



# acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



numero 8 / ottobre-dicembre 2007



L'editoriale

## Così fan tutti?

di Gianluigi Melotti

**L'**articolo di Gian Antonio Stella "Tessere e Sanità. Così fan tutti." pubblicato sul Corriere della Sera del 18 gennaio scorso, primo di una serie apparsa a più voci su tutti gli organi d'informazione, segue a pagina 3



Primo Piano

## Attività chirurgica in Italia: dati salienti e considerazioni organizzative

Marsilio Francucci



Convocazione  
**ASSEMBLEA  
STRAORDINARIA  
SOCI ACOI**

**SABATO 8 MARZO 2008 ORE 9.00**

Complesso Universitario  
Monte S. Angelo · Aula B  
Napoli · Via Cintia 1

Ordine del giorno  
**Comunicazioni  
del Presidente  
Variazione  
statutaria**



# In questo numero

## 03 Editoriale

Così fan tutti? *di Gianluigi Melotti*

## 04 Primo Piano

Attività chirurgica in Italia: dati salienti e considerazioni organizzative *di Marsilio Francucci*

Sempre di corsa! Parliamo di "fast track" *di Graziano Pernazza*

## 10 Il caso clinico del trimestre

Trattamento toracoscopico video-assistito di teratoma benigno del mediastino anteriore a cura *di Marco Barreca*

## 12 Vita dell'Associazione

In ricordo di

Umberto Parini *di Rodolfo Vincenti, Santi Azagra, R.J Heald*  
Dante Manfredi *di Mario M. Giordani*

Successo del 17° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia · Genova 2007 *di Rodolfo Vincenti*  
Ok Houston, we have a problem! *di Ferdinando Agresta*

27° Congresso Nazionale ACOI Bergamo 28 · 31 maggio 2008 *di Dario Piazzalunga*  
Scuole Speciali ACOI: nasce la Scuola Speciale di Chirurgia Senologica *di Carlo Mariotti*

## 18 Pagina sindacale

Nuove norme della rappresentatività sindacale *di Massimo Percoco*

## 19 L'Angolo del fiscalista

La Manovra Finanziaria 2008 *di Franco Viccaro*  
Anche l'ospedale dice basta! *di Sandro Faragona*

## 21 Storie da mondo

Un amico dell'Africa è un amico per sempre *di Michele Montinari*

23 "Il vecchio bisturi" racconto di Simonetta Santamaria presentato *di Micaela Piccoli*

## 26 ACOI Giovani

Intervista a Luigi Ricciardelli Presidente "Associazione Campana Giovani Chirurghi" *di Rodolfo Vincenti*

## 28 Rubriche

Il testo da consultare:

MANUALE DI CHIRURGIA D'URGENZA *di Ferdinando Agresta*

TRATTATO DI TECNICA CHIRURGICA LAPAROSCOPICA DEL COLON E DEL RETTO *Ferdinando Agresta e Rodolfo Vincenti*

Il libro da leggere:

COMUNICARE SCRIVENDO *di Michele Montinari*

La mostra da non perdere:

CARAVAGGIO: L'IMMAGINE DEL DIVINO *di Rodolfo Vincenti*



**acoi** **NEWS**  
www.acoi.it

Numero 8 / ottobre-dicembre 2007  
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani. Supplemento a Ospedali d'Italia Chirurgia n. 4 / 2007

Direttore Responsabile  
**Claudio Modiano**  
Direttore Editoriale  
**Rodolfo Vincenti**  
Vicedirettore  
**Heinrich Perenthaler**

Segretaria di redazione  
**Domitilla Foghetti**

### COMITATO DI REDAZIONE

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

### COMITATO EDITORIALE

**Piero Banna**  
**Carlo Corsi**  
**Feliciano Crovella**  
**Giuseppe Di Falco**  
**Dalila Patrizia Greco**  
**Giannantonio Farello**  
**Rocco Maruotti**  
**Massimo Percoco**

### CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente  
**Gianluigi Melotti**  
Past President  
**Vincenzo Stancanelli**  
Vice Presidenti  
**Luigi Presenti**  
**Giovanna Ricciettoni**  
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**

### FOTOGRAFIE

**Ivano Di Maria**

### IMPIANTI e STAMPA

**Saffe srl · Firenze**

La rivista, diffusa in 7.000 copie, è stata chiusa in redazione il 06/02/2008

### SEGRETERIA ACOI

**Rachele Giuliani**  
via Costantino Morin 45, Roma  
tel. 06-37518937 fax 06-37518941  
segreteria@acoi.it

segue dalla prima

pare scoprire oggi quello che, da lungo tempo, andiamo denunciando da queste pagine ed in tutte le occasioni ove ci sia data opportunità di parola: **la gestione della Sanità pubblica è capillarmente occupata dai partiti politici che, dal nord all'estremo sud, ne controllano rigorosamente tutti gli aspetti gestionali, comprese, ovviamente, le nomine dei Dirigenti Medici.**

La trasformazione delle USL in Aziende ha moltiplicato a dismisura l'apparato burocratico, rallentando i processi decisionali dai quali la dirigenza medica è praticamente esclusa.

Il consociativismo sindacale e la cooptazione per affinità politica hanno relegato in ultima fila criteri quali competenza clinica e professionalità dei dirigenti, complice un sistema pseudoconcorsuale legittimante, di fatto, il totale arbitrio dei Direttori Generali nominati dalla politica.



Gianluigi Melotti Presidente ACOI

Tutti fingono di meravigliarsi di questa "scoperta" e perfino il Ministro della Sanità On. Livia Turco che, al nostro recente Congresso Nazionale di Bologna, ci aveva favorevolmente stupito lanciando la parola d'ordine: "fuori la politica dalla gestione della Sanità", ritiene non si possa modificare radicalmente il sistema concorsuale, poiché sarebbe come privare il Dott. Marchionne, A.D. della Fiat, del diritto di scegliere autonomamente i propri dirigenti.

Le ASL, come è noto, non sono la Fiat,

non producono automobili od altri beni di consumo; inoltre, come è altrettanto noto, non tutti i Direttori Generali hanno il pedigree del Dott. Sergio Marchionne. Il cittadino-utente, stanco dei riti assordanti dell'incomprensibile dibattito politico attuale, prostrato dalla pesante situazione economica, frustrato dalla difficoltà diffusa di ottenere servizi decenti, trova nelle notizie di questi giorni una nuova chiave di lettura atta a spiegare i disservizi della cosiddetta "malasanità": se anche i Medici vanno omologati a questa classe politica che li ha scelti e cooptati, come fidarsi di loro?

Il processo logico, apparentemente ineccepibile, è in realtà devastante; compete a tutti noi spiegare con chiarezza che, tranne rare eccezioni, non siamo noi ad averlo voluto, che a noi tocca, oltre alla difficoltà di un percorso formativo sempre più duro ed affidato per lo più al singolo, cercare idonea copertura politica, ogni qual volta si aspiri ad un ruolo dirigenziale.

Ancora pochi giorni or sono un valente collega di una Regione del Nord-Est mi confidava come, chiedendo consiglio ad un importante personaggio politico locale riguardo alla possibilità di candidarsi alla direzione di una struttura chirurgica di un certo rilievo, si fosse sentito rispondere che il proprio curriculum formativo-professionale, dato per scontato, fosse da considerarsi privo di valore specifico senza l'adeguata sponsorizzazione di uno dei partiti al governo della regione.

Storie simili ci giungono con frequenza tutt'altro che episodica. Se quanto finora citato fosse però ineluttabile e inamovibile, poco senso avrebbe il nostro impegno, individuale e associativo, perché le cose cambino in meglio e, se possibile, in fretta.

**La protesta continua della parte più colta e responsabile del mondo medico, unita forse alla sensibilità di una parte del mondo politico (non sono tutti uguali) e, amo crederlo, anche le nostre iniziative, qualcosa stanno muovendo:** il DDL n. 1920 collegato alla recente finanziaria, a firma del Ministro Turco, propone fra l'altro modifiche al meccanismo concorsuale che, anche se non totalmente coincidenti con la nostra visione, apportano comunque elementi di trasparenza, riportando parzialmente al mondo dei professionisti le responsabilità di scelta dei dirigenti.

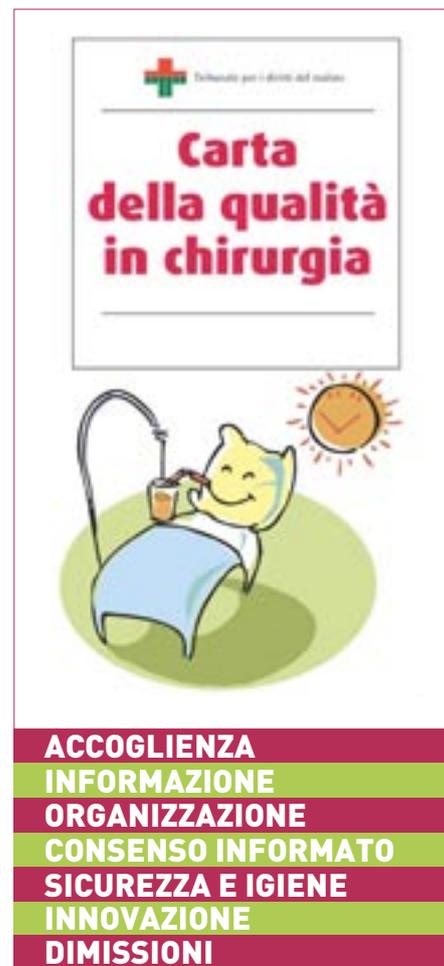
È sicuramente un primo passo.

**Dobbiamo rassicurare i cittadini.**

I chirurghi italiani, ospedalieri ed universitari, sono preparati e bravi, lo sappiamo, tra i migliori del mondo.

Forse non siamo abbastanza bravi a comunicarlo. Dobbiamo imparare a parlare di più e meglio con i nostri concittadini - pazienti; dobbiamo spiegare e documentare.

**La "Carta della qualità in chirurgia" è uno degli strumenti importanti a disposizione; difendiamola e adottiamola.**



Non è previsto che il medico sia privo di idee politiche: appoggiamo la politica di coloro che credono nel nostro Sistema Sanitario e che mostrino di voler riportare la nostra categoria alla dignità che merita.

Continuiamo la nostra battaglia, tutti insieme, perché le Società Scientifiche come l'ACOI diventino interlocutori imprescindibili nella definizione di nuove regole atte a rendere migliore e più percepibile la qualità diffusa del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

## Primo piano

# Attività chirurgica in Italia: dati salienti e considerazioni organizzative

Francucci M. *Direttore S.C. Chirurgia Generale, Degenza Breve Unità di Day Surgery, AO "S.Maria", Terni*  
 Vallesi G. *Dipartimento di Specialità medico-chirurgiche e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Perugia*  
 Tockner M. *Osservatorio Epidemiologico Verifica e Revisione della Qualità, Distretto n.1, ASL Terni*

## CONTESTO

Nel 2003 in Italia sono stati effettuati 11.981.212 ricoveri per acuti (70,5% in regime ordinario e 29,5% in Day Hospital). Il 38,2% dei ricoveri complessivi in regime ordinario è stato effettuato in reparti chirurgici.

Viene proposta un'analisi a vari livelli dell'attività chirurgica italiana, finalizzata a descrivere lo stato generale dell'assistenza chirurgica nel nostro Paese.

## METODI

Vengono analizzati i ricoveri effettuati dai reparti chirurgici nell'anno 2003, utilizzando le informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). La fonte dei dati è la banca dati del Ministero della Sanità relativa ai ricoveri ospedalieri (Banca Dati SDO), disponibile e consultabile anche in versione on line (1).

## RISULTATI E DISCUSSIONE

Dei 4.456.356 ricoveri per acuti in regime ordinario dei reparti chirurgici, il 90% è stato effettuato in 6 discipline: chirurgia generale (28,4%), ostetricia e ginecologia (23,7%), ortopedia e traumatologia (19,7%), urologia (7,2%), ORL (6,2%), oculistica (4,9%).

Gli interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero ordinario sono stati 3.027.043, ai quali si aggiungono 1.448.306 casi trattati in Day Surgery, per un totale di **4.475.349** interventi effettuati complessivamente nel 2003, con un andamento pressoché stabile rispetto al 2002 ed un tasso di ospedalizzazione per intervento chirurgico del 77,4 ogni 1000 abitanti.

Il 75% dell'attività chirurgica è concentrato

in otto regioni (Lombardia 18,8%, Lazio 9,8%, Veneto 8,8%, Sicilia 8,2%, Emilia Romagna 8%, Campania 7,9%, Piemonte 7,6%, Toscana 6%). Tra le procedure effettuate in regime ordinario prevalgono gli interventi di chirurgia generale (24,2%), seguiti da quelli di ortopedia (21,3%), ginecologia (16,7%), chirurgia cardiovascolare (10,6%), urologia (8,1%), ORL

(6,3%), oculistica (6,2%).

Nella tabella 1, viene analizzata la distribuzione dei principali interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero ordinario di chirurgia generale, definita utilizzando come criterio di classificazione le Categorie Diagnostiche Principali (MDC).

Gli interventi eseguiti nei reparti di chi-

Tabella 1 - Principali interventi di chirurgia generale. Anno 2003

DRG	DESCRIZIONE	N° CASI	%	% CUM
161-162-163	Interventi per ernia inguinale e femorale	109.391	16,0	16
195-196-197-198	Colecistectomia con e senza esplorazione del dotto biliare comune	97.355	14,3	30,3
148-149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue	64.173	9,4	39,7
164-165-166-167	Appendicectomia con diagnosi principale complicata e non	62.429	9,1	48,8
157-158	Interventi su ano e stoma	53.925	7,9	56,7
257-258-259-260	Mastectomia totale e subtotale per neoplasie maligne	46.330	6,8	63,5
290	Interventi sulla tiroide	37.215	5,4	68,9
265-266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/celluliti	32.056	4,7	73,6
269-270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	23.726	3,5	77,1
191-192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt	13.585	2,0	79,1
408	Alteraz. mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interv.	13.531	2,0	81,1
401-402	Linfoma e leucemia non acuta con altri int chirurgici	7.680	1,1	82,2
288	Interventi per obesità	5.584	0,8	83
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	5.573	0,8	83,8
400	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	5.556	0,8	84,6
406-407	Alter. mieloproliferative o neoplasie poco differ. con interv. maggiori	3.976	0,6	85,2
392-393	Splenectomia	2.187	0,3	85,5

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2003.

rurgia generale si distribuiscono tra 6 MDC (06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente; 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas; 09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella; 10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali; 16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario; 17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate). Al primo posto troviamo gli interventi per ernia inguinale e femorale seguiti dalla colecistectomia con o senza l'esplorazione del dotto biliare, dagli interventi maggiori su intestino crasso e tenue e dalle appendicectomie. In corso di colecistectomia l'esplorazione della via biliare principale viene segnalata soltanto in 1223 casi (2,3% del totale).

Se analizziamo l'intervento di appendicectomia in funzione del *timing* diagnostico-terapeutico, si nota che nel 22,9% dei casi l'indicazione all'intervento viene posta per appendicite complicata.

In alcune specialità, si assiste ad un crescente ricorso alla chirurgia mini-invasiva ed all'utilizzo di procedure interventistiche. Le procedure per via transuretrale sono al primo posto tra gli interventi urologici, così come gli interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea predominano tra quelli effettuati per le malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

Da segnalare che una parte consistente dell'attività è rappresentata da procedure effettuabili in Day Surgery, ricomprese tra i DRG ad elevato rischio di inappropriately se effettuati in regime di ricovero ordinario (LEA): DRG 162 e 163 (interventi per ernia inguinale e femorale senza complicanze: 94210 casi), DRG 119 (legatura e stripping di vene: 53483 casi), DRG 158 (interventi su ano e stoma senza complicanze: 48483 casi).

Per valutare l'appropriatezza dei regimi di ricovero viene esaminato il setting assistenziale utilizzato per effettuare l'attività chirurgica. Nella *figura 1* viene riportato l'andamento dei ricoveri in Day Surgery ed in regime ordinario, questi ultimi distinti in funzione della durata della degenza (inferiore ad 1 giorno e  $\geq$  a 2 giorni).

La percentuale degli interventi effettuati in Day Surgery denota un andamento fortemente positivo negli ultimi 5 anni (14,6% dell'attività complessiva nel 1998 e 32,4% nel 2003), con un incremento del 121,9%. Contemporaneamente si è registrata una

diminuzione dei ricoveri in regime ordinario superiori a 2 giorni, che passano dal 76,9% al 57,7%, con un decremento del 25,2%, mentre la percentuale dei ricoveri in regime ordinario di 1 giorno rimane pressoché invariati.

Il processo di trasferimento dell'attività chirurgica in regime di ricovero a ciclo diurno non è omogeneo tra le regioni: la percentuale

di Day Surgery varia dal 4,9% della Provincia Autonoma di Trento al 19,6% della Puglia; tuttavia, come si evidenzia nella *figura 2*, tutte le Regioni, ad eccezione dell'Emilia-Romagna, registrano un incremento tra il 2002 e il 2003, in alcuni casi molto consistente: Molise (12%), Sicilia (10,7%), Provincia Autonoma di Trento (9,8%), Liguria (8,7%) e Provincia Autonoma di Bolzano (8,6%).

Figura 1 - Distribuzione dei ricoveri chirurgici per regime di ricovero. Periodo 1998-2003

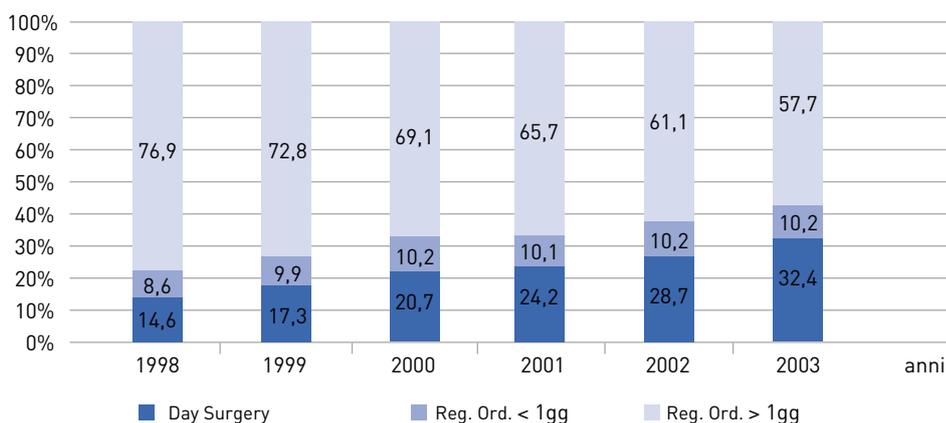
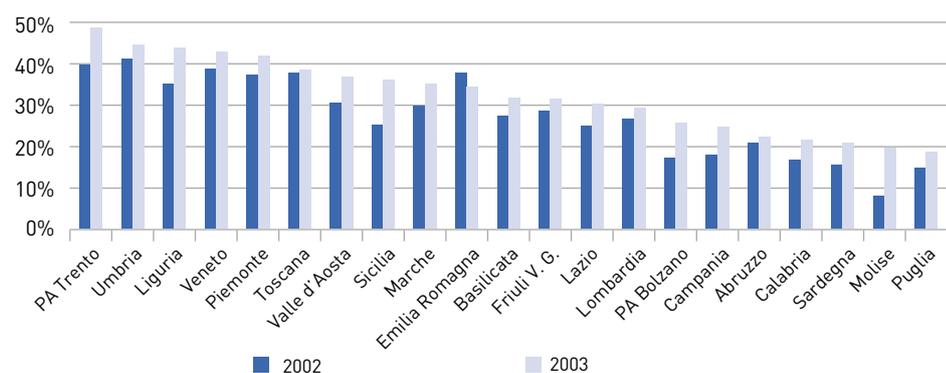


Figura 2 - Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per regione. Anni 2002-03



Il decremento del 2,8%, registrato in Emilia-Romagna, solo in parte è legato ad un progressivo passaggio verso la chirurgia ambulatoriale, poiché la riduzione del trasferimento interessa anche il DRG 158 (*interventi su ano e stoma*: decremento del 16,7%) ed il DRG 163 (*interventi per ernia eccetto inguinale*: decremento del 22,2%), per i quali non è ipotizzabile un maggior trasferimento in regime ambulatoriale, bensì un ritorno al ricovero ordinario, probabilmente legato alla mancata possibilità di poter disporre del pernottamento in regime di Day Surgery.

Informazioni utili per approfondire la valutazione di appropriatezza del setting assistenziale, provengono dallo studio promosso dall'ASSR che ha concentrato

l'analisi sui 17 DRG LEA ed ha dimostrato che il 56,2%, di tali DRG viene effettuato in Day Surgery, con un incremento del 9,1% rispetto al 2002, rilevato in tutte le regioni ad eccezione dell'Emilia Romagna (-4,85%). Tale studio ha analizzato anche gli interventi effettuati con ricovero ordinario di un giorno, evidenziando che questa modalità è stata utilizzata nel 14,3% dei casi nel 2003. La regione che con più elevata frequenza ricorre al ricovero ordinario di un giorno è la Lombardia (30,97%), seguita dalla Calabria (27,38%) e dal Friuli Venezia Giulia (24,96%). (2)

Lo sviluppo di nuove tecnologie ed il crescente utilizzo delle tecniche mini-invasive, dovrebbe portare ad un miglioramento della qualità tecnico professionale e degli

outcome, con riflessi positivi anche sull'efficienza organizzativa, in termini di riduzione delle giornate di degenza. A tale proposito, sarebbe opportuno analizzare per quei DRG in cui il progresso tecnologico ha radicalmente modificato l'approccio terapeutico (come ad esempio la colecistectomia laparoscopica), la distribuzione dei casi per regime di ricovero (Day Surgery e regime ordinario) e per durata della degenza ("1 giorno", per molti aspetti assimilabili alla Day Surgery, "2-3 giorni" e "superiore a 4 giorni"). Applicando tale metodologia al DRG 198 (Colecistectomia senza esplorazione della VBP, senza complicanze), si evidenzia che soltanto il 2,8% dei casi viene trattato in Day Surgery.

La degenza media dei 77.303 casi trattati in ricovero ordinario è di 5,6 giorni; di essi, il 3,4% ha avuto una degenza di 1 giorno, il 37,6% di 2-3 giorni, e ben il 58,4% di oltre 4 giorni. L'analisi dei dati evidenzia margini di miglioramento della performance organizzativa da realizzarsi attraverso interventi che favoriscano il trasferimento dell'attività dal regime ordinario a quello diurno ed una più efficiente gestione del percorso assistenziale in regime di ricovero ordinario, poten-

ziando il ricorso alla preospedalizzazione, con conseguente riduzione della degenza preoperatoria.

Il valore della degenza media preoperatoria può essere assunto come indicatore proxy di un'efficiente gestione del "processo chirurgico" sia in elezione (attivazione della preospedalizzazione ed adeguata pianificazione dell'utilizzo delle sale operatoria) che in urgenza (percorsi diagnostici preferenziale e risorse dedicate).

Altro indicatore dell'appropriatezza organizzativa è la "percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico", strettamente correlato all'indice di operatività.

Nella tabella 2 vengono riportati i dati nazionale e regionali relativi alla degenza media preoperatoria ed alla percentuale di DRG medici da reparti chirurgici, insieme alla degenza media complessiva e all'indice comparativo di performance.

La degenza media preoperatoria nel 2003 è stata di 2,1 giorni, con una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente. Analizzando per singola regione il numero medio di giorni trascorsi tra ricovero ed intervento chirurgico, si notano performance diverse, che vanno da 1,4 giorni

del Friuli-Venezia-Giulia, a 3 giorni della Liguria. Anche se la degenza preoperatoria può essere influenzata da diversi fattori, quali complessità della casistica, età dei pazienti ed indice di attrazione delle singole strutture, i dati dimostrano importanti margini di miglioramento.

Agire sulla degenza preoperatoria consente di raggiungere più facilmente l'obiettivo di ridurre la degenza media complessiva e di estendere il numero dei casi trattabili in degenza breve (Week-Surgery); la contrazione della degenza preoperatoria costituisce anche una opportunità per ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico, inversamente proporzionale al numero dei giorni di ricovero preoperatori. Un'ulteriore modalità per favorire l'efficienza dei reparti chirurgici è quella di migliorare la selezione dei pazienti candidati al ricovero, riducendo il numero delle dimissioni con DRG medico.

Rispetto a questo indicatore si evidenzia che a livello nazionale il 38,5% dei dimessi dai reparti chirurgici presenta un DRG medico. Tuttavia, tale percentuale varia considerevolmente tra le regioni, andando dal 29% dell'Emilia-Romagna al 50,2% della Calabria e ciò dimostra che è possibile migliorare la performance delle strutture. A tale proposito elementi utili sono: la differenziazione dei flussi, potenziando l'attività di filtro a livello del Pronto Soccorso, l'attivazione di reparti di osservazione breve, l'organizzazione per livelli di intensità assistenziale e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologia.

Vengono infine proposti alcuni "indicatori proxy" di appropriatezza clinica e tecnico-professionale, basati sia sul grado di adesione alle linee guida diagnostico-terapeutiche che sull'utilizzo delle moderne tecnologie.

Come esempio di appropriatezza clinica, viene riportata un'analisi degli interventi chirurgici effettuati per patologia mammaria. Le principali linee guida sottolineano, in primo luogo, l'importanza di ridurre il numero degli interventi chirurgici per patologia benigna attraverso una più adeguata diagnosi preoperatoria, che includa ad esempio la biopsia con *mammotome* ed il potenziamento della diagnosi precoce, con l'obiettivo di individuare lesioni di dimensioni ridotte, tali da consentire una chirurgia conservativa.

A tale proposito potrebbero essere utilizzati due indicatori:

Tabella 2 - Performance organizzativa. Anno 2003

Regione	Degenza media	Degenza media Pre-operatoria	Indice comparativo di performance	% DRG medici da reparti chirurgici
Piemonte	7,90	2,07	1,07	31,46
Valle d'Aosta	8,80	2,28	1,07	43,23
Lombardia	6,50	1,75	0,97	30,37
P. A. di Bolzano	6,60	1,51	1,03	41,77
P. A. di Trento	7,60	1,70	1,06	43,32
Veneto	7,90	1,99	1,08	34,99
Friuli-Venezia G.	7,70	1,46	1,01	29,74
Liguria	7,80	2,99	1,03	39,84
Emilia-Romagna	6,70	1,92	0,95	29,00
Toscana	7,40	2,15	0,99	37,19
Umbria	6,40	2,09	0,93	41,89
Marche	7,00	1,61	1,02	32,16
Lazio	7,60	2,82	1,10	37,64
Abruzzo	6,00	1,92	0,97	44,29
Molise	7,00	2,36	1,10	41,14
Campania	5,40	2,22	0,93	45,41
Puglia	5,90	2,07	0,98	45,02
Basilicata	6,70	2,93	1,03	48,53
Calabria	6,10	2,02	1,01	50,22
Sicilia	5,60	2,02	0,92	47,82
Sardegna	6,70	2,19	1,06	43,50
<b>ITALIA</b>	<b>6,70</b>	<b>2,08</b>	<b>1,00</b>	<b>38,48</b>

• **Indicatore:** percentuale di interventi per neoplasia sul totale degli interventi eseguiti sulla mammella.

$$\frac{\text{Totale Interventi per Neoplasie (DRG 257, 258, 259, 260)}}{\text{Totale Interventi Mammella (DRG 257, 258, 259, 260, 261, 262)}} \times 100$$

• **Indicatore:** percentuale degli interventi conservativi (quadrantectomia) sul totale degli interventi eseguiti per neoplasia.

$$\frac{\text{Totale Interventi di Quadrantectomia (DRG 259, 260)}}{\text{Totale Interventi per Neoplasia della Mammella (DRG 257, 258, 259, 260)}} \times 100$$

Nella tabella 3 vengono riportati il numero di interventi effettuati per patologia mammaria ed i valori dei due indicatori a livello nazionale e di singola regione.

Nel primo caso abbiamo riscontrato, a fronte di un valore atteso del 75% (3), un valore medio nazionale del 53,1% con variazioni che vanno dal 41,5% del Lazio al 70,1% della Valle d'Aosta, evidenziando notevoli margini di miglioramento volti a perfezionare la diagnosi preoperatoria ed a ridurre l'indicazione chirurgica nei casi con "diagnosi certa" di patologia benigna. Nel secondo caso, a fronte di un valore atteso del 65% (3), il dato nazionale è risultato del 67,6%, variando dal 56,0% del Friuli Venezia Giulia al 75,8% dell'Umbria,

a testimonianza di una notevole diffusione della diagnosi precoce, favorita dall'estensione dei programmi di screening.

Relativamente all'appropriatezza tecnico-professionale ed in particolare all'utilizzo delle moderne tecnologie, andrebbero individuati indicatori specifici per specialità. Insieme alla *percentuale di colecistectomia laparoscopica*, dato relativo ai reparti di chirurgia generale e già ampiamente utilizzato, per l'Urologia, ad esempio, potrebbe essere proposto come indicatore la *percentuale di prostatectomia transuretrale*, calcolato come quota percentuale degli interventi per via transuretrale sul totale degli interventi sulla prostata:

Nella tabella 4 vengono riportati i valori nazionali e per singola regione di tali indicatori.

Nel 2003, il valore nazionale della *percentuale di colecistectomia laparoscopica* è stato dell'80,2%, con un trend positivo rispetto agli anni precedenti (75,1 nel 2001, e 77,9 nel 2002) (4). Ben nove regioni mostrano un valore superiore all'80% ed il confronto con l'esperienza dell'Agency for Healthcare Reaserch and Qualità (5), mostra un progressivo orientamento verso pratiche di "best practice" delle strutture chirurgiche italiane.

Tabella 4 – Percentuale di colecistectomia laparoscopica per regione. Anno 2003

• **Indicatore:** percentuale di colecistectomie laparoscopica.

$$\frac{\text{Colecistectomia laparoscopica (ICD-IX-CM 51,23 e 51,24)}}{\text{Totale interventi di colecistectomia (ICD-IX-CM 51,2)}} \times 100$$

Tabella 3 – Interventi chirurgici per patologia mammaria. Anno 2003

Regione	Totale Casi	interventi sulla mammella per neoplasia (%)	interventi conservativi per neoplasia mammaria (%)
Piemonte	6609	63,4	70,2
Valle D'Aosta	154	70,1	72,2
Lombardia	22875	56,6	70,8
P.A. Bolzano	732	54,4	71,4
P.A. Trento	783	69,1	70,1
Veneto	9125	57,1	67,1
Friuli V.G.	2448	69,6	56,0
Liguria	3151	54,0	71,9
Emilia Romagna	9088	55,3	68,3
Toscana	5999	58,0	69,6
Umbria	1651	57,1	75,8
Marche	2766	54,9	60,9
Lazio	12231	41,5	67,1
Abruzzo	1812	44,9	69,1
Molise	425	44,2	56,9
Campania	6602	39,8	61,1
Puglia	4254	57,4	60,5
Basilicata	567	49,9	69,3
Calabria	1377	48,1	58,3
Sicilia	6967	42,5	69,7
Sardegna	2081	58,6	57,9
<b>ITALIA</b>	<b>101697</b>	<b>53,1</b>	<b>67,6</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2003.

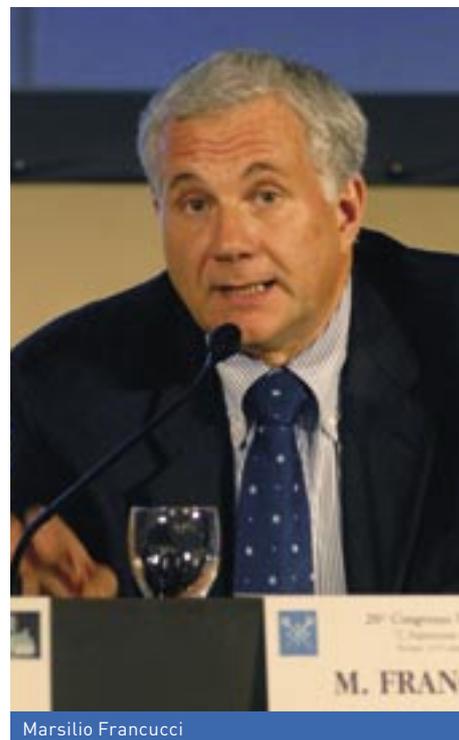
Regione	Colecistectomia	
	Totale Casi	V.L.C. (%)
Piemonte	8167	83,6
Valle D'Aosta	260	96,2
Lombardia	16664	82,7
P.A. Bolzano	738	78,9
P.A. Trento	726	89,8
Veneto	7213	87,2
Friuli V.G.	1690	84,3
Liguria	3339	80,7
E. - Romagna	7358	76,4
Toscana	7037	85,1
Umbria	1974	79,4
Marche	2714	74,8
Lazio	9038	76,3
Abruzzo	2831	75,9
Molise	735	79,7
Campania	8993	77,7
Puglia	6565	81,7
Basilicata	1016	78,7
Calabria	2710	75
Sicilia	7532	74,1
Sardegna	2338	76,2
<b>ITALIA</b>	<b>99638</b>	<b>80,2</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2003.

## CONCLUSIONI

L'analisi dell'attività chirurgica italiana relativa all'anno 2003 ha mostrato:

- un progressivo miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale, come testimonia l'incremento degli interventi effettuati in regime di Day Surgery che hanno raggiunto il 32,4% dell'attività chirurgica complessiva e la percentuale di appropriatezza per i 17 DRG chirurgici LEA individuati nel DPCM 29/11/2001 (56,2%); valori ancora non omogenei tra le regioni denotano la necessità di attivare azioni concrete per sostenere il processo di sviluppo della Day Surgery e della Chirurgia ambulatoriale sia mediante coerenti politiche sanitarie regionali, senza trascurare l'importanza di adeguate politiche tariffarie, sia con chiare scelte aziendali volte a sperimentare modelli organizzativi in grado di differenziare l'offerta chirurgica (Week Surgery);
- la ricerca dell'efficienza organizzativa, volta ad ottimizzare l'uso delle risorse mediante la riduzione delle giornate di degenza ed il miglioramento dell'indice di operatività, anche se in questo settore esistono ampi margini di miglioramento che ribadiscono la necessità di diffondere modelli organizzativi in grado di assicurare un'efficiente gestione del percorso diagnostico terapeutico nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico;
- una crescente attenzione dedicata all'appropriatezza tecnico-professionale e allo sviluppo della "best practice" con una buona capacità di sfruttare le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica volta a privilegiare tecniche mini-invasive.



Marsilio Francucci

## Bibliografia

1. Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2003*. Roma, 2006. (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp>)

2. Francucci M. *Evoluzione della Day Surgery in Italia*, Monitor, 2° Supplemento al n.15, 2005.

3. EUSOMA, *The Requirements of a specialist breast unit*. Eur J Cancer, 2000, 36, 2288-229

3. (<http://www.eusoma.org/Engx/Guidelines/Guideline.aspx?cont=breast> (accesso 22 dicembre 2005).

4. Francucci M. et al. *L'assistenza ospedaliera*.

Rapporto osservasalute 2003, Ed. Vita e pensiero, Novembre 2003; 203-243.

5. Department for Health and Human Services – Agency for Healthcare Research and Quality, *Healthcare Cost and Utilization Project; AHRQ Quality Indicators*. (<http://www.hcup.ahrq.gov>)

# Sempre di... corsa! Parliamo di "fast track"

di Graziano Pernazza

L'ingresso e poi l'evoluzione tecnologica nella medicina, a cavallo tra il XX ed il XXI secolo, hanno sottoposto la chirurgia a cambiamenti rivoluzionari e a stravolgimenti epocali di cui la laparoscopia non è che uno dei tanti. Questo processo, graduale e al tempo stesso impetuoso, si riflette in un miglioramento globale della scienza medica e chirurgica che, pur non essendo esatta, tende sempre più a muoversi secondo criteri di omogeneità e di evidenza scientifica, per rendere l'offerta terapeutica attenta alla riduzione del rischio e al raggiungimento del migliore risultato possibile. Indubbiamente tali mutamenti sono stati influenzati, anche pesantemente

e non senza forti resistenze, da circostanze sociali ed economiche che hanno forzato verso una spasmodica ricerca del pareggio nel bilancio costi-benefici dei trattamenti sanitari. Non tutto buono, non tutto da buttare. In ogni caso il cambiamento è sempre progressivo e fondamentalmente culturale, basato, nello specifico, su un affinamento della conoscenza delle modificazioni fisiopatologiche indotte da un atto chirurgico e sul concetto sempre più irrinunciabile, sia da parte dei pazienti che degli operatori, del rispetto quanto più possibile dell'integrità corporea. Mininvasività, quindi, intesa non solo come "piccolo taglio", ma anche come minima perturbazione dell'omeostasi. Fondato su una irrinunciabile e proficua

multidisciplinarietà, questo principio è alla base di ciò che viene definito "fast-track". Il virgolettato si presta ad una erronea o quantomeno parziale interpretazione, se si pensa solo ad una accelerazione garibaldina del decorso postoperatorio.

**In realtà, si tratta di un percorso rigoroso, basato su evidenze scientifiche derivate da trials clinici randomizzati e metanalisi, il cui fine è quello di rendere più rapida l'ospedalizzazione, abbreviare la degenza, ridurre le complicanze peroperatorie e migliorare la convalescenza, tutto perseguendo la minima alterazione dell'equilibrio fisiologico o, comunque, ripristinandolo precocemente.** Il fondamento teorico insiste su una serie di

osservazioni che prendono in considerazione l'atto chirurgico come motivo di consumo energetico, di catabolismo. L'atteggiamento conseguente, quindi, è quello di mettere in atto una serie di misure che, a partire dal periodo preoperatorio e poi durante l'intervento e nel postoperatorio, mirino a ridurre al minimo gli effetti, compensandolo.

Alcuni autori, reinterpretando e modificando il programma proposto da **Henrik Kehlet, noto chirurgo danese che per primo sviluppò ed applicò tale metodologia**, hanno proposto, per meglio esprimere la complessità di questo percorso e le sue implicazioni, un termine di impatto mediatico sicuramente inferiore ma di più immediata comprensione: ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery). Multidisciplinarietà inevitabile, dunque, che coinvolge diverse figure professionali in una azione coordinata i cui cardini sono: **1) una accurata ed estesa informazione ed educazione del paziente; 2) l'utilizzo di tecniche di analgesia, anestesia e chirurgia in grado di ridurre la risposta allo stress, il dolore ed il disagio postoperatorio; 3) una riabilitazione postoperatoria "aggressiva", basata su rialimentazione e deambulazione precoci, e che tenga conto dei più aggiornati principi generali di gestione clinica del postoperatorio** (compreso l'utilizzo di sonde, drenaggi e cateteri). Tutto ciò impone una revisione radicale dei protocolli tradizionali e la piena compliance di pazienti ed operatori nei confronti delle evidenze che indicano, ad esempio, la necessità di non procedere ad alcuna preparazione intestinale, di evitare l'uso di sedativi in premedicazione, di non sottoporre il paziente ad un digiuno preoperatorio ma anzi di concedere una regolare alimentazione fino a 6 ore prima dell'intervento e di somministrare liquidi ipercalorici fino a due ore prima, di ricorrere a tecniche anestesologiche "su misura" che comprendano l'analgesia epidurale ed anestetici a breve emivita, di ridurre la somministrazione di liquidi nel perioperatorio, di utilizzare tecniche chirurgiche mininvasive, di non utilizzare oppioidi per il controllo del dolore, di evitare l'uso routinario di sondini e drenaggi e rimuovere precocemente il catetere vescicale, di utilizzare precocemente farmaci procinetici, per facilitare la canalizzazione e prevenire nausea e vomito, e di provvedere ad una precoce rialimentazione e mobilitazione del paziente. I campi di applicazione sono già vari ed in rapida espansione. Sono riportate in letteratura esperienze di fast-track

applicato alla chirurgia vascolare, cardiaca, urologica, pediatrica, ortopedica, ginecologica, dei trapianti epatici e gastrointestinale. L'esperienza più avanzata, maturata nei paesi scandinavi, riporta degenze inferiori alle 24 ore per la funduplicatio e la surrenectomia laparoscopica, di 1-4 giorni per la chirurgia polmonare, di 2-4 giorni per la chirurgia resettiva colo-rettale. **Ma ciò che più impressiona è la riduzione della morbilità postoperatoria resa possibile da questo approccio.** Già con la variazione della tecnica anestesologica sembra possibile ridurre l'incidenza di più del 20-30%. E le evidenze in tal senso sono di livello 1b-2c. La possibilità di non interrompere terapie croniche in pazienti con importanti comorbidità, grazie alla rialimentazione precoce, che costituisce uno dei cardini del sistema, è un altro aspetto estremamente interessante.

**Il connubio tra chirurgia mininvasiva colo-rettale e fast-track è quello maggiormente sviluppato e di maggiore attrattiva in chirurgia generale**, anche se desta comunque un certo stupore, a dispetto del fatto che la sua definizione e le prime esperienze, già convincenti, datino ormai più di 10 anni, che la metodologia fast-track trovi tutto sommato una limitata applicazione ed ancora una certa resistenza nella pratica quotidiana e sia spesso ancora definita "giovane". A parziale giustificazione, alcuni autori, adducono la difficoltà di introdurre una discontinuità così netta rispetto ad atteggiamenti tradizionalmente consolidati. Da ciò deriva che le esperienze pubblicate (seppure positive e grazie alle quali è stato possibile dimostrarne fattibilità e sicurezza in chirurgia addominale maggiore nonché evidenziarne i vantaggi in termini di riduzione della ospedalizzazione

postoperatoria), non abbiano ancora consentito di definire con gradi di evidenza adeguati gli effettivi vantaggi di questa metodica in chirurgia generale e, specificatamente, in combinazione con la chirurgia colo-rettale mininvasiva. In ogni caso, uno scenario in cui la combinazione di tecnica e tecnologia porti ad un miglioramento dell'outcome globale, riducendo l'incidenza di complicanze, confezionando un trattamento individualizzato e rispettoso degli equilibri omeostatici, esitando per giunta in una riduzione della spesa ed in un aumento della sicurezza, rimane di grande fascino e continua a destare grande interesse. Circa due anni fa, nel contesto del Congresso Nazionale di Spoleto, la sessione sul fast-track, organizzata dai giovani ACOI, diede modo di presentare le metodologie e i risultati delle prime esperienze italiane. La partecipazione fu importante, l'interesse elevato. Da allora, pur essendo trascorso relativamente poco tempo, la letteratura si è ampliata ed arricchita di nuove e più significative esperienze. La ricerca di evidenze ha motivato alcune realtà scientifiche a varare i primi trials clinici randomizzati, come quello proposto dal gruppo olandese. **I tempi sembrano maturi per creare un nuovo network italiano che associ alla consolidata esperienza in chirurgia laparoscopica del colon-retto, la metodologia fast-track o ERAS®.** Potrebbe essere stimolante, e di sicura rilevanza scientifica internazionale, condividere linee di comportamento omogenee e sviluppare un progetto di studio nazionale.

La letteratura di riferimento è facilmente reperibile usando PUBMED con parole chiave: *fast-track surgery* e affinando la ricerca per campo di interesse. Per la valutazione delle evidenze di supporto al fast-track è interessante la consultazione del database Cochrane.

### Bibliografia essenziale

1. Wilmore DW, Kehlet H. *Management of patients in fast track surgery*. BMJ 2001, 322: 473-6.
2. Kehlet H, Buchler MW, Beart RW jr, Billingham RP, Williamson R. *Care after colonic operation. Is it evidence based? Results from a multinational survey in Europe and the United States*. J Am Coll Surg 2006, 202:45-54.
3. Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. *Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications* (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2007. Accession Number: CD004080.



Graziano Pernazza

# Il caso clinico del trimestre

A cura di Marco Barreca

## Trattamento toracoscopico video-assistito di teratoma benigno del mediastino anteriore

Carmine Napolitano U.O. Chirurgia Generale - Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ed Alta Specialità OO. RR. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" - Salerno

Il paziente, un uomo di 20 anni non fumatore, era giunto in ospedale per dolore toracico e veniva ricoverato presso il reparto di Ematologia per il riscontro di una lesione espansiva a carico del mediastino antero-superiore, valutata in prima istanza come sospetto linfoma mediastinico.

L'anamnesi patologica remota risultava negativa. L'Rx del torace e la TC dimostravano la presenza, nel mediastino anteriore, di una massa disomogenea di circa 4 cm di diametro massimo, aderente alla vena cava superiore e all'aorta ascendente senza tendenza all'infiltrazione degli organi circostanti. Veniva quindi posta indicazione ad una toracosopia diagnostica con eventuale biopsia.

Il paziente è stato posizionato in decubito antero-laterale destro ed è stato intubato con un tubo a doppio lume per consentire l'esclusione del polmone destro durante l'intervento chirurgico. Il trocar per l'ottica

di 30° è stato posizionato al IV spazio intercostale lungo la linea emiclaveare, mentre i due trocars operatori sono stati posizionati lungo la linea ascellare anteriore, rispettivamente al III e V spazio intercostale. Una volta identificata, la lesione mediastinica è apparsa rotondeggiante e regolare, aderente al pericardio e ai vasi maggiori senza tendenza all'infiltrazione degli organi circostanti (Fig. 1). Si è proceduto ad una biopsia escissionale completa della lesione. La dissezione è stata interamente condotta mediante l'uso di un grasper atraumatico nella mano sinistra e di un dissettore ad ultrasuoni nella mano destra dell'operatore. L'uso del dissettore ad ultrasuoni ha consentito di portare a termine l'intervento senza la necessità di apporre clips metalliche a carico dei vasi. Dopo l'incisione della pleura mediastinica, la massa è stata delicatamente dissociata dal pericardio, dalla vena cava superiore, dall'aorta ascendente e dal timo, prestando

particolare attenzione a non aprirne la capsula. (Fig. 2) La lesione è stata rimossa attraverso un accesso minitoracotomico a livello del trocar posto al V spazio intercostale. Al termine dell'intervento è stato posizionato un tubo di drenaggio, che è stato rimosso in IV giornata post-operatoria. Il decorso è stato regolare e il paziente è stato dimesso in VI giornata post-operatoria in buone condizioni generali. L'esame istologico ha posto diagnosi di teratoma maturo benigno.

### COMMENTO

La **chirurgia toracica video-assistita (VATS)** si è sviluppata in questi ultimi 10 anni da mero strumento diagnostico a valida alternativa alla chirurgia tradizionale toracotomica, grazie ai miglioramenti della tecnica chirurgica, degli strumenti ottici e dei dispositivi tecnologici.

Indicazioni condivise all'uso della VATS oggi sono rappresentate da: versamenti pleurici senza diagnosi eziologica, empiema pleurico, bullectomia apicale per pneumotorace spontaneo ricorrente o persistente, emotorace, biopsia ed eventuale pleurodesi di lesioni pleuriche, biopsia per malattie interstiziali polmonari, resezione atipica di noduli polmonari solitari, malattia bollosa, simpaticectomia. La VATS è stata inoltre impiegata in questi ultimi quindici anni nel trattamento di lesioni primitive del mediastino, in particolare nei tumori benigni neurogeni. A causa della bassa incidenza di questi tumori, non esistono in letteratura linee guida basate sull'evidenza concernenti la scelta del miglior approccio chirurgico, ma solo casi clinici ed analisi retrospettive che documentano la fattibilità dell'intervento chirurgico in VATS, con riduzione della degenza ospedaliera e più precoce ritorno all'attività lavorativa. Le dimensioni del tumore rappresentano per molti autori un criterio di esclusione all'approccio video-assistito alle lesioni primitive del mediastino (lesioni non oltre i 5 cm di diametro),

**B.Braun per la Chirurgia**  
Tradizione e innovazione



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Milano S.p.A. - Divisione Anestalg - Via Vincenzina da Seregno, 14 - 20161 Milano - Tel. 02 66218 1 - Fax servizio clienti 02 66243 300  
e-mail: info.italia@braun.com - servizio.clienti@braun.com - web: www.braun.com

anche se ad oggi sono stati riportati casi di resezione di tumori neurogeni benigni del mediastino superiori ai 6cm di diametro. Le dimensioni del tumore non controindicano di per sé l'approccio toracoscopico assistito, a meno che una lesione di grosse dimensioni non sia localizzata all'apice del torace (in questo caso una dissezione "alla cieca" delle strutture nervose e vascolari di quest'area può rivelarsi molto pericolosa), oppure alla giunzione costo-diaframmatica, per la presenza dell'arteria di Adamkiewitz. Sono stati recentemente riportati in letteratura anche casi di tumori neurogeni con crescita intraspinale trattati mediante laminectomia e resezione toracoscopica in due tempi o in un unico tempo operatorio.

I **tumori a cellule germinali** (GCTs) sono neoplasie a comportamento benigno o maligno originatisi da cellule germinali primordiali che falliscono nel completare la migrazione dalla riga urogenitale e vanno ad arrestarsi nel mediastino. Vengono classificati in tre gruppi: **teratomi benigni, seminomi e tumori embrionali**. Nel loro complesso rappresentano la seconda più frequente lesione a localizzazione nel mediastino anteriore (15% dei casi) dopo i timomi (20% dei casi) (Tabella 1).

La probabilità di malignità di una massa mediastinica è influenzata da tre fattori: localizzazione anatomica, età del paziente e presenza o meno di sintomi. Complessivamente nei due terzi dei casi le lesioni mediastiniche sono benigne, tuttavia il 59% delle masse localizzate nel mediastino anteriore è maligno, a fronte del 29% e del 16% di quelle localizzate rispettivamente nel mediastino medio e posteriore. In particolare l'incidenza di malignità delle lesioni del me-

diastino anteriore sale all'85% nei pazienti sintomatici. L'età è un altro importante indicatore della probabile malignità della lesione, la maggior parte dei linfomi e dei tumori a cellule germinali si riscontra tra la seconda e la quarta decade di vita.

L'**iniziale valutazione di queste lesioni** comprende l'esecuzione di un Rx standard del torace nelle proiezioni antero-posteriore e laterale per documentare sede anatomica, dimensioni e densità della massa ed una TC del torace per caratterizzare la massa e i suoi rapporti con le strutture circostanti. La RMN assume un ruolo principale per la diagnosi dei tumori neurogeni, in particolare per la valutazione della loro crescita intraspinale, così come per la valutazione del coinvolgimento cardiaco o dell'estensione dell'invasione vascolare. Esami di terzo livello come un esofagogramma o un'angiografia risultano raramente indicati. Il caso in questione conferma le difficoltà diagnostiche che si incontrano di fronte alla grande varietà di lesioni primitive che interessano il mediastino, ed in particolare il mediastino anteriore, lesioni con gradi di malignità e prognosi molto differenti anche tra i diversi

sottogruppi dello stesso istotipo. Le indagini di imaging (TC e RMN), tranne in alcuni casi, sono inaffidabili per definire l'esatta natura e quindi il trattamento di queste lesioni. Negli ultimi anni sono apparsi in letteratura interessanti lavori che dimostrano come la TC e la RMN abbiano alcune limitazioni nel riconoscere l'istotipo e i sottotipi delle lesioni mediastiniche, tuttavia l'elaborazione di alcuni scoring system sembra correlare bene con la malignità della lesione e quindi con la prognosi della patologia. Sempre più pubblicazioni riportano l'uso della VATS come metodica diagnostica, anche se non viene ancora raccomandata come gold standard per il trattamento di queste patologie. Il caso proposto evidenzia le potenzialità della VATS: l'intervento, iniziato per ottenere una biopsia diagnostica, poiché la lesione appariva ben capsulata e dissociabile mediante un piano di clivaggio dalle circostanti strutture mediastiniche, si è concluso con la completa escissione della lesione. Alla luce del reperto di benignità all'esame istologico, l'approccio mediante VATS ha consentito la tipizzazione e la risoluzione della patologia in un unico atto operatorio.

Tabella 1 - Diagnosi differenziale delle masse mediastiniche in ordine di frequenza per localizzazione anatomica

Mediastino anteriore	Mediastino medio	Mediastino posteriore
Timomi	Linfomi	Tumori neurogeni
Tumori a cellule germinali	Cisti pericardiche	Cisti bronco gene
Linfomi	Cisti broncogene	Cisti enteriche
Carcinomi	Cisti metastatiche	Xantogranulomi
Adenomi Paratiroidi	Granulomi sistemici	Ernie diaframmatiche
Gozzi intratoracici		Meningocele
Lipomi		Ascessi paravertebrali
Linfangiomi		
Aneurismi aortici		

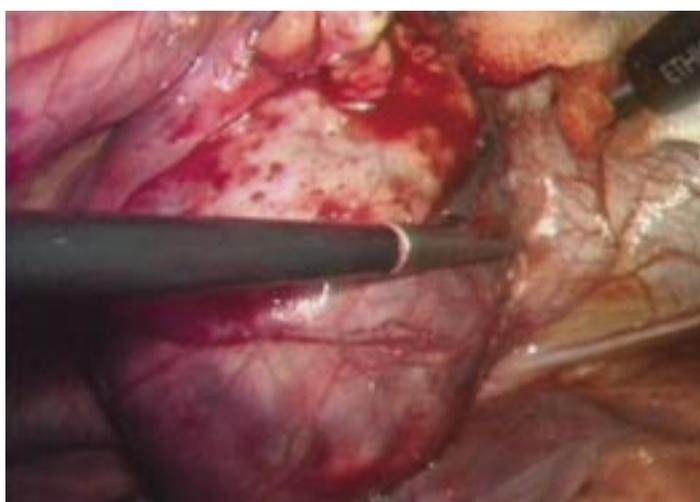


Fig. 1 La pinza di Johan divarica la massa, mentre con l'aiuto di una garza una dissezione smussa individua il piano di clivaggio tra la stessa ed il pericardio

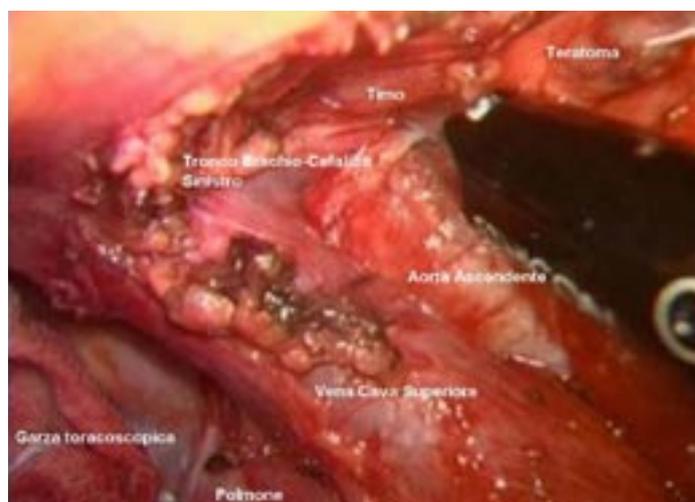


Fig. 2 Liberati la cava superiore ed il tronco brachio-cefalico sinistro, la massa è dissecata dall'aorta ascendente con l'aiuto de dissettore ad ultrasuoni

Vita dell'Associazione

# In ricordo di Umberto Parini

di Rodolfo Vincenti



Umberto Parini

**Q**uando, molti anni fa, lungo i corridoi superaffollati di un Congresso SIC romano mi indicarono in quel volto sorridente, sguardo espressivo, riccia capigliatura bionda, il primario chirurgo più giovane d'Italia, non esitai ad affrontarlo, rivendicando goliardicamente, per qualche settimana di differenza, tale primato. Fu un'occasione per incontrare e poi profondamente conoscere un amico sincero, un grande professionista, un amante della vita serena e delle sue gioiose opportunità. Ci siamo legati senza quasi accorgersi delle differenze. La nostra attività professionale ha percorso parallelamente le stesse strade, affiancata a tutto quanto può rientrare nella sfera dell'amicizia, collegati e legati da circostanze certamente casuali, ma che inducono a riflettere su gli insondabili percorsi del Destino: la chirurgia e la carriera, l'età, lo sci, il mare del Sud, il piacere conviviale, la vicinanza delle consorti. Triste è la cronistoria dell'ultimo anno, drammatico ed irreversibile l'epilogo.

Umberto Parini ha amato profondamente l'ACOI e ne è stato fondamentale propugnatore con l'organizzazione del Congresso nazionale ACOI nel 1989 a Saint Vincent e

dei Congressi nazionali di Videochirurgia (ACOI-Neve) nel 1993 e nel 1997, oltre ad essere il Direttore della Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Obesità. Il suo vasto curriculum vitae ne è formidabile testimonianza.

Ha lavorato a tutto campo e con riconoscimenti unanimi, conosciuto e rispettato nel mondo scientifico internazionale e segnatamente in Europa e nel Medio Oriente. Ha fatto di Aosta e della sua Valle l'epicentro della Chirurgia. Non solo chirurgia!

Ha ricoperto attivamente cariche sociali di prestigio: 1980-84 Presidente dell'ASIVA (Associazione Sport Invernali della Valle d'Aosta), 1984-96 Consigliere Nazionale della F.I.S.I., in gioventù più volte campione del mondo delle Universiadi dei medici.

I suoi concittadini lo sanno bene: il 7 settembre 2007 è stato insignito del titolo di "Chevalier de l'Autonomie», onorificenza riservata ai valdostani che danno lustro alla Valle d'Aosta: "ricordo con rimpianto lo Chevalier Umberto Parini - ha dichiarato, commosso, il Presidente della Regione, Luciano Caveri - e l'indomito spirito di sacrificio; oltre a contribuire in maniera importante al progresso della medicina, ha portato con onore il nome della Valle d'Aosta in tutto il mondo. Ha sempre concepito la sua professione non solamente come una autentica passione, ma anche come chiara espressione di solidarietà nei confronti delle persone più bisognose. Di questo l'intera comunità valdostana dovrà essergli per sempre grata".

ACOI, i Chirurghi e la Chirurgia italiana devono essere riconoscenti ad Umberto non solo per lo splendore dell'interpretazione che Egli ha dato della professione medica, ma anche per la sobrietà e la naturale eleganza con la quale ha saputo proporsi ed imporsi come Maestro di Chirurgia.

Io, più sommestamente, ma non meno dolorosamente, piango la scomparsa di un Amico.



*C'est avec tristesse que j'ai appris le départ du docteur Umberto Parini il y a quelques semaines et je vous avoue que malgré plusieurs essais, il m'a été difficile de trouver avec justesse le ton approprié dans de telles circonstances.*

*Ce pour quoi et avec quelque peu d'informalité, je préfère m'adresser à lui directement par ces quelques mots. Umberto, ton caractère ouvert et ton sens du partage t'ont permis d'organiser des réunions européennes d'experts chirurgiens ou avec ton mélange de sagesse, rigueur et courage tu nous as fait progresser dans notre métier avec une efficacité qu'aucun de nous pourrait nier. Infatigable dans le travail tu as créé de toutes pièces une école réputée internationalement, à savoir l'École Valdostaine De Chirurgie.*

*On retrouve en elle l'élégance et l'efficacité des grandes écoles de chirurgie italiennes et tu peux être vraiment fier car beaucoup d'entre nous ont copié par ci par là tes approches chirurgicales brillantes dans le concept et élégants dans la réalisation. Mais au-delà de ce qui précède, c'est ton sens du partage et de l'universel qui m'a toujours le plus plût de toi et qui fait de toi un grand homme.*

*Umberto, tu n'es pas mort, tu es juste plus vivant. A nous de veiller pour que tout ce que tu as créé si facilement reste et se développe, Moi en tout cas je m'y engage*

*Ton ami*

**Santi Azagra**

**Département de Chirurgie Viscérale C.H.L.**



*Only a year ago Umberto was a close friend and colleague. He and I crafted together a comparison between open and laparoscopic Total Mesorectal Excision as a part of one of his wonderful Aosta "Surgical Workshops".*

*Over the years it has been a huge privilege to be his friend and to watch the many crucial advances that he made in the developing field of laparoscopic and video surgery.*

*His ready smile and personal warmth will long be remembered by so many surgeons in Britain. On behalf of all of them we would like to add our tribute at this saddest of moments.*

**Professor R J Heald OBE MChir FRCS**  
**Director of Surgery**

## Vita dell'Associazione

# In ricordo di Dante Manfredi

Presidente ACOI dal 1984 al 1987

di Mario M. Giordani

**N**ella memoria che dedica al suo maestro Raffaele Paolucci (editata nella serie della Fondazione Roma Chirurgia per i maestri della chirurgia italiana), Dante Manfredi ricorda la sua felice emozione, quando il padre lo affida ad uno studente del 3° anno di medicina per vedere se questo suo figlio, che aveva espresso il desiderio di diventare chirurgo, soffrisse come lui alla vista del sangue. "Vidi così per la prima volta nel 1941 il professor Paolucci, poco prima della mia iscrizione alla facoltà di medicina a Roma. Operava nella vecchia camera operatoria del policlinico Umberto I. Era costruita a forma di anfiteatro con al centro il palcoscenico, il tavolo operatorio, circondata tutta da vetri, attraverso i quali gli studenti potevano assistere alle operazioni". Con la testa schiacciata contro quei vetri e con gli occhi fuori dalle orbite, lo studente era un'entità trasparente ed ignorata come il placozoo sui vetri dell'acquario.

Sul finire del suo corso di laurea, Manfredi legge un avviso affisso nella segreteria della clinica chirurgica che autorizza finalmente tutti i laureandi con media del 29/30, a presentarsi per eseguire un intervento chirurgico sotto la guida del Direttore. Viene vestito da capo a piedi da "Giovannino il turchetto" ed introdotto nella sala operatoria dove Paolucci stesso gli chiede notizie di anatomia chirurgica ed i tempi operatori per un ernia inguinale. Poi gli porge il dorso del bisturi tenendo in mano la lama. Non passa molto tempo e agli albori della chirurgia toracica il giovane Manfredi di sua iniziativa, prende ad allestire un museo di reperti di questa nuova specialità, impegnando una grande bacheca della biblioteca dell'Istituto con i pezzi ottenuti dalle exeresi polmonari che pratica il maestro... Prelevato il polmone, lo insuffla attraverso il bronco con della formalina fino ad irrigidirlo tanto da farne risultare chiaramente i profili e la massa che lo invade.

Quando poi Tosatti, reduce da Londra, inizia a proporre l'impiego della baronarcosi, Dante si associa all'impresa e prende confidenza con le moderne apparecchiature e con l'intubazione tracheale.

A 31 anni, di punto in bianco il direttore lo incarica di sostituire per 6 mesi Colucci, il primario chirurgo dell'ospedale di Tivoli. Dovrà cavarsela anche con la maternità. Giunge poi l'epoca in cui anche a Roma ed in Clinica chirurgica si comincia a fare la cardiocirurgia e Dante si affianca di nuovo a Tosatti. Collabora alla costruzione della prima macchina italiana cuore-polmoni che Tosatti in pratica costruisce a sue spese. Il tutto grazie ad un laboratorio artigianale che crea anche originali apparati chirurgici e nel quale si impegna con fede. Quando Tosatti va a coprire la cattedra di Cagliari vorrebbe con se Manfredi, ma Paolucci si oppone decisamente perché non vuole perdere un secondo valido esponente del reparto e promette a Dante, più volte libero docente ed autore di interessanti pubblicazioni, una sistemazione in cattedra che però dovrà avvenire... dopo. Nel 1952 Dante Manfredi vince una borsa di studio e raggiunge l'ospedale Broussais di Parigi dove lavora con Dalaines. Al ritorno si impegna nella esecuzione delle prime commissurotomie mitraliche. Aiuterà il maestro, al quale è vivamente affezionato, anche nella campagna elettorale che questi conduce per raggiungere il laticlavio. Quando però il maestro muore improvvisamente, nel 1958, Dante resterà al palo, come lui stesso ricordava, con Fojanini e Vassalli, tutti e tre aspiranti ad un concorso a cattedra.

L'attende un altro non meno interessante destino. Ha da svolgere e con grande successo il suo periodo primario a Viterbo. Con lui l'ospedale assume una importanza nazionale per la severità e la originalità della chirurgia che svolge e così fino a vincere il ruolo di primario oncologo del Regina Elena, l'Istituto dei Tumori di Roma.

È proprio in quella sede che, dopo essere



Dante Manfredi

stato ad Hanoi, si erige tra i rari fautori italiani della chirurgia demolitiva del fegato secondo la tecnica della scuola vietnamita che persegue l'accesso diretto al parenchima mediante digitoclasia. Nel suo studio al Regina Elena avviene l'incontro con Raul de Nunno per avviare l'ipotesi di fondare un'associazione scientifica che raccolga le istanze dei chirurghi ospedalieri italiani: l'ACOI.

"Gli ingenui non sapevano che la cosa era impossibile e quindi la fecero" quel 25 novembre 1980, con Roma immersa in quel felice "melange" di luce e tepore autunnale che la rende famosa. Finalmente dopo anni di fatiche e scontri, arriva il primo congresso nazionale a Milano. Manfredi legge quella magnifica relazione inaugurale sugli "Ospedali di Insegnamento" (riportata in "Da Placozoo a Modernizzatore") che conserva intatta, anche a distanza di 25 anni, il suo valore. Dal 1984 al 1987 è presidente dell'ACOI, il secondo dopo de Nunno. A lui si deve il VI Congresso Nazionale a Fiuggi, quando addirittura si decide di proporre un ospedaliero alla presidenza della SIC.

Tanti i meriti e tanta la fattività che Dante Manfredi assume dopo l'esaurirsi della sua stagione primario: fonda e governa l'A.L.T. (associazione per la lotta contro i tumori), dedicata soprattutto alle degenze domiciliari e ne dirige il periodico. Dall'epoca della Fondazione Roma Chirurgia è membro ed attivatore dei "Venerdì di studio" per "Cosa c'è di nuovo in chirurgia". Innumerevoli sono le sue partecipazioni ai più importanti congressi mondiali e nazionali così come le sagge informazioni che trasmette in televisione per una valida educazione sanitaria.

Egli non manca peraltro di adoperarsi, anche con la sua personale recitazione, per il teatro verso il quale reca una passione che ricorda quella dell'amato fratello.

Maestro di scienza e di coraggio, Dante Manfredi ci mancherà molto.

## Vita dell'Associazione

# SUCCESSO DEL 17° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA - GENOVA 2007

di Rodolfo Vincenti



L'ospite illustre del congresso: Max Biaggi

**S**uccesso del 17° Congresso Nazionale di Videochirurgia 'In video Veritas' che Bondanza, Filauro e Cagnazzo hanno organizzato nella suggestiva sede dei Magazzini del Cotone a Genova dal 29 novembre al 1 dicembre 2007.

Nonostante le difficoltà che oggi si incontrano per organizzare i congressi scientifici e lo sciopero nazionale dei trasporti che nel periodo ha paralizzato l'Italia, questo evento scientifico ha contato oltre 800 partecipanti che hanno affollato le 5 sale nelle giornate congressuali. Le sessioni sono state tutte molto seguite ed ampio spazio è stato dato alla discussione, non solo fra moderatori e discussant, ma anche con il pubblico, rendendo il congresso vivace, 'vissuto' e utile.

"Sono arrivati oltre 220 film e la commissione nazionale di videochirurgia, con il supporto dell'infaticabile impegno della Commissione ACOI per la videochirurgia, ha avuto un bel da fare per selezionare quelli da presentare" dice Cagnazzo, visibilmente soddisfatto del lavoro fatto. "La qualità dei video era mediamente molto buona ed in alcuni casi eccellente, a dimostrazione di una sempre maggiore capacità dei chirurghi ospedalieri di presentare il loro lavoro quotidiano in modo adeguato".

Anche la sessione Under 40 è stata particolar-

mente seguita e Filauro ne spiega le ragioni: "La scelta di far presentare nella sala principale i film realizzati dai giovani colleghi, di interventi eseguiti come primi operatori, ha voluto ancora una volta testimoniare l'attenzione che l'ACOI ha sempre prestato ai più giovani, come dimostrano anche le molte scuole che l'Associazione ha promosso in questi anni e la volontà di coinvolgere tutti nella vita associativa".

Interesse e curiosità hanno destato le sessioni in collaborazione con l'ANCMA (Associazione Nazionale Cicli e Motocicli) che, coinvolta grazie all'amicizia di Aldo Cagnazzo con il suo Presidente Alfio Morone e supportata dalla passione per le moto nonché dai trascorsi del presidente Gianluigi Melotti nelle attività della "Clinica Mobile", ha partecipato per la prima volta ad un congresso di chirurghi.

"La presenza di Max Biaggi e del dottor Costa" - dice Bondanza - "ha dato risalto mediatico al nostro congresso e ci ha permesso di far capire come anche nel nostro lavoro, come in quello dei piloti, ci sia un grande interesse alla sicurezza, alla prevenzione degli incidenti e all'utilizzo delle tecnologie più sofisticate.

Però, come per vincere un gran premio non basta la moto, ma ci vuole anche il pilota, così anche nel nostro lavoro le migliori possibilità terapeutiche sono date da un mix di tecnologia, rischio controllato e chirurgo: il fattore 'uomo' è sempre

*fondamentale per offrire le migliori possibilità al paziente".*

Molto seguito l'incontro sugli aspetti giuridici della videochirurgia e dell'archiviazione delle immagini che ha coinvolto oltre ai chirurghi, anche magistrati, avvocati e medici legali, per cercare di affrontare il delicato tema della *mal-practice*, vera o presunta, e delle possibilità che sono offerte ai chirurghi per poter documentare il loro lavoro. La tavola rotonda sul *risk management*, presieduta da Carlo Corsi, ha poi affrontato problemi che stanno purtroppo diventando sempre più invadenti e che talvolta rendono difficile svolgere il nostro delicato mestiere con la necessaria tranquillità.

Ampio spazio è stato affidato alle chirurgie specialistiche (pediatrica, toracica, plastica e vascolare) dove i colleghi hanno presentato le novità tecniche che spesso vedono i colleghi ospedalieri all'avanguardia non solo in Italia, ma anche in Europa.

Ed infine tutti sono stati molto soddisfatti dell'accoglienza e del programma sociale che ha favorito i rapporti conviviali e lo scambio di idee, cementando l'amicizia fra i colleghi delle diverse città e creando quel clima amicale che rende più fruttuoso il lavoro scientifico e l'aggiornamento.



Magazzini del Cotone - Auditorium

## Vita dell'Associazione

# Ok Houston: we have a problem!

di Ferdinando Agresta

**L**a missione Apollo 13, quella narrata dal film con Tom Hanks, quella della famosa frase "Ok Houston, abbiamo un problema", quella che ci ha raccontato e ricordato che la Scienza e la Tecnica fanno passi da giganti, che ci portano sulla Luna, ma che è sempre l'Uomo a doverle governare, a non avere paura di esse, perchè solo Lui, con la Sua **Autorevolezza** le può gestire, farle proprie, risolverne gli eventuali problemi: ed il XVII congresso di Videochirurgia ACOI di Genova mi ha ricorda quel film! No, non per la parte strettamente tecnica: le immagini proposte durante il Convegno non hanno fatto altro che sottolineare ancora come l'Uomo, il Chirurgo (ed il suo Team!!), sia davvero il padrone incontrastato della scena, che ormai "la più scientifica delle arti", come qualcuno ha giustamente definito la nostra professione, vede in ogni luogo, in ogni Ospedale, Maestri ed Allievi che superano i propri Maestri, ma due momenti particolari, intensi, belli - proprio nella loro assenza di stretto tecnicismo - ed unici di questo Congresso: quello degli Aspetti Giuridici della VideoEndoscopia e quello della Cerimonia Inaugurale - Il Chirurgo e il pilota "Il Pericolo... è il mio mestiere".

"Ok, Houston, we have a problem": tutti penso che ricordino la scena e la situazione riportata nel film! Se dovessi fare un paragone mi è sembrato di vedere tutti noi chirurghi come Tom Hanks e gli altri astronauti che dal modulo chiedono aiuto alla Terra: la paura di essere soli - loro li in alto a volte senza contatto radio e noi chirurghi qui, con la Terra sotto i piedi, spesso abbandonati da soli alle nostre responsabilità, la paura che proprio il progresso/scienza e la tecnica che dovrebbero aiutarci ad andare sempre più avanti nella nostra professione, possano crearci dei problemi - loro li in alto con le conseguenze secondarie all'esplosione di un serbatoio e noi qui, con la Terra sotto i piedi, con la paura (che si è percepita durante la seduta Congressuale), che quelle immagini che noi potremmo registrare dell'atto chirurgico possano in qualche modo rivolgersi contro di noi. Se dovessi cercare poi una

similitudine con i controllori di Terra di Houston, che allora hanno suggerito come fare agli astronauti, non posso che scegliere la persona del Dott. Battarino, il Giudice penale. Mi ha colpito l'invito, il suggerimento rivolto alla nostra categoria di chirurghi di riscoprire e ritrovare l'**Autorevolezza** della nostra professione: **Autorevolezza** che "le immagini" possono solo confermare e che noi stessi dovremmo chiedere che siano visionate, non solo durante congressi e convegni scientifici ma anche nell'eventualità di un dibattito giudiziario, avendo così la grande opportunità che ad interpretarle non siano colleghi, che per quanto anche loro **Autorevoli** non svolgono e non conoscono le difficoltà di ogni singolo atto chirurgico (mi riferisco alla categoria dei medici legali - Consulenti Tecnici d'Ufficio), ma altri chirurghi, "astronauti" e "piloti" come noi, gente che vive la nostra stessa realtà quotidianamente (mi riferisco alla possibilità di avere così la formazione di un collegio tecnico che possa e sappia interpretare le immagini, come suggeriva il Dott. Battarino). Mi ha colpito poi l'invito fatto proprio da un Giudice ad essere noi a creare un *orientamento* perchè si realizzi una giurisprudenza - attualmente assente - proprio sul "giusto valore" delle immagini, al fine "evolutivo" di una cartella clinica sempre più come documento integrato.

Pensavo alla missione Apollo 13 che la stessa NASA ha definito "un fallimento di grande successo", perchè proprio dagli errori e dai problemi tecnici commessi ed avuti durante la missione si è riusciti non solo a far ritornare a terra gli astronauti, ma anche a fare migliorie tecniche per le spedizioni future: chissà che così anche noi dai nostri errori e dai nostri problemi quotidiani possiamo "anticipare i tempi" e creare una nuova cultura giuridica che ci riguarda in prima persona!

Magnifica poi la Cerimonia Inaugurale, quasi una lezione di filosofia - dei tempi lontani del Liceo - per chi come noi è abituato al più stretto pragmatismo. Il Chirurgo, il Pilota e, permettetemi, l'Astronauta! È stato bello, proprio nel "tempio" della scienza e della tecnologia e durante la "celebrazione" di queste ultime, quali può essere un congresso



di Videochirurgia ACOI, fermarsi un attimo per riflettere e pensare, e ri-ascoltare parole come *Logos e Metis*, **Razionalità** "per modelli" e **Ragionevolezza** del sapersi integrare con le varie e disparate situazioni. E così riscopri che quello che unisce ed accomuna il Chirurgo, il Pilota di GP e l'Astronauta sono *l'intuizione, la sagacia, l'opportunità, l'attenzione, unite all'esperienza*, ed il rischio, presente in queste professioni, diventa una Scienza Ragionata, poiché l'Uomo Chirurgo, Pilota ed Astronauta, grazie anche al proprio entusiasmo, *ha le capacità e qualità di Governare i più vari e disparati processi*. E poi le immagini della clinica mobile del Dottor Costa: e ti ricordi allora che il Pilota che a tutti i costi vuole correre, anche con il polso rotto, nonostante fratture dopo cadute rovinose, non sei tu chirurgo, ma il paziente di cui tu sei responsabile, quel paziente che guarda a te, come i Piloti del GP nel film mostrato dal Dottor Costa, con un sorriso sulle labbra, perchè forse, il mestiere *più rischiosamente bello* è quello di voler vivere...

"Ok Houston, we have a problem"! Forse non tutti sanno che la vera frase detta fu "Ok Houston, we've had a problem" (Ok Houston, abbiamo avuto un problema). E se l'Astronauta Swigert rivolgendosi al Kennedy Space Center in Houston, voleva parlare di un problema successo (esplosione di un serbatoio) ma ancora presente nelle sue conseguenze, forse l'Augurio da fare a noi chirurghi è che qualunque sia il Problema, grazie all'**Autorevolezza** (ritrovata) ed alla **Metis** propria della nostra professione, sia solo un ricordo del passato, da cui però sicuramente imparare.

## Vita dell'Associazione

# 27° CONGRESSO NAZIONALE ACOI BERGAMO 28 - 31 MAGGIO 2008

di Dario Piazzalunga



Enrico Croce Presidente onorario del Congresso

**S**ono in pieno svolgimento i lavori di preparazione del prossimo Congresso Nazionale ACOI che si terrà a Bergamo dal 28 al 31 maggio prossimi.

Il Congresso è presieduto da Lorenzo Novellino ed è arricchito dall'aver come Presidente onorario il Prof. Enrico Croce. L'Ufficio di Presidenza del Congresso è completato dai due vice-presidenti, Mauro Longoni e Jacques Mègevand e dal Coordinatore Scientifico, Luisella Spinelli. Intorno a questo gruppo si è coagulato un Comitato Scientifico composto dalle figure più rappresentative della Chirurgia ospedaliera lombarda che, attraverso due appuntamenti ampiamente partecipati (anche grazie alla gentile ospitalità di Tyco Italia - ora Covidien - e di Johnson & Johnson Italia), ha stilato le linee guida ed i main topics del congresso. I 50 componenti del Comitato Scientifico provengono da tutta la Lombardia.

La **Segreteria Scientifica** è composta da 14 persone ed ha il compito di coordinare e sintetizzare l'attività dei gruppi di lavoro espressa dal Comitato Scientifico.

La Fiera di Bergamo, sede del Congresso, offrirà un'aula da 450 posti, due da 250, una da 160, una da 70, una da 50 e una da 36, con la possibilità di allestimento di spazi ulteriori a seconda delle necessità che si dovessero evidenziare in futuro. Da parte dell'intero Ufficio di Presidenza è stato espresso un desiderio di discontinuità nell'impostazione

degli argomenti congressuali prediligendo la riduzione del numero degli argomenti trattati per aumentarne lo spessore ed il valore formativo. Si vuole invertire il costume presente ormai da tempo in numerosi Congressi medici di riunire nello stesso contenitore una quantità di argomenti che, per numero eccessivo, non vengono affrontati adeguatamente e che quindi non incidono sulla preparazione dei partecipanti all'evento. **La volontà è quella di identificare pochi temi e di approfondirli in maniera estesa attraverso il contributo di riconosciuti esperti nella materia ed il confronto con le realtà territoriali nelle quali questi temi divengono pratica clinica.** Da più parti nel Comitato Scientifico è stata infatti ricordata la disomogeneità delle risorse e delle dotazioni delle diverse strutture ospedaliere italiane, disomogeneità che non rende sempre applicabili protocolli terapeutici ottimali e che va considerata nella valutazione dell'adeguatezza di un percorso clinico. Per talune tematiche è stato quindi scelto un approccio quale *"Il punto su..."*, invitando un relatore di fama internazionale ad una lettura magistrale e relatori di provata esperienza in campo nazionale a disaminare le criticità relative ai vari argomenti. Un approccio siffatto è stato proposto per argomenti quali la malattia diverticolare, il cancro gastrico, il politrauma.

**Non mancherà l'attenzione alle tematiche sociali e politiche che hanno impattato così pesantemente con l'attività del chirurgo ospedaliero negli ultimi anni: verranno dedicate ampie sessioni di lavoro al tema "Medicina e Legalità" (con la realizzazione in ambito congressuale di un vero e proprio processo giudiziario simulato) ed al tema "l'Ospedale Nuovo" (organizzazione del lavoro, ruoli, gerarchie, figure professionali emergenti nell'Ospedale del futuro).**

Su ciascuno di questi argomenti si è focalizzata l'attenzione di gruppi di lavoro costituiti da componenti del Comitato Scientifico che hanno manifestato un interesse specifico, coordinati nella loro opera dai componenti della Segreteria Scientifica. Nelle settimane successive all'incontro di insediamento, questi gruppi hanno iniziato a lavorare alla

redazione di una bozza di programma scientifico delle singole sessioni. In occasione della seconda riunione di dicembre, i coordinatori dei gruppi di lavoro hanno esposto al Comitato i progressi nell'individuazione dei punti chiave da trattare e le proposte relative all'approccio all'argomento, ricevendo dall'assemblea suggerimenti e indicazioni sulla prosecuzione del lavoro. **Si è cercato un approccio innovativo anche riguardo alla didattica. Il "Maestro", utilizzando sessioni video, illustrerà la tecnica chirurgica ad un gruppo di discussant (under 40), scelti tra giovani chirurghi delle diverse realtà ospedaliere italiane, che in maniera dinamica e incisiva porranno quesiti e porteranno la propria specifica esperienza.**

Il programma scientifico verrà completato dalle sessioni specialistiche (chirurgia senologica, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica). Alcune specificità della realtà chirurgica bergamasca troveranno espressione nella sessione dedicata alla Chirurgia dei Trapianti ed al Corso di Aggiornamento sul Melanoma Cutaneo. Il Congresso ospiterà inoltre alcuni workshop organizzati dalle Aziende che contribuiscono alla realizzazione del Congresso.

**A corollario informale, ma non per questo secondario, delle attività congressuali è stata proposta la realizzazione di una mostra a scopo benefico di opere artistiche realizzate da chirurghi (vedi a pagina 30).**

Il nostro lavoro continua nell'intento di offrire ai soci ACOI ed a tutti i chirurghi interessati a partecipare, un prodotto scientificamente corretto, di agevole fruibilità, moderno, di grande impatto mediatico e socialmente accattivante. Vi aspettiamo numerosi.



Luisella Spinelli  
Coordinatrice Scientifica

**Il programma può essere consultato su [www.acoi.it](http://www.acoi.it)**

## Vita dell'Associazione

# Scuole Speciali ACOI Nasce la Scuola Speciale di Chirurgia Senologica

Carlo Mariotti *Chirurgia Senologica, Ospedali Riuniti - Ancona* · mariotticarlo@alice.it · c.mariotti@ao-umbertoprime.marche.it  
Paolo Burelli *Unità di Senologia - Conegliano Veneto TV* · pburelli@ulss7.it



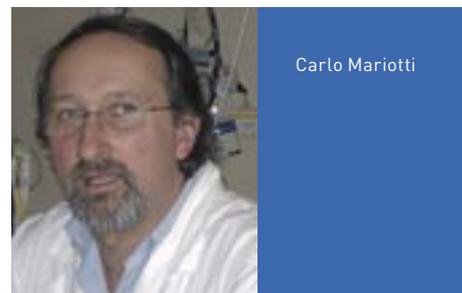
La senologia negli ultimi 20 anni ha ricevuto un impulso determinante nel suo sviluppo specialistico, impulso dettato non solo dall'aumentata incidenza del tumore mammario nella popolazione femminile, dall'incremento dei programmi di diagnosi precoce e dalle nuove possibilità di cura della malattia, ma anche per l'impatto sociale, psicologico e, non ultimo, per il peso economico che ciò ha comportato.

Il "cosmo senologia" è pertanto esploso abbastanza improvvisamente, coinvolgendo la sfera sanitaria e sociale che forse non era ancora pronta, alla fine degli anni '80, ad affrontare le numerose tematiche in maniera sufficientemente competente; in particolare appariva sufficientemente lontano ipotizzare e proporre una gestione "a più mani" del problema, nel senso di multidisciplinarietà, terapie integrate e quanto altro una senologia moderna richiede. Fortunatamente, grazie ad una lettura trasversale del problema, negli anni '90 si è corso ai ripari e sono cominciate a nascere équipes senologiche dedicate; questo non solo nei grandi centri, ma anche in molte realtà ospedaliere più piccole. Sono così nate le prime Breast Unit che hanno visto coinvolti gli specialisti appunto dedicati e così la senologia è diventata nel mondo sanitario quasi un modello di attività interdisciplinare, finalizzata a superare confini di specialità per raggiungere la soluzione migliore di un problema clinico. Il chirurgo senologo del 2000 deve necessariamente avere una competenza dedicata per poter affrontare tutte le problematiche che tecnicamente la patologia mammaria può presentare, ma deve aggiungere alla sua tecnica anche le conoscenze di base di quelle branche specialistiche che intervengono, a titolo diverso ed in momenti differenti,

nell'iter diagnostico-terapeutico del tumore mammario. Non esistendo una specializzazione codificata nell'ambito universitario, ecco come diventa ancor più importante la presenza di una Scuola che promuova corsi formativi in Chirurgia Senologica. In questo senso l'ACOI, sensibile a tutte le problematiche chirurgiche, diventa il veicolo necessario per indirizzare chirurghi giovani e meno giovani ad una disciplina che ogni Azienda Sanitaria deve competentemente presentare alla propria utenza. La Scuola Speciale ACOI di Chirurgia Senologica si rivolge a medici chirurghi specializzati o specializzandi, ponendosi l'obiettivo di formare specialisti dedicati che possano operare nell'ambito della patologia mammaria, dalla diagnosi interventistica alla terapia chirurgica, sino alla fase ricostruttiva nel contesto di una rigorosa interdisciplinarietà. Con questa premessa si è pensato di costruire un percorso didattico pluricentrico, istruire ed addestrare i corsisti facendoli frequentare realtà senologiche diverse; i centri di chirurgia senologica individuati, oltre la competenza di base che li caratterizza nel settore, presentano caratteristiche organizzative e specialistiche diverse. Questo per dar modo di vedere all'opera chirurghi senologi in diverse realtà ospedaliere e di conoscere percorsi diagnostico-terapeutici strutturati a volte in maniera differente, anche in relazione a contingenze organizzative o a peculiarità logistiche, ma comunque indirizzati alla più rigorosa multidisciplinarietà.

I centri della Scuola sono:

- **Ancona**  
Ospedali Riuniti - Chirurgia Senologica
- **Milano**  
Istituto Nazionale Tumori - Chirurgia Oncologico Ricostruttiva
- **Trento**  
Dipartimento di Chirurgia, Unità Senologica
- **Conegliano Veneto (TV)**  
Dipartimento di Chirurgia, Unità di Senologia
- **Napoli**  
Istituto Tumori Dipartimento di Senologia



Carlo Mariotti

### • Forlì

Ospedale Morgagni - UO Senologia

Ogni centro evidenzierà le proprie peculiarità sia organizzative che specialistiche, mettendole a disposizione dei partecipanti che così, oltre ad un insegnamento teorico-pratico, potranno conoscere i diversi modelli delle strutture di senologia. La scuola prevede fasi di teoria, con acquisizione di materiale didattico e fasi di pratica clinica, ambulatoriale e chirurgica con periodi di frequenza obbligatoria. Il corso ha cadenza annuale e si sviluppa su di un percorso di 4 settimane con circa 170 ore di formazione, con accreditamento ECM ed è aperta a 16 partecipanti/anno che saranno suddivisi in gruppi di 4. Ancona, centro di direzione e coordinamento della Scuola, ospiterà la prima settimana e rappresenterà la fase propedeutica didattico-formativa (epidemiologia, percorsi diagnostici, tecniche chirurgiche ed anestesologiche), uno stage di approfondimento su tematiche di particolare interesse (quest'anno il carcinoma intraduttale nei suoi tempi diagnostici, chirurgici e di terapia) si svolgerà a Forlì; a seguire i corsisti frequenteranno i centri di Conegliano Veneto (medicina nucleare, chirurgia radioguidata e diagnostica miniinvasiva), di Milano per tutte le fasi della chirurgia oncoricostruttiva, e di Trento per la chirurgia conservativa con il trattamento radiante intraoperatorio; chiuderanno poi con una settimana a Napoli ove vivranno la realtà di un dipartimento di senologia, la condivisione dei percorsi e delle decisioni terapeutiche, la ricerca. Al termine del corso, la scuola organizzerà un evento conclusivo che sarà l'occasione per esami e diplomi; sarà anche una giornata di aggiornamento arricchita dall'intervento di illustri relatori.

*Per quanto non scritto nel presente articolo o altra informazione, si rimanda alla pagina della Scuola Speciale di Chirurgia Senologica del sito [www.acoi.it](http://www.acoi.it)*

Vita dell'Associazione · Pagina sindacale

# Nuove norme della rappresentatività sindacale

di Massimo Percoco *Presidente Vicario FESMED*

**L'**entrata in vigore del "CONTRATTO COLLETTIVO QUADRO D'INTEGRAZIONE DEL CCNQ SULLE MODALITÀ DI UTILIZZO DEI DISTACCHI, ASPETTATIVE E PERMESSI NONCHE' DELLE ALTRE PREROGATIVE SINDACALI DEL 7 AGOSTO 1998", siglato dall'ARAN con le Confederazioni Sindacali il 24 luglio 2007, ha introdotto una più stringente applicazione delle norme che regolano i criteri che consentono ad un sindacato di essere considerato rappresentativo, al fine di avere accesso alla contrattazione nazionale nel pubblico impiego. Le nuove norme saranno applicate a partire dall'accertamento per la rappresentatività per il biennio contrattuale 2008-2009.

La fonte legislativa delle nuove disposizioni risiede nei dettami dell'art. 43 del d.lgs 165/2001, la cui corretta applicazione è demandata al Comitato Paritetico costituito per la parte pubblica dall'ARAN e per la parte rappresentativa dei lavoratori dalle Confederazioni Sindacali. Le Confederazioni Sindacali contrattano ed approvano a maggioranza qualificata con l'ARAN il Contratto Collettivo Nazionale Quadro, che norma l'applicazione delle prerogative sindacali di ogni area e comparto del pubblico impiego.

All'interno del Comitato Paritetico la rappresentanza degli interessi dei medici ospedalieri è garantita dalla Cosmed e dalla Confedir, come dire Anaao e Cimo, che come Confederazioni partecipano alla contrattazione dei contratti quadro.

L'entità del voto esprimibile è legata alla percentuale di soggetti sindacalizzati rappresentati e quindi, nell'assunzione delle decisioni, sono prevalenti le scelte delle grandi Confederazioni sindacali (Cgil, Cisl, Uil) e dell'ARAN, che rappresenta gli interessi della parte pubblica dalla quale riceve il mandato a trattare.

Tali decisioni sono prese nell'ambito lasciato alla libera contrattazione delle parti dalle normative legislative, dettate sostanzialmente

dal già ricordato d.lgs. 165 del 2001, nonché dal rispetto di eventuali pronunciamenti della Corte Costituzionale e di altra Magistratura competente nel campo dei diritti sindacali.

Già nel 2005 il Comitato Paritetico aveva deciso di avvalersi della facoltà, ad esso demandata dal d.lgs 165, di escludere dal diritto alla rappresentatività i sindacati la cui quota associativa fosse stata inferiore al cinquanta per cento della media delle quote associative di tutte le sigle sindacali dell'area di appartenenza.

Contestualmente veniva richiesto dal medesimo Comitato, in ottemperanza ad una pronuncia della Magistratura competente, una verifica da parte dell'ARAN sulla congruità degli statuti associativi, i quali dovevano esplicitamente dichiarare la volontà di partecipazione alla stipula dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, onde potersi a pieno titolo rappresentare ed essere identificati come sindacato.

**Per questi motivi l'assemblea tenutasi durante il congresso nazionale di Spoleto, approvava unanime la modifica statutaria, ribadendo così la volontà di rappresentazione degli interessi sindacali dei chirurghi ospedalieri anche attraverso la stipula dei contratti nazionali di lavoro. Tale scelta ci ha consentito, come FESMED, di continuare ad essere considerati rappresentativi e, di conseguenza, ad essere presenti non solo presso l'ARAN per la contrattazione nazionale, ma anche ad essere convocati per audizioni governative e legislative e ad avere il diritto ad una rappresentanza a pieno titolo nelle contrattazioni regionali, istituite dall'ultimo contratto di lavoro, ed aziendali.**

In numerose Regioni la rappresentanza sindacale FESMED è stata delegata ad un iscritto ACOI e la partecipazione a tale livello di contrattazione ha sviluppato nuove ed importanti relazioni della associazione con i più alti livelli istituzionali.

Il dato associativo, rilevato dalle deleghe rilasciate tramite trattenuta del datore di lavoro, è in crescita ed oggi si pone il problema di non

disperdere questo patrimonio di consensi e di esperienza alla luce delle nuove normative del CCNQ del 2007.

Infatti l'articolo 6 del CCNQ prevede che le organizzazioni che abbiano dato o diano vita ad un sindacato devono imputare ad esso la titolarità delle deleghe. Non è più consentito sommare deleghe di associazioni diverse in una sigla che non sia quella ufficialmente riconosciuta come rappresentativa. Questo deriva da alcuni pronunciamenti della Magistratura competente che ha ritenuto che il dettato del d.lgs. 165/2001, relativo al significato della delega rilasciata dal lavoratore, sia da interpretarsi in maniera letterale.

La FESMED sarà quindi valutata secondo il numero di deleghe a lei direttamente intestate e per mantenere la rappresentatività e continuare ad essere presente a tutti i livelli di contrattazione, dovrà raggiungere il cinque per cento dei soggetti sindacalizzati dell'area di appartenenza.

Il numero di iscritti necessario per mantenere tale prerogativa si ottiene solo mantenendo l'unità sindacale in FESMED. L'ACOI da sola non avrebbe il numero necessario di deleghe per essere considerata rappresentativa e si perderebbe così ogni possibilità di essere presenti alla contrattazione collettiva nazionale, mentre tutte le rappresentanze regionali ed aziendali oggi in essere decadrebbero dal diritto di esistere. Se così fosse andrebbe disperso il frutto di anni di impegno e si rinunciarebbe definitivamente alla possibilità di poter rappresentare e concretizzare in norme di riferimento quella "specificità chirurgica" di cui tanto, e a ragione, siamo orgogliosi.

La FESMED si è già adeguata a queste novità normative, modificando lo statuto e prevedendo una organizzazione in "articolazioni professionali" che salvaguarda la specificità della appartenenza dei Soci Fondatori. Ogni nuovo socio potrà indicare, all'atto dell'iscrizione tramite delega al datore di lavoro, l'articolazione professionale di appartenenza

**L'imminente apertura della stagione contrattuale, l'inizio dell'iter legislativo del provvedimento sull'ammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale, l'eventuale soluzione del problema della precarietà nel rapporto di lavoro, che coinvolge numerosi giovani chirurghi, la necessità di definire un percorso che conduca ad un trattamento pensionistico integrativo, rappresentano tematiche di un tale interesse strategico che non possono essere bandite dagli interessi della nostra categoria né possono essere delegate solo ad altrui decisioni.**

## Vita dell'Associazione · L'Angolo del fiscalista

# La Manovra Finanziaria 2008

di Franco Viccaro *Dottore Commercialista - Revisore contabile - fviccaro@hotmail.com*

## Le principali novità in campo sanitario in pillole

- maggiori risorse finanziarie per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per i rinnovi contrattuali del personale sanitario, lo stanziamento per il Fondo sanitario nazionale passa dai 97 miliardi di euro del 2007 ai 101 miliardi del 2008;
- ulteriore stanziamento di 3 miliardi di euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per anziani;
- si abolisce il ticket di 10 euro sulle ricette per prestazioni di diagnostica e per le visite di medicina specialistica;
- 30 milioni di euro di finanziamento alle Regioni per la vaccinazione gratuita di circa 250 mila ragazze ogni anno contro il virus HPV, responsabile del cancro della cervice uterina;
- norme per facilitare l'assorbimento dei medici precari e maggiori finanziamenti per i giovani ricercatori della sanità;
- sanità integrativa per ottenere il beneficio della deducibilità fiscale previsto dalla normativa: i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le prestazioni odontoiatriche e quelle per i non autosufficienti;
- la gestione dei programmi di educazione continua in medicina (ECM) del personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AssR).

## Diventano operative le disposizioni della Finanziaria 2007 Medici, i compensi diventano tracciabili

Entro il 30 aprile 2008 devono essere inviati telematicamente all'Agenzia delle Entrate i dati relativi ai compensi riscossi dalle strutture sanitarie private, per conto del personale medico e paramedico. Con Provvedimento del 13 dicembre 2007 del direttore dell'Agenzia delle Entrate, è stato approvato il modello di comunicazione che dà piena attuazione alla norma contenuta nella

Finanziaria 2007, volta a favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti effettuati dagli assistiti per le prestazioni ricevute all'interno di strutture sanitarie private. Questo primo invio si riferisce ai compensi riscossi dal 1° marzo al 31 dicembre 2007; a partire dal 2008 la comunicazione dovrà essere inviata in via telematica entro il 30 aprile di ciascun anno e deve riferirsi ai compensi percepiti in nome e per conto dal personale esercente attività di lavoro autonomo, in campo medico e paramedico nell'anno precedente.

Riguardo alle informazioni da inviare, oltre i dati identificativi della struttura sanitaria, il modello dovrà contenere il codice fiscale e i dati anagrafici del professionista, oltre all'ammontare percepito complessivamente da ciascun percipiente.

Nell'ipotesi di omessa trasmissione telematica dei compensi incassati in nome e per conto dei professionisti o di comunicazione di dati incompleti o non veritieri, è applicabile la sanzione amministrativa da 258 a 2.066 euro.

## Acquisti di farmaci con il codice fiscale

Dal 1° gennaio 2008 per poter usufruire della detrazione fiscale per l'acquisto di medicinali, occorre presentarsi in farmacia con il codice fiscale o, in alternativa, con la tessera sanitaria digitale. Con il decreto legge del 1° ottobre scorso, convertito dalla legge 222/07, è terminato il periodo transitorio: lo scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia deve contenere l'indicazione precisa ed estesa dei prodotti acquistati ed il codice fiscale, senza margine di dubbio, di chi li acquista, li utilizza e intende detrarre l'importo nella dichiarazione dei redditi.

## In arrivo l'IBAN, le nuove coordinate bancarie

Nell'era telematica si affaccia l'ennesimo codice alfanumerico, il cosiddetto IBAN (International Bank Account Number), ossia le nuove coordinate bancarie che sono obbligatorie dal 1° gennaio 2008 per effettuare operazioni sui conti correnti bancari sia in Italia che all'estero. In verità tale codifica internazionale era già utilizzata per i pagamenti transfrontalieri ed è suddivisa in 27 caratteri:

codice paese  
codice di controllo internazionale  
codice controllo nazionale  
codice ABI  
codice CAB  
numero del conto corrente

Si tratta di uno standard europeo: l'utilizzo generalizzato permetterà di agevolare il trattamento automatico dei pagamenti e di uniformare le modalità di pagamento, con evidenti vantaggi in termini di minor tempo di esecuzione dei bonifici, l'omogeneizzazione delle coordinate bancarie a livello europeo ed un maggiore livello di sicurezza ed integrità dei dati identificativi del conto corrente bancario. Fino al 3 giugno 2008, per consentire un passaggio graduale all'utilizzo generalizzato dell'IBAN, saranno comunque accettate dal sistema bancario le vecchie coordinate, successivamente a tale data è prevista l'applicazione di una penale per le operazioni prive di detta nuova codifica.

## Dimissioni di Alessandra Carlini

Il giorno 3 dicembre 2007 tutti i membri del Consiglio Direttivo hanno ricevuto la seguente comunicazione a firma Alessandra Carlini "Gli anni trascorsi presso la Vostra Associazione sono stati anni, per me, di proficua collaborazione, durante i quali sono cresciuta sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista personale. È giunto, tuttavia, il momento di fare nuove esperienze e rassegnare, quindi, le mie dimissioni per cogliere una nuova opportunità professionale. Certa che il mio contributo sia stato da Voi apprezzato e di valore aggiunto per l'Associazione, resto a disposizione per permettere un adeguato passaggio di consegne, rispettando i termini previsti dal contratto di lavoro sottoscritto. Saluto e ringrazio tutti."

*Nella sua riunione del 29 dicembre 2007 il Consiglio Direttivo ha deliberato di accettare le dimissioni di Alessandra, pur nel rammarico di perdere il contributo di una persona che per molti anni ha dedicato le sue energie alla crescita dell'Associazione.*

*Nell'augurare ad Alessandra i migliori successi professionali, il Consiglio Direttivo comunica che la segretaria Rachele Giuliani sarà a disposizione dei soci nell'orario di ufficio e che è allo studio una riorganizzazione dell'attività di segreteria che renda sempre più efficiente il lavoro a vantaggio di tutti.*

## Vita dell'Associazione

# ANCHE L'OSPEDALE DICE BASTA!

Parte dagli Ospedali Riuniti di Ancona una campagna per la sicurezza stradale

di Sandro Faragona S.O.D. Chirurgia Generale OO.RR.Ancona

**L**a scorsa estate, in un periodo particolarmente denso di eventi tragici, durante il quale ogni giorno ci trovavamo di fronte a casi disperati con esito spesso infausto, è nata la nostra iniziativa: il susseguirsi quotidiano di stragi sulla strada, spesso con il coinvolgimento di giovani vite, ha sconvolto un po' tutto il personale addetto a blocco operatorio e PS. Mi è venuto in mente, quindi, di lanciare una campagna di sensibilizzazione, per fare capire alla popolazione che eravamo molto colpiti da queste tragedie. Ho quindi organizzato un set fotografico in sala operatoria con la collaborazione fattiva di infermieri, anestesisti, chirurghi e anche addetti alle pulizie, per realizzare una foto simbolo che mostrasse il nostro disagio e servisse da monito. A questa iniziativa ha dato contributo anche la Polizia Stradale, nella persona del Dr. Italo D'Angelo che ci ha aiutato nella documentazione.

Tutto questo è pubblicato sul nostro giornalino aziendale che può essere reperito sul sito della nostra Azienda ([www.ao-umbertoprime.marche.it](http://www.ao-umbertoprime.marche.it)) ed inoltre è stato oltre diffuso con manifesti, locandine e pieghevoli inviati ai medici di medicina generale della provincia di Ancona. Abbiamo organizzato anche una conferenza stampa e pubblicato la foto sui quotidiani locali.

Spero che tale iniziativa possa avere la diffusione necessaria e che altre U.O. sentano l'impulso a percorrere la stessa strada.

Faccio il chirurgo da trentacinque anni e quasi tutti i giorni mi debbo confrontare con malattie, che cerco di guarire, spesso con successo, talora con insuccessi. La morte di un paziente è un evento statisticamente previsto e non può e non deve coinvolgermi mettendo a rischio la mia serenità ed equilibrio nel valutare i fatti, né condizionare la mia attività. Per questo motivo, lentamente, mi sono costruito una corazza psicologica per impedire di essere turbato.

Anzi, alle volte, mi chiedo se sono veramente diventato insensibile e se questa insensibilità vada a scapito della mia umanità, se la "com-passione" debba essere un aspetto indispensabile di quello che faccio.

All'Università nessuno mi ha insegnato come gestire le sofferenze psicologiche del malato o dei suoi parenti.

Si va avanti a tentoni, usando un po' di buonsenso, cercando di mettere in pratica qualche buona cosa che, talora, ho imparato dai miei maestri. Però...però... periodicamente la vita ci presenta il suo conto e ci impone brutalmente episodi che è impossibile censurare o rimuovere cinicamente. Ed è successo qualche giorno fa, quando mi sono trovato davanti allo strazio di una giovane vita che si spegneva fra le mie mani, impotenti ed incapaci di fare qualsiasi cosa per poterla salvare.

Guardavo il volto annichilito di infermieri di lungo corso, abituati ad affrontare qualsiasi macello.

Guardavo il volto incredulo di giovani anestesisti e chirurghi, la loro costernazione. Il volto di chi forse pensava di partecipare ad una facile ed eroica guerra vittoriosa.

Guardavo quel corpo esangue che giaceva come una bambola rotta sul tavolo operatorio, il corpo di un bel giovane dal fisico atletico, gli occhi spalancati e senza più

vita. Sentivo le voci dei genitori fuori dalla porta del blocco operatorio.

Noi sapevamo, loro ancora no. La mia corazzina si è lievemente incrinata.



## Quel giorno senza tempo

di Anna Faragona Studentessa universitaria

"Presto, devi fare presto" ti urla nella mente, mentre, tra l'ansia del ritardo all'appuntamento e gli ultimi ritocchi allo specchio, controlli che nella borsa non manchi niente: "portafoglio, chiavi di casa, cellulare.. si c'è tutto". Bene sei pronta per uscire. E con uno slancio degno di Fiona May ti catapulti verso la porta di casa gridando uno sbrigativo "ciao" nel tentativo di eludere i controlli dei tuoi genitori.

Ma ecco puntuale e inesorabile il solito momento di tuo padre che rigurgita un preoccupato-autoritario "sta attenta!". "Ma attenta a cosa?" ti chiedi. Non hai tempo per fare polemica, sospiri uno stanco "si, si" e te ne vai, permettendo a quelle parole di irritarti

terribilmente. Stai guidando e intanto pensi: "Ma cosa crede? che non sia capace di guidare?" e mentre ti dici queste cose la rabbia sale e con essa anche la lancetta dei contachilometri. Stai correndo, senza un vero e proprio motivo, non ti entra in testa che ormai sei in ritardo e la tua situazione non può sicuramente migliorare. Premi ancora un po' l'acceleratore, ma poi di colpo ti blocchi e guardi la situazione con improvvisa lucidità. Ed eccoli lì gli occhi lucidi di tuo padre quando quel giorno senza tempo ti raccontava dell'ultimo ragazzo morto per incidente stradale e quando, con quella crudele ingenuità tipica solo dei bambini, riuscì nel giro di pochi secondi farti crollare il mondo

addosso. Bastarono due parole e l'identità del morto era svelata, due parole e scoprire che da quel momento non avresti avuto più qualcuno con cui condividere i ricordi di anni passati a prendere in giro professori, a studiare piani per una copiatura perfetta, e a confidarsi le più scottanti verità. E così tutte le ansie paterne perdono quella apparente gratuità, assumendo un significato più profondo: quello per una tua possibile morte. Ma tu, a questo, proprio non ci vuoi pensare, perché vivi l'attimo, ridendo con i tuoi amici, facendo l'amore con il tuo ragazzo, litigando con i tuoi genitori. Insomma... vivendo nell'ideale. Senza preoccupazioni, senza ansie. E forse è proprio per questo meccanismo mentale che preferisci sentirti invulnerabile come il più forte supereroe, che attribuirti l'immagine, tanto terribile perché vera, di essere vivente normale, con un inizio e una fine. Però nessuno ti può colpevolizzare per questo sentimento, nessuno ti può condannare per essere e sentirti umana. E l'incoscienza, fattore vitale della tua età (perché la vita deve essere fatta anche di errori), l'accoglierai come uno di quegli ospiti da contenere perché un po' troppo invadenti. E così forse uscirai incolume dalle mille esperienze che la vita ti mette di fronte.

## ALCUNI DATI SU CUI RIFLETTERE

**Nel mondo** ogni anno muore circa **1 milione** di persone per incidenti della strada.

**In Italia** ogni anno si registrano, a causa di incidenti stradali, circa **8.000 morti**, meno del 2% di tutte le morti. Può sembrare un dato poco significativo. Il dato assume maggiore rilievo se lo si legge in altro modo: dei decessi per incidente stradale, il 50% avviene prima dei 41 anni di età e il 25% prima dei 23 anni, mentre nella gran parte degli altri 550.000 decessi annui la morte avviene dopo i 78 anni. Negli ultimi 30 anni sono morti in Italia per incidente stradale circa 300.000 persone, di cui un terzo aveva tra 15 e 29 anni.

### Ricoveri ospedalieri e interventi di pronto soccorso

Ogni anno gli incidenti stradali provocano circa **170.000 ricoveri ospedalieri** e **600.000 prestazioni** di pronto soccorso non seguite da ricovero e rappresentano la prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni.

### Costi sociali

Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali costituisce la prova che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, ci troviamo di fronte ad una "emergenza".

### Cause primarie

la maggior parte degli incidenti stradali dipende da fattori umani:

- Alcool
- Sostanze stupefacenti
- Sonnolenza
- Stress ed affaticamento
- Farmaci
- Aggressività e disadattamento
- Malattie

### La rilevazione sulle strade

In Italia la rilevazione sull'incidentalità stradale è frutto dell'azione congiunta di molti enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizia Stradale, Carabinieri, Polizie Municipali, Uffici Statistici di Comuni capoluoghi di Provincia. La rilevazione si basa sulla compilazione del rapporto di incidente (modello CCTINC) da parte dell'autorità che interviene sul luogo del sinistro. Occorre sottolineare che oltre la metà degli incidenti stradali è rilevato dalla Polizia Stradale. Per avere un dato più completo, dobbiamo raddoppiare i numeri proposti su queste pagine, il che significherebbe raddoppiare il numero dei morti per incidente stradale!

## Storie dal mondo

# Un amico dell'Africa è un amico per sempre

Conferito a Vito Modesto il "Premio per la Buona Medicina" dall'Ordine dei Medici di Bari

di Michele Montinari

**T**alvolta gli Ordini Professionali si accorgono che esistono Colleghi che in silenzio e con umiltà hanno il coraggio di andare oltre il quotidiano, donando disinteressatamente la loro esperienza e disponibilità a coloro che ne hanno maggior bisogno, ovunque essi siano, nell'unico interesse della promozione della vita umana.

Per chi conosce Vito Modesto, Dirigente Medico presso la Chirurgia Generale



St Camillus Mission Hospital - la facciata

## Storie dal mondo

dell'Ospedale San Paolo di Bari e socio ACOI di lunga militanza, non è stata una sorpresa apprendere delle sue missioni africane, perché ben noti sono il suo carattere generoso ed altruista, la sua disponibilità verso tutti, colleghi e pazienti, l'amicizia che lo ha legato per anni a Roberto Grandi, anestesista nell'Ospedale di Bitonto, innamorato della professione e di quel continente e che adesso non è più con noi. È a costui infatti che va il pensiero commosso di Vito quando ripercorre le sue emozioni, offrendoci lo spaccato di una realtà sanitaria così differente dalla nostra, per necessità, patologie, disponibilità di mezzi, risorse organizzative.

A chi gli chiede che cosa lo abbia spinto a queste esperienze, risponde che certamente c'è stato un mix di cultura della solidarietà e del volontariato insieme alla passione per i viaggi e l'avventura, ma l'idillio si è interrotto bruscamente quando la realtà della vita in Africa gli si è porta in tutta la sua crudezza.

Si muore per le conseguenze delle ferite riportate a causa di una lite per la spartizione del pesce tra pescatori e non capirai mai se è successo per il ritardo dei soccorsi o per un'anestesia generale approssimativa come spesso succede; si muore per le tante patologie infettive, endemiche da questa parte del mondo, che spesso si slatentizzano nel postoperatorio complicando un decorso che ti aspetteresti più tranquillo.

In questa Africa non si pratica una brillante chirurgia addominale come è possibile nei nostri ospedali, ma ci si adegua ad essere insieme chirurgo e ginecologo, urologo e ostetrico, pneumologo ed ortopedico, per la grande varietà di situazioni nelle quali bisogna sapersi adattare, allorché l'obiettivo principale è quello di salvare la vita, a causa della carenza endemica di presidi di ogni genere, assicurati unicamente dai canali del volontariato.

Ma nelle difficoltà in cui questa società deve continuamente cimentarsi ed a causa della necessità cronica di personale specializzato, non è raro osservare come, grazie a spontanee risorse organizzative, si creino figure professionali tutte africane, come il *clinical officer*, una sorta di supervisore preposto alle visite mediche preliminari e si sviluppino procedure operative dell'emergenza che



Vito Modesto al St Camillus Mission Hospital - Karungu, Kenia

sanno di guerra, secondo un principio di gestione razionale delle risorse umane e strumentali, cercando di combinare efficienza ed efficacia delle prestazioni con la disponibilità dei mezzi: anche questa è qualità, espressione di una naturale ten-

sione delle organizzazioni a garantire il meglio secondo la disponibilità di risorse e di conoscenze.

Link: mal d'Africa [http://www.battiato.it/media/sound/mal\\_dafrica.wma](http://www.battiato.it/media/sound/mal_dafrica.wma)



Karungu: i moscerini "lake fly" che precedono le grandi piogge hanno invaso la sala parto



# Il vecchio bisturi

di Simonetta Santamaria, presentato da Micaela Piccoli

Un altro racconto della "nostra" horror writer, Simonetta Santamaria, quasi socia ACOI dato che moglie di socio ACOI, tratto dal suo e-book "Black Millennium" che si può scaricare gratuitamente da internet. Se vuoi saperne di più, visita i siti di Simonetta: [www.myspace.com/simonettasantamaria](http://www.myspace.com/simonettasantamaria) o [www.simonettasantamaria.net](http://www.simonettasantamaria.net).

Dice di sé Simonetta: "Non mi prendo mai troppo sul serio, altrimenti sarei una serial killer... Vivo e scrivo a Napoli, col Golfo e Capri di fronte e il Vesuvio alla mia sinistra. Ho la R moscia (ecco perché, detto da me, "horror" fa sorridere). Come il grande H. P. Lovecraft adoro i gatti, in particolare quelli

neri perché sono dei paria. E scrivo horror. Perché mi piglia. Perché va a braccetto col noir, il thriller, il giallo, generi che scavano nel profondo della mente mettendone a nudo il lato oscuro. Già, proprio quello che attende silente, accoccolato da qualche parte, dentro ognuno di noi. Ogni tipologia di aberrazione ha il suo fascino... Il mio è un horror quotidiano; non suscita ribrezzo, piuttosto una sorda inquietudine, quella che ti fa scrutare nel buio dopo che hai chiuso il libro. Non troverete esseri soprannaturali in un mondo fantastico, ma esseri soprannaturali inseriti in un contesto tangibile, tanto da sembrare essi stessi reali. E poi scrivo horror per dimostrare che anche

le donne lo sanno fare. Da piccola, mentre le altre bambine sognavano di fare le ballerine, io volevo fare il meccanico. Mentre loro a carnevale si infiocchettavano da principesse e fatine, io mi vestivo da cow-boy e sognavo di pilotare un elicottero. Perché volevo fare quello che facevano i maschi. Le preclusioni del sesso m'infastidivano quanto m'invogliavano a spingermi oltre i cosiddetti "limiti" imposti dall'essere femmina. Il mio horror è dunque una sfida agli uomini e alle firme straniere. Piccola come Davide, con in mano, al posto della fronda, delle storie italiane e, più ancora, napoletane". Leggete il racconto e... attenzione a non tagliarvi!

**L'**astuccio in vellutino blu-slavato presentava bizzarre chiazze di alopecia e la chiusura mancava della parte inferiore.

- Ragazzi, è magnifico, davvero! - esclamò Renato mentre ammirava il dono dei suoi amici.

- Avrà un duecento anni, almeno a sentire l'antiquario - spiegò Paolo. - Vedi? La lama è più tondeggianta e lunga, non intercambiabile, segno che veniva sterilizzata con tutto il manico. E quando si spuntava ci voleva l'arrotino! -

Duecento anni, eppure quel bisturi... Renato inclinò l'astuccio per far sì che la luce incidesse sul metallo ormai opaco.

Paolo e Rossella si guardarono soddisfatti;

mai regalo di laurea più azzeccato di quello. Ottimo auspicio per un neo-dottore del nuovo millennio.

- Forse potresti farlo cromare - gli suggerì Alessandra. Fosse stato per lei, avrebbe buttato via ogni cosa più vecchia dei loro quattro anni di fidanzamento.

- Già, è piuttosto malandato, - ammise Paolo, - deve essere appartenuto a svariati chirurghi. Ma è proprio questo il suo fascino! Chissà, magari potrebbe trasmetterti l'esperienza dei predecessori: niente male per uno che ha deciso di passare la vita a squartare pance! -

Renato sfiorò la superficie fredda e liscia del bisturi. La sensazione del metallo sotto le dita gli provocò un brivido che s'insinuò come

una subdola serpe dalla punta dell'indice su su fino al centro del cervello. Lo soppesò, lo maneggiò, poi lo impugnò, ma non come gli avevano insegnato in tutti quegli anni di tirocinio in sala operatoria; Renato strinse il manico con la sua mano da chirurgo, adagio, come a voler assaporare quegli istanti, orientando la lama verso il basso nel modo in cui Jack lo Squartatore avrebbe impugnato il coltello. La sollevò all'altezza degli occhi e ne osservò l'orlo slabbrato e consunto.

*Potrebbe trasmetterti l'esperienza dei predecessori.*

Già.

Il giovane sorrise.

La chirurgia era una passione che Renato si portava dentro dalle scuole medie. In scien-

**BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY**

**La Sinergia diventa Semplicità**

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

**BARD**

ze era il migliore della classe, con quelle sue meticolose ricerche sul corpo animale che facevano sempre il giro dell'istituto. Per studiarli meglio comprava i pezzi anatomici in macelleria e passava interi pomeriggi a sezionarli, ne riportava su un quaderno caratteristiche e particolarità. Ora, il tirocinio in sala operatoria non lo soddisfaceva più. Lui voleva provare. Provare il brivido di avere nelle mani la vita di un altro uomo, arrivare laddove nessun altro avrebbe mai posato lo sguardo. Voleva provare a sentirsi come Dio.

Già dai primi anni di università aveva attrezzato una piccola sala operatoria nella cantinola. I genitori lo avevano lasciato fare in nome della sua passione. Aveva iniziato interventi chirurgici sui topi, tutti con esito accettabile considerati i mezzi a disposizione. Poi era passato ai conigli. Quella sera aveva in programma una resezione di colon; ne aveva viste fare diverse, in ospedale, ma la sua mansione al campo operatorio non era mai andata oltre il ferrista. In fondo lui era solo uno sporco tirocinante.

Il coniglio lo guardava tristemente attraverso le sbarre della gabbietta.

- Non preoccuparti, andrà tutto bene - gli sussurrò mentre praticava il preanestetico. Nel frattempo sistemò i ferri chirurgici sul tavolo.

- Dannazione! - esclamò all'improvviso sbattendo un piede sul pavimento. Scagliò lontano la scatola ormai vuota delle lame bisturi e prese a passeggiare su e giù per l'angusta cantinola. Il coniglio intanto già dormiva a pancia all'aria. Fu così che gli venne l'idea.

Si precipitò nella sua camera, alla scrivania, dove faceva bella mostra di sé il vecchio bisturi regalato gli da Paolo e Rossella.

In cucina azionò l'affilacoltelli elettrico: la lama spuntata prese a fare scintille ma poi si lasciò arrotare. Contento come un bambino col suo nuovo giocattolo, Renato tornò in cantinola. Una volta fissate le zampe al tavolo con dei lacci, procedette alla rasatura del pelo sul ventre, alla disinfezione della cute e infine incise.

Sì, tutto sarebbe andato secondo i piani.

La sveglia lo strappò da un sonno profondo. Renato si sollevò sui gomiti e sentì subito la testa pesante come un piombo. L'intervento era durato diverse ore e il vecchio bisturi aveva fatto il suo dovere in modo egregio; la lama riaffilata non lo aveva tradito. Con quel ferro tra le mani, a Renato gli era parso di volare; aveva effettuato ogni passaggio con la rapidità e la sicurezza di un veterano.

Ansioso come un debuttante corse in can-

tinola.

Strano. Avanzando verso il tavolo Renato notò che quel coniglio bianco ora sembrava quasi marroncino sotto la luce artificiale.

*Un altro passo.*

No, non marroncino.

*Un altro ancora.*

Rosso. Color sangue.

Renato non poté trattenere una smorfia di orrore. Nella gabbia c'erano i resti di quello che la sera prima era il suo coniglio da esperimento. Sembrava fosse stato fatto a pezzi, smembrato senza alcun criterio. La flebo aveva sgocciolato il suo contenuto sul pavimento ed il vecchio bisturi giaceva accanto alla gabbia, lordo di sangue come tutto il resto intorno.

Doveva essere entrato qualcuno, di certo. Ma non c'erano tracce di effrazione. La porta era regolarmente chiusa a chiave e nulla era fuori posto, tranne il povero coniglio. Quello, nessuno avrebbe potuto rimetterlo in ordine.

Ripulì tutto alla meglio. Quando fu il turno del bisturi Renato notò che il metallo era tiepido. Ma in quella cantinola faceva un caldo boia. Una volta finito tornò a casa, rimise il bisturi nell'astuccio sulla scrivania e filò in ospedale dove lo attendeva un turno lungo. Tuttavia non fu facile concentrarsi sul lavoro. Il pensiero tornava sempre a ciò che era accaduto in cerca di una spiegazione. Di una cosa però Renato era certo: l'intervento chirurgico andava eseguito nuovamente su un altro *involontario volontario*.

Stessa procedura, stesso esito perfetto. Tra poco Renato avrebbe proposto al suo primario di lasciarlo operare in primis, e gli avrebbe dimostrato di esserne ben capace, per dio. Il 2000 stava per partorire la svolta decisiva alla sua carriera di chirurgo. Andò a dormire col sorriso sulle labbra ed un sogno nel cuore.

Mal'alba del nuovo giorno spense quel sorriso. In cantinola, il coniglio giaceva nella sua gabbia brutalmente squartato. Il bisturi era ancora lì, sporco di sangue, come la sera prima.

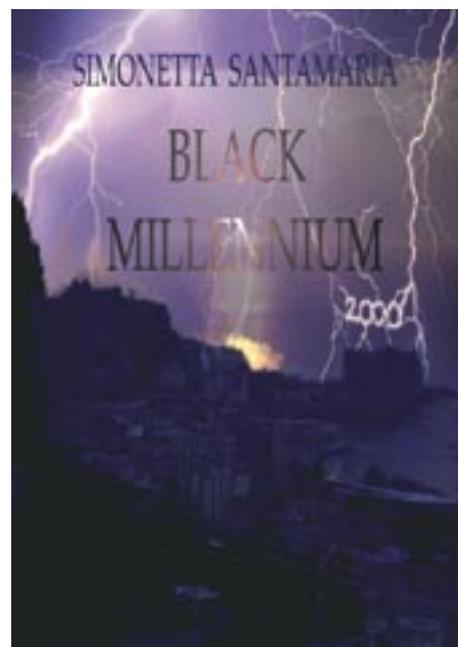
Ed eccola, la paura.

Paura che potesse essere *proprio lui* l'autore di quegli scempi.

Del resto *chi* poteva essere, se non lui? *Nessuno*, oltre lui, aveva le chiavi. E la serratura *non* era stata forzata.

Con la fronte imperlata di sudore ed il cuore in fibrillazione, infilò i poveri resti in un sacchetto e ricominciò a pulire.

Il bisturi. Renato si fermò ad osservarlo e, strano, gli sembrò che il metallo opaco avesse riacquisito parte dell'antica lucentezza. Lo prese, se lo rigirò tra le mani, poi con lo



straccio umido cercò di grattar via dalla lama il sangue rappreso.

- Ahi, maledizione! - imprecò lasciando cadere il ferro sul tavolo. Un brutto taglio gli si era materializzato sul dito indice, purpureo e aperto come una bocca famelica.

Renato prese del cerotto e confezionò delle rudimentali farfalline che applicò sulla ferita in modo da farne combaciare i lembi, augurandosi che il coniglio non avesse qualche strana malattia.

- Che hai combinato? - gli chiese Alessandra quella sera.

- Oh, nulla. Mi sono tagliato con quel vecchio bisturi... -

La ragazza fece una smorfia. - Te lo ripeto, devi farlo cromare, quel ferro. È pericoloso. -

Quella notte fece un gran caldo e Renato stentò a prendere sonno. Se ne stava lì, con gli occhi sbarrati a guardare le ombre proiettate sul soffitto quando ebbe la gelida sensazione che una di quelle ombre fosse scesa giù per la parete. Con un guizzo si sollevò a sedere e prese a scrutare la semioscurità della stanza.

No, ora ne era certo. Aveva visto *qualcosa*. Nel silenzio della notte si potevano udire i battiti di un cuore impazzito in un corpo di marmo. Si voltò adagio, millimetro dopo millimetro.

Appena in tempo per scorgere una massa informe, impalpabile, scagliarsi su di lui avvolgendolo tra spire di nebbia. Non riuscì a gridare - non un suono uscì dalla sua laringe irrigidita - e neanche a muoversi. Poi qualcos'altro spuntò dal nero. Renato lo riconobbe subito.

Argenteo. Scintillante. Maligno. Dritto verso la sua gola.

Il ragazzo avvertì appena il freddo del metallo sull'esofago; fu come se il bisturi gli avesse squarciato quel groppo che gli impediva di urlare. Sentì finalmente l'aria riempirgli i polmoni.

È l'urlo lo riportò alla vita. Ancora nella sua stanza, ancora notte. Udì appena il tintinnio di un oggetto che cadeva sul pavimento.

Da piccolo Renato sognava il *babau*, peloso e con gli occhi fiammeggianti, che apriva l'armadio e ce lo trascinava dentro. Nel buio. Ma ora era troppo grande per credere al *babau*.

Da grandi, il *babau* si chiama *incubo*.

Istintivamente si tastò la gola. Dovette alzarsi ed accendere la luce per capire cos'era quel senso di viscido sotto le dita.

Aveva inciso sì, a giudicare da tutto quel sangue. E non solo la gola: sottili tagli gli ricamavano il torace. Tanti tagli.

*Assaggi.*

Guardandosi i piedi Renato notò il bisturi a terra. Come diavolo... Era certo di averlo pulito e riposto nell'astuccio sulla scrivania. Ed invece era lì, accanto al suo letto.

Seduto sul letto con le mani tra i capelli, cominciò a riflettere. Poteva mai essere che quell'arnese infernale avesse una sorta di volontà propria? Quando gli era stato regalato aveva l'aspetto di un ferrovicchio ed ora, dopo i conigli, la cromatura sembrava quasi perfetta...

L'aveva usato per l'intervento sul primo coniglio e l'indomani la bestia era a brandelli; col secondo coniglio l'epilogo era stato ancor più devastante. Poi lui si era tagliato un dito nel pulire la lama...

Era tutto chiaro. Il vecchio bisturi l'aveva *assaggiato* ed ora ne voleva di più.

Si chinò per raccogliarlo ma non lo trovò.

Il tempo di guardarsi intorno ed eccolo,

luccicante come nuovo, ad un palmo dalla sua coscia.

Renato si avventò sul ferro però fu costretto a mollare la presa perché il metallo *scottava*, neanche fosse stato appena tolto dal fuoco. Imprecando avvolse allora la mano in una maglietta, lo afferrò e lo ficcò nell'astuccio, lo sigillò con nastro adesivo e lo confinò in fondo ad un cassetto che chiuse a chiave.

Niente più sonno, per quella notte. Renato restò immobile a fissare il cassetto finché la sveglia non suonò. Dopo il turno in ospedale si sarebbe sbarazzato di quel malefico ferro.

Andò al lavoro sereno, come non accadeva da giorni. E tornò a casa animato dal pensiero di farla finita con quella maledetta storia.

Ma il cassetto della scrivania era aperto e dell'astuccio col bisturi non c'era traccia.

- CHI DIAVOLO HA APERTO IL MIO CASSETTO?! - urlò.

La madre spuntò dalla cucina guardandolo come si guarda un folle.

- Eeh! Che gridi? È passata Alessandra, stamattina; cercava non so quale libro...

L'ho accompagnata in camera tua e così ha visto quell'accidenti, quel bisturi, tutto arrugginito... -

Renato ebbe un sussulto. Che diavolo stava dicendo, sua madre?

- ... nel rimetterlo nell'astuccio Ale s'è pure ferita ad una mano! -

A quelle parole, le ginocchia gli cedettero sotto il peso dell'orrore.

*L'ha assaggiata!*

Il ragazzo afferrò la madre per la maglia e la scosse.

- DOV'È ADESSO? -

- Non lo so... - farfugliò. - Sì è infuriata! Ha detto di avverti avvertito che vicino a quella vecchia lama qualcuno avrebbe potuto farsi male! Se l'è portato via... -

*NOO!*

Buttò all'aria la donna e corse al telefono.

Compose il numero del cellulare della ragazza.

La sua voce: - Pronto? - Renato ebbe un sussulto.

- TORNA SUBITO INDIETRO! - gli urlò.

- Riporta qui quel FOTTUTO BISTURI! -

- E non ti arrabbiare! Dovresti ringraziarmi, mi sono pure affettata una man... *frrrsc...*

Non ti sento più! -

La ragazza non capiva che le urla di Renato non erano di rabbia ma di disperazione.

Disperazione per ciò che sapeva sarebbe accaduto di lì a poco.

- ALEE! Mi senti? BUTTALO VIA! -

- Cosa? Ma cer... *frrrsc...* non l'ho buttato via! Sta qua, sul sedi... *frrrsc...* Ahi! Ma che... *frrrsc...* AAH! AAAH! AAAARGH! -

*No! Non è possibile... Il duemila, l'anno della svolta...*

- ALEEE! - Renato lanciò quell'ultimo, disperato grido che coprì lo stridore dei freni e lo schianto dell'auto contro il guard-rail.

Poi, calarono Buio e Silenzio. Su entrambi.

Ai funerali della ragazza Renato non partecipò.

Era ricoverato in ospedale in stato di shock; farneticava di oggetti maligni, il poveraccio.

Che dire, vivere in diretta dal cellulare la morte della fidanzata... Fu Paolo ad arrivare per primo alla morgue ed a lui, in qualità di medico ed amico di famiglia, l'adetto aveva consegnato gli effetti personali di Alessandra.

Riconobbe subito il bisturi che lui e Rossella avevano regalato a Renato, la lama più lunga e tondeggiante, non intercambiabile, sebbene non sembrasse più il pezzo d'antiquariato che era; scintillava. Chissà come, se l'era ritrovato nella tasca della giacca il giorno dei funerali.

Aveva infilato la mano e *zac*, un bel taglio.

Pazienza.

Lo avrebbe comunque tenuto lui, in attesa di restituirlo a Renato.

Prima o poi.



CE 0123

Via A. Cocchi, 7/9 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa  
Tel. +39 050 97 61 11  
www.baxteritalia.it

Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

**Quando ridurre  
i tempi è essenziale**

Floseal® riduce i tempi  
ed i costi chirurgici





8AE1049 PR0206

ACOI giovani

# Intervista a Luigi Ricciardelli

## Presidente "Associazione Campana Giovani Chirurghi"



di Rodolfo Vincenti

**L'Associazione Campana Giovani Chirurghi (ACGC) è ormai una realtà consolidata, vorremo però saperne di più: chi siete e dove andate?**

Oltre 5 anni fa Alberto Menduni de' Rossi, Tommaso Pellegrino ed il sottoscritto hanno fondato l'ACGC.

Subitaneamente l'entusiasmo e l'impegno hanno coinvolto molti amici e colleghi, come Vincenzo Bottino, Francesco Persico e Michele Santangelo; per di più molti rapporti di amicizia sono nati proprio



da sinistra: Alberto Menduni de' Rossi e Luigi Ricciardelli (presidente ACGC)

sotto l'egida dell'Associazione. I nostri obiettivi sono quelli dell'articolo 4 dello Statuto: "...promuovere gli scambi culturali in chirurgia e la formazione teorico-pratica dei giovani chirurghi mediante l'organizzazione di attività scientifiche, didattiche e professionali nella regione Campania; ...promuovere attività sociali, culturali ed umanitarie attraverso il coinvolgimento di singoli cittadini, di altre associazioni ed istituzioni". Nell'istituire il Consiglio Direttivo, oltre alle cariche statutarie, abbiamo voluto valorizzare proprio il legame col territorio, istituendo i Delegati Provinciali; tale legame è forse, anche se involontariamente, sottolineato dal colore verde del logo che richiama la bellezza delle nostre province interne, preferito all'azzurro che

avrebbe probabilmente esaltato solo la realtà napoletana. Per rendere i giovani più protagonisti abbiamo introdotto la figura del socio juniores, studente del Corso di Laurea, interessato alle discipline chirurgiche, non pagante la quota associativa di 10 euro, poi abolita con la concessione a tutti di iscriversi gratuitamente. Il ruolo importante dei giovani è evidente anche per la presenza di molti assistenti in formazione nel Consiglio Direttivo e per l'istituzione del Comitato di Segreteria, formato soprattutto dai giovanissimi. I giovani sono così il motore dell'ACGC. Categoria "debole" e nel contempo "forte" del nostro sistema sanitario: debole per la frequente precarietà dell'incarico professionale, per le difficoltà tecniche e medico-legali dell'attività di Pronto Soccorso e per la condizione di "sfruttamento" vigente presso molte strutture universitarie, ospedaliere e private, ma forte per l'età e l'entusiasmo e soprattutto per la "coscienza di classe" che si sta instaurando negli ultimi anni.

### Quali sono le attività da voi intraprese e realizzate?

Riassumendo brevemente l'attività del primo Consiglio Direttivo dell'associazione (Presidente Tommaso Pellegrino e vice-Presidente Michele Santangelo) non posso non citare l'esordio al Castel dell'Ovo quel 30 novembre 2002, i corsi teorico-pratici al congresso SIC 2003 a Napoli e l'inaugurazione del "corso di management sanitario" al policlinico "Federico II" e cito per l'impegno profuso P.L. Angelini, M.G. Esposito, A. Falsetto, R. Lionetti, P. Mugione, C. Rescigno e M. Russo. L'Associazione si è sempre proposta l'obiettivo di rispondere alle esigenze formative dei giovani chirurghi mediante corsi teorico-pratici

e manifestazioni scientifiche di qualità. Il nuovo CD, eletto il 9 giugno 2006 nella sede "storica" di Castel dell'Ovo durante il congresso organizzato dalla collaborazione tra SICO e ACGC (presidente S. Francese), ha ripreso l'attività con un corso pratico-guidato al pelvic trainer su materiali biologici. Poi, a Vico Equense, in collaborazione con l'ASL Napoli 5, "Un giorno con Blumgart" che ha messo a confronto gli esperti campani di chirurgia epatobiliare col Maestro statunitense. Nel congresso MMESA-SICE 2006 (presidenti G. Belli e A. Tricarico), sull'onda del successo precedente, abbiamo ripetuto il corso al pelvic trainer. A settembre nel sito reale di San Leucio (CE), in collaborazione con l'AO di Caserta, abbiamo partecipato all'organizzazione del "convegno itinerante ACOI" (presidente E. Borsi). Un momento suggestivo è stato il "regalo" che ci ha fatto Tommaso Pellegrino, divenuto intanto deputato alla Camera, concedendoci l'onore della prima riunione del CD neoeletto a Palazzo Marini in Roma, seguita da una visita guidata a Palazzo Montecitorio. Il 2006 si è chiuso all'AO Cotugno con il corso organizzato da P. Mugione "Trattamento multimodale delle neoformazioni epatiche". Il 2007 è iniziato con la tavola rotonda "Medicina difensiva e malasanità", coordinata da P. Mugione e C. Rescigno, presso il Tribunale di Nola. A marzo, in collaborazione con l'Ospedale Evangelico Villa Betania e per l'impegno di P. Maida e V. Bottino, abbiamo annoverato un altro successo con il videocongresso "Partendo dalla periferia... una giornata su fegato, colecisti e colon-retto". Il 28 e 29 giugno a "Villa dei Fiori" (Acerra) altra iniziativa: "Le urgenze addominali... dal PS alla sala operatoria" (presidente G. Barone), realizzata grazie anche all'impegno di G. Ioia.

Dopo la pausa estiva il nostro impegno è stato rivolto soprattutto a rinnovare l'elenco degli iscritti che a tutto oggi conta oltre 400 colleghi ed a completare alcune importanti iniziative: il "nuovo" sito web, grazie all'idea ed al lavoro di A. Fucito, il bollettino, rinnovato completamente nella veste editoriale per l'impegno di P. Di Silverio, il libro fotografico sulla storia dell'ACGC (di prossima presentazione) ed i libri sull'organizzazione sanitaria dell'Assessore regionale Montemarano e di Tommaso Pellegrino. L'anno sociale 2007 si è concluso con il congresso regionale ACOI (presidente S. Franzese e coordinatore A. Menduni de' Rossi) sul cancro del colon-retto con videodiretta dalle sale operatorie, organizzato in collaborazione ancora tra ACOI ed ACGC.

### Quali saranno le vostre attività future?

Per il periodo gennaio-luglio 2008 abbiamo in programma numerose iniziative. Già "calendarizzati" due corsi teorico-pratici sulle suture gastro-intestinali, manuali e meccaniche presso il Centro di Biotecnologie dell'AO Cardarelli. L'aspetto "politico" della formazione dei giovani sarà al centro del Meeting "I giovanissimi e la chirurgia: la pratica, la didattica e le prospettive professionali", organizzato dai nostri specializzandi, da una idea di T. Pellegrino e P. Di Silverio. Il meeting sarà incentrato su talk-show, tipo "porta a porta", dove ospiti illustri si confronteranno con i rappresentanti degli specializzandi; completeranno il meeting due sessioni scientifiche di videodidattica e letture monoteliche tenute da esperti. La politica sanitaria sarà protagonista con la presentazione di due libri, nati come atti del "Corso di Management Sanitario per giovani chirurghi", sviluppati ampiamente in tre anni... ecco i titoli: "L'organizzazione del sistema sanitario: l'aziendalizzazione" di A. Montemarano e "L'organizzazione del sistema sanitario: il medico del III millennio" di T. Pellegrino. Continuando l'impegno in politica sanitaria, anche quest'anno la nostra associazione, in collaborazione con la SPIGC, curerà l'organizzazione della sessione "I percorsi post-laurea" nell'ambito delle "IV giornate nazionali di management sanitario".

Da una idea di G. Ioia, in collaborazione con il Comune di Acerra, è in via avanzata di organizzazione il meeting "La

prevenzione del cancro del colon-retto", seguito da una giornata "in piazza" per lo screening con kit monouso per la ricerca del sangue occulto. Sono inoltre in preparazione un meeting sulla chirurgia della parete addominale organizzato dalla U.O.C. di Chirurgia Generale dell'AO Cotugno ed un meeting sulle "Urgenze chirurgiche nelle IBD" in collaborazione con l'ASL Salerno 3. Come l'anno scorso, la stagione sarà chiusa presso "Villa dei fiori" di Acerra a fine giugno con il II meeting "Le urgenze addominali".

Ma certamente tale programma si arricchirà di altre iniziative ed idee.

**E allora buon proficuo lavoro con la più ampia collaborazione possibile da parte dell'ACOI!**



Tommaso Pellegrino



I risultati dello studio di un laboratorio autonomo dimostrano che **GORE DUALMESH<sup>®</sup> PLUS** Biomaterial inibisce l'infezione da *Staphylococcus aureus* Meticillina-resistente (MRSA)



— GORE DUALMESH<sup>®</sup> PLUS Biomaterial è il solo prodotto protesico che presenta su entrambi i lati un trattamento con agenti antimicrobici (clorossidina e carbonato d'argento) che agiscono sinergicamente per inibire la colonizzazione batterica del biomateriale sino a 10 giorni dall'impianto.

— Due superfici differenti: una favorisce la rapida incorporazione alla parete addominale. Il lato viscerale liscio sfavorisce le adesioni tissutali.



00900 4374.4473 0332  
goremedical.com

GORE DUALMESH<sup>®</sup> PLUS Biomaterial è un prodotto registrato presso l'FDA (U.S. Food & Drug Administration) e CE (Conformità Europea).  
© 2007 GORE. Tutti i diritti sono riservati. GORE, DUALMESH<sup>®</sup> PLUS e Biomaterial sono marchi registrati di GORE.

## RUBRICHE

### IL TESTO DA CONSULTARE

di Ferdinando Agresta



MANUALE DI CHIRURGIA D'URGENZA  
SOCIETÀ POLISPECIALISTICA ITALIANA  
DEI GIOVANI CHIRURGHI – SPIGC  
A cura di Massimo Sartelli e Fausto Catena  
Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa), 2007

...easy, feasible, reproducible... è quello che oggi si chiede ad ogni tecnica chirurgica che viene portata alla conoscenza del mondo

chirurgico. Easy, feasible, reproducible: è quello che oggi chiediamo anche ad ogni testo da consultare, soprattutto se un manuale come quello che la Società Polispecialistica dei Giovani Chirurghi ha voluto redigere per la chirurgia d'urgenza.

**Easy:** facile da consultare! E questo manuale sicuramente lo è. Tutte le possibili patologie sono trattate in modo chiaro, dettagliato, ma alla luce anche di quelle che sono le cosiddette "flow chart" suggerite dalle più prestigiose Società Chirurgiche Internazionali.

**Feasible:** fattibile – efficace. Oggi non possiamo più dirimere di provare e giustificare il nostro operato, particolarmente nel difficile, complicato ed a volte nebuloso campo delle urgenze, senza basarci su quelle che sono le più testate e confermate evidenze scientifiche, come quelle che questo manuale riporta ed analizza.

**Reproducible:** anche se la nostra professione è "la più scientifica delle arti" e quindi non può prescindere da quel tocco di persona-

lizzazione che spinge il singolo ad adottare una tecnica/approccio rispetto ad un altro (esempio laparoscopico o laparotomico), dobbiamo tutti conoscere e poter applicare le possibili alternative per offrire ad ogni paziente l'opzione migliore tra le diverse, per il trattamento della patologia che lo affligge, soprattutto in urgenza.

Ma c'è una cosa che traspare nel leggere/consultare questo manuale: l'umiltà di chi, pur riconoscendo nell'esperienza un fattore di singolare importanza per la riuscita del proprio operato, vuole che questo manuale "...rappresenti un utile veicolo di approfondimento e di aggiornamento in un ambito della chirurgia che richiede una preparazione ed una professionalità sempre più adeguata...".

E nel mondo della globalizzazione, che vuol dire essenzialmente confronto e scambio di esperienze ed idee, questo manuale non può che essere il prodotto a più mani "di gruppi chirurgici di tutta Italia che quotidianamente affrontano le urgenze chirurgiche"...

Un manuale redatto sì da Giovani Chirurghi, ma a cui l'ACOI, Scuola di Chirurgia, ha dato il suo Patrocinio.

### IL TESTO DA CONSULTARE

di Rodolfo Vincenti e Ferdinando Agresta



TRATTATO DI TECNICA CHIRURGICA  
LAPAROSCOPICA DEL COLON  
E DEL RETTO

Carlo Augusto Sartori · SVP – Padova, 2007

...sappiamo che... gli alberi non possono crescere fino al cielo... però ciò che ci unisce è l'idea che anche i piccoli miglioramenti hanno un significato nel nostro lavoro quotidiano... (Carlo Augusto Sartori)

...è un grandissimo e sincero onore poter recensire un trattato come quello scritto da Carlo Augusto Sartori, sulla Tecnica Chirurgica Laparoscopica del Colon e del Retto.

Tutti conoscono, in Italia ed all'Estero, l'Uomo, il Professionista, il Maestro di Chirurgia Laparoscopica e crediamo sia giusto che a parlare di Lui, nel secolo della Evidence Based Medicine, siano i numeri – entità oggettiva e non discutibile: più di 1000 interventi di chirurgia laparoscopica colo-rettale, 1480 chirurghi visitatori con 1568 giorni di presenza, 1280 giorni di presenza di specializzandi di chirurgia presso le diverse strutture da lui dirette, più di 400 relazioni tenute a congressi/convegni nazionali ed internazionali, l'80% di interventi svolti con approccio laparoscopico con una percentuale di conversione minore dell'1%. Chi conosce personalmente Sartori (e noi siamo tra quelli), non può non aver percepito la passione per la chirurgia ed il gusto ed il piacere di comunicare la propria esperienza, soprattutto non può che apprezzare la sua filosofia della standardizzazione, il suo dare importanza all'apprendere la tecnica in tutti i suoi tempi ed in tutti i suoi passaggi, particolarmente quella di un nuovo approccio quale quello laparoscopico,

che ha le sue radici e la sua validazione nella stessa chirurgia open.

"In Video Veritas..." e "dal Libro al DVD" sono stati il "motto" dell'ultimo congresso di Videochirurgia ACOI di Genova. Nell'era del progresso, dove la comunicazione - soprattutto quella scientifica - avviene sempre di meno con la carta stampata e sempre di più con i supporti digitale e via cavo, sarebbe stato impossibile non pensare ad un trattato senza la presenza di video ed immagini da vedere e rivedere, quasi da gustare e da assaporare. La chiarezza didattica delle immagini video si sposa con quelle delle immagini fotografiche e dei disegni ampliati del testo scritto, con una perfetta integrazione e complementazione l'uno delle altre. I DVD che affiancano l'opera sono multimediali e permettono, cliccando su ogni foto, di visualizzare la clip relativa a quel passaggio chirurgico: e questa è una ragguardevole ed unica opportunità didattica.

Sembra quasi di vedere poi la mano del Maestro che guida quella del giovane chirurgo, passo dopo passo o la sua voce che ci parla di un'esperienza vissuta, affidabile, unica, ricercata e perfezionata in ogni particolare.

## RUBRICHE

Ed allora anche il chirurgo "più sperimentato", non può che confrontarsi con quanto riportato nel testo per "appropriarsi di quegli accorgimenti tecnici che spesso possono rappresentare un utile sussidio nell'esecuzione di un intervento chirurgico" (dalla presentazione del Prof. Augusto Corsini).

Crediamo infine che non possa che essere giusto affermare che l'esperienza e la cultura vissuta e scritta da Carlo Sartori nel suo trattato, rappresentino un patrimonio della Chirurgia Italiana, un "must" che dovrebbe far parte del bagaglio professionale di ogni chirurgo.

Siamo sicuri che il Carlo Sartori ci perdonerà se paragoniamo la Scuola di Chirurgia all'al-

bero di cui parlava nella sua presentazione: la Scuola di una Professione, come quella della Chirurgia, è basata sulla conoscenza e sul metodo, ma anche sul confronto e sulla partecipazione con il Maestro di tutti i suoi discepoli-collaboratori, così come un albero è tanto più ricco di fronde e di frutti ed è tanto più saldamente unito al terreno se ha radici solide e multiformi, ben piantate, per poter prendere sempre ed in ogni luogo e tempo la linfa vitale. Il trattato è sicuramente come quell'albero perché è frutto non solo di quello che l'Autore "ha selezionato in se stesso", ma anche del lavoro di tutti i collaboratori, chirurghi e non, e del personale paramedico. Nel testo quindi non

potrebbe mancare un capitolo scritto da colleghi anestesisti per i chirurghi ed un altro scritto da infermieri per tutto il personale paramedico. Un'opera completa!

Terminiamo la recensione con un sorriso: il 14 dicembre scorso a Castelfranco Veneto, Sartori ha presentato la sua opera e tra i tanti colleghi chiamati ad esprimere una opinione a riguardo, ricordiamo la "sorpresa" fatta da uno di loro al proprio Amico, proiettando le immagini - a tutti note - riguardanti l'apertura della vendita in libreria dell'ultimo libro su Harry Potter, con la moltitudine affannata e la ressa per accaparrarsi il testo: questo trattato sicuramente diventerà un best seller nelle librerie scientifiche.

### IL LIBRO DA LEGGERE

di Michele Montinari



#### COMUNICARE SCRIVENDO

Per informare e influenzare  
Autori Vari  
The Results-Driven Manager  
Harvard Business School  
Press Boston 2006  
Etas, RCS Libri Milano 2007  
ISBN 9788845313912

Spesso riteniamo l'arte della comunicazione una prerogativa irrinunciabile e fondante della nostra professione, essenziale nel rapporto medico-paziente, che non si apprende dai libri ma si coltiva nel tempo, associando sistematicità di metodo nella raccolta dei dati ed empatia, più o meno profonda a seconda delle attitudini personali, nelle interazioni dinamiche con i pazienti: non a caso oggi si parla di medicina narrativa e di Narrative

Based Medicine.

**Eppure quante volte siamo rimasti delusi dei risultati ottenuti dalla presentazione di e-mail, relazioni o progetti a superiori, amministratori, politici e, non ultimi, giornalisti? Quante volte abbiamo avuto la sensazione che il nostro messaggio non sia stato recepito nella maniera che avremmo voluto? Quante volte ci siamo lamentati che la quotidianità della "buona sanità" non fa notizia?**

Evidentemente parte del problema risiede nella tecnica o nella metodologia della comunicazione adottata. Difficile è orientarsi non solo nella molteplicità di strutture, stili e gradi di aderenza alle regole grammaticali, ma anche nelle diverse opportunità di tono per circostanze, luogo e tempi. La necessità di curare una comunicazione che sia convincente e vincente, sia all'interno delle organizzazioni che nelle interazioni con l'esterno, diviene oggi sempre più pressante, soprattutto se si considera la velocità dei sistemi interattivi ed il ricorso alle immagini come supporto alla presentazione delle idee.

#### Della stessa collana:

- Il management di se stessi
- Presentazioni efficaci
- La comunicazione interpersonale
- Gestire i collaboratori difficili
- Motivare la squadra
- Team che funzionano
- Negoziazioni vincenti
- Diventare un vero leader
- Mantenere il controllo del proprio tempo

- Governare il cambiamento
- Sostenere i collaboratori
- Business etiquette
- Assumere con intelligenza
- Trattenere i talenti in azienda
- Prendere decisioni brillanti
- Sviluppare innovazioni radicali
- Sintonizzarsi con i clienti
- Gestire la performance
- Applicare la strategia
- Gestire la conoscenza

Il web, per esempio, presenta requisiti importanti come la velocità e l'accessibilità, ma non può esimere dai contenuti e dalla loro presentazione, non può esimere cioè dalla scrittura: è essenziale formare figure professionali che sappiano colmare le distanze esistenti tra comunicatori che sanno poco di sanità e clinici che sanno poco di comunicazione; è essenziale considerare che la comunicazione segue sempre un percorso di feedback, di andata e ritorno, soprattutto quando si annuncia un piano di cambiamento.

*The Results Driver Manager - RDM* è una collana editoriale della *Harvard Business School Press* di Boston, ricca di titoli, progettata per soccorrere quanti vogliono accrescere le proprie conoscenze e competenze gestionali, creata per l'impresa, presenta numerosi spunti di riflessione utili per qualsiasi altro ambito operativo, quello sanitario compreso.

*Comunicare scrivendo* è un libro che non ha la pretesa di trattare in modo esaustivo l'ar-

## RUBRICHE

gomento della scrittura professionale, ma utilizzando i contributi di diversi eccellenti consulenti, spesso ricorrendo al metodo narrativo, analizza le tappe fondamentali della buona comunicazione scritta, iniziando dalla necessità di formulare una proposta convincente, per passare alla opportunità di usare un linguaggio chiaro e persuasivo, organizzando in maniera adeguata i contenuti, con tono e stile appropriati, senza errori grammaticali.

Scrivere obbliga a chiarire le proprie idee e diventa occasione preziosa di esercitare e consolidare le proprie capacità mentali: *migliori abilità cognitive implicano idee più chiare sul proprio lavoro, decisioni più brillanti e risultati di qualità superiore*: una buona co-

municazione può soccorrere nella gestione del rischio.

L'edizione italiana è curata dalla *RCS Libri* di Milano e nella traduzione è stata adeguata dagli autori alle necessità grammaticali e di stile della nostra lingua.

### Link:

**SWIF** Sito Web Italiano per la Filosofia <http://www.swif.uniba.it/lei/index.html>

**UGIS** Unione Giornalisti Italiani Scientifici <http://www.ugis.it>

**EUSJA** European Union of Science Journalists' Associations <http://www.esf.org/eusja/index.htm>

### LA MOSTRA DA NON PERDERE

di Rodolfo Vincenti

CARAVAGGIO:

L'IMMAGINE DEL DIVINO

Trapani - "Museo Pepoli"

sino al 14.03.2008

Orario: 10.00 - 19.00 (chiuso il lunedì)

Il Museo Pepoli di Trapani ospita una ricca selezione di opere di **Caravaggio**.

**È una mostra che si trasferisce da Malta in Sicilia, dove si celebrano i 400 anni del passaggio dell'artista.** Realizzata sotto l'alto patrocinio della Presidenza della Repubblica Italiana, è organizzata da RomArtificio e dal Consorzio Universitario della Provincia di Trapani, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica di Malta **Michelangelo Merisi**.

**Caravaggio** nacque nel 1571: **una vita movimentata come poche, vissuta intensamente e senza sosta. Ottenne gloria ed onori, si guadagnò l'affetto e la pro-**

**tezione dei potenti, ma conobbe la fuga, la paura, il disonore, il disprezzo. Cercò la rissa, la violenza e lo scontro, trovò l'omicidio** che gli procurò la condanna alla decapitazione, che tenne lontana con la fuga ed il peregrinare senza sosta. Tra il 1608 e il 1609 fu in Sicilia, a Messina, a Catania e a Palermo, dove lavorò molto e produttivamente. La pittura di Caravaggio sconvolse committenti, pubblico, critici e colleghi con immagini di un realismo tale da non lasciare dubbi circa "l'umanità" delle sue figure, che portano il divino nel mondo degli umani: *"un mondo fatto di carne, di corpi e muscoli, di frutta bacata invece che di perfezione, di piedi sporchi e grossolani, di volti contratti in espressioni non sempre eleganti, di passioni, di dolori reali e di morti vere"*. Gioca con luce e con ombre, ne sceglie la provenienza a suo piacimento. Il chiaro scuro produce effetti di particolare intensità ed esalta la drammaticità delle scene e i dettagli dei corpi, le figure emergono con straordinaria forza espressiva.

Tra le opere in mostra sarà presente, espo-

sta per la prima volta, un'opera attribuita al Maestro solo recentemente: si tratta de *"I Bari"*, in deposito ad Oxford presso l'Ashmolean Museum.

Ma i visitatori potranno ammirare tra le altre: la *"Maddalena in estasi"*, la *"Decollazione di San Giovanni Battista"*, la *"Resurrezione di Lazzaro"* e *"Adorazione dei pastori"*, **insieme a differenti rappresentazioni di "San Francesco" e del "Sacrificio d'Isacco" (notturno e all'alba).**



I bari Michelangelo Merisi da Caravaggio 1594  
olio su tela, 99 x 107 cm  
Fort Worth, Kimbell Art Museum

## Chirurghi... all'incanto!

Tra le iniziative a corollario del Congresso di Bergamo, ben conoscendo il diletto artistico e le provate doti di molti colleghi, abbiamo pensato di ideare una **Mostra d'Arte "dedicata" a fine benefico**, laddove "dedicata" è riferita agli artisti espositori: **solo ed esclusivamente chirurghi**.

Tutti gli "artisti chirurghi" potranno inviare una o due opere, siano esse fotografiche, pittoriche, grafiche, ... senza limitazione di temi. Il progetto prevede l'esposizione delle opere raccolte in uno spazio dedicato

dell'area congressuale così da poter essere ammirate dai congressisti ed esaminate da un'apposita commissione giudicante.

In occasione della cena conviviale di Venerdì 30 maggio p.v., le opere saranno poi battute all'asta e i fondi devoluti ad un obiettivo benefico in via di definizione.

Se coltivate una passione artistica non potete non aderire a questo invito e così le vostre opere permetteranno comunque di "curare" seppure in altro modo.

Nella speranza di condividere in molti questo progetto, attendiamo vostro riscontro. Un caro saluto

**Lorenzo Novellino**

Presidente Congresso Nazionale ACOI 2008

**Enrico Pernazza**

Segretario ACOI

**Adesioni e suggerimenti devono essere inoltrati all'indirizzo:**  
[epernazza@libero.it](mailto:epernazza@libero.it)

**contour™**  
Curved Cutter Stapler



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

**TRANSFORMING  
PATIENT CARE  
THROUGH  
INNOVATION™**





**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<sup>®</sup>