



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



numero 4 / ottobre-dicembre 2006



L'editoriale

Adesso basta!

Gianluigi Melotti

Di solito l'editoriale dell'ultimo numero delle riviste è dedicato al bilancio di un anno di lavoro, alle previsioni per il futuro e non ultimo alla formulazione degli auguri, per tutti, di un migliore anno nuovo. Non vogliamo certo venir meno alla tradizione, privandoci del piacere di augurare a tutti i colleghi e alle loro famiglie un felice e prospero 2007; gli eventi succedutisi nei primi giorni del nuovo anno, con grande clamore mediatico, non inducono, però, un grande ottimismo. Ancora una volta uno "scandalo" di "malasanità" a partenza dal più grande ospedale della capitale offre il pretesto per scaricare sulla classe medica, in particolare

segue a pagina 3



Intervista a:

Ignazio Marino

Presidente
Commissione
Sanità del Senato



Primo Piano

**Chirurgia
d'Urgenza:
che confusione!**

di Fausto Tricarico



Antonello Zangrandi
Professionista e organizzazione

**Vincoli
e obiettivi
alla ricerca
di un equilibrio**

In questo numero

01 Editoriale

Adesso basta! di *Gianluigi Melotti*

04 Primo Piano

Chirurgia d'Urgenza: che confusione!

Sempre più alto il disagio dei chirurghi nei servizi di emergenza di *Fausto Tricarico*

06 Intervista a:

Ignazio Marino *Presidente della Commissione Sanità del Senato della Repubblica di Rodolfo Vincenti*

Credere e Curare di *Gabriele Levrini e Domitilla Foghetti*

08 Il professionista e l'organizzazione: è possibile valorizzare le risorse umane nel Servizio Sanitario Nazionale? di *Antonello Zangrandi*

09 Evidence based reviews in surgery di *Michele Montinari*

11 Elogio alle linee curve di *Giovanni Umberto Agostinelli*

14 Storie dal Mondo

Ulcera del Buruli di *Michele Montinari*

15 Il caso clinico del trimestre

di *Marco Barreca* con la collaborazione di *Gianluca Costa*

17 Vita dell'Associazione

Chirurghi e Cittadini insieme per una sanità migliore
Settimana Nazionale di Prevenzione del Cancro del Colon e del Retto
Sono solo numeri?

Pagina sindacale di *Massimo Percoco*

L'angolo del fiscalista di *Franco Viccaro*

Congresso nazionale ACOI Bologna 23-26 Maggio 2007

24 ACOI Giovani

Ma è veramente Africa? di *Roberto Rezzo*

Un pezzo di poesia che se ne va... di *Sara Bartola*

Noi, Chirurghi 'ri-formati' di *Carlo Bergamini*

I Giovani chirurghi invitati nelle Marche a discutere

di "Trattamento chirurgico del carcinoma del colon-retto" di *Domitilla Foghetti*

28 Rubriche

Il testo da consultare: EAES Guidelines for Endoscopic Surgery
di *Ferdinando Agresta*

Il libro da leggere: Dall'altra parte di *Michele Montinari*

La mostra da non perdere: De Chirico di *Luisella Spinelli*

acoi

acoi **NEWS**
www.acoi.it

Numero 4 / ottobre-dicembre 2006
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi
Ospedalieri Italiani. Supplemento a
Ospedali d'Italia Chirurgia n.3 / 2006

Direttore Responsabile

Claudio Modiano

Direttore Editoriale

Rodolfo Vincenti

Vicedirettore

Heinrich Pernthaler

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 Farelo

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 17/01/2007

SEGRETERIA ACOI

Alessandra Carlini - Rachele Giuliani

via Costantino Morin 45, Roma

tel. 06-37518937 fax 06-37518941

segreteria@acoi.it

segue dalla prima

sui chirurghi, la responsabilità di tutte le disfunzioni che affliggono, noi lo sappiamo bene, il SSN. Gli argomenti usati fanno riferimento, ancora una volta, all'eccessivo interesse dei medici per la professione al di fuori delle mura ospedaliere, dipingendo un sistema ove chi necessita di cure deve per forza pagare di tasca propria. A rafforzare questo concetto l'ex Presidente del Consiglio, Onorevole Silvio Berlusconi, vola negli Stati Uniti per farsi montare un Pace-maker ed il Presidente della Camera, Onorevole Fausto Bertinotti si fa operare di una semplice patologia in Clinica Privata, adducendo a motivazione di non voler privare di un solo letto il Sistema Sanitario Pubblico. Come se ciò non bastasse, il Direttore generale del più grande Ospedale romano, Ubaldo Montaguti, illustra con dovizia di particolari, forte del suo titolo di medico, come probabile e credibile, l'ipotesi che personale medico possa "scucchiare" gli occhi dei cadaveri nei sotterranei del Policlinico Umberto I al fine (udite, udite!) di praticare illecito commercio di cornee, destinate al mercato dei trapianti clandestini. Seguono ispezioni dei NAS in tutti gli Ospedali d'Italia e la risposta conseguente è di addossare la colpa alla libera professione extra-moenia da abolire rapidamente con decreto legge, ignorando che più del 95% dei medici ospedalieri italiani ha scelto l'intra-moenia. Orbene, noi tutti sappiamo che nessuno di noi ha mai partecipato all'assegnazione dei contratti miliardari per le ristrutturazioni edilizie, per i servizi responsabili del vitto ospedaliero, per le pulizie, per la vigilanza, per la normale manutenzione, seguendo la moderna filosofia, oggi imperante, della "esternalizzazione" dei Servizi non sanitari. Non siamo certo gli unici ad avere enfatizzato, in questi ultimi anni,



come la riforma aziendalistica della Sanità abbia permesso una così invasiva presenza della politica e delle sue necessità all'interno del SSN, tale da estromettere completamente i medici da qualsiasi forma di gestione e di indirizzo. L'ultima trovata è la creazione di un'Agenzia centrale che si occupi degli acquisti dei farmaci e dei presidi medici per tutta la rete nazionale degli Ospedali, anche questo in nome della razionalizzazione e dell'efficienza. Chi ha già visto, come noi, nelle proprie regioni, applicare il sistema delle cosiddette Aree Vaste, ha già verificato e segnalato più volte come non vi sia nessun risparmio e come aumentino, di contro, lo sconcerto e la difficoltà degli utilizzatori finali obbligati a piegare le proprie abitudini tecniche alla "ragion di stato" degli acquisti centralizzati. È facile profetizzare che il nuovo, ipotizzato carrozzone renderà ancora più farraginoso e difficili le quotidiane necessità d'approvvigionamento per garantire la continuità delle attività cliniche. Non credo che possiamo continuare ad assistere passivi ed

impotenti a questa incessante diffamazione della nostra categoria, a questo continuo processo di impiegatizzazione, che tende sempre più a trasformarci in operai della salute.

In direzione opposta a questa tendenza, crescono visibilmente e con riconoscimenti unanimi a livello mondiale la qualità e la modernità delle prestazioni erogate dai chirurghi italiani. Specie nel campo delle nuove tecnologie, siamo ricercati in tutto il mondo per insegnare e trasmettere le conquiste raggiunte in campo nazionale; solo il sistema francese compete con noi in questo campo.

Dobbiamo trovare nuove alleanze; la più naturale appare essere quella con i cittadini, nostri pazienti-utenti. Dobbiamo trovare ragioni, e ne esistono molte, per difendere insieme e migliorare la qualità diffusa del nostro Sistema Sanitario. Dobbiamo spiegare, in tutte le sedi, cosa significhi e quale responsabilità comporti il nostro lavoro quotidiano, magari rinunciando a qualche minuto in più di Sala Operatoria, a favore di una voce comune, alta e forte, capace di farsi sentire dentro e fuori le mura del Palazzo.

Dobbiamo pretendere che, almeno, anche la nostra opinione sia ascoltata in tutte le sedi (televisione, radio, giornali) in cui di Sanità si discute spesso senza la nostra presenza.

La nostra Associazione vuol mettere in questa battaglia tutte le forze e le energie che sarà capace di mobilitare; vogliamo, insieme con noi, tutte le Società Scientifiche italiane unite, prima che sia troppo tardi. Di sicuro sarà un buon anno per tutti noi, perché noi chirurghi sappiamo trarre soddisfazione e forza dalla nostra attività quotidiana, dal nostro senso di responsabilità, dalla nostra alta competenza, dalla riconoscenza dei nostri pazienti. Forse non basta. Facciamoci sentire!



Quando ridurre i tempi è essenziale

FloSeal® riduce i tempi ed i costi chirurgici



Baxter

BAE1049 PR0206

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

Primo piano

Chirurgia d'Urgenza: che confusione!

Sempre più alto il disagio dei chirurghi nei servizi di emergenza

di Fausto Tricarico

Coordinatore ACOI di Specialità per la Chirurgia d'Urgenza

Da più parti si avverte la necessità di affrontare le problematiche delle urgenze chirurgiche e del ruolo che deve svolgere il chirurgo nei servizi di emergenza, del destino della Chirurgia d'Urgenza, dei modelli organizzativi dell'urgenza-emergenza e della pianificazione e gestione dell'assistenza al paziente acuto, sia per eventi traumatici sia per eventi spontanei. Viene messa in discussione l'esistenza stessa della Chirurgia d'Urgenza. Questa disciplina continua invece a mantenere un ruolo antico ed importante: geneticamente è e rimane chirurgia generale, ma non deve confondersi né scontrarsi con essa. Si colloca infatti tra la chirurgia generale e le specialistiche e dovrebbe conservare la sua **autonomia** perché gli squilibri fisiopatologici indotti da eventi acuti, spontanei o traumatici, richiedono uno studio ed un approfondimento specialistico dedicato. L'approfondimento culturale e tecnico dell'urgenza ne migliora la gestione ed i risultati. La Chirurgia d'Urgenza esercita un'attrazione particolare ed un fascino antico perché con essa si tocca veramente con mano la necessità dell'azione del chirurgo. Un gesto chirurgico condotto con tempestività e perizia può cambiare la situazione di un paziente come dalla notte al giorno.

Normative Attuali

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad una specie di schizofrenia legislativa nazionale: sono numerosi i decreti, le leggi ed i piani sanitari che riguardano l'urgenza. Recentemente il Ministero della Salute ha confermato i primari di Medicina d'Urgenza ed escluso quelli di Chirurgia d'Urgenza. Con iniziative che variano da regione a regione, alcuni colleghi primari di Chirurgia d'Urgenza, si sono visti sottrarre, da un giorno all'altro, il reparto, la sala operatoria e la competenza acquisita in anni di lavoro dedicato.

Nei piani sanitari esiste una voce che riguarda



soltanto la chirurgia generale. Secondo tali piani la gestione dell'emergenza chirurgica dovrebbe essere affidata a chirurghi generali che spesso hanno avuto a che fare con l'urgenza, ma che non hanno fatto dell'urgenza stessa il loro motivo peculiare di interesse clinico e scientifico. Questa visione sembra contraddire quanto è stato fatto con i DEA, che sono ormai delle realtà ed hanno determinato un salto di qualità nel fornire al malato critico migliori prestazioni. Le strutture destinate all'urgenza (medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza, astanteria, rianimazione, diagnostica per immagini), dovrebbero essere sistemate insieme alla porta dell'ospedale per essere complementari e convergere contemporaneamente, in caso di necessità, sul paziente acuto critico.

La storia della Chirurgia d'Urgenza

Negli anni '70-'80 sono state istituite in Italia, presso le facoltà di medicina, le scuole di specializzazione in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso. Illustri cattedratici si sono impegnati con grande passione e fervore per cercare di affermare la cultura dell'urgenza. Per tutti Vittorio Staudacher, padre fondatore della chirurgia d'urgenza, Barresi, Becelli, Docimo, Rodolico, Natalini, Olivero, Cavina, Bonomo. Accanto ad essi primari ospedalieri eccellenti hanno coltivato, praticato ed insegnato la chirurgia d'urgenza. Nel corso degli anni sono sorti centri di eccellenza molto ben organizzati e funzionali. Tra questi la Chirurgia d'Urgenza di Milano (Policlinico, Niguarda), Torino (DEA

delle Molinette), Napoli (DEA del Caldarelli), Bologna (Ospedale Maggiore), Pisa (Chirurgia d'Urgenza), Roma (Policlinico Umberto I).

Dall'anno accademico 96-97, per rispondere alle normative della Comunità Europea, le scuole di specializzazione in Chirurgia d'Urgenza sono state trasformate in scuole di specializzazione in Chirurgia Generale ad indirizzo in Chirurgia d'Urgenza (durata 6 anni). Con l'ultimo decreto ministeriale di riordino delle Scuole di Specializzazione, si è assistito alla scomparsa della scuola ad indirizzo d'Urgenza e si è ritornati alla Chirurgia Generale come unica Specializzazio-

ne. Certamente è molto importante uniformarsi alla realtà europea, ma a volte una realtà italiana diversa e valida può essere indicata come esempio da seguire, valorizzare e far conoscere.

Non è sempre giusto essere importatori passivi di modelli.

Il disagio del Chirurgo d'Urgenza

Nel congresso regionale del 2005, l'ACOI Campania ha dedicato una

sessione al "Chirurgo nei servizi di emergenza", presentando un'indagine conoscitiva sul "DISAGIO". Il disagio maggiore che genera "burn-out" proviene spesso dalla disorganizzazione logistico-amministrativa con situazioni differenti da regione a regione, da città a città, da ospedale ad ospedale. Il chirurgo d'urgenza si trova schierato in prima linea, con carichi di lavoro eccessivi, a fronteggiare situazioni a volte più grandi di lui senza il conforto delle competenze specialistiche e della organizzazione necessaria, in un periodo difficile, caratterizzato da incomprendimento e diffidenza da parte dell'utenza, talora da insufficienza delle strutture che non consentono agli operatori sanitari di potersi esprimere al meglio delle loro possibilità. Il disagio proviene anche dal contenzioso medico-paziente che è in forte ascesa, a volte con risvolti giudiziari che tolgono al chirurgo la serenità di cui ha bisogno per svolgere il proprio lavoro e lo costringono ad un impegno (finanziario, assicurativo, legale e mentale) sempre più esoso, che non trova un corrispettivo adeguato nella retribuzione professionale e nel contratto di lavoro. Quanto pesano queste esperienze negative (che hanno sempre più frequentemente un significato speculativo e che nella maggioranza dei casi si risolvono favorevolmente), sul futuro professionale dei lavoratori dell'urgenza? Sarà in grado il chirurgo di reagire, troverà la forza e la serenità per continuare il proprio lavoro o cercherà di limitare le proprie attività scegliendo altre branche meno impegnative o meno a rischio? Bisogna

dunque agire e pensare, da subito, a proteggere adeguatamente gli operatori dell'urgenza, sul piano medico-legale.

Bisogna riconoscere di fatto la chirurgia d'urgenza come "attività usurante" ed approvarne i vantaggi in termini pensionistici.

Bisogna pensare ad una più adeguata retribuzione economica che tenga conto della rinuncia alla libera professione e che quantizzi il carico di responsabilità ed il relativo stress.

Da tutte queste considerazioni scaturisce la necessità impellente di una riqualificazione del ruolo della Chirurgia d'Urgenza.

Problema dell'autonomia della Chirurgia d'Urgenza

A favore dell'autonomia della Chirurgia d'Urgenza va considerato l'aspetto della concentrazione casistica. La concentrazione casistica, che si verifica con la gestione dell'urgenza da parte di un gruppo chirurgico dedicato, consente di maturare una importante esperienza clinica ed operatoria con la messa a punto di strategie diagnostiche e terapeutiche "più moderne" e più redditizie per il paziente. Permette inoltre di giungere ad una "EFFICIENZA GESTIONALE" attraverso la messa a punto di "ALGORITMI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI" (o meglio PROTOCOLLI O PERCORSI secondo la terminologia contenuta negli orientamenti legislativi più recenti).

Se prendiamo in prestito dai testi di economia il concetto di efficienza gestionale (tanto caro ai nostri dirigenti aziendali) sappiamo che questa intende la capacità di avere rendimenti elevati con bassi costi. L'efficienza gestionale si valuta sotto due profili:

1. Rendimento fisico tecnico (rapporto quantità ottenuta e fattore impiegato) cioè produttività fisico-tecnica.
2. Oneri unitari (costo unitario di una singola prestazione, ricavabile del rapporto fra l'onere del fattore produttivo e l'output ottenuto espresso in valore) cioè produttività economica.

Con la concentrazione casistica si realizza tutto ciò e quindi una migliore efficienza gestionale.

In tutti i campi della medicina moderna i protocolli di comportamento, che scaturiscono dalla concentrazione casistica e dall'opportunità di gestire con continuità determinate situazioni, diventano sempre più redditizi ed applicabili con facilità. Si giungono a possedere "SCHEMI MENTALI" con lo scopo di ottenere una razionale sequenza di atti diagnostico-terapeutici al fine di valutare correttamente l'esistenza e l'entità delle eventuali lesioni, trattandole in maniera adeguata e senza spreco di energia e risorse. L'abitudine all'urgenza in un reparto dedicato (struttura, medici, infermieri, personale), per quanto faticosa, consente di semplificare l'approccio all'urgenza, i tempi di trattamento, l'esecuzione di indagini "giuste" e di trattamenti "giusti". In talune circostanze inoltre, il fattore tempo risulta decisivo per il conseguimento dei risultati. A dimostrazione di quanto sia importante la concentrazione casistica riporto alcuni esempi: il primo è costituito dal TNO nei traumi chiusi dell'addome (traumi epatici, splenici, renali, pancreatici e retroperitoneali). La gestione tranquilla di un TNO si può fare soltanto se si ha l'abitudine a tale tipo di trattamento e l'abitudine si acquisisce con l'esperienza e con il numero frequente dei casi. In letteratura è dimostrato come ormai il TNO nelle rotture traumatiche del fegato abbia raggiunto percentuali fino al 60-70% ed il TNO delle rotture di milza percentuali fino al 40-50%. Gli insuccessi del TNO sono veramente pochi. In centri "abituati" a tale trattamento la percentuale di insuccesso è del 3%, dove insuccesso indica la necessità di sottoporre il paziente ad intervento chirurgico. Altro esempio molto importante è la resezione primaria in caso di occlusione da cancro ostruente del colon sinistro. La letteratura dimostra che nei reparti dedicati all'urgenza le percentuali di resezioni-anastomosi primarie è molto più elevata rispetto a reparti che si occupano saltuariamente di urgenza, dove viene ancora praticata la chirurgia in 2 (intervento sec. Hartmann) o 3 tempi. A tal proposito la nostra attitudine attuale è quella di privilegiare le resezioni primarie (colectomia sub-totale o totale) anche se recentemente stiamo posizionando delle protesi metalliche autoespandibili come "bridge to surgery" sia in open che in laparoscopia. Un ulteriore esempio può essere costituito dagli interventi di resezione-anastomosi primaria per diverticoliti perforate (Hinchey 3) o trattamenti di chirurgia laparoscopica di toilette e drenaggio. La concentrazione casistica delle urgenze presso un gruppo dedicato consente un miglioramento dei risultati nella loro globalità e tanti sono i riferimenti della letteratura su questa affermazione. In altri termini non solo moda e parole ma sostanza.

Cosa fare per diffondere la cultura dell'Urgenza?

Sarebbe auspicabile che la SIC (Società Italiana di Chirurgia), la SICUT (Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e Trauma) e l'ACOI, pensassero alla Chirurgia d'Urgenza promuovendo l'istituzione di Masters di formazione o di Scuole Speciali che andrebbero organizzati presso i centri italiani più attivi e con casistiche corpose, distribuiti sul tutto il territorio nazionale (Torino, Milano, Bologna, Roma, Napoli, Bari, Palermo).

I Masters dovrebbero essere indirizzati a medici laureati o specializzati che lavorano nell'ambito dell'emergenza (118, P.S., Chirurgia d'Urgenza, Trauma Center). Questi centri selezionerebbero personale dedicato ed interessato alla particolare funzione da svolgere e diventerebbero il luogo ideale dove sviluppare la ricerca sui pazienti critici con lo studio dei processi fisiopatologici e la verifica dei protocolli di comportamento.

Oggi è sempre più sentita la necessità di una preparazione selettiva per l'emergenza e cioè per una cultura che sappia concretizzarsi nell'assistenza, la più qualificata possibile per il cittadino che vive l'angoscia di un evento acuto, che mette a repentaglio la sua salute e la sua vita e coinvolge altrettanto drammaticamente la sua famiglia.

Conclusioni

Oggi è certamente molto avvertita la necessità di ridefinire il ruolo della Chirurgia d'Urgenza. Essa, comunque la si voglia chiamare (chirurgia d'urgenza, chirurgia generale ad indirizzo d'urgenza o con competenze per l'urgenza), deve conservare la sua autonomia.

La gestione delle urgenze deve essere affidata a personale che è cresciuto nell'ambito dell'urgenza, che si è fatto una competenza specifica culturale e pratica basata su criteri d'impostazione del tutto diversi da quelli che si affrontano nella chirurgia elettiva e che hanno fatto delle urgenze motivo peculiare di interesse clinico e scientifico. La Chirurgia d'Urgenza richiede una preparazione ed una professionalità sempre più adeguate e ribadisce la sua attenzione e la sua competenza nell'ampio e multiforme mosaico della traumatologia che attualmente ha assunto proporzioni ingravescenti. Solo laddove sono presenti medici che nutrono interesse specifico nei confronti dell'urgenza, medici dedicati, forniti di celerità, competenza e decisione, si potranno raggiungere standard qualitativi elevati. Il compito delle società scientifiche (SIC, SICUT, ACOI), attraverso l'istituzione di scuole Speciali o Masters presso i centri più accreditati (Universitari e Ospedalieri) deve essere quello di assicurare una migliore formazione dei professionisti impegnati nell'urgenza.



Intervista a:

Ignazio Marino

Presidente della Commissione Sanità
del Senato della Repubblica

di Rodolfo Vincenti

ACOI News ha l'ambizione di essere un tramite tra i chirurghi ospedalieri Italiani ed il mondo della politica. È bene che evidente che la nostra attenzione alle problematiche che scaturiscono dalla pianificazione, organizzazione e gestione della salute è massima. Per tale motivo, oltre ai continuativi contatti istituzionali, è presente nella nostra linea editoriale uno spazio-intervista nel quale vengono posti quesiti ai rappresentanti delle Istituzioni sulle tematiche più pregnanti oggi in discussione. Dopo aver sentito l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio ed il Ministro della Salute, in questo numero ospitiamo il Prof. Ignazio Marino, Presidente della Commissione Sanità del Senato della Repubblica. Fra le domande poste (tra cui: l'obbligo di esclusività per i primari, come preparare oggi i medici di domani, utilizzo delle risorse tecniche-professionali rappresentate dalle Società Scientifiche nel contesto di un progetto comune e condiviso, in special modo nella costruzione del previsto nuovo programma per ECM), il Presidente ci ha fornito le seguenti risposte che noi, ringraziando, integralmente pubblichiamo.



Nel suo libro "Credere e curare" (*) lei affronta, tra l'altro, i nodi cruciali della medicina contemporanea, il rapporto tra medico e paziente, le inquietudini dei malati, le promesse di cure sempre più efficaci e "miracolose" e parla di una medicina in crisi, dove i medici sono sopraffatti da tecnologie sempre più avanzate e costose, a fronte di logiche aziendali dettate più da vincoli economici che dai reali bisogni del cittadino-malato. Noi chirurghi sentiamo molto profondamente tutto ciò. Crede che si possa fare qualcosa per riequilibrare l'offerta alla domanda di salute?

Penso che il primo obiettivo che, come medici, dobbiamo porci, sia quello di elevare qualitativamente il rapporto fra medico e paziente. La cura, lo sappiamo bene, inizia proprio dallo stabilire un rapporto intimo e umano con la persona che abbiamo di fronte. **La comunicazione è un fattore determinante per instaurare una relazione volta a superare la diffidenza e a stimolare l'empatia e la fiducia da parte di chi si trova in uno stato di ansia, debolezza e bisogno.** I chirurghi in particolare in questo senso vivono una situazione estremamente spiazzante. Capita a volte di non conoscere neppure la persona che si sta operando, se non attraverso la documentazione clinica e di non vederla sveglia dopo l'intervento. Inoltre la tecnologia, sempre più sofisticata e moderna, se da una parte costituisce un aiuto fondamentale, dall'altra contribuisce ad aumentare l'allontanamento fra medico

e paziente. Sarebbe, invece, necessario riuscire a stabilire un equilibrio fra umanità e tecnica, oggi purtroppo sbilanciato a favore di quest'ultima.

L'ACOI è molto attiva nel campo della formazione del chirurgo e crede che sia anche merito del proprio impegno la grande visibilità e considerazione che il chirurgo ospedaliero italiano ha nel mondo scientifico internazionale e segnatamente in quello dell'area europea e mediterranea. Il sistema ECM si è retto fondamentalmente per il supporto economico delle aziende del farmaco e dei presidi medici: la legge "Finanziaria" ha previsto tagli al settore e le aziende hanno minacciato di chiudere il portafoglio per la parte di sostegno alla formazione del medico. In un suo recente articolo lei è stato molto critico verso il sistema ed ha ipotizzato cambiamenti strutturali. Potrebbe indicarci le linee guida per una formazione al passo con i tempi e con le nuove necessità?

Personalmente penso che la formazione continua dei medici sia indispensabile e che, proprio per questo, debba essere obbligatoria. Non può però, e tengo a sottolinearlo, essere affidata quasi esclusivamente ai finanziamenti dell'industria privata, senza rigorose valutazioni sulla qualità di chi fornisce la formazione e di chi viene formato. **Tra gennaio e ottobre 2006 sono stati organizzati in Italia in media 4,2 congressi medici al giorno, per la precisione 12.695. Ma chi ha controllato la qualità e l'effi-**

cia in termini di reale aggiornamento dei medici? Negli Usa i providers vengono selezionati e valutati da un organismo *super partes* che stabilisce le regole e gli standards di qualità dei progetti formativi, e per verificare che l'aggiornamento sia avvenuto sul serio, e non solo sulla carta, ogni due anni i medici specialisti sostengono dei test di verifica e ogni dieci ripetono un esame di Stato. Gran parte della formazione viene poi fatta negli ospedali attraverso riunioni settimanali, con spese minime, in cui si esaminano le più recenti pubblicazioni scientifiche, oppure si invita un esperto a tenere una lezione.

È questa, a mio avviso, la vera formazione continua: piccole riunioni dove ognuno può intervenire, cercare spunti di riflessione per arricchire il proprio bagaglio di conoscenze anche, e soprattutto, in relazione ai problemi dei pazienti ricoverati, visto che il fine ultimo e più importante dell'aggiornamento deve essere proprio il miglioramento delle cure e dell'assistenza dei pazienti.

Quello delle liste di attesa è sempre di più un gravissimo problema. L'indagine conoscitiva della Commissione da lei presieduta è partita sin dall'inizio della legislatura e si prevede darà i dati conclusivi entro il prossimo febbraio. Molte sono le variabili che contribuiscono ad allungare i tempi: ridotto utilizzo delle strutture e delle apparecchiature, eccessiva prescrizione da parte del medico (e qui è presente l'effetto

della medicina "difensiva"), ridotta responsabilità da parte del cittadino a mantenere l'appuntamento preso, conflitto di interessi ecc. Quale pensa sia la ricetta per contrastare tale realtà incompatibile con un Paese che esprime una Sanità tra le migliori del mondo?

Possiamo considerare etico un servizio sanitario nazionale che impedisce di fatto ai pazienti, con delle liste d'attesa interminabili, di poter accedere alle cure che spettano loro di diritto? È evidente che questa situazione non è sostenibile. Una soluzione possibile sarebbe quella di far funzionare i reparti di diagnostica e degli ospedali a tempo pieno, se non 24 ore, quanto meno 12 ore al giorno, in modo da poter permettere ai pazienti di effettuare gli esami in un lasso di tempo più ristretto, essendoci maggiore disponibilità da parte della struttura. Non dimentichiamo però che se la legge venisse applicata con rigore, questo problema si potrebbe, quanto meno, arginare. I Direttori Generali degli ospedali, infatti, hanno la possibilità di sospendere temporaneamente

l'attività intramoenia dei medici del proprio ospedale quando le liste d'attesa diventano eccessive. In questo modo consentirebbero loro di effettuare le visite e gli esami rimasti in arretrato, garantendo al cittadino un servizio dignitoso. Non nego, certamente, che ci sia anche la necessità di educare il cittadino a rispettare gli appuntamenti. In Toscana, ad esempio, viene fatta pagare una sanzione a quei cittadini che non si presentano nel giorno stabilito e che fanno, in questo modo, rallentare ulteriormente i turni delle liste.

Per l'intramoenia allargata non ci saranno più proroghe, dopo quella in scadenza il 31 luglio 2007. Entro il 31 gennaio 2007 le Regioni dovranno adottare i piani per consentire la libera professione dei medici in esclusiva con il Ssn nelle strutture pubbliche. Anche se pare che i fondi per realizzare gli spazi necessari siano già stanziati, sembra improbabile che si riesca a mettere "a norma" circa l'80% degli ospedali che, al momento, ne sono sprovvisti. Ritiene fatti-

bile il progetto ed attraverso quali percorsi?

Per l'adeguamento degli ospedali alle esigenze dell'intramoenia oggi sono disponibili ancora ben 412 milioni di euro. Dei 1.800 miliardi di vecchie lire stanziati nel 2001, e che ogni regione avrebbe dovuto richiedere allo Stato, nel 2003 ne erano stati richiesti solo l'11%, e solo da alcune regioni.

Oggi la situazione non sembra essere cambiata; non solo gli ospedali non si sono adeguati, ma non hanno nemmeno usufruito della possibilità di ammodernare le strutture con i fondi messi a disposizione per rendere operativa l'intramoenia. Fondi, quindi, che aspettano da quasi sei anni, e non sei mesi, di poter essere utilizzati. Credo che una data limite andasse stabilita con rigore e senza più proroghe, altrimenti serve a poco fornire le risorse per adeguare le strutture se poi non se ne fa nulla.

() I proventi delle vendite del libro saranno devoluti in beneficenza all'associazione Imagine ONLUS (www.imagine.org) e destinati a finanziare progetti umanitari nel settore sanitario.*

"Credere e curare"

di Gabriele Levrini

Dirigente Medico di Radiodiagnostica - Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia e Domitilla Foghetti



di Ignazio Marino
Einaudi 2005

spital di Philadelphia, è una firma nota ad un vasto gruppo trasversale di lettori - tecnici e non - grazie ai numerosi interventi che compaiono regolarmente su riviste mediche specializzate, su un diffuso quotidiano italiano e in una rubrica mensile da lui tenuta in una rivista di attualità italiana.

È contenuta in poco più di 100 pagine la personale rassegna dei tesori e delle problematiche aperte della professione, dall'Autore ritenuta ancora la più bella del mondo.

Se lo si affronta tutto d'un fiato - cosa possibile, forse per lo stile lineare così simile a quello di un articolo scientifico anglosassone, forse per una ben calibrata malizia da cantastorie - stupiscono la vastità dei temi affrontati, la lucidità e la pacata autorevolezza nell'argomentare. Marino non nasconde che l'opera è espressione della sua visione personale del mondo e di un particolarissimo punto d'osservazione professionale, né lascia la lampada della sua fede (Cattolica) sotto il tavolo. I motivi vanno dal concetto di malattia a quello di razionale organizzazione del sistema sanitario pubblico, ci sono il rapporto paziente-curante, il concetto stesso di cura e di natura del medico. Marino è pacato, ma l'obiettivo del saggio emerge con forza poco oltre le primissime pagine; non si tratta di una fenomenologia del mondo della Sanità ma di una pedagogia intorno

all'atto del prestare cura, che il lettore vede delinearsi tema dopo tema, aneddoto dopo aneddoto. Non appare un formale omaggio la dedica iniziale ai genitori "che mi hanno cresciuto ed educato".

Oltrepassata la galleria di temi che a Marino è parso impossibile escludere dall'angusto spazio che si è concesso, ci si può ritrovare immutati nei giudizi anche se inevitabilmente più documentati; manca piacevolmente l'urgenza di persuadere o di erudire, domina invece la sensazione di aver contemplato - tracciate con mano decisa e distaccata - pieghe di una realtà solo apparentemente ben conosciuta, "zone grigie dove è doveroso non entrare con giudizi apodittici" (dall'intervista concessa a "L'Espresso" il 27.04.2006 dal cardinale C.M. Martini).

L'inserimento di fatti di cronaca noti al grande pubblico (la tragica e controversa vicenda delle gemelline siamesi Marta e Milagros, trasportate a Palermo dal Perù per trovare una salvezza parziale e il caso Di Bella) e personali aneddoti estratti dalla vasta, qualificata, inevitabilmente sofferta esperienza di medico e ricercatore, rendono piacevole portare a termine la lettura, malgrado l'oggettiva complessità del dibattito etico - da cui l'Autore non si sottrae - che vive costantemente sotto la superficie di una scrittura così quotidiana e familiare.

Ignazio Marino, direttore del Centro Trapianti del Thomas Jefferson University Ho-

Il professionista e l'organizzazione: è possibile valorizzare le risorse umane nel Servizio Sanitario Nazionale?

di Antonello Zangrandi

Professore ordinario di Economia delle Aziende Pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma.

Responsabile scientifico del corso Management in Sanità rivolto ai massimi dirigenti delle strutture sanitarie.

Le aziende sanitarie pubbliche (ma anche quelle private) hanno nei professionisti un evidente punto di riferimento. **Ribadire la rilevanza strategica dei professionisti all'interno delle aziende è da un lato scontato e dall'altro veramente problematico: il rapporto tra professionista e organizzazione infatti non è così semplice da descrivere e sicuramente conflitti e opportunità si intrecciano in modo alquanto complicato.**

Le organizzazioni non possono però disinteressarsi dei professionisti, così come i professionisti non possono disinteressarsi alle organizzazioni. Un professionista non solo opera all'interno delle organizzazioni e da queste dipende per parte significativa della sua attività, ma anche all'interno delle organizzazioni si maturano esperienze fondanti l'attività del professionista. Porre il problema della valorizzazione delle risorse umane significa sostanzialmente chiedersi: cosa può fare l'organizzazione per valorizzare i suoi professionisti? Quali politiche aziendali, ma anche regionali e nazionali possono essere sviluppate

perché i professionisti trovino all'interno dell'organizzazione un terreno fertile per crescere e sviluppare le proprie potenzialità?

Peraltro l'esperienza raccontata da molti professionisti evidenzia difficoltà e ostacoli alla crescita professionale, determinati da comportamenti dell'organizzazione a volte schizofrenici o determinati da obiettivi molto differenti dalla valorizzazione delle risorse professionali.

Il problema di natura organizzativa è da un lato semplice da descrivere (soprattutto per gli ospedali pubblici), ma veramente complesso da realizzare: il problema è appunto quello di aumentare la qualità delle prestazioni, aumentare l'efficienza e sviluppare servizi appropriati ai bisogni.

D'altra parte i vincoli sono a tutti noti: la libertà d'azione degli ospedali è spesso modesta per la presenza di vincoli pubblici di ogni specie (acquisti di beni e servizi, gestione del personale, procedure amministrative, ecc.), per la carenza di risorse, per investimenti strategici (magari non solo in edilizia sanitaria), per la presenza di

interessi politici che spesso determinano scelte non di natura organizzativa.

Cosa può fare un'organizzazione che vive queste contraddizioni? Come promuovere la professionalità e la motivazione dei professionisti? Come superare questi vincoli facendo emergere un'organizzazione che sia in grado di raggiungere i suoi obiettivi oggi e contemporaneamente investa sul futuro?

Soprattutto questo ultimo tema pare oggi centrale: la formazione e gli investimenti di oggi sui professionisti saranno le condizioni di successo di domani.

I professionisti che si formano oggi sono quelli che domani saranno fondanti per la qualità e l'efficienza.

Non sviluppare oggi le professionalità significa che domani le prestazioni peggioreranno: questa è la vera sfida delle organizzazioni sanitarie: preparare oggi i professionisti di domani.

Per esplicitare questo modo di porre il problema occorre considerare che le organizzazioni sanitarie sono oggi i luoghi, certo non unici, ma molto significativi, dove i professionisti accrescono le loro professionalità, dove si sviluppano capacità e competenze.

Proprio per questo si deve chiaramente porre il problema di fondo: il management delle aziende sanitarie pubbliche deve obbligatoriamente promuovere azioni che orientino e sviluppino le professionalità.

E questo è un esplicito dovere: la ricerca di qualità, efficienza e appropriatezza, passa inevitabilmente da azioni che sappiano orientare i comportamenti dei professionisti, premiando la capacità di incrementare le competenze professionali. Se da un lato queste affermazioni possono sembrare scontate, dall'altro non si possono dimenticare le reali difficoltà in cui



le organizzazioni sanitarie pubbliche in questo Paese vivono attualmente. Difficoltà non solo determinate dai tagli di natura economica, ma anche da altri fattori già ricordati nelle righe precedenti.

Il management delle aziende sanitarie pubbliche risponde però alle Regioni e lo Stato dettano regole, approvano politiche, distribuiscono risorse, firmano accordi e contratti: il management è condizionato da queste regole, per cui le regole devono essere improntate alla valorizzazione delle professionalità, o comunque devono lasciare spazi alle organizzazioni per sviluppare, come si è detto, azioni capaci di incrementare competenze e capacità.

Osservando la realtà purtroppo non sempre emerge che regole e politiche abbiano questo orientamento. Un esempio per tutti: l'ultimo contratto dei medici.

La riduzione (quasi azzeramento) della retribuzione di risultato non è certo un segnale positivo!

C'è una semplice regola che i professionisti, ma anche il management aziendale non deve mai dimenticare: la qualità di una prestazione professionale dipende direttamente dalla motivazione e dalla capacità dei professionisti. Il contesto lavorativo permette di incrementare motivazione e capacità.

Quali sono le conseguenze pratiche:

1. **l'organizzazione deve motivare gli uomini; deve individuare regole che sostengano la motivazione;**
2. **l'organizzazione deve incoraggiare l'incremento delle capacità professionali attraverso una costante valutazione delle performance;**
3. **l'organizzazione deve creare regole che sappiano sostenere le sue risorse.**

Perché questa prospettiva (che è poi il modo di integrare i diversi orientamenti tra organizzazione e professionista) si concretizzi, si implementi all'interno delle organizzazioni sanitarie è necessario seguire le seguenti linee d'azione:

- innanzi tutto un management consapevole che investire sui professionisti e sulla organizzazione è la vera modalità per generare valore aggiunto e maggiore qualità. Investimento significa ad esempio disporre di sistemi di valutazione delle performance professionali a livello aziendale validi, individuare chiare responsabilità professionali e di formazione dei professionisti;

- in secondo luogo un comportamento professionale capace di leggere non solo le dinamiche tecnico professionali ma anche le condizioni organizzative e le connesse responsabilità. Ad esempio una maggiore capacità di comprendere cosa si fa, quali sono i risultati raggiunti: ridurre il grado di autoreferenzialità professionale attraverso la misurazione e il confronto delle prestazioni;
- infine il cambiamento di qualche regola a livello nazionale e regionale. Autonomia e responsabilità come binomio vincente nella creazione di ruoli organizzativi. La riduzione di vincoli e la creazione di motivazione concentrate sulla organizzazione e non fuori da essa: le regole devono premiare chi opera per l'organizzazione e non chi scappa da questa.

Un ruolo importante può essere giocato dalle associazioni professionali almeno in due distinte direzioni:

- essere interlocutore delle Regioni e delle aziende sanitarie per affermare la rilevanza di modalità di azione che valorizzino i professionisti. Si può e si deve sviluppare una azione positiva nel sistema sanitario pubblico supportando i professionisti all'interno delle aziende a svolgere un ruolo propositivo e interlocutorio con il management strategico aziendale;
- sviluppare una azione di formazione professionale (tecnica e non) per incrementare le capacità e le competenze dei professionisti.

Insomma le associazioni hanno la possibilità di essere un attore significativo e autorevole nel sistema dello sviluppo delle competenze e non solo un luogo di approfondimenti tecnico scientifico. Le associazioni devono sostenere gli aderenti e generare un fertile terreno su cui costruire solide professionalità.

In realtà, per concludere, una regola d'oro per tutti (management e professionisti) non deve mai essere scordata: per migliorare e sviluppare le professionalità bisogna avere l'atteggiamento della curiosità e la disponibilità ad apprendere sempre. L'organizzazione deve investire sulle sue risorse, ma i professionisti devono essere sempre nell'atteggiamento dell'apprendimento.



EVIDENCE BASED REVIEWS IN SURGERY

Progetto congiunto della Canadian Association of General Surgeons / Association Canadienne des Chirurgiens Généraux e dell' American College of Surgeons

di Michele Montinari

Da alcuni anni si assiste ad una proliferazione esponenziale della letteratura biomedica di qualità, tuttavia si registra una scarsa applicazione nella pratica clinica delle relative raccomandazioni: eccessivo il numero delle pubblicazioni scientifiche ed incalzanti gli sviluppi di tecnologie e terapie applicate.

L'Evidence Based Medicine (EBM), cioè la medicina basata sulle prove di efficacia, sorta con lo scopo di assistere il clinico nel prendere decisioni sulla gestione del singolo paziente facendo uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica disponibile, è stata favorita anche dalla esplosione del fenomeno internet e dalla necessità di adeguare sistemi finanziari ed investimenti in sanità.

La componente più intima della EBM è rappresentata dall'approccio critico alla letteratura, cioè dalla capacità di leggere ed interpretare i dati pubblicati secondo principi di logica, che ne consentano di individuare validità, riproducibilità, credibilità ed utilità. La padronanza di tali metodologie consente di governare i processi ed orientare le proprie decisioni, ma il percorso formativo prevede un lungo e delicato periodo di addestramento, sia dello specialista che dello specializzando, finalizzato alla comprensione di piani e metodologie di studio, alla conoscenza di elementi di statistica, epidemiologia, economia, ma anche comprensione di modelli di analisi decisionale, meta-analisi e sviluppo di linee guida. Obiettivo: fornire gli strumenti per valutare autonomamente efficacia dei trattamenti descritti, cause e fattori di rischio, prognosi, test diagnostici, linee guida.

La Canadian Association of General Surgeons / Association Canadienne des Chirurgiens

Généraux (CAGS) ha sviluppato nell'ultimo decennio un programma di formazione sostenuto da una politica attenta alla qualità in chirurgia ed alla diffusione preliminare dei criteri fondamentali della Evidence Based Surgery (EBS), preparando l'utenza a recepire i messaggi e gestire gli idonei strumenti informatici di comunicazione: "It was not enough to produce satisfactory soap, it was also necessary to induce people to wash" (Joseph Schumpeter, 1939). Dal 2000 CAGS ha avviato un progetto di formazione denominato Evidence Based Reviews in Surgery (EBRS), un Journal Club telematico, dedicato ai chirurghi canadesi che, dopo il primo anno di sperimentazione con un trial randomizzato tra specialisti, è stato esteso a tutti i soci di CAGS.

EBRS consiste in otto pacchetti mensili per anno accademico, compreso tra i mesi di ottobre e maggio: ciascun pacchetto comprende un articolo di rilevante interesse per la pratica clinica collegato ad un articolo di metodologia che è di supporto alla lettura assistita da esperti sul campo, la presentazione dello scenario ed un questionario collegato ad una selezione di articoli estratti da eccellenti riviste: i chirur-

ghi che lo desiderano possono accedere alla discussione in rete dopo idonea registrazione ad un'area riservata e quindi leggere e/o inviare commenti disponibili on line. Dopo le prime due settimane del mese durante le quali gli articoli sono fruibili per la discussione, i partecipanti sono invitati ad inviare elettronicamente una valutazione personale, completa e definitiva della lettura. Infine la compilazione di un questionario a risposta multipla consentirà di ottenere anche i crediti previsti dal piano nazionale di ECM. Il successo riscontrato dal progetto ha favorito nel 2005 il gemellaggio con l'American College of Surgeons (ACS), per cui anche i colleghi americani possono accedere al Journal Club con le medesime modalità, unica novità è rappresentata dal fatto che per ciascun anno accademico gli articoli sono selezionati in eguale misura da Canadian Journal of Surgery e da Journal of the American College of Surgeons. Per quali ragioni partecipare a EBRS?

È un programma gratuito, semplice da seguire, che assicura un miglioramento delle capacità di apprendimento critico della letteratura scientifica, opportunità di confronto

e discussione in rete con altri colleghi e con esperti della materia, espressione di un'organizzazione non virtuale che apprende e cresce culturalmente.



Robin McLeod

MD, FACS, FRCS

Direttore Reparto di Chirurgia Mount Sinai Hospital, Professore di Chirurgia e di Organizzazione e Valutazione delle Politiche Sanitarie Università di Toronto (ON), Presidente del Comitato Organizzatore di EBRS

Bibliografia

1. Birch DW, Eady A, Robertson D. Users' guide to the surgical literature: how to perform a literature search. *Can J Surg* 2003; 46:137-41.
2. Wente MN, Seiler CS, Uhl W, Büchler MW. Perspectives of Evidence-Based Surgery. *Digestive Surgery* 2003.
3. MacRae HM, Regehr G, McKenzie M et al. Teaching practicing surgeons critical appraisal skills with an Internet-based journal club: A randomized, controlled trial. *Surgery* 2004; 136: 641-5.
4. McLeod RS. A new educational program for ACS Fellows. *Candidates and Resident Members Bulletin of the American College of Surgeons* October 2005: 8-11.

Per ulteriori dettagli sull'argomento consultare la pagina relativa, su www.acoi.it

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione

Suture

Strumentario

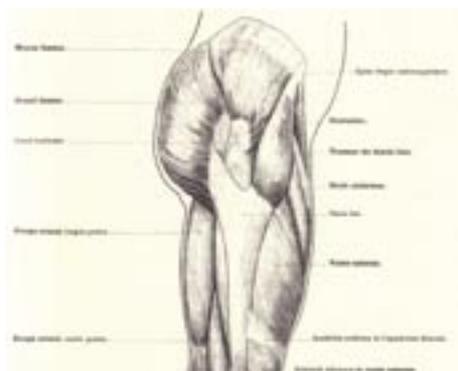
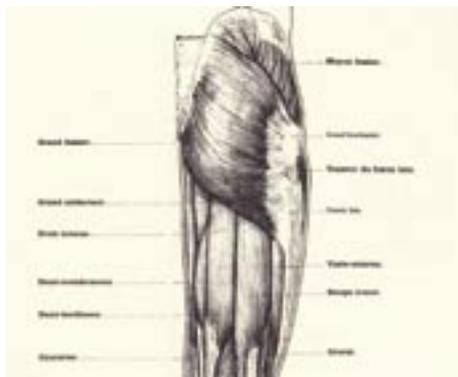
Laparoscopia

Oncologia

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Elogio alle linee curve

di Giovanni Umberto Agostinelli
Chirurgo Plastico, guagosti@iper.net



Il muscolo dell'anca che interessa maggiormente dal punto di vista artistico è il muscolo grande gluteo il quale ne determina il rilievo. Molto carnoso, ha due punti di inserzione: uno più esterno sulla fascia lata e uno più profondo sul tratto prossimale della linea aspra che prende il nome di linea glutea.

Posteriormente si trova la depressione glutea determinata proprio dalle modalità di inserzione del grande gluteo sul femore.

È il più potente estensore della coscia e per la sua posizione extraruota il femore; agisce inoltre da naturale freno al rovesciamento della pelvi. Va notato che l'andamento dei fasci muscolari obliqui non corrisponde alla piega glutea (orizzontale) nel vivente. Questa non è prodotta dal margine inferiore del muscolo grande gluteo, il quale ha direzione obliqua ed incrocia perciò la piega stessa, ma è dovuta al fatto che il grasso si accumula in una specie di tasca formata dalla pelle, essendo questa attaccata per mezzo di un setto fibroso alla tuberosità ischiatica.

Il grasso fa così sporgenza sopra la linea di inserzione alla pelle mentre la linea medesima forma la piega glutea, che ha decorso orizzontale ed è più profonda dal lato me-

diale ove il grasso è più abbondante. Quando il grasso diminuisce, la piega glutea tende a sparire e così pure durante la flessione della coscia. Nella donna il pannicolo adiposo della regione glutea è uniformemente sviluppato e spesso senza linea di demarcazione con quello del fianco, specie posteriormente, tanto da sembrare che le natiche ascendano senza alcuna interruzione fino a livello della vita: la diversa distribuzione di adipe sui glutei rientra nei caratteri sessuali secondari. È tipicamente femminile la sporgenza laterale delle anche che evidenzia l'andatura "ancheggiante", fenomeno causato da una curvatura più pronunciata della colonna lombare e da una minore estensione del legamento ileo-femorale. Durante la deambulazione, quando un passo si allunga in avanti, il baricentro del corpo lo seguirà e darà l'illusione di una maggiore inclinazione del bacino e di una offerta più evidente delle anche. Rappresentare in vista frontale l'andatura femminile è stato per molti artisti un problema.

Nel maschio il muscolo è più nervoso, pensiamo al *David* di Donatello e più carnoso nella donna, come nel *Giudizio di Paride* di Rubens. Nell'*Adamo ed Eva* di Tamara De Lempicka la posizione della figura maschile è particolarmente adatta ad evidenziare il decorso del muscolo grande gluteo.

Anteriormente al muscolo grande gluteo troviamo il medio gluteo e, sotto di esso il piccolo gluteo. Quest'ultimo non riveste interesse per l'artista, al contrario del muscolo medio gluteo, che nasce dal labbro esterno della cresta iliaca, dalla faccia glutea dell'ileo e dalle linee interglutee per inserirsi sul grande trocantere. Grazie alla disposizione a ventaglio delle sue fibre muscolari, esso è abducente (quando le contrae sinergicamente tutte), intrarotatore e flessore (quando contrae quelle anteriori),



Donatello
David,
Firenze,
Museo Bargello

extrarotatore ed estensore (quando contrae quelle posteriori). La sua carnosità emerge quando il soggetto è seduto come nel caso del *Torso* di Belvedere o di alcuni nudi di Michelangelo nella Cappella Sistina.

Nella *Deposizione di Cristo* di Caravaggio, la particolare posizione del Cristo permette di comprendere la morfologia esterna dei muscoli dell'anca spinti all'esterno dal peso del corpo abbandonato e dal fatto che le ginocchia sono tenute avvicinate l'una all'altra. Questa situazione fa emergere l'evidenza trocanterica ed evidenzia il grande gluteo, spinto verso il basso



Rubens
Il giudizio di Paride,
Londra,
National Gallery



Tamara De Lempicka
Adamo ed Eva

per gravità, che tende a separarsi dal medio gluteo. Altro muscolo dell'anca è il muscolo tensore della fascia lata; se immaginiamo che la fascia lata possa assomigliare ad una calza, il muscolo rappresenta la "giarrettiere". Muscolo particolarmente plastico, emerge quando l'arto si trova in tensione, come nell'*Ercole Farnese*. Gli altri muscoli dell'anca non rivestono alcun interesse artistico dal momento che si tratta di muscoli interni, prendono inserzione fra il margine mediale del grande trocantere e la sua fossa e coadiuvano la deambulazione.

Nell'antica Grecia non esistevano statue che incarnassero esattamente i canoni della figura femminile come quelli dati da Policletto e da Lisippo per il corpo maschile. Nel corso dei

secoli, sebbene siano apparsi nella scultura e nella pittura figure di donne con teste compresse sette volte, sette volte e mezzo, otto e nove volte nella statura, la forma è così differente nell'arte (per esempio tra le donne di Botticelli e quelle di Van Eyck e Rubens) e nella vita a causa della moda (pensiamo agli assurdi busti del 1800 che deformavano anche permanentemente la forma delle coste) che la relativa



Caravaggio
Deposizione di Cristo,
Roma,
Pinacoteca Vaticana

concordanza delle attuali anatomie artistiche, potrebbe sembrare il risultato di uno studio più superficiale di quello dedicato alla figura maschile. Nel passato le regole erano legate a qualche cosa di più profondo e spirituale, rispetto ai nostri giorni. Il simbolo rappresentava il punto di partenza sul quale veniva costruito o scelto il modulo. Quando l'uomo prese coscienza dell'importanza del pensiero e quindi della sua capacità di ragionare che lo avvicinava agli Dei, scelse la testa come unità di misura, sostituendola alla mano, che era il simbolo del lavoro manuale.

Utilizzando il canone di Richer le principali misure lineari della figura maschile, divisa in sette teste e mezzo, sono:

- diametro bitrocanterico = un'altezza di testa e mezzo - 1% della statura (18,9% dell'altezza);
 - distanza giugulo-pubica = due altezze di testa e 1/3;
 - distanza dalla sinfisi pubica al suolo = tre altezze di testa e 3/4 + 1% della statura.
- Nella figura femminile, suddivisa in sette teste e mezzo, abbiamo le seguenti misure lineari:
- diametro bi-deltaideo = una altezza di testa e nove decimi (25,5% dell'altezza)
 - diametro trasverso torace = un'altezza di testa e un quinto
 - diametro della cintura = una altezza di testa (13,3% dell'altezza)
 - diametro bi-trocanterico = un'altezza di testa e mezzo (20% dell'altezza).

Le natiche

L'affermazione che il seno femminile è un mimetismo delle natiche ha sollevato parecchie critiche. Secondo alcuni il seno pende troppo e solo imperfettamente ricorda la rotondità

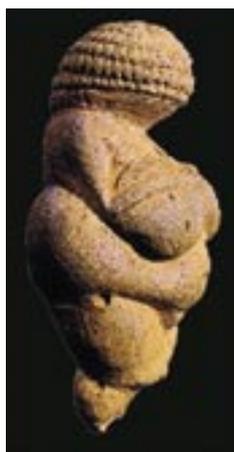
del sedere. Secondo Desmond Morris, non occorre che il mimetismo sia preciso per essere efficace; il famoso scienziato sostiene inoltre che, come tutti i primati, gli uomini preistorici si accoppiavano da dietro e i segnali sessuali della donna venivano emessi dai glutei, come nelle scimmie. Più il sedere era generoso, più la donna era seducente. Ma era anche molto ingombrante al punto che gli uomini passarono alla copolazione frontale. Conseguentemente i seni si gonfiarono per assomigliare ai larghi emisferi dei glutei.

Ancora oggi le donne boscimane e i loro profili generosi, si trovano nelle pitture rupestri dello Zimbabwe e dell'Africa meridionale.

Fino al XV secolo, quando si compie la riscoperta integrale dell'uomo e delle sue risorse intellettuali e fisiche, il dorso della figura umana viene considerato spregevole.

Per tutto il medioevo si tende ad evitare la rappresentazione del nudo e "mostrare le spalle" non viene considerato un semplice gesto di spregio, ma un vero e proprio atto impuro.

Mentre il volto infatti rivela la natura divina



Venere di Willendorf
Paleolitico

dell'uomo attraverso la manifestazione dei sentimenti e la mimica dei lineamenti, la nuca, la schiena e le terga sono parti di pertinenza demoniaca. Presso i popoli primitivi sono state rinvenute negli scavi sculture preistoriche rappresentanti figure muliebri con natiche straordinariamente sviluppate (come nella Venere preistorica di Savignano).

Per gli antichi Greci, invece, le natiche erano un tratto di eccezionale bellezza dell'anatomia umana, forse per la loro forma arrotondata, forse come elemento distintivo tra le tante specie animali che difficilmente mostrano posteriormente forme così lisce ed arcuate. Una delle più celebri statue di Afrodite, di cui ci è giunta copia di età ellenistica, oggi esposta al Museo Nazionale Archeologico di Napoli, era venerata come Kallipygia ("belle natiche").

Con movimento rotatorio la dea si volge

indietro per osservare le sue belle forme e la posa rende molto complessa un'analisi e un'ammaestramento proficuo sull'inclinazione del bacino, sulla curva della colonna vertebrale e sulla disposizione delle natiche. Per molti secoli il dorso e i glutei sono stati considerati una parte immorale, da celare dietro spessi panneggi allo stesso modo dei genitali.

Michael Pacher, pittore e scultore altoatesino che ha coniugato esperienze italiane con il tipico espressionismo nordico, dipinge un demonio mostruoso, verdastro, visto di spalle che presenta una colonna vertebrale nodosa che termina con una beffarda "seconda faccia". Occorrerà attendere il Botticelli per vedere i nudi femminili comparire nell'arte italiana come nella celeberrima "Primavera" dove le tre Grazie indossano sottili veli che lasciano trasparire le "giovani curve delle fanciulle" danzanti. Ma l'esaltazione dell'anatomia umana viene celebrata da Luca Signorelli nella Cappella di San Brizio del Duomo di Orvieto, dove riproduce la scena che mostra un groviglio di dannati e diavoli, riconoscibili per i colori innaturali dei loro dorsi.



Michel Pacher
Santi Agostino
ed il Demonio,
Monaco
di Baviera,
Alte Pinakothek

Le Grazie di Raffaello, presentano il grazioso ancheggiare dato dalla sinuosità, che indoviniamo, dalla colonna vertebrale, dal legamento ileo-femorale che spinge in avanti la gamba e che fa ruotare, più che inclinare, il bacino, trattenendo l'altra gamba e infine dall'inclinazione delle spalle con estensione del braccio in avanti che bilancia ed accentua la pressoché inesistente piegatura del bacino.

Il rapporto con la classicità che caratterizzerà tutta l'attività del grande pittore, il senso dell'equilibrio, la ricerca di una profonda armonia tra le cose, la calma misurata e composta delle sue figure, la resa di una bellezza fiorente e piena di grazia, costituiscono il superamento della vaghezza del Perugino. Anche in J. A. D. Ingres, grande ammiratore di Raffaello, nel suo quadro "Lasorgente", la soluzione della postura dei fianchi, in rapporto alla linea che accorda le spalle all'andamento sinuoso della colonna, è analoga a quella del pittore urbinato. Entrambi hanno scelto modelle dai fianchi larghi che ben raccordano gambe carnose e aderenti. L'arte del seicento, secolo carnale e focoso, segna il

momento di massima e disinvolta esibizione della schiena. Le formose bellezze bionde dipinte da Rubens (1577-1640), cascate di carne e di capelli testimoniano il mutamento dei canoni della bellezza muliebre. La natica fiamminga rappresenta il crollo della natica stessa: grassa, gonfia, cellulitica. Sebbene danzi con indolenza sotto i veli bianchi, mostra solo pieghe e smagliature.

Nelle "Tre Grazie" o nel "Ratto delle figlie di Leucippo" si osservano aspetti di "cute a materasso" e di cute ondulata "a coltrone" in corrispondenza della regione glutea, trocanterica, della regione postero-superiore delle cosce, laterale delle ginocchia e in corrispondenza del cavo popliteo.

All'immagine carnosa e carnale del Seicento, si sostituisce una visione più leggera, fresca, disimpegnata dove le robuste colonne vertebrali delle formose matrone secentesche lasceranno il posto a dorsi e glutei più esili, dalla silhouette più nervosa con fianchi snelli e forme contenute come nel "Giudizio di Paride" di A. Watteau ed essere pronti ad assecondare i vezzi eleganti del rococò. A Watteau si fa risalire l'invenzione del genere detto delle «feste galanti». In boschi o parchi, in cui prevale una descrizione naturalistica di tipo pittorresco (natura rigogliosa non imprigionata in schemi geometrici e in cui compaiono spesso frammenti di rovine del passato), si muovono uomini e donne in atteggiamenti di galante corteggiamento. Protagonisti sono spesso attori e maschere presi dalla Commedia dell'Arte italiana. Nei suoi quadri prevale spesso



Raffaello
Le Tre grazie,
Chantilly,
Musée Condé



Rubens
Le tre Grazie,
Madrid,
Museo del Prado

un'atmosfera di malinconia. Ma importante, nell'arte di Watteau, è soprattutto il suo stile, che riprende e rinnova il tonalismo veneto, nonché le esperienze coloristiche di olandesi (Rembrandt) e spagnoli (El Greco e Velazquez).



Watteau
The Judgement,
Parigi,
Louvre

Nella pittura di Watteau sono frequentissimi i personaggi visti di spalle e nel "Giudizio di Paride" conservato al Louvre tutta la tela ruota intorno alla figura della nudità di Venere.

Se la moda del seicento imponeva alle gentildonne vestiti pesanti e goffi, chiusi da colletti alti e golettoni severissimi, la haute couture del nuovo secolo dei sarti parigini, prediligeva vestiti più leggeri, gonne svolazzanti, scollature vertiginose.

Nell'Ottocento Ingres immortalava odalische, dedite ai piaceri del bagno turco, modellandole sull'esempio dei nudi classici.

I primi nudi moderni possono essere ritenuti "l'Olympia" di Manet, esposta nel 1863 al Salon des Refusés, giudicata osé dalla cultura ipocrita e perbenista dell'epoca e "L'Origine du monde", dipinta da Courbet nel 1866 per il cabinet de toilette di Khalil Bey, un ricco diplomatico turco.

Le due opere, innovative per la cultura del tempo, hanno in comune il corpo nudo ritratto con assoluta verità naturalistica: da allora l'umanità "fa scandalo" e l'esibizione della sessualità come spettacolarizzazione delle parti anatomiche, non ha avuto tregua. In ogni caso, là dove c'è arte c'è erotismo, c'è desiderio e sublimazione insieme: basti pensare alla tensione espressiva dei nudi di Klimt o di Schiele, nel clima della Secessione viennese, ai nudi solari, floridi e tranquillizzanti di Renoir, alle donne al bagno di Degas, alle naturali regine dei postriboli di Lautrec, fino ai nudi primitivi di Cézanne e a quelli taglienti di Picasso, utilizzati come invenzioni figurative dall'impatto erotico, sconvolgente anche per i contemporanei, fino a Guttuso, a Grosz, Albert Penot, Henry Moore, Richard Avedon, Gibson, Man Ray, Christian Coigny e perfino Minayoski Takada.

L'artista, specie in questo secolo, ha dato del nudo, maschile e femminile, una ostentazione al di là di ogni regola. Muscoli maschili e curve femminili hanno ormai invaso l'immaginario quotidiano.

I canoni della bellezza femminile sono pro-

fondamente cambiati in questi ultimi cinquant'anni, spostandosi verso un'immagine di donna più atletica e mascolina.

Un particolare studio pubblicato di recente sul British Medical Journal e ricavato dalle analisi statistiche desunte dalle misure delle



Renato Guttuso
Ragazze di Palermo,
Roma,
Galleria Nazionale
d'Arte Moderna

modelle... del "pagnone centrale" della rivista Playboy dal 1953 al 2001 emerge una netta riduzione della circonferenza del busto e dei fianchi che va di pari passo con un aumento della circonferenza vita.

Rapporto vita/fianchi	
prima 1964	0,76
1965-1984	0,75
1985-2004	0,72

Inoltre, come rivelato da una ricerca presentata sul "Personality and Social Psychology Bulletin" e redatta dal Prof. Pettijohn e dal suo collaboratore Brian Jungeberg, esiste un legame tra l'andamento economico e sociale degli Stati Uniti e la fisionomia delle playmate, nel corso degli ultimi quarant'anni, dal 1960 al 2000. Dopo un'attenta analisi, i due ricercatori sono arrivati a delle interessanti conclusioni: durante periodi economicamente più difficili, le playmate erano generalmente più mature, più alte e avevano misure più generose. Altra curiosità erano gli occhi, più piccoli della media, considerati come elemento che caratterizza le facce più "forti".

Un esempio è la giunonica Anne Nicole Smith, playmate dell'anno 1993, anno che secondo Pettijohn è stato uno dei peggiori anni per gli USA in termini economico sociali.

Per contro, in periodi di boom economico, le modelle di playboys si presentavano più giovani, magre e longilinee, con girovita quasi da vespa e occhi più grandi.

Sempre secondo il prof. Pettijohn, l'esempio di questo periodo, sono i primi anni 60.

Nel 1964 la playmate dell'anno era stata Donna Michelle, una teen ager di 18 anni, la più giovane fino ad allora. Il 1963 è stato poi l'anno della modella più magra, June Cochran, che pesava appena 46 kg.

Sembra infatti evidente che in periodi di difficoltà economiche, le playmate abbiano sistematicamente tratti somatici più maturi e linee più prosperose, mentre in periodi di prosperità le modelle siano più giovani, longilinee e meno abbondanti.

Storie dal Mondo

L'Ulcera del Buruli

Dalla Puglia un contributo alla cura della "nuova lebbra" africana: l'esperienza di Giovanni Ostuni

di Michele Montinari



Hopital La Croix, Zinvié 2005

La prima missione è stata avviata nel 2002 presso l'Ospedale Camilliano "La Croix" di Zinvié nel Benin: qui l'opera di chirurghi plastici, unici specialisti di tutto il Paese, in collaborazione con i sanitari dell'Istituto di Igiene dell'Università di Bari, ha consentito l'isolamento per la prima volta in Italia del *mycobacterium ulcerans* e l'avvio di studi per la preparazione di un vaccino.

La Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica SICPRE, di cui Giovanni Ostuni è Presidente, ha istituito borse di studio per chirurghi plastici volontari che vorranno recarsi in Benin.

Uno sgangherato mototaxi arranca lentamente alla volta di Zinvié: trasporta Marcel, un adolescente di 13 anni con un'ampia ulcerazione della coscia sinistra.

Tutto l'arto è edematoso ed i pessari lasciano immaginare la presenza di secrezione abbondante e fetida.

Eppure il papà di Marcel, ai primi sintomi della malattia, si era rivolto alla feticheuse del suo villaggio, ma i rimedi tradizionali applicati dalla guaritrice si sono rivelati, come sempre in questi casi, inefficaci. A Zinvié l'Ospedale dei Padri Camilliani è

un'estrema speranza di guarigione.

Così si vive e si può morire intorno all'equatore, dove si può curare soltanto chi può pagare e dove, pur avendo i soldi, spesso non trovi neanche servizi che possano garantire livelli essenziali di assistenza.

Il villaggio di Marcel si trova nel sud del Benin, un territorio regno incontrastato di acque stagnanti infestate dalle terribili cimici acquatiche, insetti carnivori molto aggressivi ospiti e vettori del *mycobacterium ulcerans*, agente responsabile dell'ulcera del Buruli, la micobacteriosi emergente delle regioni tropicali.

L'acqua costituisce sempre una forte attrazione per i giochi dei bambini, specialmente lì dove il caldo e la polvere sono opprimenti. Presso l'Ospedale "La Croix" sta sorgendo, grazie ad una cordata di interventi (tra i quali quelli della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica e dell'Istituto di Igiene dell'Università di Bari, dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, dei Rotary di Bari, dei Lions di Monopoli e degli altri club del Distretto 108 AB), un vero e proprio centro per la diagnosi e la cura dell'Ulcera del Buruli. E' in fase di realizzazione un reparto di chirurgia plastica

con 24 posti letto dove curare la malattia e rimediare alle sue sequele estetiche e funzionali e molto presto, grazie ai fondi ricavati, sarà possibile avviare anche un laboratorio di microbiologia per studiare la malattia sul posto ed un laboratorio di biologia molecolare a Bari.

Giovanni Ostuni, Direttore dell'U.O. di Chirurgia Plastica Ospedaliera del Policlinico di Bari, si reca due volte l'anno nel Benin, alternando la sua presenza con quella dei suoi collaboratori nell'opera di volontariato. L'Ulcera del Buruli non è certamente l'ultimo dei flagelli africani insieme a malaria, AIDS, tetano, tifo, tubercolosi, meningite, ma insorge subdolamente con lesioni non dolenti come noduli, placche, papule o edemi che poi evolvono in ulcerazioni che si possono complicare fino alla osteomielite e rendere necessarie amputazioni, con la conseguente emarginazione sociale dei pazienti.

Comprendiamo quindi l'importanza di promuovere azioni preventive in loco, come l'informazione e l'istruzione, e di sostenere centri di cura come quello dei Padri Camilliani nel deserto dell'assistenza sanitaria nel Benin.

Per sostenere l'iniziativa: (A) c/c postale 14250807 Istituto San Camillo - Piazzetta Pittore 3, 80046 San Giorgio a Cremano - Napoli, oppure (B) bonifico bancario a "Comitato Pro Africa" Presidente dott. Giovanni Ostuni (causale "Pro Ospedale La Croix Benin") Banca di Credito Cooperativo Monopoli, via Lepanto 1/C Monopoli. Numero conto: 2409 ABI 07027 CAB 41570 CIN Z.

ULCERA DEL BURULI: IDENTIKIT

- 1897: descrizione del primo caso nel Buruli, regione dell'Uganda
- 1948: isolamento in Australia del germe responsabile, il *mycobacterium ulcerans*
- 2003: isolamento del micobacterio in Italia, a Bari
- Età interessata: infanzia e adolescenza
- Presente in 32 Paesi della fascia tropicale e subtropicale, dall'Africa all'Australia, all'America Latina
- Terapia antibiotica: pressoché inefficace
- Trattamento chirurgico: unica strategia valida, specie se associato alla camera iperbarica
- Raramente mortale, ma altamente invalidante
- Prevenzione ed educazione sanitaria consentono diagnosi precoce e trattamento della malattia in fase iniziale.

Il caso clinico del trimestre

di Marco Barreca con la collaborazione di Gianluca Costa

Un uomo di 74 anni, diabetico, iperteso, sottoposto due anni prima a sostituzione protesica dell'aorta addominale, giungeva in PS per dolore addominale gravativo con accessi crampiformi, insorto da circa 12 ore, localizzato ai quadranti di sinistra ed associato a rettorragia. Il primo esame obiettivo evidenziava un addome trattabile, con lieve dolorabilità a sinistra. Gli esami ematochimici mostravano una leucocitosi neutrofila (11.500 GB / 80% NEU) ed un lieve rialzo di PCR e fibrinogeno. Il paziente veniva sottoposto ad Rx diretta addome, risultata nella norma ed Ecografia addominale con riscontro di "...ispessimento della parete del colon trasverso e sinistro in particolare a livello della sottomucosa ... aspetto comune a patologie infiammatorie e vascolari". Per il peggiorare della sintomatologia e del quadro addominale (aumento dell'intensità dolorosa e comparsa di resistenza alla palpazione), venivano eseguite una TC addome (Fig. 1), che segnalava un "...diffuso ispessimento disomogeneo delle pareti del colon trasverso e discendente... diverticolosi del sigma, ... reperto sospetto per infarto intestinale" ed una endoscopia condotta fino al colon discendente distale (Fig. 2)

con il riscontro di "...mucosa del retto e del sigma distale iperemica e sanguinante, con numerosi diverticoli... nel discendente e nel sigma prossimale necrosi superficiale dell'epitelio".

Il quadro obiettivo, evoluto verso un addome acuto, conduceva all'intervento chirurgico in urgenza. Alla laparotomia il colon sinistro si presentava edematoso ed ispessito con diverticolosi diffusa, ma

Tab. 1 Fattori etiologici dell'ischemia del colon

Idiopatica (spontanea)

Occlusione intestinale

Shock

Farmaci

digitale, diuretici, FANS, catecolamine, estrogeni, danazolo, neuroleptici, oro

Occlusione grossi vasi

trombosi o embolia dell'arteria mesenterica, trombosi della vena mesenterica, trauma

Malattie dei piccoli vasi

Diabete mellito, vasculiti, amiloidosi, artrite reumatoide, danni da radiazioni

Disordini della coagulazione

Deficit di proteina C, proteina S o antitrombina III, anemia falciforme

Abuso di cocaina

Attività fisica estrema

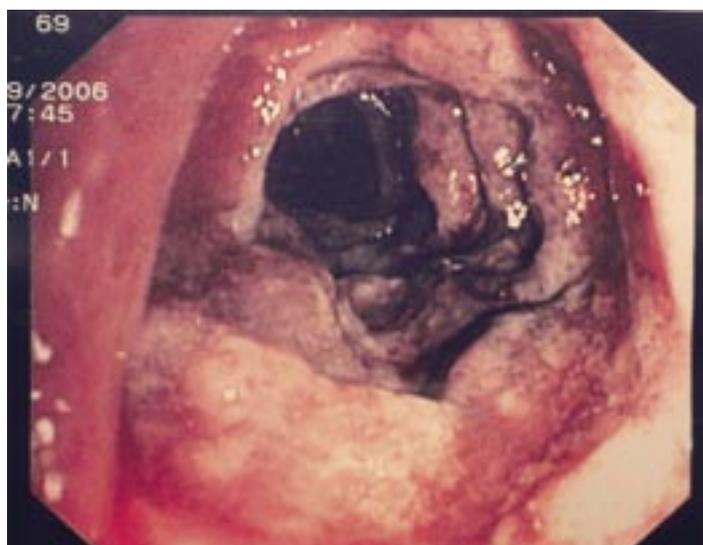


Fig. 1 e 2 TC e colonscopia preoperatorie

Tab. 2 Indicazioni al trattamento chirurgico della colite ischemica**Ischemia acuta**

Peritonite
 Pneumoperitoneo
 Segni endoscopici di gangrena
 Sepsis che non risponde a trattamento medico adeguato
 Diarrea o sanguinamento rettale persistente per più di 14 giorni

Ischemia cronica

Colite segmentaria con sepsi recidivante
 Stenosi sintomatica
 Stenosi asintomatica nel sospetto di una neoplasia

senza evidenza di necrosi a tutto spessore. Veniva eseguita una colonscopia intraoperatoria attraverso una colotomia sul sigma, che rilevava: "prossimalmente, per circa 40cm, mucosa eritematosa facilmente sanguinante con necrosi superficiale dell'epitelio a tratti coperta da induito fibrinoso"; si procedeva quindi ad una retto-colectomia sinistra sec. Hartmann. Il decorso si è svolto regolarmente ed il paziente è stato dimesso in XIII giornata post-operatoria. L'esame istologico ha evidenziato in più punti necrosi della tonaca mucosa con congestione e stravasi emorragici della sottomucosa associati a trombi diffusi dei vasi di piccolo calibro.

Discussione

Il colon rappresenta la sede più comune di ischemia del tratto gastrointestinale. La condizione si può risolvere completamente con trattamento conservativo in una buona

parte dei casi, ma un ritardo nella diagnosi o l'evoluzione verso la necrosi sono associati ad un elevato rischio di complicanze ed a morte. Numerose sono le cause di ridotto flusso sanguigno al colon (Tab. 1).

La colite ischemica si può presentare con due quadri clinici: gangrenosa (15-20%) e non gangrenosa (80-85%).

Nella forma non gangrenosa (come nel caso in esame) le lesioni possono essere transitorie e reversibili o evolvere verso la stenosi (10-15%) o la colite cronica segmentaria (20-25%). Il quadro clinico può essere insidioso ed estremamente variabile, ma una storia di chirurgia cardiaca o dei grossi vasi o di infarto miocardico devono far sorgere un fondato sospetto.

Il dolore addominale, quando presente (circa il 60% dei pazienti), è di solito improvviso e crampiforme. È in genere seguito entro 12-24/h da diarrea o rettorragia.

La diagnosi dipende da una valutazione se-

quenziale del quadro clinico e dai reperti degli esami strumentali (Rx diretta addome e clisma opaco, più recentemente sostituito dalla colonscopia; TC addome ed ecografia). La colonscopia è l'esame più sensibile per la diagnosi di ischemia colica.

Finché il quadro clinico non suggerisce l'evoluzione verso la gangrena o la perforazione è giustificato un atteggiamento conservativo (fluidoterapia, nutrizione parenterale, antibiotici ad ampio spettro). Il 20% circa dei pazienti con colite ischemica richiede un intervento chirurgico (Tab. 2).

È cruciale che la resezione intestinale cada su margini di resezione con mucosa vitale (la superficie sierosa può infatti apparire ben perfusa). L'intervento prevede di solito una resezione colica con colostomia sec. Hartmann o ileostomia terminale. La mortalità riportata per questi pazienti è del 30-60%.

Il parere dell'esperto

I punti critici del caso riguardano l'indicazione chirurgica e la strategia operatoria.

Il quadro clinico-strumentale di esordio (chiari ed evidenti segni clinici di peritonite; sospetto di infarto intestinale posto alla TC), giustificava ragionevolmente l'indicazione chirurgica urgente piuttosto che un monitoraggio clinico-strumentale, nonostante la colonscopia preoperatoria descrivesse la necrosi colica come "superficiale".

Alla laparotomia si dimostrava che il quadro preoperatorio era sovrastadiato, non essendo presente necrosi a tutto spessore del colon, neanche localmente e non essendo presente liquido libero endoperitoneale. Forse poteva essere preferibile eseguire la colonscopia intraoperatoria per via naturale piuttosto che attraverso una colotomia. Infine, la scelta dell'intervento di Hartmann, se può sembrare da un certo punto di vista un po' aggressiva, risulta comunque la più prudente, poiché l'evoluzione del quadro clinico può anche essere sfavorevole ed evolvere verso la forma gangrenosa.

Franco Baldoni

Direttore Unità Operativa Complessa di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma, Dipartimento Emergenza-Urgenza.Ospedale Maggiore, Bologna.

Vita dell'Associazione

Chirurghi e Cittadini insieme per una sanità migliore

In seguito alle disposizioni della legge finanziaria che fissano criteri in relazione all'acquisto di dispositivi medici da parte delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale, l'ACOI si è fatta promotrice di una iniziativa di confronto con i cittadini per verificare se le preoccupazioni dei chirurghi sulle ricadute che tale provvedimento potesse ingenerare sulla qualità delle prestazioni chirurgiche fossero condivise dall'opinione pubblica. Con tale finalità il Consiglio Direttivo dell'ACOI ha incontrato il 16 Dicembre scorso a Roma i rappresentanti di Cittadinanzattiva e del Tribunale per i diritti del malato. Da tale incontro è scaturito un documento che, dopo una capillare circolazione tra i Presidenti delle Associazioni Chirurgiche aderenti al neonato C.I.C. (Collegio Italiano dei Chirurghi), è stato inviato a firma congiunta al Presidente del Consiglio dei Ministri **On. Prof. Romano Prodi** e al Ministro della Salute **On. Sig.ra Livia Turco**. Consideriamo di grande valenza l'iniziativa comune dei Chirurghi e di autorevoli rappresentanti dei Cittadini nel richiamare l'attenzione su una normativa che rischia di mettere a repentaglio i percorsi di qualità in chirurgia.

La legge finanziaria 2007 in corso di approvazione (all. C) inserisce il settore dei dispositivi medici tra le aree in cui effettuare tagli alla spesa sanitaria con l'introduzione di un meccanismo di individuazione dei prezzi, da assumere come base d'asta, basato sul minimo storico del biennio 2005-2006. Questa procedura di acquisto rende di fatto il prezzo l'unico criterio di valutazione.

A nostro avviso la scelta di assumere il massimo ribasso come unico criterio di scelta provoca alcuni evidenti rischi.

In primo luogo finirebbero in secondo piano i criteri di qualità, affidabilità e sicurezza fissati dalle direttive CEE n. 90/385 (recepita con D.L. nel 1992), n. 93/42 (recepita con D.L. nel 1997) e n. 98/79 (recepita con D.L. nel 2000). Lo sviluppo della tecnologia dei dispositivi biomedicali è stato determinante per lo sviluppo della chirurgia moderna proprio per la centralità dei criteri di qualità e di minimizzazione del rischio.

Un secondo rischio riguarda l'esclusione, di fatto, dei professionisti dalla scelta e dalla gestione dei dispositivi medici e ciò significa perdere competenze insostituibili per la valutazione di dati essenziali come

- appropriatezza della destinazione d'uso

- prestazioni
- qualità intrinseca del prodotto
- affidabilità del fornitore
- affidabilità dei servizi offerti.

L'esclusione dei professionisti avrebbe conseguenze negative anche sull'Health Technology Assessment e cioè sui programmi di gestione del rischio clinico e di controllo della qualità nella scelta, utilizzo, manutenzione e conservazione dei dispositivi.

Infine una competizione fondata esclusivamente sul prezzo rischierebbe di comprimere l'industria in un ruolo di mero fornitore e di non sviluppare la sua natura di risorsa del servizio sanitario. L'industria biomedicale ha fortemente interagito col mondo chirurgico, assecondando, e in molti casi inducendo, il progresso delle tecniche operatorie. L'attività di formazione, didattica ed aggiornamento in Chirurgia, inoltre, si è svolta in questi anni col decisivo contributo delle Società Scientifiche e col sostegno organizzativo e finanziario dell'Industria biomedicale che ha sollevato il Sistema Sanitario da un impegno gravoso dal punto di vista economico e culturale.

Nel proporre queste osservazioni, le Organizzazioni firmatarie, che significativamente rappresentano da un lato circa 40.000 Chi-

rurghi del nostro paese, dall'altro i Cittadini che pagano e usano il Sistema Sanitario Nazionale, esprimono congiuntamente vivissima preoccupazione per le possibili conseguenze di una iniziativa che avrebbe una portata finanziaria modesta, rappresentando la spesa per i dispositivi medici meno del 5% della spesa sanitaria globale, senza garanzie in ordine alla possibilità di ottenere più valore e più efficienza da ciò che si spende.

Chiediamo pertanto agli organi di Governo deputati a questa scelta ad aprire un tavolo di confronto con le Società Scientifiche maggiormente rappresentative del settore chirurgico e con le Organizzazioni per la tutela dei diritti del Cittadino per concordare un protocollo condiviso di applicazione della norma contenuta nella Finanziaria che enfatizzi i criteri di qualità certificata, efficacia ed efficienza, senza vincoli prioritari legati alla ricaduta economica.

Le Organizzazioni scriventi si impegnano a vigilare perché le modalità di applicazione della norma attribuiscono la dovuta priorità alla necessità di garantire ai Cittadini qualità e sicurezza.

Roma, 4 Gennaio 2007



Vita dell'Associazione

'Settimana Nazionale di Prevenzione del Cancro del Colon e del Retto'

Con la lettera che qui pubblichiamo a firma del nostro Presidente vogliamo rendere nota a tutti i soci l'iniziativa promossa dal Prof. Custureri e sostenuta dall'ACOI e da altre importanti Società Scientifiche. Ci auguriamo che l'iniziativa incontri la convinta adesione dei nostri soci e possa riscuotere un pieno successo.

Cari colleghi, la "Settimana Nazionale di Prevenzione del Cancro del Colon e del Retto" sotto la Presidenza di Filippo Custureri e la Direzione di Massimo Mongardini, si terrà dal 5 all' 11 marzo 2007 promossa dall'Università "La Sapienza" di Roma insieme all'ACOI, alla SIC ed alla SIUCP.

Tale manifestazione sarà inserita in un più ampio contesto che vede il mese di marzo dedicato alla lotta contro il cancro del colon retto a livello mondiale. Ad oggi abbiamo anche avuto il sostegno della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, della Federazione dei Medici di Medicina Generale, del Sindacato Unitario Medici Ambulatoriali d'Italia. Probabilmente avrete già visto i moduli di richiesta di adesione diffusi nel corso degli ultimi congressi della SIC a Roma e della SIUCP a Milano.

Questa iniziativa non intende in alcun modo sovrapporsi alle iniziative di "screening" proposte dal Ministero della Salute (Piano Nazionale di Prevenzione 2005-

2007) ed attuate - in verità - in pochissime regioni italiane: lo scopo principale della manifestazione è quello di sensibilizzare la popolazione verso una patologia così aggressiva e con un così alto numero di soggetti colpiti (circa 30.000 nuovi casi l'anno nel nostro Paese).

È prevista una prima fase di informazione che sarà attuata attraverso conferenze stampa e con la diffusione di materiale esplicativo (stiamo elaborando anche semplici questionari orientativi); una seconda fase, essenzialmente clinica, garantirà la possibilità di effettuare visite gratuite nelle strutture ospedaliere che hanno aderito all'iniziativa (previa autorizzazione della competente struttura di direzione) e negli ambulatori dei medici di medicina generale.

Rilievo centrale avrà la monitorizzazione clinico-statistica: la raccolta dei dati sarà la condizione determinante per conoscere la reale incidenza di specifiche patologie, del loro determinismo, delle correlazioni con la vita socio-lavorativa e con la spesa sanitaria. Allo scopo è in corso di elab-

borazione una cartella clinica computerizzata di semplicissima compilazione ed interpretazione, comune a tutti i Centri aderenti, dove i dati riportati verranno trasferiti su apposito "server" dedicato per essere elaborati dalla Facoltà di Statistica della Sapienza, che vanta una rilevanza scientifica internazionale. L'aggiornamento dei dati verrà effettuato più volte nell'arco della giornata.

Vi invitiamo, pertanto, ad aderire alla manifestazione comunicando la vostra disponibilità alla segreteria ACOI via mail oppure compilando il modulo pubblicato su www.acoi.it ed inviandolo via fax al numero indicato. La segreteria organizzativa comunicherà quanto prima le modalità pratiche di partecipazione ed invierà il materiale informativo.

Cari saluti

per il Comitato Organizzatore
Gianluigi Melotti



SONO SOLO NUMERI?

1

italiano ogni 2 ore si infetta con HIV (Anlaids)

4

devono essere i testimoni maschi affinché sia dichiarata avvenuta la violenza sessuale su una donna in Pakistan (Bob Herbert - L'Espresso)

75

(1/33.466 abitanti) gli omicidi a Napoli da gennaio a ottobre 2006 (nella Roma del 1850, 1/1290 abitanti)

100

gli omicidi a New York nel 2005

707

gli omicidi a New York nel 1997

3.138

il numero di soldati americani morti in Iraq a tutto novembre 2006 (tbrnews.org) - 2845 (Associated Press) - 2815 (Pentagono) - 2259 caduti + 556 per incidenti o "fuoco amico" + 233 della coalizione

12.695

i congressi organizzati nel programma ECM da gennaio ad ottobre 2006 (Ignazio Marino - Presidente della Commissione Sanità del Senato della Repubblica)

7.300.000

gli ettari di foreste e di aree boschive che vengono distrutti ogni anno (FAO)

130.000.000

le donne che al mondo vivono con le conseguenze delle mutilazioni genitali (Bob Herbert - L'Espresso)

854.000.000

di persone al mondo sottoalimentate (FAO.)

BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY

La Sinergia diventa Semplicità

Composix E/X

Precision Pass

Salute

BARD

Celebrating 100 Years

Vita dell'Associazione

Pagina Sindacale

di Massimo Percoco
Presidente Vicario FESMED



Il giorno 11 dicembre è stato deliberato dal consiglio direttivo della FESMED il nuovo Statuto associativo che innova e modernizza

il precedente, ormai datato ed in parte obsoleto. Con questo atto si porta a compimento il rinnovamento avviato con le modifiche statutarie introdotte dall'assemblea dei soci, tenutasi durante il Congresso Nazionale di Spoleto.

Il 2006 finisce caratterizzandosi come un anno di svolta per l'attività sindacale, che si afferma come supporto indispensabile per il presente e per lo sviluppo futuro della nostra Associazione.

La tornata contrattuale conclusasi circa un anno or sono ha visto un forte impegno, al di là dei meri risvolti economici, volto ad evitare il prevalere di normative intese esclusivamente allo sviluppo quantitativo delle attività assistenziali, senza alcun riguardo alla loro appropriatezza e qualità.

Sono stati creati nuovi livelli di contrattazione regionale ed è stata dotata la contrattazione aziendale di precipi strumenti atti a meglio compensare il disagio anche attraverso il ricorso alla libera professione aziendale. Inoltre la formazione permanente e la tutela assicurativa sono divenute obblighi contrattuali a carico delle aziende, ovviamente senza nulla togliere alla libera scelta del singolo per eventuali e complementari forme di aggiornamento o di tutela.

Il raggiungimento dei migliori risultati possibili sarà garantito dall'impegno che verrà profuso in ogni singola azienda del SSN.

Per questo assume enorme importanza potere essere presenti a tutti i livelli di contrattazione. La garanzia di questa

presenza è il fatto di essere partecipi di un sindacato rappresentativo a livello nazionale e quindi abilitato a trattare ad ogni tavolo istituzionale. **La nostra presenza in FESMED, come seconda associazione costituente, è garanzia che le tematiche di maggiore interesse per i chirurghi italiani siano sempre portate al centro dell'attenzione, non solo al momento dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali, ma anche nei numerosi tavoli di consultazione che caratterizzano il meccanismo decisionale ad ogni livello politico-istituzionale.**

Essere estranei a questi processi per una malintesa convinzione di sacerdotale superiorità, espone al rischio non solo di delegare le nostre esigenze a chi ad esse non è interessato, ma anche a quello, ben più pericoloso, di essere considerati una casta autoreferenziale chiusa alle esigenze complessive di una società in trasformazione.

Dobbiamo quindi effettuare il massimo sforzo di partecipazione organizzandoci in ogni azienda innanzitutto promuovendo l'iscrizione all'ACOI attraverso la forma della ritenuta in busta paga (si ricorda a tal proposito che la modulistica è reperibile e scaricabile sul nostro sito) ed inoltre provvedendo ad essere presenti come FESMED nella Delegazione Trattante di ogni ASL, rendendo così esigibile il diritto sancito dalla rappresentatività nazionale del sindacato.

Sarà quindi necessario attivare contatti stretti nella propria azienda con l'AOGOI, l'AMNDO, il SEDI, l'AMNCO, il SUMI, la FEMEPA e gli eventuali altri iscritti alle altre associazioni aderenti alla FESMED, per eleggere il rappresentante aziendale ed essere attivi su tutte le tematiche d'interesse della categoria. Nello svolgere questo nostro compito non dobbiamo dimenticare di portare come contributo specifico la qualità che ci è propria come associazione scientifica ed anzi dovremo fare di questa caratteristica una peculiarità nel modo di porci in ogni tavolo ed in ogni sede. In

questo dovremmo essere facilitati dalla importanza dei temi che si affacciano alla ribalta del Sistema Sanitario Nazionale.

In primo luogo la strutturazione della Governance Clinica, che appare essere il cardine dell'evoluzione del sistema, deve vederci in prima linea per portare il massimo apporto alla definizione del nuovo modello organizzativo e gestionale.

Tale percorso deve condurci ad una vera autonomia tecnico professionale che ci corresponsabilizzi nel perseguimento dell'obiettivo di fornire le più appropriate prestazioni possibili se pur contenute nei ben noti limiti di bilancio. Se correttamente praticata questa strada non può che portare al pieno riconoscimento delle professionalità che dovranno però sapere rispondere adeguatamente alla chiamata, pena la loro ulteriore marginalizzazione dai reali meccanismi decisionali. In questo quadro bisogna sottolineare l'importanza dello strumento che operativamente assumerà il compito di realizzare e condurre questa evoluzione della gestione del sistema sanitario: il Dipartimento Strutturale.

A tale livello dovranno infatti essere ricondotti tutti gli strumenti di gestione in termini di sicurezza, formazione, qualità ed altro. Al Dipartimento saranno così forniti strumenti e risorse per rendere operativa l'erogazione dei servizi assistenziali efficaci ed adeguati. Così questo diverrà il fulcro dei percorsi professionali e della valutazione delle attività cliniche nonché della loro evoluzione.

La capacità di Governance del sistema si manifesterà nel disegnare percorsi clinico terapeutici integrati atti a garantire qualità, efficacia e sicurezza alle cure che verranno erogate. È mia profonda convinzione che, se questo processo verrà veramente messo in moto, la nostra partecipazione attenta contribuirà non solo al miglioramento del sistema, ma consentirà di recuperare il valore della professionalità come elemento imprescindibile di centralità nella gestione della salute.

Vita dell'Associazione

L'angolo del fiscalista

di Franco Viccaro

Dottore Commercialista - Revisore contabile

email: fviccaro@hotmail.com

Il "grande fratello" o fardello informatico



Nel Decreto Bersani (Dl 223/2006), il punto di maggior impatto è senza dubbio l'obbligo di tracciabilità dei compensi percepiti nell'esercizio di arti e professioni.

In particolare, i compensi in denaro d'importo eccedente determinate soglie (decrementi nel tempo) devono essere riscossi mediante strumenti finanziari che ne consentano a posteriori la ricostruzione dei passaggi, quindi:

- assegni non trasferibili
- bonifici
- altre modalità di pagamento bancario o postale (vaglia - MAV - rid e simili)
- sistemi di pagamento elettronico (bancomat, carte di credito, POS)

L'obbligo di incassare attraverso i sopracitati strumenti scatta a partire dall'importo unitario della prestazione uguale o superiore a:

€ 1.000,00 dal 4.7.2006 al 30.06.2008

€ 500,00 dal 1.07.2008 al 30.06.2009

€ 100,00 dal 1.07.2009

A tale nuova modalità di incasso si collega l'obbligo di tenuta di uno o più conti correnti sui quali debbono transitare necessariamente le somme riscosse nell'attività professionale e dai quali devono essere effettuati i prelevamenti per il pagamento delle spese. La circolare n. 28 del 4 agosto 2006, ha confermato la possibilità per i professionisti di continuare a tenere conti "misti" dove possono transitare sia operazioni inerenti l'esercizio dell'attività professionale, sia movimentazioni riconducibili alla sfera familiare, avuto riguardo all'entità del relativo importo ed alle normali esigenze personali o familiari che possono essere ragionevolmente ricondotte nella ge-

stione extra-professionale. La congruità e la ragionevolezza dei prelievi extra-professionali andrà verificata caso per caso, tenuto conto dell'ammontare del reddito del professionista e della sua situazione patrimoniale complessiva, fermo restando che l'onere della prova rimane sempre a carico del contribuente. Occorre infatti superare la presunzione che prelevamenti non giustificati vengano considerati acquisti di beni e servizi "in nero" sostenuti nell'attività professionale e dalla quale scaturiscono ricavi non dichiarati.

La tracciabilità delle movimentazioni finanziarie passa anche attraverso i nuovi obblighi imposti alle banche e a tutti gli intermediari finanziari, che prevedono la tenuta in via informatica di tutti i rapporti e di tutte le operazioni realizzate dai contribuenti. L'istituzione dell'anagrafe dei conti e le nuove modalità di scambio delle informazioni consentono al fisco di ottenere dati direttamente elaborabili ed eventualmente portare in evidenza operazioni prima nascoste, le cosiddette operazioni fuori conto. Guardia di finanza e funzionari dell'erario non potranno entrare nell'archivio informatico a loro discrezione, ma dovranno essere autorizzati nell'ambito di uno specifico procedimento di accertamento a garanzia del contribuente.

Anche il versamento delle imposte attraverso il modello F 24 dovrà avvenire in via telematica, per tutti i possessori di partita I.V.A., a decorrere dal 1 gennaio 2007, dopo il differimento del termine inizialmente previsto per il 1 ottobre 2006. Il versamento telematico dovrà essere effettuato:

- direttamente dal contribuente via internet attraverso la procedura fisconline nel sito dell'agenzia delle entrate (agenziaentrate.it) dopo aver richiesto sempre in via telematica il pin code di accesso personalizzato;
- attraverso i servizi di remote/home banking (Cbi) offerti dagli istituti di credito e dal sistema postale;

- tramite professionisti e intermediari abilitati al servizio telematico Entratel dell'agenzia delle entrate, fornendo in tutti i casi le coordinate bancarie per l'addebito telematico degli importi dovuti all'amministrazione finanziaria.

Un ulteriore adempimento, in questo caso a carico delle compagnie Assicuratrici ma con implicazioni per tutti gli assicurati, è quello che obbliga gli assicuratori a trasmettere telematicamente all'anagrafe tributaria gli importi liquidati e i dati fiscali dei beneficiari, al fine di avere in tempo reale informazioni per evitare frodi e razionalizzare l'attività di accertamento.

L'aumento del patrimonio informativo a disposizione dell'amministrazione finanziaria, di cui i sopraccitati adempimenti ne rappresentano solo una parte, presenta la certezza di maggiori obblighi e di costi per i contribuenti e per gli intermediari, ma è forte il rischio che a fronte di questi sacrifici non corrisponda un effettivo, corretto e efficiente utilizzo delle informazioni ricevute.

Gli adempimenti introdotti nascono con l'obiettivo di un più efficace contrasto dell'evasione fiscale ma si rischia, sulla scorta del *fumus persecutionis* di chi ha individuato nel professionista un potenziale evasore "a prescindere", un sostanziale aggravio delle incombenze amministrative e della gestione del paziente, senza assicurare il risultato di un maggior prelievo.

Da questo numero si apre un angolo dedicato ad argomenti di attualità di carattere fiscale. Eventuali domande degli associati di interesse generale per la categoria, saranno pubblicate con le risposte dell'esperto; a breve sarà disponibile su www.acoi.it uno spazio interattivo.

Vita dell'Associazione

Congresso Nazionale ACOI

Bologna 23-26 Maggio 2007

Mercoledì 23 maggio

Palazzo Re Enzo

Apertura della mostra:

Medico e malato, da Rembrandt a Matisse

Incontro inaugurale

Medicina e parola: l'Attenzione pura

Campanile di San Petronio

Concerto di campane storiche al modo Bolognese

Basilica di San Petronio

Concerto grande "Le glorie musicali a Bologna"

Giovedì 24 maggio

Palazzo dei Congressi

- Punti oscuri, controversie ed acquisizioni nei tumori del colon-retto: cosa ci siamo detti finora, cosa c'è ancora da dire
- Che cosa davvero migliora la prognosi nel carcinoma pancreatico
- Chirurgia estrema, fra luci ed ombre
- Medicina e Legalità
- The surgical evidence in cholangiocarcinomas: strategies, technics, results.
- Gold standard laparoscopici e robotici: condivisioni, resistenze, pregiudizi, esclusioni
- L'apprendimento della chirurgia laparoscopica
- Endocrinochirurgia: l'impatto tecnologico modifica le indicazioni, le tecniche, i risultati?
- Il punto: i carcinoidi dell'apparato digerente: strategie, esiti
- Confronto: la chirurgia della malattia da reflusso gastroesofageo: condivisioni, divergenze, criticità
- Focus su acalasia e diverticoli esofagei
- I tumori dell'esofago, fra conservazione ed exeresi
- La chirurgia laparoscopica nelle urgenze: le esperienze attuali, le prospettive future.
- Seminario interdisciplinare. Traumi addominali: monitorare, conservare, intervenire, rianimare
- Diverticolosi e diverticoliti del colon: perché, quando e come trattare
- Le pancreatiti severe dopo Atlanta: strategie diagnostico-terapeutiche, esiti.
- Presentazione e discussione interattiva di casi clinici
- Chirurgia bariatrica laparoscopica: le tante opzioni per un dibattito aperto
- Seminario oncologico interdisciplinare sull'apparato digerente
- Deiscenze e fistole anastomotiche: prevenzione, terapia, esiti
- Ileostomie e pouches: necessarie, superflue, dannose?
- La gestione del malato nelle fasi pre- intra e post-operatorie: consuetudini e razionalità
- La Day-Surgery nelle nostre realtà strutturali e progettuali
- È tutto chiaro nella colecistectomia laparoscopica? Forse no
- Quale chirurgia per le ernie inguinali
- Laparoscopia vs. laparotomia nei laparoceli: vantaggi e limiti, consensi e dissensi, certezze e dubbi
- Videofestival, Casi clinici, Comunicazioni
- Corso di Video - Editing
- Criteri e metodi per produrre un buon film a finalità scientifiche
- Riunioni predefinite, su richiesta, di Società e Associazioni scientifiche



Vita dell'Associazione

Venerdì 25 maggio

Palazzo dei Congressi

- Dopo trials e dibattiti, oggi cosa bisogna fare nei tumori dello stomaco?
- Gastric cancer treatment: the surgical window.
- Forum Dirigenza e deontologia, gestione ed autonomia professionale, tecnologia e scienza, formazione e trasmissione del sapere: il Governo Clinico
- Presentazione e discussione interattiva di casi clinici inusuali
- Che cosa è necessario sapere nella chirurgia della mammella
- Epatocarcinomi: tecniche, tecnologie, procedure multimodali. Risultati a confronto
- Surgical treatment of HCC and Liver Metastasis: the Nagasaki experience.
- Come comportarsi in caso di cancro inatteso della colecisti
- Le pancreatiti croniche sono ancora una realtà chirurgica?
- Le malattie infiammatorie croniche intestinali: algoritmi diagnostico-terapeutici. Quale chirurgia?
- Procedure, tecniche, tecnologie, pnei-olistica in proctologia: prevenire, conservare, escidere, convincere, mistificare?
- Prolasso rettale: le varie opzioni, il razionale, i risultati
- Videofestival, Casi clinici, Comunicazioni
- Risk-Management e coperture assicurative: certezze, dubbi, angosce.

Oggi... e domani?

- 1° Sessione di chirurgia vascolare
- Sessione di chirurgia plastica
- ACOI Giovani: l'informazione "difficile"
- Donne e chirurgia: il Mobbing
- Cineforum, Casi clinici, Comunicazioni
- Competenze e Responsabilità nello svolgimento del servizio di guardia
- Che cosa è la medicina basata sull'evidenza?
- Eutanasia, testamento biologico, accanimento terapeutico in chirurgia: coscienza, etica, vincoli

**SIMPOSIO INFERMIERISTICO
Assemblea ACOI**

Sabato 26 maggio

Palazzo dei Congressi

- Sessione di chirurgia toracica
 - 2° Sessione di chirurgia vascolare
 - Sessione di chirurgia pediatrica
 - Cineforum interattivo: laparoscopia, robotica, tecnologia, presidi
 - Strategie, tecniche e tecnologie, trucchi e trucchetti, insidie ed errori, eccessi e mancanze
- SIMPOSIO INFERMIERISTICO**

La pubblicazione del programma definitivo avverrà entro il 15 aprile 2007 sul Sito ACOI. Il programma preliminare dettagliato è consultabile sul sito www.acoi.it


**ASSOCIAZIONE
CHIRURGI
OSPEDALIERI
ITALIANI**

**XVII CONGRESSO
NAZIONALE A.C.O.I.
DI VIDEO CHIRURGIA**

IN VIDEO VERITAS...
La chirurgia dal libro al dvd

Presidente G. Sergio Bondanza
Vice-Presidenti Aldo Cagnazzo - Marco Filaurò

29/30 NOVEMBRE - 1 DICEMBRE 2007 - GENOVA - MAGAZZINI DEL COTONE

ACOI giovani

Ma è veramente... Africa?

di Roberto Rezzo

Il desiderio di rendersi utili al prossimo, senza essere legati ad un compenso che non sia lo sguardo riconoscente di chi hai curato, il fascino di guarire con mezzi e manovre elementari ma risolutive per il paziente, in un contesto ove occuparsi esclusivamente di chi soffre è pratica quotidiana, ha sempre colpito la nostra immaginazione e credo che abbia preso almeno una volta tutti noi chirurghi. Poi, il rischio di malattie sconosciute ed il pericolo di essere coinvolti in guerre di cui spesso non conosciamo neppure l'esistenza, ha spesso decimato le coorti dei possibili volontari. Ciò ha ridotto drasticamente il numero dei medici disposti ad un periodo di rischioso sacrificio.

Per queste ragioni, nel panorama delle iniziative umanitarie a favore delle popolazioni africane, riveste un ruolo speciale la copertura delle esigenze chirurgiche dell'Ospedale San Francesco di Assisi a Capo Verde.

Ruolo di esperienza senza rischi, ma trainante per un futuro impegno umanitario più gravoso sul piano fisico e psicologico.

A Capo Verde, nella piccola isola "sottovento" di Fogo, nella zona che i locali chiamano Acutelo Açugar (cima di zucchero), i Padri Cappuccini, che operano nell'arcipelago da oltre 50 anni, hanno realizzato, circa tre anni fa, il "Centro socio-sanitario Ospedale San Francesco d'Assisi", per venire incontro alle esigenze sanitarie della popolazione africana. Fogo è situata a sud-ovest dell'isola di Santiago; con i suoi 476 Km² di superficie ed i suoi quasi 40.000 abitanti è la quarta isola dell'arcipelago ed è la più alta, per i 2.829 m della cima del suo vulcano. L'Ospedale S. Francesco è una struttura modulare di recente costruzione, che occupa una superficie di circa 200.000 mq, affacciata sulla costa Atlantica ed inserita in un contesto ambientale e climatico che rende gradevole la permanenza.

La parte ospedaliera vera e propria è composta da tre blocchi disposti su altrettanti terrazzamenti degradanti verso il mare.

Il primo blocco, al quale si accede direttamente dalla strada carrabile, è suddiviso a sua volta in due parti: da un lato sono situati 11 ambulatori (tra i quali due attrezzati per l'oftalmologia, due per l'odontoiatria, uno per l'otorinolaringoiatria ed una sala per la fisioterapia), nell'altro alloggi-ano l'accettazione e gli uffici della direzione

e dell'amministrazione.

Il secondo blocco, posto più in basso, accoglie le sale per la diagnostica (radiologia convenzionale ed ecografia) ed il laboratorio analisi con un centro prelievi.

Il terzo blocco infine, comprende la corsia di degenza, con camere a quattro e sei letti, l'infermeria (dove vengono effettuate le medicazioni ai pazienti esterni) e la camera operatoria, che prevede due sale con i locali di servizio.

L'attività comprende piccola e media chirurgia, associata anche alla chirurgia d'urgenza (ernioplastiche, appendicectomie, safenectomie, laparotomie urgenti, colecistectomie, isterectomie, piccola traumatologia), con l'ausilio di un anestesista sempre in loco.

Da oltre un anno la copertura costante del personale chirurgico di questo ospedale viene assicurata attraverso una turnazione continuativa di medici volontari, coordinati dal Prof. Edoardo Berti Riboli dell'Università di Genova, grazie all'adesione entusiasta di molti colleghi.

Il soggiorno è di un mese circa, con soluzioni diverse concordabili; il viaggio è l'unica spesa a carico dei volontari (700 euro circa). Un accompagnatore può essere ospitato gratuitamente presso la struttura e venire coinvolto nelle molteplici attività socio-sanitarie svolte dall'Ospedale stesso.

La popolazione, formata soprattutto da giovani, si distingue per la propria cordialità; il clima è

temperato ed abbastanza costante tutto l'anno, con temperature che non scendono sotto i 13°C nei mesi invernali e non superano i 27°C nei mesi estivi.

Non è richiesta alcuna profilassi, neppure l'antimalarica. Tra i liguri che hanno offerto la loro professionalità agli abitanti meno fortunati di queste isole, sono numerosi i soci ACOI, tra cui Virgilio Bachi (due missioni), Marco Beatini, Luca Beatini, Mario Casaccia, Doris Davini, Domenico Dato, Marco De Paoli, Luigi De Salvo, Daniele Fridman, Marco Gipponi, Federica Murelli, Riccardo Pellicci, Mario Taviani, Antonio Terrizzi ed Edoardo Berti Riboli.

A Genova, dal 13 al 17 giugno del 2006, si è tenuto un Corso di Aggiornamento organizzato e diretto dal Prof. Berti Riboli, rivolto a medici, farmacisti, biologi, tecnici ed infermieri interessati a trascorrere periodi, anche limitati nel tempo, in Ospedali di paesi in via di sviluppo. Grazie all'intervento di docenti con esperienza diretta sul campo, sono stati affrontati tutti i temi della cooperazione volontaria, dagli aspetti di geopolitica dei paesi africani, all'autoprotezione degli operatori volontari, all'assistenza sanitaria vera e propria, medica e infermieristica.

Per ulteriori informazioni: Prof. Antonio Terrizzi 010-3537220 335-6621484
mail: antonio.terrizzi@unige.it



Sala operatoria dell'Ospedale di Fogo

ACOI giovani

Un pezzo di poesia che se ne va...



Stretto in un intrigo di cui non ha conoscenza, Benjamin Malaussen, di professione capro espatrio, si ritrova in uno stato di morte cerebrale, disteso in mezzo al lampeggiare delle macchine

che lo mantengono in vita. Un Benjamin alternativo, come una promessa di neon... scrupolosamente collegato al respiratore artificiale. Un po' immobile forse, in quel bagliore intermittente. E nell'ospedale che dormiva. E nella città intorno, anch'essa d'un tratto così assopita... Possibile? Miliardi di cellule non encefaliche gridano nella notte e le persone a loro più care se ne tornano a casa senza averle sentite! Un corpo intero si sfinisce in clamori e quelli che sono ai piedi del letto non percepiscono niente! ...I corpuscoli del tatto hanno svolto al meglio il loro ruolo di sentinelle dermiche, trasmettendo l'informazione all'ipoderma, esortando le cellule adipose: "Forza, trasmettete direttamente, senza passare per il cervello, che ha tradito! ... Basta con il cerebrocentrismo...!"

Inchiodato nel suo letto, in attesa del chirurgo-stacca-fili, prima che sopraggiunga la morte che è un processo rettilineo, un'omeostasi eterna, la delicatezza di Pennac parla attraverso Malaussen: sono saccheggiate vivo, pezzo dopo pezzo, trasformato in macchine che si fanno passare per me, che la gente visita al posto mio, muoio, perchè anche se ognuna delle mie cellule ha qualche miliardo di anni di evoluzione alle spalle, muore lo stesso, smette di crederci e muore, e ogni volta è una piccola morte singola, una prima persona che si spegne, un pezzo di poesia che se ne va...

Tratto da "La Prosivendola"
di Daniel Pennac

Universale Economica Feltrinelli
Segnalato da Sara Bartola
saragosta@tiscali.it

ACOI giovani

Noi, chirurghi 'ri-formati'

di Carlo Bergamini

Non ho compiuto i "doveri militari". Confessarlo ora è facile, e scontato, troppo tempo è trascorso (ahimè quasi due decenni!). D'altra parte il fatto non è per nulla indignitoso, direte voi, tanto più che la riforma dal militare non mi fu comminata per una qualche deformità fisica o per una tara psichica o un deficit intellettivo invalidanti (eppure ve n'erano a bizzeffe!).

Fu sufficiente invece un'innocente cisti al sacro-coccige, subito dopo giustiziata, a garantirmi cotanto risultato. Ma all'epoca, ben lo ricordo, fui investito da forte contrasto fra gioia e prostrazione, esaltazione e vergogna per essermi sì liberato da un'inutile gravame, che era però l'emblema di un qualche recondito orgoglio virile, ai miei occhi come a quelli di molti "maschi" del "secolo scorso".

La parola stessa "riformato", fors'anche per la sua sinistra assonanza con il nome degli Istituti di detenzione carceraria minorile, ha sempre evocato in me imbarazzo e repulsione, tanto da essere sostituita dalla più fumosa e rassicurante espressione "obblighi espletati" nella compilazione delle domande di concorso, alla voce: "posizione riguardo ai doveri militari".

Oggi ho vinto questa piccola/grande nevrosi! E non è stato certo il mio psicanalista (che le frustrazioni derivate dall'esperienza di curarmi hanno indotto prima alla fuga e poi, forse, al suicidio!) ad ottenere questo successo. No, non c'entra la psiche, c'entra invece la "semantica"... Mi spiego meglio: basta aggiungere una lineetta fra il suffisso "ri-" e l'aggettivo "formati", per ottenere un'accezione profondamente diversa della parola che non mi vergognerei affatto di riferire al mio caso (disperato), anzi vi proverei un sincero auspicio, professionalmente parlando. Se vi sembra ancora contorto (è una delle mie migliori qualità!), allora sarò più esplicito: desidero, o meglio agogno di essere un chirurgo, che, dopo una decina di poco produttivi anni di "formazione" (magari condividete con me questa frustrante esperienza) ora finalmente intravede la possibilità di essere "ri-formato". E non parlo di corsi e corsetti, più o meno (di solito più) efficaci ed incisivi, in Italia o all'Estero. Parlo di una nuova vera formazione professionale

dotata di un vero imprinting istituzionale. Un'altra specializzazione? Nossignore (il mio masochismo si limita alle frustate che mi concedo quotidianamente per convincermi ad affrontare la giornata lavorativa). Parlo invece di un vero e proprio corso di formazione chirurgica ufficiale, organizzato, intendo, da un Ente Ufficiale (Stato o Regione che sia) che, accortosi di avermi preso un po' in giro durante la specializzazione, cerca, per così dire, di "rimediare", ri-specializzandomi, questa volta però con i migliori intenti, magari congelando il posto di lavoro che immeritabilmente occupo.

L'utopia di un sognatore, direte voi. La risposta è ancora negativa; sogno poco infatti e si tratta per lo più di incubi (o di sogni erotici, ma questo fate finta di non averlo letto). Ora vi dirò come ciò è possibile, come può cioè cambiare l'inclinazione di un popolo come il nostro, incapace di organizzare un percorso didattico, in qualsiasi campo dello scibile umano, dotato di efficacia pratica ed ufficialità istituzionale al contempo (i corsi privati, profumatamente pagati, quelli sì che insegnano a lavorare!). È semplice: leggete di seguito...

Supponiamo che ad un certo punto vengano chiamati degli esperti da qualche paese straniero, più civile, o per lo meno più dedicato all'insegnamento della chirurgia, o meglio della pratica chirurgica, siano essi americani, inglesi, francesi o turchi.

E supponiamo che questo comitato di esperti, con tanto di marchio prestigioso di una qualche istituzione o università internazionalmente nota, sia investito del compito di organizzare l'ennesimo corso, ma questavolta obbligatorio, per tutti i chirurghi di una data regione o di un dato territorio, certificando, alla fine del corso, chi è abile e chi non lo è. E che questa "certification" sia riconosciuta come "sine qua non" per poter tornare a lavorare. Nel senso che chi non la possiede, cioè chi non passa l'esame finale, non dimostrando di possedere i criteri per fare questo mestiere (dove per criteri si intendano un tot di interventi maggiori, un tot di medi, di minori, di procedure invasive di vario tipo, sotto l'occhio severo degli esperti) deve fare il corso un'altra volta, e un'altra ancora, e così via.

ACOI giovani

Alla fine, non importa in quanto tempo, ma comunque tutti, senza eccezioni di età, sesso, colore o sapore, avrebbero un livello minimo di competenze garantito, da consolidare poi successivamente con la propria iniziativa e il proprio talento.

Primo problema: ma perché mai questi stranieri dovrebbero essere chiamati, quale istituzione, quale Università si abbasserebbe a fare questo, incorrendo nell'ignominioso rischio di fare il "mea culpa"? Ma è chiaro, per un improvviso risveglio di altruismo e buona fede...leggi calcoli carrieristici, strategie di visibilità di qualche guru della chirurgia, o ancor più complessi ed astrusi calcoli "politici".

abbassarsi a fare per una seconda volta la ri-specializzazione; si sa, il nostro è un popolo di orgogliosi e narcisisti. Ma anche per questo c'è una soluzione: anzitutto i formatori stranieri, profumatamente pagati, non guarderebbero in faccia a nessuno, primario o assistente che sia. Poi potrebbero anche selezionare, secondo criteri obiettivi, chi necessiterebbe del corso e chi no.

Ultimo problema: ma quanto verrebbe a costare questo scherzetto al ministero, alla regione, all'intera nazione? Il dio quattrino, si sa, al mondo muove tutto e tutto indirizza. Beh, a questa domanda ho risposto prima: dove c'è la convenienza di qualche notevole, non vi sono problemi di sorta né economici

Occorre l'incredibile pervicacia da parte loro di superare tutto ciò ed andare avanti, saggiare sempre nuove realtà professionali del nostro territorio e, con il patrocinio e l'egida dei giusti politici, piano piano, progressivamente, a macchia d'olio, inarrestabilmente, "ri-formarle".

Impossibile! E invece no! Anche questo piccolo difetto è stato, almeno in parte, colmato (ed è per questo che ho sospeso per un po' il mio Prozac quotidiano). Io stesso sono stato partecipe infatti di questo miracolo nel corso degli ultimi tre anni, e voglio darvene testimonianza, citando la relazione che un gruppo di colleghi di Firenze, di cui mi pregio di aver fatto parte in qualità di docente, ha fatto all'ul-

timo congresso della Società Italiana di Medicina d'Urgenza, riportando un'iniziativa pregevole della regione Toscana, affiancata dall'Università di Firenze e dall'Ente Culturale Internazionale dell'"Harvard University" di Boston... Leggete attentamente la relazione che è stata inviata a questo Convegno... (vedi fig.1) Fatto?

Bene... Mi viene da dire: se questo è potuto avvenire per la medicina d'urgenza (branca quanto mai difficile di una realtà quanto mai complessa ed in evoluzione) perché non potrebbe succedere anche per la chirurgia? Ma non mi aspetto una ri-

Il Progetto Toscano Medicina d'Urgenza K Ban ¹ , R Pini ² , L Sanchez ¹ , S Weiner ¹ , P Anderson ¹ , G. Ciottoni ¹ , J Edlow ¹ , L Galli ² , R Freitas ¹ , S Kelly ¹ , P Rosen ¹ , R Wolfe ¹ , GC Berni ² , GF Gensini ²		
¹ Departement of Emergency Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA ² Departement of Emergency Medicine, Careggi Medical Center, University of Florence, Florence, Italy		
INTRODUZIONE	METODI	CONCLUSIONI
<ul style="list-style-type: none"> La specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza è di recentissima istituzione Il progetto Toscano Medicina d'Urgenza (Tuscan Emergency Medicine Initiative, TEMI) è nato con l'intento di sviluppare un'infrastruttura per la formazione in Medicina d'Urgenza e di certificare tutto il personale medico in servizio presso il Sistema di Emergenza della Regione Toscana Intorno a questi obiettivi condivisi è nata una intesa tra l'Assessorato al Diritto alla Salute e Politiche Sociali della Regione Toscana, il Sistema Universitario Toscano, il Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) di Boston, e l'Harvard Medical International (HMI) 	<ul style="list-style-type: none"> Il progetto partito nel 2003 è stato caratterizzato da tre fasi: <ul style="list-style-type: none"> La prima era quella di certificare alcuni medici di emergenza del SSN nel ruolo di formatori (Corsi "formare i formatori"). Questi hanno costituito il nucleo centrale delle altre due fasi: i corsi di certificazioni, rivolti a tutti i medici operanti nel sistema d'emergenza ed il Master triennale, rivolto a neolaureati o neospecializzati, vero e proprio "ponte culturale" temporaneo alla istituenda Scuola di Specializzazione. Il curriculum formativo è stato creato attraverso delle linee guida concernente i programmi formativi in medicina d'Urgenza della Società Europea di Medicina di Urgenza (EuSEM) e dell'American Board of Emergency Medicine (ABEM). Il modello formativo, sia per il corso "Formare i Formatori" che per quelli di "Certificazione" è costituito da tre pilastri: lezioni frontali, tirocinii pratici nelle varie Unità Operative, e workshop. Alla fine di entrambi i percorsi i medici coinvolti hanno dovuto sostenere un esame scritto e uno orale 	<ul style="list-style-type: none"> Sin dall'inizio del progetto nel 2003 sono state effettuate due edizioni del corso "Formare i Formatori" che ha coinvolto e formato 81 medici operanti nel sistema d'emergenza della Regione Toscana. A Giugno 2006 i medici che avevano superato il corso di certificazione era 277. A Settembre 2006 è partita la terza edizione dello stesso corso che si concluderà a Giugno 2007, allora i medici certificati in tutta la regione saranno 430. Sono già partite due edizioni del Master triennale in Medicina d'urgenza: i medici della prima edizione finiranno il loro percorso a dicembre 2006, quando inizierà il II anno della seconda edizione. Il progetto TEMI rappresenta un patrimonio di esperienze e risultati al momento unico in Italia ed ha creato una infrastruttura per sviluppare la medicina d'urgenza in termini di curriculum, docenti e supporto multimediale preparando e spianando di fatto la strada alla nuova scuola di specializzazione.

Figura 1

Altro problema: come potrebbero fare questi esperti sottrarre momentaneamente i cositi dai propri posti di lavoro, lasciando sgarniti interi reparti chirurgici. Semplice: avete mai sentito parlare di contratti o incarichi di lavoro a tempo determinato? Quanti giovani chirurghi potrebbero intraprendere prime esperienze assai edificanti.

E poi, naturalmente, ogni reparto invierebbe ai corsi di "ri-formazione" solo poche persone alla volta, in modo scaglionato, anno per anno. Altro problema ancora: come convincere anche chirurghi non più giovanissimi ad

né gestionali. A questo punto manca solo un dettaglio perché noi tutti possiamo diventare finalmente chirurghi "ri-formati": trasformare la teoria in pratica, il sogno in realtà.

Ma, direte voi, si deve muovere una macchina troppo complessa: l'aggancio con l'estero, i responsabili dei corsi che devono accettare il difficile incarico, venire da noi, osservare un periodo di ricognizione, organizzarsi, e poi cominciare i primi corsi fra mille difficoltà di ogni genere e con la probabile opposizione di tanti colleghi di tutte le età, furibondi all'idea di essere giudicati da sconosciuti.

sposta, anche perché in realtà non so a chi porre questa domanda, chi sia il mio vero interlocutore. Credendo che comunque voi, colleghi lettori del bollettino ACOI, giovani o meno giovani, siate i più legittimi referenti per questi miei interrogativi inquietanti, ho voluto riportarvi questa mia esperienza. Se però non ritenete che ciò possa fare alla vostra causa, almeno spero che possa fare alla mia (scusate l'egoismo), visto che in futuro, nelle domande di concorso, alla voce titoli di carriera e professionali, potrei finalmente e con onore scrivere "chirurgo ri-formato".

ACOI giovani

I giovani chirurghi invitati nelle Marche a discutere di 'Trattamento chirurgico del carcinoma del colon-retto'

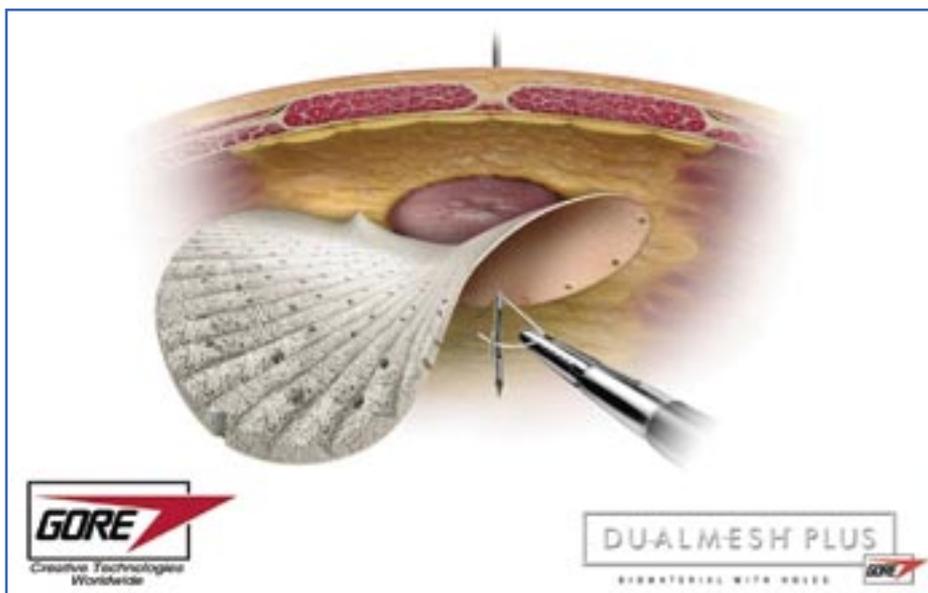
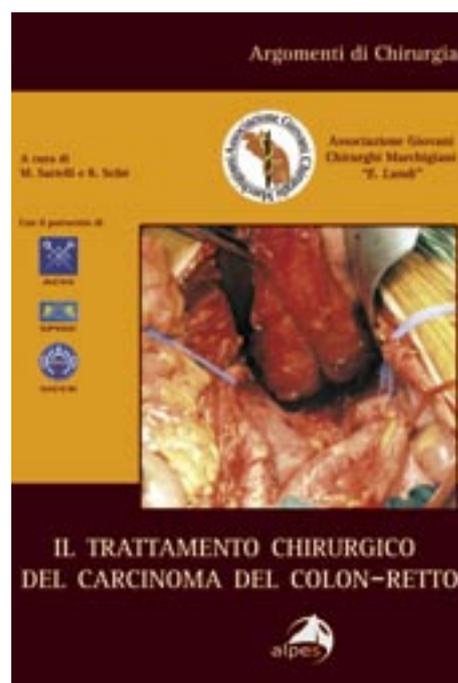
di Domitilla Foghetti



Massimo Sartelli
Presidente dei Giovani Chirurghi Marchigiani

La presentazione del volume "Il trattamento chirurgico del carcinoma del colon-retto" nei giorni 15 e 16 Dicembre 2006 ha condotto a Treia, incantevole borgo medievale in provincia di Macerata, chirurghi, giovani e

non, provenienti da tutta Italia. Un progetto ambizioso quello dell'Associazione Giovani Chirurghi Marchigiani che, con il patrocinio ACOI, SPIGC e SICCR, è riuscita a coinvolgere le principali realtà chirurgiche nazionali. L'incontro è stato finalizzato all'approfondimento di una tematica complessa, in cui la diagnosi e la terapia hanno compiuto recentemente enormi progressi, spesso merito dell'integrazione multidisciplinare. Ogni singolo aspetto (dalla prevenzione, alla diagnosi, alle diverse opzioni terapeutiche ed agli approfondimenti di tecnica, al follow up, alla terapia complementare), è stato preso in considerazione ed analizzato da giovani esponenti di reparti ospedalieri ed universitari, le cui diverse esperienze hanno consentito di realizzare un lavoro completo, esauriente ed aggiornato, con una chiara finalità didattica. Le numerose relazioni presentate dagli stessi giovani au-



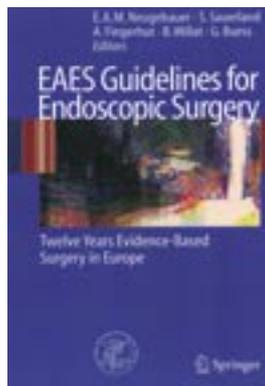
tori dei capitoli della pubblicazione, sono state intervallate da letture magistrali che hanno visto avvicinarsi Giorgio Di Matteo, Antonio Crucitti, Lorenzo Capussotti e Davide D'Amico. Particolarmente apprezzato dai giovani l'intervento di Gianluigi Melotti che ha condotto una sincera analisi della situazione italiana, confrontata con le realtà Europee e Statunitensi, nella lettura "Quali prospettive per lo specialista in chirurgia generale". Sicuramente questo Congresso non resterà un episodio isolato.

La formula vincente del confronto e della integrazione delle diverse realtà chirurgiche italiane, che è stata capace di realizzare un testo di agevole consultazione e di buon livello scientifico, verrà ripetuta già il prossimo anno, a testimonianza di un impegno serio e costante dei giovani nei confronti dell'approfondimento e dell'aggiornamento.

RUBRICHE

IL TESTO DA CONSULTARE

di Ferdinando Agresta



EAES GUIDELINES FOR ENDOSCOPIC SURGERY – TWELVE YEARS EVIDENCE-BASED SURGERY IN EUROPE

E.A.M. Neugebauer; S. Sauerland;
A. Fingerhut; B. Millat, G. Buess
Ed. Springer Berlin Heidelberg, 2006

...Lo sviluppo di nuovi strumenti ed il perfezionamento di tecniche chirurgiche già accreditate porterà all'espansione della chirurgia mini-invasiva (laparoscopia) a nuove aree d'interesse per il chirurgo generale. Tuttavia uno deve realizzare - ed accettare - che la chirurgia laparoscopica rappresenta soltanto una tecnica che offre un'alternativa alla chirurgia tradizionale (laparotomia). Le indicazioni sono le stesse sia per la chirurgia laparoscopica che per quella laparotomica. È importante però che tutti i chirurghi siano al passo con i tempi e che diventino parte integrante di quella rivoluzione che la chirurgia mini-invasiva ha scritto... (H.S. Himel: Minimally invasive (laparoscopic) surgery. The future of general surgery. Surg Endosc 2002; 16: 1647-52).

Questo editoriale pubblicato su una delle più famose e prestigiose riviste scientifiche di chirurgia laparoscopica contiene in sé tutti gli elementi essenziali che riguardano la laparoscopia ed il suo evolversi in "laparoscopia sempre più avanzata". Il primo concetto espresso è quello basilare: la laparoscopia rappresenta una rivoluzione nel mondo della chirurgia. La possibilità di rispettare l'integrità fisica, senza nulla togliere alla validità dell'atto chirurgico, è sempre stato e sarà il sogno del chirurgo. Ogni rivoluzione scientifica e culturale porta con sé un fascino che attira inesorabilmente chi ne viene a contatto. E l'attrazione che riguarda la laparoscopia, si esplica nel secondo concetto espresso dall'editoriale: l'espansione dell'applicazione di questa tecnica ad aree sempre più vaste della chirurgia tradizionale (diventando così "chirurgia laparoscopica sempre più avanzata"). Si è partiti infatti da una rivoluzione nel trattamento di patologie importanti ma benigne (una per tutte la colelitiasi), alla sempre maggiore applicazione di questa tecnica alla patologia maligna, soprattutto quella colica e rettale, per interessare il vasto e nebuloso campo delle urgenze addominali. E qui l'entusiasmo dei molti si è scontrato e si scontra con le perplessità dei tanti! La maggiore paura dei dubbiosi è relativa alla possibilità di ricorso non controllato scientificamente ad un approccio laparoscopico. Da qui la necessità di confrontarsi e di parlare una stessa lingua, nel secolo della globalizzazione e di darsi delle direttive e dei paletti a cui tutti - dalle Alpi alle Piramidi e dal Manzanarre al Reno di poetica memoria - poter fare riferimento. Non dei rigidi protocolli, che sviliscano e

sminuiscano la capacità professionale dei singoli - senza considerare poi tutte quelle realtà esterne che direttamente ed indirettamente influiscono proprio sul nostro comportamento professionale - ma quasi dei suggerimenti basati su quei dati della letteratura scientifica frutto di quelle diverse esperienze professionali già testate e confermate. Tutto questo ha portato e spinto i chirurghi a controllare il loro entusiasmo, a confrontarsi, a stabilire delle regole per le varie applicazioni della laparoscopia, a verificare i dati della loro esperienza ma, soprattutto, a lavorare insieme...ed il tempo, anche se non ancora in maniera univoca e definitiva, sta sicuramente premiando questa "politica"...

"EAES Guidelines for endoscopic Surgery-Twelve Years Evidence-Based Surgery in Europe" è proprio il frutto di questo confronto/lavoro a cui anche i chirurghi italiani, primi quelli ospedalieri, hanno dato un notevole e non secondario contributo. Non una Bibbia, ma un testo "in fieri" (aggiornamenti) a cui poter far riferimento...è importante però che tutti i chirurghi siano al passo con i tempi e che diventino parte integrante di quella rivoluzione che la chirurgia mini-invasiva ha scritto...ed è questo in ultima analisi il concetto fondamentale dell'editoriale: una rivoluzione richiede sempre un sacrificio ed il chirurgo che ne vuole essere parte (e ne deve essere parte), non può che "sacrificarsi" (migliorare e perfezionare la propria preparazione e costantemente confrontarsi), per poter offrire ad ogni paziente l'opzione migliore tra le diverse, per il trattamento della patologia che lo affligge.

IL LIBRO DA LEGGERE

di Michele Montanari



DALL'ALTRA PARTE

Tre grandi medici si ammalano gravemente e raccontano la loro storia. La paura, la sofferenza, la lotta per sopravvivere. E la proposta per rifare una Sanità che curi davvero.

A cura di Paolo Barnard.

Sandro Bartoccioni, Gianni Bonadonna, Francesco Sartori

BUR, RCS Libri, Milano 2006

ISBN 8817009423

In una singolare posizione tre illustri clinici si raccontano: ruolo singolare non tanto perché

ammalati (del resto non è infrequente che un medico o un suo familiare contragga una grave malattia), quanto per la maniera di presentare la propria storia, quasi fosse una sorta di anamnesi, ben condotta da un esperto counselor, che con discrezione, quasi in disparte, lascia ai suoi "pazienti" la libertà di esporre le proprie esperienze. Non è forse anche questo che desidera un ammalato? Essere ascoltato e così, mentre racconta se stesso, rileggere i propri vissuti. Ciascuno dei tre ci narra la propria storia e per farlo non lesina di raccontarci la sua vita,

RUBRICHE

professionale e familiare, le ansie, le gioie, i sacrifici. Alla spensieratezza della giovinezza ed alla consapevolezza della maturità, seguono il successo professionale e gli altari della notorietà, il dramma della malattia, l'affetto ed il supporto della famiglia, la riscoperta della bellezza di tutte le piccole cose che ci circondano, l'avvilimento per essere diventato un numero o una lastra radiologica, scheggia vagante in un sistema spersonalizzante, alla ricerca di qualcuno che ti riconosca perché ancora uomo. Dal vissuto di questi grandi personaggi che abbiamo conosciuto per le competenze scientifiche e la stima professionale largamente condivisa, scaturiscono una serie di raccomandazioni, spunti di riflessione per politici, amministratori, medici e quanti altri operino in sanità, raccolte dagli autori in un decalogo, che cerchiamo di sintetizzare così:

1. **"Unarivoluzione in medicina": la riforma dei medici ammalati.** Una consulta con il compito di raccogliere i suggerimenti del più ampio numero possibile di medici ammalati italiani, dalla cui sintesi possano scaturire utili raccomandazioni.
2. **"La cultura del conforto".** La qualità del rapporto medico - ammalato è affidata ancora all'eventuale istintiva predisposizione personale del curante: ciò non basta. L'attenzione verso i bisogni umani merita pari dignità rispetto alle capacità di scienziati: è necessario un salto culturale che non può prescindere dalla revisione dei percorsi formativi universitari e post-universitari.
3. **"Medico di te stesso".** Promozione di iniziative volte a guidare il paziente alla consapevolezza delle cure, perché un paziente educato ed informato sarà un ottimo collaboratore.
4. **"La salute non è un prodotto".** Il modello manifatturiero va bene per l'Industria, ma non può essere applicato alla Sanità, le regole del mercato non sono adatte alla gestione della salute pubblica. Ingombrante la figura del Manager: occorre rivedere il ruolo della politica in sanità, intesa nel suo senso deterioro, dai criteri di scelta e nomina dei primari, alla definizione delle cosiddette "strategie aziendali", alle logiche clientelari.
5. **"Come, dove e da chi mi curo?"** Garantire al cittadino di poter scegliere il meglio nella ricerca delle cure adatte per la sua malattia, definendo criteri per la valutazione dei profili professionali degli specialisti e la validità dei luoghi stessi di cura.
6. **"L'altra metà del cielo".** Gli infermieri. Troppo pochi, mal pagati e valorizzati, figure insostituibili nella gestione dei rapporti con i pazienti.
7. **"Non dormi, non riposi, mangi male, non sei più te stesso".** È necessario un miglioramento delle condizioni di degenza: l'ammalato, soprattutto se cronico, oncologico, terminale, vive situazioni di profonda depressione, frustrazione, avvilimento, che diventano insopportabili allorché viene meno la cura della necessaria riservatezza per sé ed i suoi familiari.
8. **"La medicina strillata".** Il danno procurato alla pratica medica dai mass media e non ultimo dal fenomeno internet, che sembra incontrollabile, è incalcolabile se letto nel senso delle facili illusioni date al paziente a proposito di notizie sensazionali, che risultano fuorvianti e mettono in difficoltà il medico stesso, che stenta anche ad aggiornarsi.
9. **"Un'arma a doppio taglio".** La ricerca farmaceutica, o meglio l'industria farmaceutica, ha degli indubbi meriti nella innovazione tecnologica e nell'evoluzione delle terapie, ma se con una mano dà, con l'altra chiede, proponendo un opprimente

consumismo farmaceutico ed un marketing del farmaco aggressivo, mentre languisce la ricerca pubblica.

10. **"Una Questione di civiltà: curare chi non può essere più curato".** Stenta ad affermarsi ancora in Italia una cultura medica delle cure al malato nella parte più cruciale e penosa dell'esistenza che è il morire, fase in cui esiste ancora spazio per interventi medici ed umani in grado di alleviare le sofferenze. Ciò va di pari passo con la richiesta ai legislatori di maggiore attenzione verso quelle azioni volte a fornire i mezzi per seguire dignitosamente ed adeguatamente il morente.

Non è nelle intenzioni degli autori affermare che i medici sono persone capaci di comprendere il malato soltanto quando essi stessi si ammalano! Non pensiamo adesso di proporre soluzioni o interventi. Certamente è evidente il messaggio rivolto a tutti coloro che sono impegnati a vario titolo in sanità a riflettere sulle scelte operative. Prima che possano agire politici ed amministratori, possiamo noi (in fondo in fondo la sanità la fanno i medici) con l'esempio e la dedizione: attendere che il sistema sia in grado di "formare" medici che abbiano "studiato come si umanizza la professione", che politici ed amministratori si mettano d'accordo, richiede tempi lunghi, l'ammalato che soffre, soffre adesso e non può aspettare. Dunque, fermiamoci un momento, riscopriamo e riappropriamoci della bellezza di una professione, che va oltre l'eleganza della tecnica o l'appropriatezza delle terapie, lasciamo spazio a quella che potremmo definire slow medicine, perché, concludendo con le parole di Sandro Bartoccioni: *"è più importante dare più vita ai nostri giorni che più giorni alla nostra vita"*. Sandro, cardiocirurgo e uomo in pace con se stesso, dal 1° giugno non è più con noi.

Laudato si mi Signore cum tucte le tue creature... per quelli ke perdonano per lo tuo amore, et sostengo infirmitate et tribulatione. (Cantico delle Creature, San Francesco).

RUBRICHE

LA MOSTRA DA NON PERDERE

di Luisella Spinelli

DE CHIRICO

Padova, Palazzo Zabarella

20 Gennaio - 7 Maggio 2007



Giorgio De Chirico (1888-1978), figura tra le grandi personalità artistiche che, assieme a Picasso, Duchamp, Kandisky, più ha ispirato l'arte moderna del Novecento. Nato a Volos in Grecia, compie gli studi ad Atene e poi a Monaco di Baviera, dove frequenta l'Accademia di Belle Arti; la sua formazione è influenzata dalle tele dei simbolisti tedeschi, Bocklin e Klinger e dagli scritti filosofici di Schopenhauer, Nietzsche e Weininger. Artista dalla personalità complessa, misteriosa, ironica, fu pittore, scultore, scrittore, poeta. Riconosciuto indiscusso *artefice*

e *Maestro della pittura Metafisica*, la sua produzione pittorica sessantennale si è singolarmente contraddistinta per l'evoluzione in stili differenti, talvolta anche simultaneamente.

La retrospettiva padovana allestita a Palazzo Zabarella con circa 100 opere, scelte tra le più espressive ed evocative dell'autore (molte delle quali non sono esposte da prima della seconda guerra mondiale), suddivise in sezioni corrispondenti ai "differenti momenti artistici del maestro", ha un duplice obiettivo: tratteggiare il ritratto dell'uomo, dell'artista geniale che ha concepito una nuova visione dell'arte e far intuire quel personale filo conduttore che ha caratterizzato, con apparenti inversioni di rotta, tutta la sua carriera artistica.

Dal simbolismo delle prime opere (1908) influenzate da Bocklin e da Klinger, alla svolta dei capolavori del *periodo metafisico* (1910-1919) che, più di tutti gli altri, hanno determinato la sua celebrità e che gli sono avvalsi il riconoscimento di **inventore della pittura Metafisica**.

Laddove Metafisica è indagare ciò che è di là dalle cose fisiche, dell'apparenza, cosicché la "veduta" diviene "visione" alla ricerca del senso nascosto delle cose: **l'enigma e il mistero** che si nascondono in ogni architettura (arco, statua, piazza) o oggetto (manichino, giocattolo, ombra) e che basta solo saper vedere.

Ecco che le sue opere metafisiche offrono effetti sorprendenti e sconvolgenti: accostamenti insoliti d'oggetti quotidiani sproporzionati in spazi dilatati e deserti, architetture geometriche, stilizzate e dalla prospettiva deformata, il ricorrente **tema del manichino**, quale trasfigurazione enigmatica dell'uomo ("Ettore ed Andromeda", "Le Muse Inquietanti", "Il grande Metafisico").

Poi, mentre tutta Europa riconosce nelle sue opere metafisiche un punto di riferimento essenziale (da esse prenderanno spunto le correnti Dadaista e Surrealista),

De Chirico torna, meravigliando tutti, a figurazioni classiche cariche di un'atmosfera romantica (1919-1925): realizza quadri allegorici conosciuti come "Ville Romane", vistose nature morte e autoritratti densi di simbolismi.

Tra la fine del 1925 e il 1929 torna ad una riedizione innovativa della pittura metafisica che fu erroneamente etichettata come surrealismo.

Negli anni '30 l'attività artistica è in bilico tra la pittura naturalistica e le grandi opere metafisiche ("Bagni misteriosi") e si accompagna ad una ricca attività d'illustratore e scenografo; un esempio fra tutti: si occupò delle scene e dei costumi dell'opera dannunziana "Figlia di Iorio" messa in scena da Pirandello.

Gli anni 1938-1940 circoscrivono la "fase barocca" della pittura De Chirico. Costituita per lo più da nature morte immerse in paesaggi fiabeschi, autoritratti, composizioni ispirate a poemi cavallereschi, riprese di quadri di Tiziano e Rubens. I dipinti di questo periodo spesso portano appuntato sul telaio o sulla tela l'esatta composizione dei colori preparati direttamente dall'artista, quale espressione delle sue ricerche ossessive delle tecniche.

Infine, tra il 1966-1968, De Chirico passa alla fase "neometafisica" in cui rivisita con spirito ironico i temi del suo passato. Si collocano in tale periodo "La solitudine di Oreste", "Oreste e Pilade", "Ritorno al castello avito".

Visitando la mostra potremo avere l'impressione di un percorso artistico apparentemente contraddittorio; a tale proposito la critica denigratoria più volte ha espresso giudizi dissacratori interpretandolo come un espediente necessario al venir meno dell'ispirazione. In realtà, è la dimostrazione che l'artista può seguire il filo conduttore della propria mente, cosicché ogni periodo rappresenta un punto d'arrivo non solo pittorico ma filosofico, anche se incomprensibile agli altri.



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[®]