voti e la lode, con la tesi "Ricerche sperimentali sull'autotrapianto polmonare, studio angiografico, emodinamico e scintigrafico", giudicata degna di pubblicazione e vincitrice del premio G. Clementi.

Ha frequentato come medico interno l'Istituto di Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni dell'Università di Catania, diretto dal Prof. G. Rodolico (1969-1970) e l'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Catania (1970-1971).

È stato assistente universitario incaricato presso lo stesso Istituto (1971-1972), quindi assistente ordinario (1972-1975) e successivamente presso l'Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dell'Università di Catania, diretto dal Prof. G. Rodolico, sino al 1980, quindi Aiuto

presso lo stesso Istituto sino al 1983.

Si è specializzato in Chirurgia Generale nel luglio 1974 con il massimo dei voti e la lode ed in Chirurgia dell'Infanzia nel luglio 1977, con il massimo dei voti e la lode.

Nell'anno accademico 1974-75, come vincitore di una borsa di studio del Governo Francese, ha frequentato il servizio di Chirurgia Digestiva dell'Ospedale E. Herriot di Lione, diretto dal Prof. E.C. Saubier.

È stato professore associato di "Chirurgia Traumatologica della strada" (1986), quindi professore straordinario dal 1992 e successivamente professore ordinario di Chirurgia Generale dal 1993 ad oggi.

Nel 1992 è stato nominato responsabile dell'Unità Operativa "Definizione del ruolo delle poliammine e dei recettori gastrinici nel cancro del colon: nuove prospettive diagnostiche e terapeutiche" nell'ambito del progetto finalizzato CNR-ACRO sottoprogetto 4.

Nel 1995 è stato nominato, con decreto del Presidente del CNR, membro del comitato di studio del progetto di prefattibilità CNR "Invecchiamento".

È coordinatore del dottorato di ricerca in Oncologia Chirurgica dal 1999 e direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Trapianti d'Organo e Tecnologie Avanzate dell'Università di Catania dal 2005.

È Autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali su prestigiose riviste internazionali. È stato moderatore, relatore e correlatore a numerosi congressi, nazionali ed internazionali.



Vincenzo Mandalà

Laureatosi in Medicina e Chirurgia nel 1972, è stato medico interno presso l'Istituto di Patologia Chirurgica I dell'Università di Palermo, quindi borsista ed assistente.

Negli anni 1976-77 ha frequentato la Clinica Chirurgica della Alma di Parigi (presso il Prof. M. Hivet) per il perfezionamento in chirurgia epato-bilio-pancreatica.

Ha conseguito le specializzazioni in Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica e Chirurgia Oncologica. Nel 1981 è diventato aiuto della Divisione di Chirurgia Toracica e Generale dell'Ospedale Civico di Palermo. Nel 1988, come vincitore di concorso, è diventato Primario della Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale "G. Giglio" di Cefalù (PA).

Dal 1999 è direttore della Chirurgia Generale II e Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera di Emergenza di III Livello "Villa Sofia - CTO" di Palermo.

Fino al 2005 ha ricoperto il ruolo di professore a contratto per l'insegnamento di tecniche chirurgiche, presso il Dipartimento di Scienze Anatomiche e Chirurgiche dell'Università di Palermo.

È membro della Società Italiana di Chirurgia, delle Società Francesi di Chirurgia e di Chirurgia Laparoscopica, della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica.

Ha ricoperto la carica di Coordinatore Regionale ACOI per la Sicilia e di vicepresidente della Società Siciliana di Chirurgia; è attualmente vicepresidente della European Hernia Society.

Ha pubblicato oltre 70 lavori su temi di Chirurgia Generale e Toracica e più di 100 video di interventi chirurgici eseguiti come primo operatore. Ha organizzato cinque congressi internazionali ed ha partecipato a congressi scientifici come relatore o moderatore in ambito nazionale ed internazionale. Attualmente dirige il Centro di Riferimento per la Chirurgia Laparoscopica d'Urgenza della Regione Sicilia.



Salvatore Massa

Nato il 26 marzo 1946 a Campolattaro (BN).

Titolare della Cattedra di Chirurgia dell'Apparato Digerente dal 1982 al 1992. Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'apparato digerente ed Endoscopia digestiva chirurgica dal 1990 al 2002.

È stato professore associato dal 1983 ed è professore ordinario di Chirurgia Generale Med 18 dal 1995.

Dal 1983 al 2002 è stato prima direttore dell'Istituto di Chirurgia e Specialità Chirurgiche e successivamente dell'Istituto di Chirurgia e Scienze Gastroenterologiche.

Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Addominale dal 1987 al 1999 e successivamente di Chirurgia Generale e dei Trapianti dal 1999 al 2002 presso l'Azienda Ospedaliera di Materdomini (CZ).

È attualmente direttore della Cattedra di Chirurgia Generale e dell'Area Funzionale di Chirurgia Generale dell'Università di Napoli Federico II.

È direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale, Geriatrica, Oncologica e Tecnologie Avanzate.



Giacinto Nanni

Nato a Rimini il 12 novembre 1946, nel 1970 consegue la Laurea in Medicina e Chirurgia. È specialista in Chirurgia Generale, Vascolare e Plastica Ricostruttiva.

Nel 1985 è stato Capo-Chirurgo presso il Surgical Hospital dell'International Committee of the Red Cross in Quetta, Pakistan.

Dal 1991 è direttore della Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli. Dal 2000 al 2006 è stato direttore del Dipartimento Chirurgico e dal 2006 è direttore del Dipartimento dell'Emergenza/Urgenza e del Dipartimento Chirurgico di Vercelli.

Dal 1997 al 2001 è stato professore a contratto di Chirurgia presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università dell'Insubria di Varese e dal 2001 dell'Università del Piemonte Orientale di Novara.

Ha svolto attività di primo operatore per oltre

15.000 interventi chirurgici.

Ha frequentato periodicamente (per lunghi o brevi periodi di stages) numerosi istituti e dipartimenti chirurgici di Università nazionali ed internazionali.

È membro di numerose società ed associazioni chirurgiche nazionali ed internazionali, fra cui l'International College of Surgeons (ICS), l'International Society of Digestive Surgery (ISDS), l'International Federation for Surgery of Obesity (IFSO), la New York Academy of Sciences, la Società Italiana di Chirurgia (SIC), l'Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani (ACOI), di cui è stato coordinatore regionale per il Piemonte, la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB), di cui è membro del consiglio direttivo. Dal 1999 è docente alla Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Obesità

Ha partecipato come relatore, presentatore di letture o moderatore a numerosi congressi e corsi nazionali e internazionali. Ha organizzato, in qualità di presidente, diversi corsi e congressi, fra cui il 13° Congresso Regionale ACOI Piemonte ed il 12° Congresso Nazionale SICOB. È Autore di oltre 250 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali ed è editor di 7 monografie/opuscoli/CD e atti congressuali.



Mauro Rossi

Nato nel 1951, cresce e studia a Padova dove, conseguita la Maturità Scientifica, si iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Diventa allievo interno alla Scuola del Prof. Alberto Peracchia, con cui consegue la Laurea nel 1977 ed il Diploma di Specializzazione in Chirurgia Generale nel 1982. Continuando la formazione presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Padova diventa borsista, assistente e poi ricercatore, con preparazione specifica in Chirurgia Oncologica.

È fellow nel 1977 a Lione presso l'Istituto di Ricerca sul Cancro e nel 1993 a Parigi presso l'Institut Gustave Roussy. Dal 1988 è aiuto universitario con il Prof. Ermanno Ancona della stessa Scuola Chirurgica Patavina e consegue l'idoneità primaria con il massimo dei voti nel 1989. Nel 1997 si trasferisce presso l'Azienda Ospedaliera di Pisa come Direttore della Chirurgia Generale IV.

Dal 1999 gli viene affidata la direzione del Centro di Riferimento per le Malattie dell'esofago della Regione Toscana e ottiene nel 2001 la direzione della Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Esosofago.

Oltre alla chirurgia digestiva oncologica e funzionale, presso il Reparto da lui diretto, vengono attivate le Unità Operative di Chirurgia dell'Obesità e Chirurgia del Pavimento Pelvico.

Dal 2001 al 2004 è stato Coordinatore Regionale ACOI per la Toscana.

Autore di oltre 150 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, ha avuto numerosi incarichi di insegnamento in materie chirurgiche presso le Università di Padova prima e di Pisa poi.

Dal 2004 è direttore del Dipartimento Ospedaliero Universitario di Gastroenterologia Medico-Chirurgica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Vita dell'Associazione

La parola ai Coordinatori di Specialità

Chirurgia Pediatrica

Coordinatore: Andrea Franchella

Già da diversi anni i chirurghi pediatrici dell'ACOI si sono proposti per la qualità e la costanza dell'impegno profuso nel realizzare concretamente iniziative che consentano ai colleghi più giovani, al termine dell'iter universitario, di completare sul campo, con esperienze teorico-pratiche, il proprio curriculum formativo.

La Scuola ACOI di Chirurgia Pediatrica è un esempio di come la comune volontà dei soci di un'associazione privata, unita all'impegno personale dei singoli responsabili delle scuole, possa fornire una risposta almeno pari, in termini di qualità e fruibilità, a quella offerta istituzionalmente dall'Università e dal Sistema Sanitario Nazionale.

In diverse sedi ed in numerose occasioni si sono scritte molte pagine sul ruolo che in Italia hanno le associazioni scientifiche; non è qui il caso di ribadire cose già dette sulla peculiarità di un paese dove spesso lo Stato ed il "pubblico" rincorrono le iniziative dei privati, proprio in campi in cui dovrebbero essere lo Stato ed il pubblico ad assolvere un

ruolo di direzione e orientamento.

In particolare per la formazione dei giovani chirurghi, è noto che in Italia le Scuole di Specializzazione, pur eredi di importanti tradizioni chirurgiche, stentano a offrire risposte formative adeguate agli standards più moderni, che indicano la necessità di esperienze pratiche - interventi eseguiti in prima persona - certificate dalla presenza di tutor ed omogenee, per i vari anni di formazione. Pur non avendo la presunzione di risolvere questo problematico aspetto della formazione chirurgica, **la Scuola ACOI di Chirurgia Pediatrica ha avuto l'indiscusso merito di presentare, fin dai primi corsi organizzati, un aspetto spiccatamente pratico, unito alla necessaria e indiscutibile formazione teorica.**

Accanto a questa iniziativa, che ha già coinvolto, in qualità di docenti, molti colleghi ACOI, rappresentativi della Chirurgia Pediatrica italiana, riteniamo sarebbe interessante, giunti a questa fase di coinvolgimento, realizzare una rete stabile di comunicazione. Tale network potrebbe essere operante tramite connessioni internet, ma anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici, itineranti, organizzati in maniera il più possibile informale, onde contenere i costi e favorire la reale partecipazione di tutti. Tali incontri potranno essere dedicati alla discussione di casi clinici di particolare interesse o alla trattazione di temi, non solo scientifici, ma anche politico-organizzativi, da concordare di volta in volta.

In questa direzione si sono già organizzate **le chirurgie pediatriche della regione Emilia-Romagna** che, a partire dall'anno 2003-2004, **hanno pianificato incontri informali tra le varie equipe, a cui tutti sono stati invitati a partecipare pariteticamente, per portare le proprie esperienze professionali, discutere casi clinici di particolare interesse, presentare revisioni di casistiche effettuate a vario titolo presso le proprie unità operative e discutere in modo informale di aspetti organizzativi e scientifici di attualità.** Questa esperienza regionale ha coinvolto

saltuariamente, sempre con lo spirito di amicizia e di condivisione del proprio vissuto professionale e senza preconcetti o valutazioni di opportunismo politico, anche colleghi di altre regioni, ospiti ora dell'una ora dell'altra equipe, riscontrando sempre un buon successo e rinforzando i legami amicali e professionali.

Tramite l'ACOI un'analogha iniziativa potrebbe prendere piede in gruppi più vasti, interregionali, in modo da estendere le occasioni di discussione e confronto senza innescare meccanismi organizzativi di tipo congressuale, troppo formali e troppo costosi per essere replicati in maniera frequente.

Si potrebbe inoltre attivare, tramite internet, un forum permanente, attraverso cui sviluppare progetti di collaborazione, preparare gli incontri, tenere rapporti anche con chi si trovasse all'estero per stage di formazione o con colleghi stranieri che volessero mettersi in contatto con l'ACOI.

Una tale possibilità, nel momento in cui si pensi allo svilupparsi di nuove e più intense relazioni tra la nostra realtà italiana ed i paesi emergenti (relazioni che hanno già permesso di sviluppare importanti esperienze di collaborazione clinica tra un gruppetto di pionieri che si sono avventurati per primi in Asia, in Africa e nell'America centro meridionale e strutture prevalentemente missionarie), potrebbe costituire un importante riferimento per fare incontrare anche chi nel terzo mondo ha bisogno di aiuto, con chi potrebbe aiutare, in modo molto efficiente, sotto l'egida e con l'appoggio di una entità terza, l'ACOI. Ciò porterebbe anche il vantaggio della condivisione dell'esperienza che i singoli gruppi hanno avuto ed avranno nella realizzazione di programmi di assistenza medica all'estero, in modo che diventi patrimonio di conoscenza, professionale ed umana.



Baxter

Vita dell'Associazione

Day Surgery

Coordinatore: Marsilio Francucci

La Day Surgery è una realtà in evoluzione e negli ultimi cinque anni, anche in Italia, ha subito un incremento significativo, reso possibile dallo sviluppo della chirurgia laparoscopica e di tecniche operatorie ed anestesologiche sempre meno invasive, che consentono una rapida ripresa delle funzioni vitali, una riduzione del trauma chirurgico ed una contrazione dei tempi di osservazione.

La Day Surgery è un'innovazione dal punto di vista organizzativo che migliora sia l'efficienza delle strutture, che la qualità percepita dal cittadino, il quale chiede maggiore comfort, possibilità di pianificare l'intervento chirurgico e garanzia dei tempi programmati. Per svilupparsi non può prescindere da un profondo cambiamento culturale che coinvolga sia le direzioni aziendali che i professionisti.

La nostra associazione, come sempre molto sensibile a captare le innovazioni e pronta a giocare un ruolo di "protagonista del cambiamento", ha ritenuto opportuno riconoscere tra le altre specialità anche la Day Surgery.

Potrebbe sembrare anomalo considerarla una specialità, poiché comunemente, tale termine viene utilizzato per individuare una particolare disciplina o un approccio specifico per

una determinata patologia, mentre in Day Surgery vengono trattate molteplici patologie ed effettuate più tipologie di interventi.

Tuttavia la Day Surgery ha una sua specificità poiché rappresenta un "nuovo approccio", una modalità innovativa di organizzare l'attività chirurgica, che si caratterizza per l'applicazione di tecniche innovative, una particolare attenzione ai risultati e l'obiettivo di coniugare efficacia ed efficienza.

Attuare la Day Surgery non significa "operare e dimettere" in giornata, ma garantire l'intero percorso assistenziale (dalla valutazione clinica iniziale fino alla guarigione), sviluppare la capacità di selezionare i pazienti idonei al percorso, applicare le tecniche più appropriate per ottenere il miglior risultato clinico in condizione di massima sicurezza per il paziente, con il minore assorbimento di risorse.

Per dare seguito alle decisioni del consiglio direttivo, in collaborazione con i coordinatori ACOI regionali, abbiamo individuato un "referente Day Surgery-ACOI" per ogni regione e costituito un gruppo di lavoro, che si è riunito per la prima volta a Spoleto nell'ambito del XXV Congresso Nazionale.

Gli obiettivi del gruppo di lavoro sono:

1. collaborare con la scuola speciale ACOI

di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery per approfondire e conoscere gli strumenti necessari per proporre una riorganizzazione delle attività chirurgiche, offrendo la possibilità di stage formativi nelle strutture attivate;

2. avviare un'indagine, in collaborazione con il Club delle Unità di Day Surgery, per conoscere le modalità organizzative con cui viene attuata la Day Surgery nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private;
3. interagire con le altre società scientifiche che si interessano della chirurgia a ciclo diurno. Un primo importante risultato è stata l'elezione di un "ospedaliero" a presidente della SICADS (Società Italiana Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery);
4. avviare una riflessione a vari livelli dell'associazione per definire gli interventi chirurgici che possono essere effettuati con sicurezza in Day Surgery e per giungere ad una lista di procedure condivisa dai chirurghi;
5. proporci come interlocutori per le istituzioni (ministero, conferenza stato-regioni e singole regioni) per tutte le problematiche che interessano la Day Surgery e la chirurgia ambulatoriale.

BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY

La Sinergia diventa Semplicità

Composix E/X **Precision Pass** **Salute**

BARD

Vita dell'Associazione

Tra speranza e paura

Dibattito in vista del 26° Congresso Nazionale ACOI

di Francesco Domenico Capizzi

Il logo, la presentazione del 26° Congresso Nazionale e un articolo teso a chiarire il significato de "L'Attenzione Pura" hanno provocato una discussione che può essere utile approfondire.

Parlare di innovazione tecnologica, a mio parere, è riduttivo rispetto all'attuale ciclo di crescita, progressivo ed impetuoso, che più debitamente può essere definito "rivoluzione tecnologica", non soltanto a causa della crescita della Chirurgia laparoscopica e dei suoi indotti, ma per l'uso di un sistema tecnologico tale da rendere i nostri Maestri, per la semplicità dei mezzi disponibili, più vicini ai chirurghi-cerusici che ai loro discepoli.

Il progresso tecnologico è un fenomeno altamente positivo, la cui efficacia si può constatare tutti i giorni, ma ambivalente come ogni conquista umana: il rischio di una esaltazione assoluta della tecnica e della scienza per il dominio di un pensiero unico affatto positivista e scienziata, che finisce con il confondere il progresso tecnologico e scientifico con una reale crescita culturale e sociale.

Da robusta forza che è sempre stata dal suo nascere, rispetto al contesto sociale, la tecnologia diviene ecumenica ed anche piuttosto autonoma, persino "riflessiva", con capacità autopropulsive e autorigeneranti superiori ai meccanismi che sostengono e regolano le società civili e le comunità scientifiche.

Però manca di una progettualità.

Noi Chirurghi, in particolare, non dobbiamo limitarci a prendere atto delle trasformazioni e neppure dividerci fra apologeti e catastrofisti, appunto perché il sistema tecnologico manca di una progettualità di "salvezza" o di "perdizione".

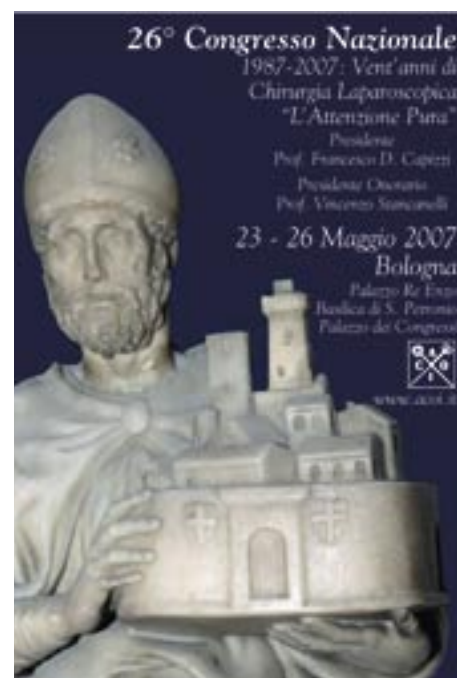
La tecnologia e il suo destino ci appartengono e sono inseparabili da noi e dalla nostra Storia, anzi dalla Storia.

Spetta a noi il suo governo mediante l'etica della responsabilità, non testimoniale basata sulle buone intenzioni, ma sull'etica della professione che trova fondamento nella conoscenza e nel saper fare, nella efficacia dell'azione e nei risultati, rivolta verso "l'altro" dal volto ben definito.

Sappiamo che si deve badare al rapporto costi/benefici, ma principalmente in termini umani, prima ancora che economici, evitando le tentazioni utilitaristiche e mercantili.

Metafore, parabole e paradigmi, da me utilizzati nella grafica e nella presentazione del Congresso, soccorrono il desiderio di illustrare alcune idee in un'epoca di trasformazioni grandiose e repentine dagli esiti imprevedibili, non tanto per difetti di conoscenza ma la potenza intrinseca della tecnologia, che ha dimostrato di essere in grado di aprire sempre nuovi scenari scientifici, sociali e perfino antropologici con potenzialità e interconnessioni inesauribili.

Ho voluto riporre queste considerazioni,



ideamente, in Petronio, vigile sentinella della città che ha fondato e difeso in un'epoca di annichimento storico, nell'immagine del medico che sorregge fra le braccia un uomo sofferente, come S. Petronio Bologna, nella evocazione de "L'Attenzione Pura", coscienza compassionevole e speranza universale. Ancora un arrivederci a Bologna dal 23 al 26 maggio 2007.

francesco.capizzi@ausl.bo.it

chirgastrolaparo.maggiore@ausl.bo.it

Le date da ricordare

Congressi Regionali 2006

DA	A	MESE	CONGRESSO	LOCALITÀ	PRESIDENTE
27	28	OTTOBRE	REGIONALE LIGURIA	PIETRA LIGURE	PASTORINO
3		NOVEMBRE	REGIONALE PIEMONTE	PINEROLO	CARDINO
10	11	NOVEMBRE	REGIONALE CAMPANIA	BENEVENTO	DI PALMA-SCROCCO
6	7	DICEMBRE	REGIONALE LAZIO	ROMA	SBAFFI

Vita dell'Associazione

“Chirurgia di qualità” al Congresso Regionale ACOI CALABRIA

In un fine settimana di settembre, con il sole splendente, si è svolto il XIII Congresso Regionale dell'ACOI Calabria, dal titolo “Chirurgia di qualità in Calabria”.

L'evento ha avuto particolare rilievo perché ha consentito, dopo una sosta di quasi due anni, l'incontro di tutti i chirurghi calabresi.

Ospite d'onore è stato il presidente Gianluigi Melotti, che ha aperto i lavori del Congresso, non solo portando il proprio saluto ma anche illustrando i programmi dell'ACOI e l'impegno dell'associazione nella Regione Calabria. Ha quindi introdotto il tema principale del congresso con la lettura “Chirurgia Mininvasiva: stato dell'arte”.

Proprio su questo argomento infatti, sono state organizzate quattro tavole rotonde, al fine di discutere le possibili applicazioni delle tecniche mininvasive in urgenza, in chirurgia vascolare, in Day Surgery e in interventi di chirurgia maggiore. Ogni tavola rotonda ha visto la presentazione, da parte dei chirurghi più giovani, di sei video-dimostrazioni tecniche, della durata di 10 minuti, alle quali ha fatto seguito un'ampia discussione, che ha coinvolto non solo relatori e moderatori ma anche tutti i presenti in aula.

Ad un programma scientifico estremamente interessante e partecipato, che ha espresso relazioni di alto livello scientifico, in particolare nelle sessioni specialistiche di chirurgia vascolare e di chirurgia mininvasiva avanzata, si è affiancata una tavola rotonda unica nel suo genere per la nostra regione, che ha avuto come tema proprio la situazione della chirurgia in Calabria. Il dibattito, presieduto dal presidente Gianluigi Melotti e dalla vice-presidente Giovanna Riccipetroni, è stato moderato dal brillante giornalista RAI Gregorio Corigliano ed ha visto la partecipazione di Raffaele Failace, Direttore generale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Calabria, di Cesare Pelaia, Direttore dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, di Lino Puzzonja, in rappresentanza dell'Azienda Ospedaliera e



Sanitaria Locale di Catanzaro e di Mario Guarisci, Coordinatore Regionale ACOI. In oltre due ore di interessante confronto, sono stati affrontati, per la prima volta in Calabria, i temi dei rapporti tra assessorato e chirurghi, gli aspetti fondamentali della programmazione dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza chirurgica (tassi di ospedalizzazione, posti letto privati, tassi di utilizzo dei posti letto, emigrazione sanitaria intra ed extra regionale, liste di attesa) e i problemi relativi alla necessità di sviluppare specializzazioni e superspecializzazioni. Di notevole importanza anche l'approfondimento degli aspetti che riguardano la soddisfazione del chirurgo e dell'utente (accoglienza, comunicazione, offerta alberghiera), l'adeguatezza tecnologica, il bisogno di innovazione degli ospedali calabresi e non per ultima la necessità di valorizzare e tutelare l'attività dei professionisti chirurgici.

La discussione si è estesa anche agli atti aziendali ed al Piano sanitario regionale ed ha avuto un ampio rilievo sulla stampa, soprattutto sul TG3 calabrese.

Durante l'assemblea dei soci, svoltasi nella giornata dell'8 settembre, è stata individuata la sede del prossimo congresso regionale, che si svolgerà a Catanzaro, con l'organizzazione del collega Alfredo Casentini. La scelta di questa città è dovuta non solo ad un criterio di alternanza in ambito regionale, ma anche per ricordare, come già avvenuto durante il Congresso, la figura del Prof. Carlo De Lellis, Direttore della Chirurgia Generale dell'Ospedale Pugliese-Ciaccio di Catanzaro, recentemente scomparso in seguito a una lunga e sofferta malattia.

Arrivederci quindi nel 2007 a Catanzaro!

Scuole Speciali ACOI

Chirurgia Laparoscopica e Mini-invasiva

Direttore: Gianluigi Melotti

di Micaela Piccoli

E' stata tra le prime Scuole Speciali ACOI ad essere istituita e rimane tutt'ora, una delle più frequentate. La chirurgia laparoscopica, infatti, dopo circa vent'anni dalla prima colecistectomia mini-invasiva, resta una materia attuale e non così scontatamente patrimonio acquisito di tutti i chirurghi.

Chi frequenta la Scuola?

Sono oltre 120 gli iscritti ogni anno, provenienti da tutta l'Italia e si differenziano in specializzandi pieni di entusiasmo ma privi spesso di basi teorico-pratiche che su questo specifico argomento l'ambiente universitario, talvolta, non riesce ancora a fornire; in chirurghi esperti di chirurgia tradizionale, che per un motivo o per l'altro (dipendente o meno dalla loro volontà), sono rimasti esclusi dall'iniziale vortice laparoscopico e che si rimettono in discussione, sedendosi sui banchi di scuola, con lo stesso entusiasmo dei colleghi più giovani, senza il minimo imbarazzo e con la sola voglia di imparare e in chirurghi esperti in chirurgia laparoscopica di base che ritornano ad imparare specifiche tecniche avanzate, convinti del valore aggiunto di questa scuola.

Quali sono, dunque, le caratteristiche di un allievo della Scuola ACOI?

Entusiasmo, motivazione e tanta voglia di fare.

Cosa fa la Scuola per dare risposta a tutte queste richieste?

Istituisce corsi differenziati (base ed avanzati), cercando di soddisfare le varie esigenze. Il più difficile da formulare è stato quello, apparentemente più facile e cioè il Corso Base. Ci siamo posti il problema di come sviluppare un corso che potesse essere davvero considerato una Scuola, soprattutto perchè rivolto a giovani chirurghi in grado di assorbire ogni cosa venga loro proposta. Una vera Scuola del saper fare!

E allora, durante la settimana iniziale, tanta teoria, è vero, senza dare per scontato nulla. Tanta chirurgia in diretta, mattina e pomeriggio, esponendo le varie tecniche su argomenti che potrebbero essere considerati banali, come l'esplorazione addominale, l'appendicectomia e la colecistectomia. Eppure le domande dall'Aula continuano, fino

all'ultimo giorno! Ogni volta, fino a sera, sono tutti in Aula a vedere l'ultimo intervento e a commentare tra loro e con i tutors: "magari la colangiografia la fa in un modo diverso!"

"Vediamo come è la tecnica americana; uhm! mi sembra più indaginoso!" "Finalmente ho capito l'ABC della laparoscopia: nessuno si era mai posto il problema di spiegarmi come si inserisce, in sicurezza, un ago di Veress".

All'interno del Corso, inoltre, la sessione sull'endotrainer (virtuale e tradizionale) è molto amata. A gruppetti disciplinati si esercitano sulle suture per ore e ore. A volte, fuori orario, rimangono a lavorare anche senza tutor, desiderosi di verificare la propria manualità. E poi inizia la pratica!

Grazie ai numerosi Centri (più di 70), distribuiti su tutto il territorio nazionale, che si sono resi gratuitamente disponibili ad accogliere gli allievi per il tirocinio in sala operatoria, la Scuola insegna ad operare. Ciascun allievo del corso base, alla fine del suo tirocinio (minimo un mese), deve aver eseguito, come primo operatore, almeno cinque interventi. Gli allievi più bravi segnalati dai centri, vengono chiamati durante le giornate finali del Corso ad operare in diretta, con un tutor qualificato.

"È una delle esperienze più esaltanti che abbia mai vissuto!" mi ha confidato Joel, uno specializzando in chirurgia generale, chiamato ad operare in diretta l'anno scorso "Chissà se mi ricapiterà mai in futuro! Non l'avrei mai creduto! Mi sono pagato tutto da solo ed avevo tanta paura di partecipare al solito corso inutile".

Per quanto riguarda i corsi avanzati, abbiamo preferito, per il momento, istituirne solo due: uno abbastanza generico sull'apparato digerente ed organi parenchimatosi che tutti gli anni, a seconda delle patologie disponibili, affronta le varie tematiche in modo differentemente approfondito, seguendo l'evoluzione delle indicazioni, della tecnica e della tecnologia. Questo permette agli allievi di tornare anche a rifrequentare il corso, considerandolo quasi come un aggiornamento annuale, un'occasione per ritrovarsi insieme, magari con maggiore conoscenza ed esperienza, per ulteriori approfondimenti.



Un altro Corso avanzato, monotematico, sulla chirurgia di parete, si è reso necessario date le numerose richieste su questo argomento specifico. Anche per i corsi avanzati è previsto un tirocinio pratico. La Scuola, ovviamente, non richiede espressamente ai Centri di fare eseguire all'allievo, come primo operatore, procedure chirurgiche avanzate: eppure sono molti quelli che hanno riferito di aver operato o di avere ricevuto tutoraggio presso la propria sede per i primi interventi di chirurgia laparoscopica avanzata, dal responsabile del Centro. E di nuovo: impegno spontaneo, gratuito e costante!

Cosa altro aggiungere?

Non vorrei elencare tutti i dettagli (compresi i crediti ECM che hanno sempre oscillato tra 47 e 50 per ciascun corso, nei vari anni), di cui è possibile prendere visione aprendo il sito ACOI, nelle pagine dedicate alle Scuole. Vorrei concludere con un'affermazione e con dei doverosi ringraziamenti.

L'affermazione: la Scuola ACOI dimostra tutta la sua efficacia e la sua potenza quando il maestro si siede in aula con gli allievi e commenta le procedure eseguite dai suoi giovani aiuti. E' allora che l'allievo della Scuola ACOI pensa "se l'ha insegnato a loro, lo potrò imparare anch'io".

I ringraziamenti:

- A tutta l'equipe medico-infermieristico-amministrativa dell'Unità Operativa di Chirurgia Generale del Nuovo Ospedale Sant'Agostino Estense di Modena (Centro direttivo della Scuola)
- A tutti i docenti della Scuola che vengono coinvolti e che mai si rifiutano di partecipare spesso dicendo "vengo a fare quello che volete. E' sempre divertente stare insieme a degli amici e a dei giovani". E' questo il vero spirito dell'ACOI!
- A tutti gli Allievi... il perchè l'ho già detto.

Scuole Speciali ACOI

Chirurgia dell'Esófago

Direttore: Mauro Rossi

L'Unità Operativa di Chirurgia IV dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, diretta da Mauro Rossi è sede, dal 1999, del Centro Regionale Toscano per la Diagnosi e la Terapia della Malattie dell'Esófago e dal 2001 della Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Esófago.

La scuola, a cui sono riconosciuti 47 crediti ECM, si rivolge a chirurghi che si occupano di chirurgia digestiva e che intendono approfondire le loro conoscenze sulla diagnosi e il trattamento della patologia esofagea. Gli obiettivi didattici che si propone sono: l'acquisizione di elementi di valutazione per un corretto inquadramento diagnostico delle patologie funzionali e neoplastiche dell'esófago; la dimostrazione e l'apprendimento delle tecniche chirurgiche specifiche, con particolare attenzione all'approccio laparoscopico ed infine la comprensione del concetto di equipe multidisciplinare e di elaborazione-gestione di protocolli condivisi per il trattamento delle patologie esofagee. Il corpo docente della Scuola è composto da 15 chirurghi (di cui 8 provenienti da U.O. di

Chirurgia della Toscana), 3 gastroenterologi, 2 oncologi, 1 radiologo ed 1 medico nucleare. Dal punto di vista organizzativo prevede un corso residenziale della durata di 5 giorni e successivi incontri di aggiornamento. A ciascun corso sono ammessi 6 allievi che partecipano direttamente all'attività del reparto sia in campo diagnostico che durante le sedute operatorie. L'ultimo giorno viene dedicato ad una seduta operatoria di chirurgia sperimentale che vede impegnati in prima persona i corsisti.

Sono stati finora tenuti 9 corsi con la partecipazione in totale di 54 allievi. Sono stati effettuati 97 interventi chirurgici per patologia esofagea (maligna e benigna), 150 endoscopie diagnostiche ed operative, 57 esami funzionali (pH-metria, manometria, bilimetria), 60 ore di didattica frontale. In ogni corso è stata effettuata la discussione multidisciplinare di casi clinici con i colleghi oncologi e gastroenterologi. I momenti di pausa (coffee break, pranzi e cene) hanno contribuito a creare un clima poco formale rendendo possibile un confronto "alla pari"

fra gli organizzatori ed i partecipanti.

Non abbiamo osservato problemi particolari nell'organizzazione della Scuola avendo dedicato molto tempo alla fase progettuale (richieste ECM, procedura ministeriale per la chirurgia sperimentale) ed avendo trovato la piena disponibilità di tutti i docenti coinvolti.

Il 10 novembre p.v. in occasione della 10ª edizione dei Corsi Residenziali, è stato organizzato un incontro scientifico a cui sono stati invitati tutti i partecipanti alle precedenti edizioni.

L'incontro, a cui interverranno anche Gianluigi Melotti e Vincenzo Stancanelli, vedrà protagonisti i corsisti stessi con la presentazione di relazioni sull'attività svolta da coloro che, dopo il Corso, hanno iniziato o continuato a trattare le patologie dell'esófago.

Tre domande al direttore della scuola:

Perché un chirurgo dovrebbe iscriversi?

Per avere l'occasione di vedere concentrate in pochi giorni patologie funzionali e neoplastiche dell'esófago che spesso vengono osservate raramente in centri non dedicati. Inoltre la frequenza intensiva del reparto permette ai partecipanti di cogliere le problematiche cliniche sia diagnostiche che terapeutiche dei casi trattati.

Qual è il punto di forza della Scuola?

Direi senza dubbio il piccolo numero di partecipanti per edizione che consente di creare un ambiente meno formale ed uno stretto contatto fra docenti e allievi garantendo la possibilità di scambi di opinione e di esperienze con ciascuno di loro.

Quale potrebbe essere il punto debole?

Il punto debole della Scuola sono gli incontri di aggiornamento successivi al Corso residenziale che per motivi logistici spesso trovano scarsa disponibilità a partecipare da parte dei Corsisti; stiamo pensando di trasformarli in incontri biennali monotelatici.



Scuole Speciali ACOI

Chirurgia Endovascolare

Direttore: Nicola Mangialardi

La scuola ACOI di chirurgia endovascolare è stata istituita per trasmettere conoscenze approfondite sui fondamenti culturali della chirurgia endovascolare, sulle tecniche diagnostiche pre e post-operatorie, sui materiali utilizzati, sulle tecniche operatorie e sui tempi del follow-up.

Compito della scuola è inoltre quello di dimostrare le possibilità delle tecniche endoluminali, di fornire una corretta impostazione sulle indicazioni, in base agli attuali criteri di linee guida ed EBM, di analizzare le possibili complicanze pre e post-operatorie e discuterne il trattamento, di fornire un'esperienza clinica diretta attraverso la partecipazione attiva degli allievi agli interventi chirurgici.

Come è possibile immaginare, gli obiettivi che ci siamo prefissati e che costituiscono il significato vero di questa scuola, sono piuttosto ardui da raggiungere ma l'impegno è stato massimo. L'organizzazione di un corso di questo tipo, in una nuova sede, non è semplice ed i problemi affrontati sono stati molteplici, a partire dalla necessità di reperire, nell'ambito di una struttura ospedaliera non modernissima, degli spazi idonei per la didattica. Era nostra ambizione inoltre effettuare, durante lo svolgimento delle lezioni teoriche del corso, una serie di interventi "live" inerenti agli argomenti trattati in aula.

Già nel primo ciclo del corso sono stati eseguiti in diretta 15 interventi per arteriopatia periferica ed insufficienza cerebrovascolare, nonché un intervento in urgenza per rottura di aneurisma dell'aorta addominale.

Riteniamo che la trasmissione di numerosi casi "live" dalla sala operatoria rappresenti uno dei principali punti di forza di questa scuola, perché in questo modo gli allievi sono messi di fronte alle problematiche reali che si affrontano durante le procedure endovascolari e alla soluzione tecnica delle eventuali difficoltà e complicanze.

In questo sforzo organizzativo non poteva mancare un corpo docente di primissimo piano, costituito da primari ed ordinari di

Chirurgia Vascolare provenienti da tutta Italia e anche dall'estero. I docenti hanno tenuto lezioni teoriche e discusso in aula durante gli interventi in diretta, trattando con gli operatori le strategie adottate e la scelta dei materiali utilizzati, in modo da consentire agli studenti di vagliare le diverse soluzioni endovascolari possibili per ogni singolo caso.

E' stato inoltre acquisito un simulatore di procedure endovascolari molto sofisticato, in grado di riprodurre con la massima esattezza per gli operatori, la maggior parte delle procedure, mediante un computer collegato a sensori che "captano" i movimenti dell'operatore e li traducono in immagini visive. In pratica si tratta di procedure operatorie virtuali in cui l'allievo esegue tutte le fasi dell'intervento, a partire dalla scelta dei materiali da utilizzare e acquisisce manualità nell'uso di guide e ceteri e nel rilascio di stent. Naturalmente il software è impostato in modo da consentire di passare con gradualità da procedure più semplici a procedure più complesse ed è in grado di segnalare gli errori verificatisi nel corso della procedura.

Gli allievi del corso hanno dimostrato di apprezzare molto questa innovazione, che

ha permesso loro di acquisire una manualità di base, memorizzare le varie fasi dell'intervento e prendere confidenza con i diversi materiali.

La scuola è aperta a tutti i medici chirurghi italiani e stranieri specialisti in chirurgia vascolare o iscritti al IV e V anno della scuola di specializzazione in chirurgia vascolare o che abbiano svolto negli ultimi cinque anni attività presso centri riconosciuti di chirurgia vascolare. Per l'anno in corso, sono iscritti 25 allievi, provenienti da tutta Italia.

Il corso, a cui sono stati assegnati 50 crediti ECM, è strutturato in tre cicli che si svolgono presso la sede centrale della scuola (UOC di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma) più un tirocinio pratico presso centri accreditati. Ciascun ciclo prevede quattro giornate di formazione in aula in cui si svolgeranno lezioni su temi preordinati, tavole rotonde con dibattiti tra esperti, presentazione e discussione di casi clinici, chirurgia in diretta interattiva. I partecipanti saranno anche presenti a turno in sala operatoria con partecipazione diretta agli interventi, per un totale complessivo di 72 ore.

Il tirocinio pratico prevede una frequenza minima di 50 ore presso i sei centri accreditati, con partecipazione documentata ad almeno 20 procedure come primo o secondo operatore. Nella scelta dei centri di riferimento si è tenuto conto, oltre ovviamente alla nota ed eccellente competenza nel settore, anche della collocazione geografica, per offrire agli allievi di diversa provenienza delle opportune opzioni. I centri accreditati di Chirurgia Vascolare sono quelli di: Torino (diretto dal Prof. Nesi), Bergamo (Prof. Setti), Reggio Emilia (Prof. Vecchiati), Mantova (Prof. Paccioni), Chieti (Prof. Spigonardo), Napoli (Prof. Ruotolo) e Catania (Prof. Monaca).

Il nostro auspicio è che al termine del corso ogni allievo giunga a porre le corrette indicazioni, dimostrare competenza nell'esecuzione di tecniche diagnostiche e chirurgiche endovascolari e riconoscere e trattare le eventuali complicanze post-operatorie.



Scuole Speciali ACOI

Coloproctologia

Direttore: Gennaro Rispoli

Full Immersion

La Scuola di Colo-proctologia, "neonata" tra le esperienze formative della tradizione ACOI, ha effettuato negli ultimi due anni tre corsi di formazione residenziale presso la divisione di chirurgia generale dell'Ospedale Ascalesi di Napoli. I discenti iscritti sono oltre venticinque, impegnati per 2-3 settimane nell'arco temporale di sei mesi, al mattino in sala operatoria e nel pomeriggio in ambulatori e lezioni interattive. **La formula è quella di privilegiare l'apprendimento e l'esecuzione di interventi semplici, secondo la tradizione ospedaliera di trasmettere il "saper fare". L'apprendimento della colo-proctologia può essere insidioso, poiché le affezioni dell'ultimo tratto dell'intestino riservano sorprese spesso anche ai chirurghi più esperti e comportano di necessità un approccio pluridisciplinare.** Gli indirizzi diagnostici e tecnici sottolineati nel corso di formazione sono enunciati nel rispetto della Evidence-based Surgery e in base all'esperienza dei docenti della scuola, che coniugano la scienza col buon senso chirurgico. Alla fine di ogni settimana i discenti "tornano a casa" ma conservano rapporti con il centro sia per realizzare lavori scientifici di gruppo sia per effettuare un tutoraggio per la realizzazione degli obiettivi tecnici. Il gradimento degli allievi è risultato note-



vole e la scuola ha distribuito a fine del corso semestrale cinquanta crediti formativi ECM. In collaborazione con il Consiglio Direttivo dell'ACOI e sotto l'egida del Ministero della Salute, la scuola ha anche prodotto un corso di formazione a distanza con risultati lusinghieri e fruibili da parte di tutti i soci; siamo convinti che l'E-Learning possa rappresentare una prossima sfida per tutte le strutture didattiche dell'associazione. I prossimi corsi si terranno nei mesi di

novembre 2006, gennaio, marzo, maggio, giugno e settembre 2007.

"In Pizza" Veritas

La formazione residenziale prevede il lavorare insieme sotto pressione, al mattino in sala operatoria e nel pomeriggio tra lezioni e ambulatori. Anche la pausa pranzo può diventare l'occasione per continuare a far domande ai docenti, anche quelle "fuori dalle regole" e rognose. Il clima disteso intorno ad una grande pizza a forma di un riquadro che ricorda il colon-retto è la provocazione gastronomica, complice un pizzaiolo DOC, che consente di continuare a parlare anche a colazione, di argomenti scientifici. C'è chi preferisce l'appendice o inizia a divorare il retto. "L'emicolectomia con forchetta e coltello" risulta gradevole e lo scherzo continua con domande che salgono alle labbra più facilmente avendo al tavolo docenti di tutto rispetto, meno reticenti e meno formali nelle risposte quando portano alle labbra una buona pizza. Drenaggio sì, drenaggio no, colostomia, ecc. ecc. **E' questo "lo spirito giusto ACOI" che favorisce la circolazione delle idee e delle esperienze.** Esiste la verità dei libri, la verità dei congressi, la verità dei "maestri inconfutabili", la verità sussurrata nei corridoi e anche la verità raccontata a tavola intorno ad una pizza...

gennaro.rispoli@acoi.it



ACOI giovani

Professione medico: come orizzonte il mondo

di Eugenio Coccozza

In una piovosa giornata di dicembre, di fronte a un hot dog in un autogrill di Siena, discutevo con Marco Barreca, Presidente della Commissione ACOI Giovani, della situazione attuale dei giovani chirurghi, esprimendo seria preoccupazione per il loro eccessivo attaccamento ai propri progetti, atteggiamento che ne riduce l'orizzonte e spesso non consente di incontrare chi si pone sul loro cammino.

Questo è il punto che ci sta maggiormente a cuore: nessuno si pone più sul loro cammino ed essi non sentono più la necessità di seguire qualcuno. In parole povere, se fosse solo un problema di formazione chiederemmo dei formatori, mentre si tratta di un problema di scuola dove, ovviamente, si trovano dei maestri che non solo si curano della formazione, ma soprattutto dell'educazione! Il vero maestro è colui che è un vero allievo, come un vero padre è colui che sa di essere un vero figlio! Se l'attenzione del lavoro medico consistesse ancora nel prendersi cura delle persone, inevitabilmente sarebbero rimaste le scuole, con la loro grande caratteristica di generosa trasmissione del sapere. Spostando invece l'attenzione su altro, si è persa la ragione per cui curarsi dei giovani: solo qualcosa che viene dal di fuori di me può farmi capire se l'orizzonte della mia vita è in ampliamento oppure no. Certo se la solidarietà, la carità e quant'altro provengono dall'urlo di chi ha bisogno e non c'entrano nulla con il progetto che ho in testa, allora potrò capire che cosa mi sta veramente a cuore: quanto più grande è il mio orizzonte, tanto maggiore sarà la mia possibilità di domandare e trovare qualcuno da seguire. L'alternativa è il farsi da sé con le debite conseguenze.

L'ACOI Giovani è vicino a chi, per scelta o circostanza, ha impiegato o impiega, parte della sua vita professionale in paesi in cui il bisogno di medici e di cure è quasi sempre un'urgenza. Si parla molto di terzo mondo, paesi in via di sviluppo, emergenze sanitarie ma spesso si ha solo una vaga idea di come queste situazioni si presentino e soprattutto

di come vengano affrontate.

La percezione della rilevanza dell'argomento è stata tale che nel recente congresso di Spoleto è stata dedicata una sessione specifica, ricca di interventi carichi di testimonianze ed esperienze vissute. Si è sottolineato come in Italia si possa venire incontro alle esigenze di questi paesi bisognosi: si è parlato di aspettativa, convenzioni, accordi con aziende sanitarie, regioni e via dicendo. L'interesse per questo settore umanitario sta crescendo anche grazie alla consapevolezza del grave bisogno: dal CUAMM ad Emergency ad AVSI, passando per il Pakistan, l'India, il



Perù e l'Uganda.

Dice Andrea Rizzi: "La mia esperienza è quella di chirurgo presso l'ospedale distrettuale regionale di Hoima, un piccolo paese dell'Uganda a 200 Km dalla capitale Kampala, nei pressi del lago Alberto. Sono arrivato qui nel gennaio 2004 con mia moglie, specialista in igiene ed il nostro primo figlio Filippo di anni 2.

L'impatto è stato duro e difficile, soprattutto perchè mi sono ritrovato a lavorare da solo in condizioni che non avevo mai affrontato. Ma quando ti trovi davanti ad un paziente

morente, tutto ciò che hai imparato e cercato di assimilare viene fuori e trovi in te delle risorse che non pensavi di avere. Così si cominciano ad affrontare i problemi uno alla volta cercando di colmare quei vuoti così grandi. Piano piano, ho cercato di farmi aiutare in diversi modi, cercando fondi, invitando medici esperti per brevi missioni e, recentemente, ottenendo la convenzione con la scuola di specialità di chirurgia generale di Milano, in modo che ogni 6 mesi uno specializzando possa richiedere di essere destinato ad Hoima. Ma penso che proprio la condivisione dei problemi e l'amicizia con le persone che prima di me li hanno affrontati, siano stati il punto di svolta per vivere serenamente e per cercare di costruire.

La nostra vita qui continua ad essere colpita dal bisogno così palpabile e dalle situazioni così drammatiche. L'Africa non ha mezzi termini, ti lascia senza fiato nel bene e nel male e ci si trova di fronte a situazioni limite sia in patologia che nella vita quotidiana. Subito si viene presi da un certo senso di impotenza che ci fa domandare quale sia il significato di questa sofferenza. Allora si capisce che il primo grande bisogno è proprio quello di poter dare un significato alla propria condizione. L'AVSI (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale), l'ONG per cui lavoro, ha un motto formidabile: "Condividere i bisogni per condividere il senso della vita". Allora con mia moglie, proviamo a partire da questo, impegnandoci fino in fondo nell'aiuto concreto dai bisogni più semplici ai più complessi. Questo ci aiuta a sperare e a far sì che anche i nostri pazienti possano sperare allo stesso modo. La professione medica è sicuramente la più affascinante che un uomo possa vivere ed in questo la condivisione della sofferenza nel tentativo di cura, fa sì che questa gente possa venire accolta nella sua integrità.

L'ACOI ha centrato il punto, capendo che sempre più è necessario parlare e confrontarci su temi come quelli del volontariato e della solidarietà ed ha scelto un modo

ACOI giovani

assolutamente utile: le esperienze. Più di tanti discorsi sono infatti le testimonianze che lasciano il segno e che mandano messaggi di speranza, pur sorgendo da condizioni limite e spesso assolutamente critiche. Questa sessione è stata un successo, dall'idea alla realizzazione, poiché è nata dall'esigenza di rendere noto e presente il lavoro di tanti colleghi che dedicano la loro professionalità all'aiuto dei più bisognosi spesso senza interessarsi di profitti e meriti.

Questo è il bello della medicina, la possibilità di lenire le sofferenze altrui, condividendo

in tutto e per tutto le condizioni umane più devastate.

Avanti ACOI giovani! Questo è stato un ottimo inizio e sicuramente desterà sempre più interesse ed attenzione."

Dopo questo incontro mi è stato molto più chiaro il fatto che esiste una tradizione di scuola che porta in sé valori di educazione e di formazione. Non è necessario mendicare altrove le strategie per la formazione o per la gestione del team, presso ideologie o filosofie a noi lontane e spesso estranee, è sufficiente recuperare il senso della nostra

professione la cui attenzione è l'uomo nella sua integrità. Siamo consapevoli che solo a volte si guarisce, mentre sempre ci si prende cura del prossimo che, nell'espressione del suo bisogno contingente, esprime il bisogno di salvezza dell'uomo, proprio come indica l'etimologia della parola latina *salus*, salvezza. **Questo è ciò che rende la nostra professione affascinante, unica e desiderosa di essere trasmessa e sviluppata, questo è ciò che spalanca gli orizzonti, questo è ciò che crea allievi e maestri.**

Corso di "Fondamentali nella pratica chirurgica"

Il 17 Gennaio 2007 avrà inizio, presso la sede ACOI di Roma, il primo corso di aggiornamento "Fondamentali nella pratica chirurgica", diretto dal Dr. Raffaele Macarone Palmieri, in collaborazione con l'ACOI Giovani. Il corso, patrocinato dall'ACOI, si rivolge a Specializzandi e giovani Specialisti in Chirurgia Generale e si ripropone di trattare, in maniera semplice e comprensibile, le procedure chirurgiche di base e le manovre fondamentali che ogni chirurgo dovrebbe conoscere e saper ese-

guire con sicurezza. Particolare enfasi è stata posta sull'esperienza hands-on, la stretta relazione tra i partecipanti ed i docenti e la possibilità di scambiare con questi le proprie esperienze ed idee. **Lo scopo finale del corso è quello di stimolare gli iscritti a sviluppare ed affinare una tecnica chirurgica che, sebbene personale, si basi sui più recenti principi di evidence based medicine.**

La durata complessiva del corso è di 60 ore teorico-pratiche, che verranno ripartite tra i cinque giorni presso la sede di Roma (17-19

gennaio e 24-25 marzo 2007) e la settimana di tirocinio pratico ospedaliero presso uno dei sei centri accreditati.

Le domande di iscrizione (con indirizzo, recapito telefonico, e-mail e codice fiscale) dovranno pervenire entro il 22 novembre 2006 all'indirizzo della Segreteria Organizzativa: belcolle-chirurgia@hotmail.it. I partecipanti dovranno essere muniti di polizza assicurativa, che copra il rischio infortuni e la responsabilità civile verso terzi. Il corso è in via di accreditamento ECM.

Novità da ACOI Giovani

Iscriviti al Forum!

E' disponibile per tutti i soci che già partecipano o vorrebbero conoscere le attività di ACOI Giovani, un nuovo strumento di comunicazione per mantenere vivi i contatti e le discussioni in corso: **il FORUM.**

Al seguente link

<http://acoigiovani.forumup.it/> potrete infatti facilmente registrarvi utilizzando come username il vostro vero nome e cognome (sono esclusi i nicknames) e par-

tecipare alle discussioni aperte. Il vantaggio, rispetto alla mailing list già attiva, è quello di poter portare avanti aree di discussione generale e aree di discussioni tematiche senza fare confusione e mantenendo un archivio storico di quanto scritto sempre consultabile anche dopo molto tempo. Sono attive al momento quattro aree di discussione, di cui una in lingua inglese, che consentiranno di sviluppare in maniera organica i progetti in corso.

Si consiglia di inserire al momento della registrazione anche qualche notizia nel proprio profilo (città di provenienza, aree di interesse, identificativo Skype) e una piccola foto (80x80 pixel non più grande di 6kb). **Sollecitiamo tutti gli iscritti alla MLACOI Giovani ad effettuare la registrazione per proseguire i lavori sul forum.** Per ogni chiarimento o informazione contattare Rosario Bellini (r.bellini@ao-pisa.toscana.it).



RUBRICHE

IL TESTO DA CONSULTARE

di Graziano Pernazza



PRIMER OF ROBOTIC & TELEROBOTIC SURGERY

Garth H. Ballantyne, Jacques Marescaux, Pier Cristoforo Giulianotti
Ed. Lippincott Williams & Wilkins 2004

"Primer of Robotic & Telerobotic Surgery" è il primo ed al momento unico testo, che si occupa di robotica in Italia e nel mondo. La ricca attività scientifica degli autori, pionieri indiscussi dell'applicazione delle tecnologie robotiche in chirurgia, offre un importante e innovativo contributo con quest'opera di recente pubblicazione.

Il testo interpreta la tecnica robotica, alla luce degli sviluppi e, per certi versi, delle semplificazioni che la sua applicazione può apportare alla tecnica laparoscopica. Il lavoro degli autori, basato sulla propria, condivisa e ampia esperienza, fornisce, attraverso le varie sezioni di cui è composto il volume, lo "stato dell'arte" della chirurgia robotica.

Fattibilità, applicazioni, vantaggi e limiti, ma anche tecnica, anatomia, analisi dei risultati in chirurgia cardiotoracica, gastrointestinale, dei parenchimi e urologica.

La letteratura internazionale che gli autori hanno preso a riferimento è molto ricca e costituisce un chiaro ed immediato testimone di quanta attenzione rivesta e quanto sviluppo abbia, anche in un contesto internazionale, questa tecnica.

Peraltro, proprio l'Italia si sta sempre più rendendo protagonista di questa crescita scientifica e tecnologica, grazie anche al rilievo assunto nella realtà internazionale dall'attività di alcuni protagonisti italiani, quali Pier Cristoforo Giulianotti, direttore della Scuola Speciale ACOI di Chirurgia Robotica e del Centro Didattico "International School of Robotic Surgery", recentemente eletto Presidente della Società Mondiale di Chirurgia Robotica (M.I.R.A.). Sulla base della propria ben nota esperienza egli afferma che "nella fase postoperatoria, so-

prattutto con riferimento alla morbilità, i benefici della tecnica robotica cominciano a diventare dimostrabili rispetto alla tecnica tradizionale".

Il testo si articola in vari capitoli. Dopo una parte introduttiva volta ad evidenziare i limiti della tecnica laparoscopica e a proporre le soluzioni tecnologiche della robotica come strumento efficace per superarli, nel secondo e terzo capitolo viene tracciata l'evoluzione nel tempo della ricerca tecnologica che ha portato allo sviluppo dei sistemi attualmente disponibili, passati in rassegna con dovizia di informazioni. Le sezioni seguenti, che costituiscono il maggior corpo dell'opera, sono dedicate alla descrizione tecnica e anatomo-chirurgica puntuale e completa delle procedure, per campo di applicazione e specialità. Interessanti e innovativi sono le tematiche e i commenti dell'ultima sezione del libro, che propone alcuni possibili sviluppi futuri e alcune evoluzioni che la tecnica potrebbe assumere nel corso del tempo, avvalendosi dei grandi progressi nel campo delle telecomunicazioni. Sviluppi che, a conferma del fermento presente in Italia e all'estero intorno alla tecnica robotica e della costante progressione scientifica, sono già oggi, a così breve intervallo temporale dalla pubblicazione del libro, già in gran parte realtà.

IL LIBRO DA LEGGERE

di Michele Montinari



VERSO LA QUALITÀ

Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria. Ad uso di cittadini, professionisti, managers, politici, donne e uomini di questo mondo.

Andrea Gardini

Centro Scientifico Editore, Torino 2005
ISBN 8876405429

Parlare o scrivere di qualità in chirurgia genera di solito un istantaneo e spontaneo sentimento di diffidenza o di sufficienza. **E' già difficile misurare la qualità del "prodotto salute": come è possibile garantirla in condizioni che limitano l'autonomia professionale e riducono risorse finanziarie e strumentali?**

Eppure la consapevolezza del disagio del chirurgo è ampiamente condivisa ed analizzata: al recente congresso nazionale di Spoleto, per esempio, Antonello Zangrandi ha proposto una ricetta perduta con le aziende pubbliche, quella cioè di **investire sugli uomini per migliorare la Sanità, indicando una strategia orientata alla valutazione sistematica della qualità nelle organizzazioni.** In assenza di un sistema premiante è necessario promuovere l'autonomia clinica strettamente legata al livello di responsabilità rispetto ai processi organizzativi. Tre i momenti essenziali: valutazione della qualità degli interventi, promozione di percorsi formativi più accurati, pianificazione di programmi operativi che tengano in debita considerazione l'in-

novazione. Cominciamo dunque a renderci conto ed a meravigliarci di come la qualità faccia già parte del nostro modus operandi: "come in un assioma che ha ormai un po' stufato", dice Andrea Gardini, "qualità è fare le cose bene la prima volta sempre, lavorare per processi, mettere il cliente al centro del servizio...".

Darne una definizione assoluta è arduo, pressoché impossibile, ma ciascuno di noi è in grado di costruire una definizione della qualità del proprio lavoro: **"la qualità in sanità è un valore fondante che ogni tanto necessita di qualche aggiustamento... di qualche spinta, soprattutto necessita di essere portata alla luce del sole e valorizzata da un'organizzazione che utilizza però tuttora modelli e strumenti antiquati e fa fatica ad aggiornarsi"**.

Avvicinarsi alla qualità per il chirurgo non significa rinunciare alla metodologia scientifica, che è alla base della dimostrazione di evidenza e tale rimane, ma spostare leggermente il punto di osservazione. Allargare quindi l'orizzonte oltre la "scienza quantitativa", verso cioè quella che Klazinga

RUBRICHE

definisce "scienza qualitativa", della soggettività che, paradossalmente, sembra già insita per natura nell'abito professionale di chi decide di essere chirurgo.

Andrea Gardini ci prende per mano e ci accompagna alla comprensione di strumenti, modelli, metodi e tecniche di lavoro, con il

garbo e la discrezione di tutore e maieuta, uomo profondamente innamorato della professione, senza imposizioni, perché non fanno parte di questo stile: "non c'è qualità senza libertà, non c'è libertà senza giustizia" e, noi continuiamo, non c'è giustizia senza solidarietà, non c'è solidarietà

senza servizio. Buona lettura.

Andrea Gardini è Presidente della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria SIQuAS-VRQ e Responsabile dell'Area Qualità dell'Agenzia Regionale Sanitaria Regione M

LA MOSTRA DA NON PERDERE

TRE CITTÀ CELEBRANO MANTEGNA
di Luisella Spinelli



È ben più di una "semplice" mostra. Si tratta infatti dell'importante progetto celebrativo organizzato in occasione del V centenario della morte di uno dei più grandi geni del Rinascimento italiano: **Andrea Mantegna** (1431-1506).

Un Comitato Nazionale, istituito dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali, ha allestito, coinvolgendo nell'impresa circa 140 musei e collezioni di tutto il mondo, una grande e ambiziosa rassegna molto attesa, articolata in tre mostre, una per ogni città dove il genio rinascimentale ha vissuto e realizzato alcune delle sue opere più prestigiose: **Padova, luogo della sua formazione, Verona, dove è custodita una delle sue opere più importanti e Mantova, dove ha vissuto fino alla morte.**

Le esposizioni, aperte in contemporanea il 16 settembre 2006, potranno essere visitate fino al 14 gennaio 2007.

Non si tratta di mostre monografiche, bensì corali: una ricca e sapiente raccolta di capolavori del Mantegna affiancata ad opere di grandi artisti a lui contemporanei (Donatello, Jacopo e Giovanni Bellini, Giorgio Schiavone, Marco Zoppo) e di suoi discepoli (più di 350 tra dipinti, sculture, manoscritti, disegni). Tale impostazione, ha lo scopo di tratteggiare da un lato il

tessuto intellettuale e artistico, la fertile concorrenza, il confronto e il dialogo del Mantegna con gli artisti del suo tempo e dall'altro di descrivere la personalità, la genialità del maestro ed il suo contributo alla nascita, affermazione e diffusione del Rinascimento artistico italiano, di cui è risultato la punta di diamante.

L'itinerario espositivo non può che partire da Padova (**Musei Civici agli Eremitani: "Mantegna e Padova 1445-1460"**), dove il Mantegna, poco più che un bambino, iniziò la sua formazione frequentando la bottega polivalente del pittore Francesco Squarcione. In città ebbe modo di conoscere l'arte fiorentina grazie alle opere di Giotto, Donatello e Paolo Uccello ed elaborò la propria maturazione stilistica divenendo promotore del rinnovamento del linguaggio figurativo e sostenitore della prospettiva come dilatazione dello spazio della rappresentazione architettonica. Lo "scorcio dal basso" rappresenta la grande novità della sua pittura e l'insegnamento più importante che ha trasmesso ai pittori susseguenti. La produzione giovanile padovana è contrassegnata da un importante ciclo di straordinari affreschi per la cappella Ovetari nella Chiesa degli Eremitani (1448-1457) che Mantegna iniziò neanche ventenne. L'opera aprì un nuovo corso nella pittura rinascimentale, rivelando il Mantegna come uno dei più grandi pittori del momento. Purtroppo i massicci bombardamenti dell'11 Marzo 1944 polverizzarono gran parte dell'opera (80.000 i frammenti recuperati, per lo più di piccole dimensioni). Dal 1998 grazie ad un innovativo metodo informatico (anastilosi virtuale), è stato possibile ricomporre parte dei dipinti che, proprio in occasione della mostra padovana, saranno ricollocati, dopo 60 anni, sulla parete sud della cappella Ovetari. Assieme a ciò che rimane di queste opere potremo ammirare altri capolavori del Mantegna quali "Madonna con il bambino addormentato" (Museo di Berlino), "San Marco" (Francoforte), "Santa Eufemia" (Museo Nazionale di Capodimonte) e la cosiddetta "Madonna Butler" (Metropolitan Museum, New York).

La sede veronese della celebrazione è invece il **Palazzo della Gran Guardia ("Mantegna e le Arti a Verona 1450-1500")** ed il cuore della mostra è rappresentato dalle due opere prodotte dal Mantegna per la città scaligera: la "Pala di San Zeno" (1456-1459) che subito dopo la mostra sarà avviata ad opere di restauro e la "Madonna in gloria tra i Santi" nota come "Pala Trivulzio" (1497), creata per la Chiesa di Santa Maria in Organo ed ora esposta al Castello Sforzesco di Milano. Accanto ad esse incisioni autografe del Mantegna e, nello spirito corale delle celebrazioni, importanti dipinti ed opere di artisti veronesi attivi nella seconda metà del quattrocento.

Tra il 1459 ed il 1460 i bibliografi datano la partenza del Mantegna alla volta di Mantova: chiamato a corte da Ludovico II Gonzaga, trascorrerà in questa città più di 40 anni della sua vita. Mantova celebra il genio rinascimentale a **Palazzo Te ("Mantegna a Mantova 1460-1506")**. Cospicuo l'elenco dei capolavori prodotti in questo periodo, tra cui spicca una delle opere più importanti della sua vita: la "Camera picta" (1472-1474) sita nel contesto del Palazzo Ducale. Chiamata la Camera degli Sposi a partire dalla seconda metà del seicento (forse perché vi trascorsero la notte nuziale Margherita Gorni e Alessandro Donesmondi il 26 Aprile del 1573), in realtà si trattava dell'archivio privato e di rappresentanza di Ludovico Gonzaga. L'affresco di questa stanza costituisce l'apice della conquista spaziale del Mantegna, che influenzerà successivamente le opere del Correggio, di Giulio Romano, di Paolo Veronese.

Sono visibili a Mantova per l'occasione, anche altre pregevoli opere mantegnesche tra cui, dopo una querelle tra Vittorio Sgarbi ed il direttore della Pinacoteca di Brera (*n.d.r. Corriere della Sera*), la magnifica tempera su tela del "Compianto sul Cristo morto", opera tardiva e celeberrima del maestro.

Lettere al Direttore

Gentile Direttore, da giovane socio dell'ACOI vorrei, innanzitutto, complimentarmi per la nuova edizione del vecchio "Bollettino". Da pochi fogli, apparentemente elaborati in fretta e senza alcuna revisione, il più delle volte cestinati senza essere letti, si è arrivati ad elaborare quasi un vero e proprio giornale, un mezzo di comunicazione efficace che arriva nelle case dei chirurghi e li fa veramente sentire parte di un'Associazione viva ed operosa. Bella la nuova versione grafica ed interessanti i contenuti, da quelli più seriosi a quelli più leggeri delle varie Rubriche. Sentivo però il bisogno di proporle alcuni quesiti: **siamo pur sempre dei chirurghi**, e molto spesso siamo attirati da contenuti scientifici, strettamente collegati al nostro mestiere. Non le sembra che la parte scientifica troppo ridotta? Non sarebbe meglio affrontare dei temi di più ampio respiro? Non so, mi viene in mente, ad esempio, una Rubrica dedicata, tutte le volte, ad una diversa novità tecnologica proposta sul mercato oppure un tema, di particolare interesse, affrontato in uno dei tanti Congressi Regionali. **Siamo**

pur sempre dei chirurghi all'interno di un'Associazione che dovrebbe avere anche un'attività sindacale. Ebbene da ACOI News questa attività traspare poco. Non le sembra una buona idea riservare uno spazio anche per questa tematica?

Si comprende benissimo che dietro questa nuova versione del "Bollettino" c'è un grande lavoro, soprattutto un grande lavoro di persone che... **sono pur sempre dei chirurghi!** Buon lavoro e grazie!

Caro Collega,

ACOInews è una nuova creatura e, pertanto, ha necessità di tempo per crescere e diventare adulta. Nel nostro programma editoriale iniziale ci siamo posti l'obiettivo di dare voce, nei limiti degli spazi consentiti, a tutte le numerose attività sociali. Come hai potuto certamente notare si è spaziato in tutte le numerose attività (anche sindacale, vedi n.1 e n.2). Le tue osservazioni ed i tuoi suggerimenti ci trovano in parte d'accordo: ACOInews è nata, come tu stesso sottolinei, con il precipuo scopo di rappresentare

uno strumento di comunicazione interna ed esterna. Volutamente, anche in considerazione del ridotto numero di pagine a disposizione, sono stati messi in secondo piano argomenti "scientifici" o "di ampio respiro", ma non dimenticati! Come puoi ben leggere, in questo numero, ampia visibilità è data ad un tema di interesse generale come la pubblicizzazione dei risultati in chirurgia. Se, nel futuro, finanze permettendo, avremo più spazi... vedremo! Per l'adeguato rilievo a problematiche sindacali, posso anticiparti che la Presidenza ed il nostro Gruppo hanno stabilito di aprire una Rubrica fissa, già dal n.4, nel quale poter trattare gli argomenti più propriamente di tipo "sindacale". E' sempre un piacere poter ricevere proposte e fattive collaborazioni, in fondo non abbiamo ancora compiuto... 9 mesi!

Le lettere al Direttore dovranno essere inviate a rodolfovincenti@hotmail.com e caratterizzate dalla scritta ACOInews. I contributi storici dovranno essere inviati anche a gaetanologrieco@libero.it

Lettere al Presidente

Gent.mo Presidente, il motivo che mi ha spinto a scriverle è la certezza di condividere questo mio pensiero con la maggioranza degli iscritti: sono stanco di venire travolto, quasi ogni giorno, da uno scoop giornalistico di presunta malasanità. Basta allo "sciacallaggio" dei media che sbattono in prima pagina casi clinici descritti sommariamente, informazioni imprecise, accuse gratuite a strutture e colleghi. Ormai siamo guardati con sospetto dai pazienti, criticati dalle amministrazioni, minacciati di denuncia ad ogni passo. Siamo costretti ad avere più attenzione per i protocolli e la burocrazia che per i rapporti umani, intrappolati da vincoli che rischiano di ridurre la professione a mera medicina difensivistica. A fronte di tale situazione, divenuta già da tempo insostenibile, perché l'ACOI non si rende disponibile ad affrontare anche temi di questo genere, ad entrare nel merito delle specifiche situazioni, facendo sentire la sua voce attraverso i più diffusi canali di comunicazione? Credo che la nostra professione meriti di essere valorizzata, nel rispetto di tutti i colleghi che svolgono il proprio lavoro con dedizione e sacrificio e salvaguardata da chi, senza scrupoli,

svende la carriera e la vita di un medico ad una testata giornalistica, ignorando invece ogni piccolo miracolo che ogni giorno si compie negli ospedali.

Lettera firmata

Carissimo Collega,

difficile non condividere la tua accorata analisi che coincide perfettamente con la nostra.

Non credo però si possa dire che assistiamo inerti a questo disastro.

Per la sintesi dovuta allo spazio a disposizione vorrei ricordarti che esistono nel nuovo organigramma ACOI almeno 3 commissioni specifiche che lavorano su questo tema.

1) Gruppo di lavoro "Medicina e Legalità": Magistrati, medici legali, avvocati, chirurghi e rappresentanti delle associazioni per i diritti del malato stanno lavorando fortemente sul problema della responsabilità medica con l'intento, per quanto possibile, di cambiare le attuali, inique, regole del gioco; i volumi: "Il Medico nel Processo" e "Il Consenso Informato", che sicuramente avrai ricevuto, sono testimonianza concreta di questa attività.

2) Commissione "Risk Management": sotto la guida di Carlo Corsi la commissione lavora attivamente come puoi dedurre dagli articoli già apparsi sulla nostra rivista.

3) Commissione "Formazione e Comunicazione": l'appassionato lavoro di Rodolfo Vincenti e di molti altri ha portato alla nascita di ACOInews che ha come scopo principale quello di aumentare, proprio come da te suggerito, la visibilità positiva della nostra categoria.

Nessun congresso nazionale ha avuto la visibilità mediatica del nostro recente di Spoleto grazie al cospicuo investimento sull'ufficio stampa, tenuto da una delle maggiori agenzie di comunicazione nazionale.

Tutto questo, mi rendo conto, non è esaustrativo del lavoro necessario per la difesa dei chirurghi italiani; è quanto sino ad ora ci è riuscito di fare. Attediamo, anche da parte tua come di tutti i nostri soci, consigli, suggerimenti, contributi.

Le lettere al Presidente dovranno essere inviate a segreteria@acoi.it e caratterizzate dalla scritta ACOInews

contour™
Curved Cutter Stapler



 **ETHICON ENDO-SURGERY, INC.**
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™



Stand Johnson & Johnson
Congresso Nazionale Acol
Spoleto 2006

tyco

Healthcare



Operare con sicurezza

United States Surgical una Divisione di Tyco Healthcare, è leader nella realizzazione di prodotti innovativi per la chiusura delle ferite e di dispositivi per la chirurgia avanzata. Due le divisioni di business dedicate: Autosuture offre una linea completa di dispositivi chirurgici e strumenti laparoscopici per la chirurgia generale e le specialità chirurgiche; Syneture produce e distribuisce una gamma completa di suture e prodotti chirurgici di altissima qualità.

Anticipando le innovazioni in chirurgia

autosuture[®]