



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



EDITORIALE

Fondazione Chirurgo e Cittadino

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

16-18 SETTEMBRE 2010 - CATANIA - ACIREALE
20° CONGRESSO NAZIONALE ACOI
DI VIDEOCHIRURGIA

PAGINA SINDACALE

CONSIDERAZIONI SULLA MANOVRA
ECONOMICA DEL 31 MAGGIO 2010



- 3 **EDITORIALE**
Fondazione Chirurgo e Cittadino
 di Rodolfo Vincenti
- 5 **VITA DELL'ASSOCIAZIONE**
 Chirurghi e cittadini si incontrano
La Giornata dell'Ascolto
 di Teresa Petrangolini e Rodolfo Vincenti
- 7 **20° CONGRESSO NAZIONALE DI VIDEOCHIRURGIA**
 Catania - Acireale - 16-18 settembre 2010
Benvenuti in Sicilia!
 di Diego Piazza e Alfio Saggio
- 8 **Racconto di un incontro di metà ottobre a Conegliano**
 di Ferdinando Agresta
- 16 **Colli del Tronto (Ascoli Piceno) - 25-28 maggio 2011**
30° Congresso Nazionale ACOI
 di Luciano Landa
- 19 **Ricordo di Mauro Rossi**
- 23 **PAGINA SINDACALE**
Considerazioni sulla manovra economica del 31 maggio 2010
 di Carmine Gigli
- 25 **VITA DELL'ASSOCIAZIONE**
ACOI giovani. Rassegna stampa
 a cura della Commissione ACOI Giovani
 di Francesco Feroci, Elisa Lenzi e Gianluigi Luridiana
- 30 **La comunicazione in chirurgia: un'arte?**
 di Domitilla Foghetti

ACOInews 18 - aprile - giugno 2010
 Trimestrale dell'Associazione
 Chirurghi Ospedalieri Italiani
 Supplemento a:
 Ospedali d'Italia Chirurgia n. 2 - 2010
 Direttore Responsabile
 Claudio Modiano
 Direttore Editoriale
 Luigi Presenti
 Vicedirettore
 Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE
 Ferdinando Agresta, Marco Barreca,
 Stefano Bartoli, Luca Bottero,
 Rossana Daniela Berta, Marco Catarci,
 Massimiliano Coppola, Alessandro Ferrero,
 Aldo Infantino, Patrizia Liguori,
 Michele Montinari, Graziano Pernazza,
 Dario Piazzalunga, Micaela Piccoli,
 Roberto Rezzo, Massimo Sartelli,
 Luisella Spinelli.

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
 Rodolfo Vincenti
Past-President
 Gianluigi Melotti
Presidente Onorario
 Vincenzo Stancanelli
Vicepresidenti
 Luciano Landa
 Mauro Longoni
Consiglieri
 Vincenzo Blandamura
 Feliciano Crovella
 Marco Filtauro
 Gaetano Logrieco
 Diego Piazza
Segretario
 Pierluigi Marini
Tesoriere
 Stefano Bartoli
Segretari Aggiunti
 Vincino Bottino
 Francesco V. Gammarota
 Graziano Pernazza

PROGETTO EDITORIALE e GRAFICO
 Roberta Marzullo
 adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE
 Ivano Di Maria

IMPIANTI e STAMPA
 Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,
 è stata chiusa in redazione il 3 settembre 2010

SEGRETERIA ACOI
 via Costantino Morin 45, Roma
 tel. 06-37518937 fax 06-37518941
 segreteria@acoi.it

Fondazione Chirurgo e Cittadino

dalla ricerca una chirurgia meno aggressiva per una migliore qualità di vita

di **Rodolfo Vincenti**

I Congresso Nazionale ACOI di Paestum è entrato a far parte della numerosa schiera di manifestazioni scientifiche che passeranno alla storia della nostra Associazione come capisaldi e come esempio per i futuri. Quasi 2000 partecipanti e circa 650 relatori ne sono la testimonianza. Grazie a Ottaviano Petrillo e a tutto il suo staff. Come da prassi, a margine dello stesso, si è tenuta l'Assemblea Generale ordinaria dei Soci.

Malgrado però si sia fatto in modo di anticipare l'inizio alle ore 16.30 (orario inconsueto rispetto alla regola delle 18.30) per permettere la presenza a tutti coloro che volessero partecipare alla vita attiva del nostro sodalizio, i Soci in Assemblea hanno di poco superato il numero storico delle precedenti. Abbiamo contato circa 170 presenze, certamente molte di più del solito, ma non adeguate alle tematiche trattate. Pur avendo già inviato come newsletter i concetti di questo editoriale, ritengo doveroso utilizzare ACOInews quale strumento di comunicazione che possa raggiungere ogni singolo socio e quindi rendere conto di quanto avvenuto in Assemblea, oltre alla consueta approvazione dei bilanci all'unanimità ed alla presentazione delle nuove iniziative congressuali nazionali.

UNA MAGGIORE AUTONOMIA FINANZIARIA CHE POSSA CONSENTIRE DI SVILUPPARE I PROGETTI, FORMATIVI E NON, DELL'ACOI

Si è ricordata la promessa contenuta nella precedente relazione programmatica del maggio 2009 nella quale evidenziavo la necessità "ineludibile" di una strategia per poter disporre in futuro di una maggiore autonomia finanziaria che possa consentire di sviluppare, senza i vincoli imposti dalle future scarsità di risorse finanziarie (in parte già esistenti, ma nel breve per le leggi per l'ECM e per l'inasprimento del conflitto di interessi, saranno ancora meno disponibili), i progetti, formativi e non, dell'ACOI. All'epoca venne comunicato che tale percorso era già iniziato da pochi giorni attraverso un lavoro di conoscenza dei dettagli tecnico-normativi e con professionisti del settore per avere un quadro chiaro al di là da ogni interrogativo su quello che si sarebbe potuto intraprendere.

Si promise inoltre di portare a termine l'iniziativa entro l'anno di esercizio ricordando l'esempio di altre società scientifiche italiane.

Ebbene i convenuti in Assemblea hanno potuto ascoltare nei dettagli e valutare il percorso seguito e le motivazioni, fra numerose alternative prospettate ed esaminate, delle ultime scelte.

Il Consiglio Direttivo dell'ACOI ha con soddisfazione comunicato di aver completato il preannunciato percorso con la Costituzione di una FONDAZIONE denominata "**Chirurgo e Cittadino**" "*dalla ricerca per una chirurgia meno aggressiva e per una migliore qualità di vita*" i cui scopi sono vincolati dallo statuto.

La fondazione si ispira ai principi, agli ideali e agli obiettivi dell'ACOI e si propone:

- attività di aggiornamento professionale e di formazione dei chirurghi, la promozione e la pubblicazione di studi medico-scientifici, l'erogazione di borse di studio a giovani chirurghi;
- attività che realizzino direttamente la ricerca nel campo medico-scientifico nel settore della chirurgia in particolare, attraverso la sperimentazione di protocolli e l'utilizzo di strumentazioni d'intervento innovative e non invasive, di particolare interesse sociale di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) n. 11 del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460;
- la promozione di attività scientifica di ricerca, l'elaborazione di linee guida e protocolli derivanti dalla ricerca medica favorendo la divulgazione dei risultati della ricerca scientifica, anche intesa come assistenza al dialogo tra i singoli operatori e il cittadino;
- l'organizzazione di campagne di educazione sanitaria attraverso la realizzazione di programmi che abbiano per oggetto la divulgazione dell'innovazione in chirurgia nei confronti del cittadino a sostegno del benessere e degli interventi chirurgici con tecniche mininvasive;
- la promozione dello sviluppo delle conoscenze chirurgiche e di iniziative d'educazione sanitaria del cittadino nel campo delle malattie d'interesse per le discipline chirurgiche.

La fondazione non può svolgere attività diverse da quelle statutariamente definite.

Quindi, ripeto, uno strumento straordinariamente efficace attraverso il quale l'ACOI può svolgere meglio e più auto-

nomamente i propri compiti Istituzionali (similmente a ciò che molte altre associazioni ed enti hanno da tempo deliberato: Smith Kline, Serono, ma anche FADOI, SICADS ecc). I soci presenti hanno ampiamente dibattuto sui dettagli dell'operazione, sui contenuti e sulle potenzialità future e hanno espresso forte apprezzamento per questo passo che pone l'ACOI in una posizione privilegiata di fronte alle Istituzioni, ai sostenitori pubblici e privati, al singolo cittadino oltre che ai mass media. Crediamo sia corretto inoltre aggiungere che il Consiglio Direttivo ACOI ha fortemente voluto da una parte la conservazione di un indispensabile e forte vincolo tra ACOI e Fondazione, dall'altra alcune regole che possano testimoniare la massima flessibilità possibile negli avvicendamenti gestionali futuri.

Conosciamo bene la nostra storia pregressa e i rumors sollevati da altre precedenti simili, ma non eguali, iniziative e pertanto abbiamo posto alcuni paletti fondativi:

- condivisione dei principi ed ideali e degli obiettivi dell'ACOI
- che il Fondatore-ACOI sia ragionevolmente rappresentato nel CdA con un numero maggioritario di consiglieri e che si possa assicurare una regolare rotazione di membri rappresentativi di ACOI provenienti dalle 3 macroaree italiane (Nord - Centro - Sud)
- che la figura del Presidente dell'ACOI sia assente
- che la figura del Past-president ACOI, dopo il primo anno di esercizio della Fondazione, sia presente come membro di diritto del CdA, ma che decada automaticamente al termine dei 3 anni
- che sia presente una componente minoritaria Universitaria
- che sia presente un rappresentante di associazioni di tutela del cittadino
- che sia presente un Bioetico
- che sia presente un Sociologo
- che sia presente un Comitato scientifico ampio e rappresentativo del mondo Ospedaliero
- che sia presente un Collegio di Garanzia

LA FONDAZIONE È UNO STRUMENTO STRAORDINARIAMENTE EFFICACE ATTRAVERSO IL QUALE L'ACOI PUÒ SVOLGERE MEGLIO E PIÙ AUTONOMAMENTE I PROPRI COMPITI ISTITUZIONALI

Noi crediamo fortemente nella iniziativa e chiediamo a tutti i nostri Soci di valutare con soddisfazione la costituzione di una "Fondazione di Erogazione" quale formidabile e al giorno d'oggi ampiamente utilizzato strumento giuridico per perseguire uno scopo socialmente utile, **coerente con gli obiettivi che il fondatore si è prefissato.**

Inoltre, svolgendo attività in uno o più dei settori enumerati dall'articolo 10 del D.Lgs. n. 460/1997 e perseguiti finalità di solidarietà sociale, (assistenza sanitaria - istruzione - formazione - ricerca scientifica di particolare interesse sociale), si otterrà il riconoscimento di ONLUS (organizzazione non lucrativa di utilità sociale), che per ACOI è, allo stato, del tutto interdetto.

È evidente che toccherà a tutti noi far sì che tale intrapresa abbia tutta la rilevanza possibile e chiedo, pertanto, la massima collaborazione per ideazione di progetti, ricerche cliniche focalizzate alla qualità della vita ed alla chirurgia meno invasiva, progetti formativi specifici, iniziative sociali ad alto impatto mediatico e tutto quanto possa essere riconosciuto come opera di chirurghi a favore del cittadino. La Fondazione sarà a disposizione per quei Soci che, singolarmente o in gruppo, propongano iniziative coerenti con gli obiettivi statutari.

Durante tutto il restante 2010 si provvederà ad iniziative fund raising e a pianificare un programma di ricerca scientifica e i piani formativi futuri. Questi ultimi chiaramente dipenderanno da quanto il 2010 riuscirà ad essere proficuo. Chi vorrà essere parte attiva, ripeto, sarà oltremodo gradito.



Chirurghi e Cittadini si incontrano

La Giornata dell'Ascolto

di **Teresa Petrangolini**

(Segretario Generale di Cittadinanzattiva)

e **Rodolfo Vincenti**

La Fondazione Chirurgo e Cittadino (FCC) è una iniziativa dell'ACOI che ha al suo interno chirurghi, rappresentanti di Associazioni di tutela del cittadino, bioetici e sociologi ed ha tra i suoi scopi principali *“la ricerca per una chirurgia meno aggressiva e per una migliore qualità di vita”* insieme al miglioramento dei rapporti tra mondo della chirurgia e cittadino, nella consapevolezza che solo un approccio “dialogico” possa ridurre quello scarto culturale e antropologico che vede da una parte il chirurgo, titolare di un sapere esclusivo ed estremamente tecnico, e l'utente/paziente, che si avvicina a dover affrontare un intervento chirurgico con timore ed incertezza, in una sanità spesso spersonalizzata e – soprattutto in questi ultimi anni – attenta soprattutto alle questioni di budget.

Per ridurre tale scarto e per impostare una chirurgia che accompagni sempre competenza e umanità, efficienza e attenzione ai risultati in termini di salute dei cittadini, la Fondazione si propone di promuovere iniziative che, soprattutto in questa prima fase di vita dell'istituto, instaurino un link sempre più forte tra il chirurgo e il cittadino.

L'ACOI, che ha dato vita alla Fondazione, non è estranea alla cultura della Qualità e prosegue nel suo Progetto “Qualità e Sicurezza nel Blocco Operatorio”, ma ritiene prioritario il rapporto chirurgo-paziente, non a caso avendo al suo attivo numerose iniziative formative e un lavoro comune con le associazioni dei cittadini. In particolare, deve essere ricordato l'impegno dei chirurghi dell'ACOI con Cittadinanzattiva per la stesura e la diffusione della “Carta della qualità della chirurgia”.

Al fine di lanciare l'avvio dei suoi programmi e di avere un primo momento di visibilità verso il grande pubblico, la Fondazione intende promuovere la **“Giornata dell'Ascolto”**, finalizzata a creare un legame e un momento di incontro e di proficua conoscenza reciproca tra chirurghi e cittadini. La giornata, programmata per fine 2010, sarà caratterizzata da due momenti:

Una manifestazione in una o più piazze italiane in cui i chirurghi incontrino i cittadini ponendosi all'ascolto delle loro esigenze. Sarà distribuito materiale esplicativo sulle finalità e progetti della Fondazione e, contemporaneamente, sarà sottoposto alle persone un questionario sui problemi più sentiti durante il percorso chirurgico ed in particolare riguardo alla fase “post-chirurgica”. L'incontro sarà anche l'occasione per far conoscere la Fondazione, per rilasciare interviste, costruire alleanze istituzionali e associative, ottenere sostegni e patrocini.



Una mobilitazione dei chirurghi di tutto il territorio italiano all'interno dei loro reparti e dei loro ambulatori, finalizzata a sottoporre ai cittadini/pazienti il medesimo questionario, utilizzato anche nelle piazze, al fine di avere informazioni più ampie possibili sulle esigenze dei cittadini. Sarà così possibile conoscere in modo approfondito quali siano le domande e le esigenze alle quali le Istituzioni e il mondo della Chirurgia dovranno rispondere e sulla base delle quali la Fondazione potrà promuovere azioni e programmi futuri. Tale mobilitazione potrà avere un tempo di durata più lungo, presumibilmente una settimana. Le informazioni raccolte sia in piazza che nei

LA FONDAZIONE CHIRURGO E CITTADINO HA TRA I SUOI SCOPI PRINCIPALI “LA RICERCA PER UNA CHIRURGIA MENO AGGRESSIVA E PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA” INSIEME AL MIGLIORAMENTO DEI RAPPORTI TRA MONDO DELLA CHIRURGIA E CITTADINO

reparti verranno poi inserite in un data-base e formeranno i contenuti di un Report sulla "Giornata dell'Ascolto", da rendere pubblico nei primi mesi del 2011.

È opinione del Comitato Esecutivo dare particolare spazio in questa prima giornata (che sarà replicata ogni anno) al tema delle dimissioni post chirurgiche. La scelta di tale argo-

mento, già presente nella **Carta della qualità in Chirurgia**, è particolarmente importante in questa fase storica della sanità italiana, molto orientata ad accorciare i tempi di degenza con prevedibili disagi per il paziente, che si trova ad essere dimesso senza adeguate informazioni, con una copertura assistenziale insufficiente, di fronte ad ostacoli ed attese per farmaci e controlli.

Vincenzo Stancanelli
e Rodolfo Vincenti



20° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA - Catania - Acireale - 16-18 settembre 2010

Benvenuti in Sicilia!

di **Diego Piazza e Alfio Saggio**

La cosa più difficile che ci è capitata nell'organizzazione di questo Congresso - non ci crederete - è stata proprio quella di scrivere ciò che state leggendo in questo momento: una lettera di "Benvenuto", cercando di evitare frasi scontate e ripetute, con l'illusione di potervi dire in modo "originale", diverso da quello solitamente usato, quanto siamo felici di avervi qui con noi... Dopo una protratta e sofferta spremitura delle meningi, ci è venuto in soccorso un nostro grande conterraneo, Luigi Pirandello. Nella sua famosa commedia "Il berretto a sonagli", Pirandello fa dire al protagonista Ciampa: "...*deve sapere che abbiamo tutti come tre corde d'orologio in testa. La seria, la civile, la pazza...*"

Se volessimo usare la **corda seria** dovremmo parlarvi dell'alto livello scientifico dei contributi filmati che non erano mai pervenuti così numerosi (oltre 300) da tutta Italia e che testimoniano l'avanzamento ed i reali progressi della chirurgia italiana che ha raggiunto standard qualitativi molto elevati e complessivamente omogenei. Dovremmo parlarvi delle difficoltà incontrate in Commissione di Videochirurgia e dalla sua valorosa Presidente per effettuare una selezione dei film rischiando di escludere anche alcuni interessanti, perché superavano il numero di quelli stabiliti, per rendere il programma stimolante, agile ed incisivo. Dovremmo parlarvi dell'insostituibile ruolo educativo e formativo dell'Immagine in chirurgia, il vero "ponte" tra Realtà ed Arte che rappresentano le due prerogative fondamentali della nostra attività di chirurghi.

Se volessimo usare la **corda civile** dovremmo parlarvi delle sempre maggiori difficoltà che incontriamo nello svolgimento della nostra professione in una società dove il "diritto alla salu-

te" si è spesso trasformato in "pretesa di guarigione". Dovremmo discutere dell'arretramento nella considerazione della figura sociale del chirurgo, del blocco del turnover e dei tagli delle risorse economiche per il settore della Sanità e degli... stipendi (protestano perfino i magistrati!). E non potreste neppure ribattere che il medico vale il "*semel sacerdos semper sacerdos*". Dovremmo parlarvi infine delle difficoltà per assicurare lo svolgimento efficace ed il sostegno delle attività di formazione e di aggiornamento continui.

Se volessimo infine usare la **corda pazza** dovremmo dirvi che, nonostante tutto quello che ci hanno suggerito le altre due corde, siamo veramente felici di avere organizzato questo Congresso e che vi accoglieremo... "con i fuochi d'artificio", che vi faremo fare... "il bagno a mare di mezzanotte" e vi stupiremo... "con i nostri menù a base d'arancini, cassate e favolose granite"!

Niente di tutto, anzi non solo, perché abbiamo deciso di usare un'altra corda, la quarta che il protagonista della

"...DEVE SAPERE CHE ABBIAMO TUTTI COME TRE CORDE D'OROLOGIO IN TESTA. LA SERIA, LA CIVILE, LA PAZZA..."

commedia pirandelliana non conosce e che vi sveliamo noi perché è la più importante, **la corda del cuore**: quella che ci fa stare bene tutti insieme ad onta di federalismi, scissionismi e secessionismi. Ci fa stare bene non solo nella convergenza di intenti ed obiettivi professionali e scientifici, ma soprattutto per vicinanza e comunanza umana di rapporti e di affetti... È la corda che afferriamo e teniamo tutti insieme perché ci fa sentire, desiderare e gustare il "bene" più grande dell'ACOI: la nostra UNITÀ e la nostra AMICIZIA!

È per questo che diamo a tutti voi il più caloroso benvenuto in Sicilia ringraziandovi per averci onorato della vostra visita.



Diego Piazza e Alfio Saggio

Racconto di un incontro di metà ottobre a Conegliano

di Ferdinando Agresta



Una domenica di settembre a casa, a disposizione delle mie donne, e la possibilità di seguire le notizie di una grande testata televisiva e l'immane notizia sanitaria, questa volta sulle patologie rare. Si parla di GIST intestinali la cui unica eccellenza dell'intera penisola e delle isole tutte, a dire del servizio, è rappresentata da un noto Istituto. Ed il mio dissentire da questa informazione, di parte e fuorviante, proprio perché è a tutti noto che, pur nella rarità di questa specifica patologia, diversi sono i centri, nelle "varie" Italie, che si interessano della problematica con testata e rinomata eccellenza... ma questo è un

altro problema! L'intervista poi ad una paziente la quale, nella sua non genuina spontaneità (intervento naturalmente registrato e preparato) parla proprio della possibilità di scambio/interrelazione via web con altri affetti dalla stessa patologia. Ed io, con l'onore e l'onere di organizzare l'incontro sul tema **INTERNET E LE NUOVE TECNOLOGIE DEL WEB: APPLICAZIONI E RICADUTE IN CHIRURGIA** per il XIX Congresso Acoi Video di Conegliano.

E mi è venuto in mente il dito di Adamo e quello di Dio che s'incontrano nell'affresco michelangiolesco della Cappella Sistina, ove anche l'Eterno ha delle sembianze umane, perché pur nella grandezza del Suo Essere, la parte più vera è quella umana... un po' come noi chirurghi, che spesso ci scordiamo che la vera grandezza della nostra professione è il nostro lato umano.

Ma l'attenzione è sul dito, quel dito che oggi scorre sulla tastiera di un computer per permettere l'incontro tra l'uomo medico e l'uomo paziente. È quello di Conegliano non è stato che un racconto

di questo incontro.

Emanuela Da Ros che, giornalista ma soprattutto donna valente, si finge una paziente in cerca di informazioni e conforto via web (il capitolo dell'Informazione). Poi due chirurghi - **Graziano Pernazza** e **Stefano Bartoli** - a fare la controparte: analizzare - naturalmente a grandi linee - quello che esiste a riguardo delle patologie di cui sopra ma a livello professionale, di possibilità d'interscambio tra "pares" sulle stesse problematiche analizzate dalla giornalista. Ed infine **Eugenio Santoro**, ricercatore dell'Istituto Mario Negri di Milano, che tira le somme del tutto, magari anche qualche raccomandazione da poter girare a chi di competenza...

**L'ATTENZIONE
È SUL DITO, QUEL DITO
CHE OGGI SCORRE
SULLA TASTIERA
DI UN COMPUTER**





EMANUELA DA ROS GIORNALISTA

INFORMAZIONE E WEB: informarsi grazie al web, che c'è di più semplice? L'informazione oggi è a portata di tastiera, di cellulare. E' immediata, rapida, aggiornata. E viene offerta attraverso codici diversi (verbal, iconici, grafici, musicali...).

Eppure per accedere al mare magnum delle info on line è necessario possedere dei prerequisiti, delle conoscenze minime, ma non scadenti; la capacità di selezionare informazioni e dati. E' indispensabile avere un obiettivo (un tema, un argomento) chiaro; è utile porre un'attenzione costante al tempo della ricerca.

PREMESSA: mi si chiede, da giornalista, da utente qualunque, di compiere una ricerca on line su tre patologie diverse. E' una sfida simpatica. E interessante. E poco impegnativa per me che utilizzo internet costantemente. Eppure nel momento in cui mi appresto a compiere questa navigazione virtuale tra i marosi e/o la superficie increspata delle malattie che ci possono colpire, penso che ognuno di noi, ogni utente/paziente ha comunque un approccio diverso verso la malattia e la salute. E penso che questo approccio condizioni comunque la ricerca su queste tematiche. Io, per natura, per condizione (paradossalmente privilegiata), per circostanze e casi fortuiti, mi ritengo una donna che vagola perennemente sul crinale della crisi di nervi, ma - elemento salvifico! - non sono un'ipocondriaca. E ho sempre ritenuto che la salute e i suggerimenti ad essa relativi non possano giungermi da persone che non siano qualificate a occuparsi di salute. Una nota personale? Quando qualcuno mi parla di "òmero" io tendo a pensare alla versione sdrucchiola di Omèro... Battute a parte, sono convinta che i temi della salute e della malattia richiedano una competenza, un'esperienza e delle conoscenze che non si possono improvvisare, reperire in pillole tra le maglie di qualche portale, pure ben confezionato. Sono convinta (e la ricerca compiuta risente dunque di questo mio distinguo) che sul web si possa trovare la definizione di una patologia, una voce legata alla sintomatologia e alla terapia. Ma che, per un paziente qualunque, la sua comprensibile voglia-di-saperne-di-più non debba oltrepassare la soglia dell'infarinatura, per dirla con un termine da panificatore. Il ruolo del medico, del chirurgo non è delegabile. Non è sostituibile. Resta imprescindibile. E deve rimanere un ruolo forte, un ruolo-chiave. Oltre la potenzialità (bella, importante) che oggi offre la multimedialità, la reperibilità facile e libera delle informazioni.

SONDAGGIO: prima di calarmi nel ruolo di paziente e di affrontare la ricerca online sulle tre patologie indicatemi da Ferdinando Agresta, da giornalista, ho "sfruttato" uno dei mass media che dirigo per compiere un sondaggio on line sul tema: sanità e web.

Il sondaggio in questione è stato realizzato su www.oggi-treviso.it, il primo quotidiano on line nato in provincia di Treviso (il suo vagito virtuale risale al febbraio del 2008). Oggitrevise conta 170 mila accessi mensili e ha un trend in crescita costante; registra oltre 150 commenti quotidiani e ha 9 mila iscritti alla newsletter quotidiana. Il sondaggio era formulato in questo modo.

Salute e internet. Mai sperimentato un legame tra i due? In 5 giorni vi sono state oltre 300 risposte.

RISULTATI: **69%** sì. Ho fatto ricerche per patologie che riguardavano me o un familiare. **15%** sì. Ho utilizzato internet per cercare un professionista/un ambulatorio/un indirizzo utile. **4%** sì. Ho utilizzato internet per un conforto, per cercare un'associazione di appoggio alla problematica.

12% no. Non ho mai utilizzato internet.

È da considerare il fatto che il lettore medio di Oggitrevise ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni. Ha un livello culturale medio alto (è per lo più laureato). E' per lo più maschio. Senza figli. Ha una motivazione all'aggiornamento e alla formazione continua. Ha la disponibilità a interagire col media. Si collega soprattutto dal posto di lavoro.

LA RICERCA: nei panni della paziente ho sondato il web per ottenere informazioni su tre patologie.

- 1. Appendicite** (patologia benigna, molto diffusa)
- 2. Tumore al seno** (patologia maligna, diffusa)
- 3. Gist intestinale** (patologia maligna, rara)

I risultati dell'indagine condotta utilizzando google come motore di ricerca, sono stati:

APPENDICITE

Voci in italiano: 608.000

➤ **Wikipedia.** Definizione. Patologia frequente.

Dopo la pubertà colpisce soprattutto maschi. E' frequente nella seconda e terza decade di vita. Mi rendo conto di essere stata sfortunata perché nel mondo occidentale il 7% va incontro a un attacco appendicolare, mentre l'1% subisce intervento chirurgico.

Salto (perché troppo complesse e tecniche le schede di anatomia e epidemiologia) e vado alla voce Sintomatologia.

**L'INFORMAZIONE OGGI
È A PORTATA DI TASTIERA,
DI CELLULARE.
E' IMMEDIATA, RAPIDA,
AGGIORNATA. EPPURE
PER ACCEDERE AL MARE MAGNUM
DELLE INFO ON LINE
È INDISPENSABILE AVERE
UN OBIETTIVO CHIARO.**

IL RUOLO DEL MEDICO, DEL CHIRURGO NON È DELEGABILE. NON È SOSTITUIBILE. E DEVE RIMANERE UN RUOLO FORTE, UN RUOLO-CHIAVE. OLTRE LA POTENZIALITÀ CHE OGGI OFFRE LA MULTIMEDIALITÀ, LA REPERIBILITÀ FACILE E LIBERA DELLE INFORMAZIONI.

Riconosco i sintomi. Procedo nella lettura della scheda. Per deformazione professionale leggo le note storiche (sino all'800 l'appendicite era una patologia fatale! ...non sono poi così sfortunata!). Passo alla voce Terapia. E rilevo che è necessario l'intervento chirurgico.

Nota. Wikipedia è chiara ma generica. Non sempre affidabile. In questo caso mi pare esauriente, ma piuttosto didascalica. Io comunque sono una paziente sui-generis. Voglio avere un'idea base della patologia: i dettagli dell'intervento non mi interessano.

Credo che ogni materia, ogni disciplina e soprattutto la medicina, la chirurgia debbano essere di competenza di professionisti.

Non mi posso improvvisare medico né presumere di comprendere in toto una patologia. Ma mi rendo conto che per molti non è così: che l'indagine su una malattia che hanno o presumono di avere li spinga fare ricerche approfondite. Anche per conto proprio.

➤ **Tanta salute.** Rivista on line. La notizia sull'appendicite risale al 2007. Non è aggiornata. Tendo a scartarla. Ma inizio a leggere: è chiara, discorsiva, divulgativa. Leggo sino alla fine. La cosa che non mi convince è che anche i lettori non specialisti possano implementare il portale.

➤ **Farmaco e Cura.** Scheda chiara. Ma piuttosto superficiale. Vado sull'home page. Voce: chi siamo: scopro che il portale viene curato da un farmacista... eppure so che l'appendicite richiede un intervento chirurgico per cui... chiudo il sito. Passo al altro.

➤ **Portale Ospedale del Bambin Gesù** (appendicite dai 6 ai 20 anni): la scheda è chiara, ma io non rientro nei parametri pediatrici... e poi: l'aggiornamento risale al 2007.

Cambio voce:

appendicite + associazione chirurghi

Trovo 4 voci: Wikipedia, Chirurgia miniinvasiva; Dica 33 (2006); ACOI.

Nel portale dell'ACOI la voce è aggiornata al maggio 2008. Riporta i dati (anche statistici) di un congresso sul tema organizzato dall'associazione. Seria, essenziale, la nota è utile soprattutto per i medici e per i giornalisti.... Finisco con un portale curioso nel nome my-personaltrainer.it. Un sito di salute e benessere che dà informazioni generali/generiche sulla patologia.

TUMORE AL SENO

Voci in italiano: 298.000

➤ **Airc.** Cos'è. Quanto è diffuso: il tumore del seno colpisce 1 donna su 10. È il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 25 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne. È la prima causa di mortalità per tumore nel sesso femminile, con un tasso di mortalità del 17 per cento di tutti i decessi per causa oncologica.

➤ **Wikipedia.** Per una volta Wikipedia non fa... la parte del leone. E' stata scavalcata dall'Airc. Nella scheda è presente l'immagine di un tumore al seno: oh mamma! sembra un fungo porcino.

Ci scherzo sopra, ma solo perché ho fatto una mammografia proprio stamattina, altrimenti la foto mi turberebbe... Leggo la scheda e mi incuriosisce il fatto che tra le cause di questo tumore vi sia lo "stato sociale economico elevato..." Mi chiedo che senso abbia questa indicazione. Cerco di saperne di più ma tra l'ordito del portale non si evince nulla. Mi resta il dubbio: perché chi se la passa (economicamente meglio) dovrebbe essere a rischio tumore-mammario?

➤ **Girl power.** Portale al femminile. Tanti commenti. Riporta un dato inquietante: 36 mila donne in Italia si ammalano di tumore al seno. Fa da testimonial a un sito che non è per pazienti. Ma preventivo. Forse...

➤ **Salus.it** . Ci leggo: "8 donne su 10 potrebbero guarire" Info interessante... chissà se è realistica...

➤ Al sesto posto c'è un articolo del **Corriere della Sera**, firmato da un membro della Fondazione Veronesi. Parla di enzima complice del tumore al seno. E' l'informazione più aggiornata.

Ma si tratta di un articolo che anticipa un futuro non immediato. Si parla di ricerca, non di cura.

Torno su Google. Associazioni sostegno. Parola chiave: "donne operate al seno".

Risultati:

- **ANDOS**
- **Amoena.** Diritti donne operate al seno
- **Seno salvo-com.** Indicazioni riabilitative (aggiornato un anno fa)
- **Siti di aiuto psicologico.**
- **Ministero della salute.** Associazioni donne operate al seno. Indirizzi.

GIST INTESTINALI

Voci in italiano: 11.500

Alla settima voce sono presenti già informazioni parziali.

Voci in inglese: 88.000

➤ **Wikipedia.** Da evidenziare la correttezza di questa enciclopedia on line, che avvisa: Disclaimer medico. Wikipedia contiene voci su argomenti medici, terapeutici o riconducibili a pratiche con scopi terapeutici (pseudoscienza, medicina popolare, ecc.): non sussiste alcuna garanzia che le informazioni riportate siano accurate, corrette, precise o che non contravvengano alla legge. Inoltre, anche se l'informazione fosse da un punto di vista generale corretta, potrebbe non riferirsi ai sintomi

manifestati da parte di chi legge.

Ancora, persone diverse che presentino gli stessi sintomi molto spesso necessitano cure differenti, per via della complessità di alcuni casi clinici.

Secondo Wiki questo tumore colpisce soprattutto tra i 55 e i 65 anni, in particolare gli uomini.

➤ **Power point 2007 Ricerca Canton Ticino.**

Età della patologia: 60-65 anni. Sesso: nessuna differenza

➤ **Annali di chirurgia Italiana.** Per leggere articolo è necessario abbonarsi alla rivista.

➤ **AIG Associazione Italiana Gist.** Nata nel 2006. "Perché proprio a me?". Il portale è interessante perché è impostato come sito di auto-aiuto. Offre link e indicazioni sulla malattia, sui centri dove si cura; propone pdf con interventi psicologici a sostegno del malato.

➤ **in inglese (gastrointestinal stromal tumors gist).** Dopo wikipedia, tra le voci in inglese, appare un sito dell'università di Bologna (Gist study group Bologna).

La mia impressione è la seguente: più la patologia è rara più le informazioni reperibili on web sono scientifiche e meno divulgative. Ma anche meno comprensibili dall'utente medio. Utili sono invece i portali sulle associazioni che riuniscono malati e familiari che condividono la stessa patologia.

Ma in questo caso le informazioni non hanno carattere prettamente scientifico o medico.

Sono indicazioni che si basano sulla comunanza di bisogni che, spesso, travalicano l'orbita medica per affrontare necessità-senza-confini: quelle della solidarietà e dell'aiuto reciproco. Necessità che non hanno connotazioni settoriali, ma universali.



**GRAZIANO
PERNAZZA**
Azienda Ospedaliera
S. Giovanni
Addolorata in Roma
**SEGRETARIO NAZIONALE
VICARIO ACOI**

Raccolgo la "sfida", mi calo nei panni e mi tuffo nel mare magnum della rete alla ricerca di notizie sulle tre

patologie indicate: "appendicite acuta", "tumore al seno", "GIST intestinale".

È questo l'invito di Emanuela Da Ros che catapulta me, come altri colleghi, nel non facilissimo compito di cercare di interpretare il ruolo della grande rete nel rapporto tra medico e paziente.

Scelgo d'istinto la scarna porta d'accesso del più celebre fra i motori di ricerca e mi rendo conto di avere a disposizione dalle 79.000 alle 250.000 voci per ciascun argomento. Mare magnum non è un termine usato a sproposito, evidentemente... Comincio a leggere e trovo fonti di vario genere. Ci sono siti personali, relazioni, video di interventi chirurgici...

moltissime voci sono costituite da blog, forum, gruppi di discussione dove convergono le più eterogenee individualità che riportano le più soggettive affermazioni. La ricerca è inizialmente divertente. Riflette in pieno la natura della informazione "virtuale": libera (eccome se libera...), gratuita e "condivisa".

Tuttavia, esausto, non arrivo che alla quinta, sesta paginata di link esposti dal motore di ricerca.

Tra le varie più o meno pittoresche informazioni ne trovo una che mi colpisce. La propongo come esempio paradigmatico della libera informazione: "Il trattamento dell'appendicite perforata con un solo antibiotico viene utilizzato con sempre maggiore frequenza e sembra essere altrettanto efficace rispetto al trattamento tradizionale con 3 farmaci". Apro la pagina e, leggendo, capisco che si tratta di un articolo divulgativo relativo a uno studio che ha messo a confronto schemi diversi di antibioticoterapia omettendo il (piccolo) particolare che si tratta di terapia postoperatoria, ma all'intervento chirurgico, lo verifico leggendo e rileggendo l'intero paragrafo, nemmeno si accenna.

Sconvolgente. Dal mio punto di vista, però. E' il mio "filtro" che esplicita il messaggio, che lo "disambigua". Rimetto i panni del paziente e finisco per arrivare a chiedermi perché mai questi chirurghi si ostinano a portare in sala operatoria le appendiciti perforate se basta solo un antibiotico a risolvere la situazione...? Ne rimango, ovviamente, disorientato. Ho l'immediato impeto di buttar giù quella finestra impertinente. Bofonchio irripetibili epiteti nei confronti di chi l'ha redatta... Ma da internauta convinto, e per il compito che mi è affidato, sono costretto a sistematizzare. Rifletto sul punto di partenza. Mi interrogo sul percorso seguito. E mentre io "sistematizzo", si slatentizza quella frase pronunciata così frequentemente dai pazienti in ambulatorio: "Dottore, ho visto su Internet che...". Quasi che il paziente si rechi dal medico per una qualificata "seconda opinione" o per verificare la corrispondenza di ciò che ha già acquisito. Per colmare, insomma, l'atavica asimmetria del rapporto con il medico.

Alcune indagini evidenziano che la percentuale della popolazione che ritiene che i medici siano la fonte principale d'informazione in materia di salute sta diminuendo a favore, appunto, di Internet.

La diffusione di Internet è ormai tale che la navigazione in rete è a disposizione di chiunque, in qualunque luogo, in

ALCUNE INDAGINI EVIDENZIANO CHE LA PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE CHE RITIENE CHE I MEDICI SIANO LA FONTE PRINCIPALE D'INFORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE STA DIMINUENDO A FAVORE, APPUNTO, DI INTERNET.

“DOTTORE, HO VISTO SU INTERNET CHE...”. QUASI CHE IL PAZIENTE SI RECHI DAL MEDICO PER UNA QUALIFICATA “SECONDA OPINIONE” O PER VERIFICARE LA CORRISPONDENZA DI CIÒ CHE HA GIÀ ACQUISITO.

ogni momento. Oggi anche dalla maggior parte dei telefoni cellulari disponibili in commercio, sempre più orientati al web. Abbiamo per giunta a disposizione un gran numero di siti dedicati alla salute: alcuni fanno riferimento a professionisti, ma altri ad associazioni di supporto, a pazienti e/o familiari, ecc.

L'elemento critico che mi pare di poter evidenziare è che non appare immediatamente disponibile, per il paziente-navigatore, la possibilità di selezionare le fonti in base alla loro reale autorevolezza scientifica. Ma più della metà dei pazienti americani ed il 25% dei pazienti europei ricerca informazioni circa la propria patologia su internet. E i dati dimostrano che il fenomeno è in crescita. A parte i siti specializzati, è disponibile in rete una quantità di informazioni spropositata che viene “filtrata” e proposta al navigatore da sistemi automatici, motori di ricerca dotati di “intelligenze artificiali” che mettono in ordine di “rilevanza” le informazioni, selezionandole in base ai propri criteri di attendibilità: la data dell'ultimo aggiornamento, il numero di visualizzazioni, i tag etc.

Negli Stati Uniti, in cui i sistemi di comunicazione informatica, i progenitori della moderna internet, hanno iniziato a muovere i primi passi fin dagli anni 60 (ARPANET), i siti istituzionali delle Società Scientifiche veicolano più del 25% di tutta l'informazione medica presente in rete. Nei paesi europei e in Italia la percentuale è nettamente inferiore. In sostanza i contenuti sanitari sono veicolati dai più diversi soggetti fornitori. Esistono fonti istituzionali, che non hanno però finalità informative specifiche sul tema della patologia, banche dati orientate al farmaco, canali tematici di portali informativi generici, associazioni.

Il punto cruciale, insomma, appare quello della qualità dell'informazione. Non esistono organismi che abbiano mandato di “certificazione” o verifica dell'informazione sanitaria presente sulla rete. Esistono organismi non governativi, peraltro di origine anglosassone, come l'“Health On the Net Foundation” che esprimono dei requisiti ideali cui dovrebbe ispirarsi qualsiasi sito di informazione in tema di salute. L'adesione ai principi è su base volontaria. Ma è la stessa natura “dinamica” dell'informazione elettronica ed il volume delle informazioni che rendono velleitaria qualsiasi azione di controllo. Dovendo affrontare il tema dal punto di vista di Responsabile della Redazione del portale di una delle Società Scientifiche più importanti a livello nazionale mi sento di esprimere la convinzione che il ruolo delle Società Scientifiche debba essere importante in questo contesto. Ciò in realtà comincia ad avvenire per le Società Specialistiche, il cui ambito di

azione è meno esteso ed è possibile redigere un numero limitato di documenti informativi indirizzati ad informare i pazienti. Il sito ACOI è nato e si è sviluppato intorno alle esigenze organizzative della Società e dei chirurghi soci per informare sulle attività dell'Associazione e dei suoi organi. Il nuovo portale prevede un piano di sviluppo che consolidi questo ruolo ma che apra nuovi “canali” comunicativi andando anche incontro al paziente.

I nuovi strumenti del “WEB 2.0” rendono questo compito tecnicamente agevole, rendendo immediata la possibilità comunicativa multimediale e lo scambio molto veloce e dinamico di informazioni.

Abbiamo inoltre a disposizione nuovi strumenti che ci consentono di conoscere il numero di visitatori, l'orario di visita ed il tempo di permanenza. Possiamo conoscere l'area geografica di provenienza del collegamento. Possiamo sapere quale “strada” è stata percorsa per arrivare sul nostro sito (se da un motore di ricerca, da un altro sito o direttamente), e quali pagine sono visualizzate con maggiore frequenza. Tutto questo può condurre anche ad una analisi di “marketing” che, mettendo in relazione i contenuti presenti con ciò che cerca il visitatore, può arrivare ad orientare efficacemente una politica editoriale.

Una linea strategica potrebbe prevedere la progressiva produzione di contenuti fruibili anche dal paziente o, in una evoluzione del rapporto fiduciario che lega il medico ed il paziente, da questi due soggetti congiuntamente. La pubblicazione della produzione scientifica della Società (linee guida, documenti di Consensus, raccomandazioni, buone pratiche, filmati, ecc) dovrebbe costituire supporto sia alla attività clinica del medico sia al desiderio informativo del paziente ed entrare in un processo informativo-decisionale che coinvolga entrambi. Il tutto in un contesto nel quale la circolazione di documenti, informazioni, messaggi creerebbe un network che condurrebbe la Società Scientifica ad abbandonare opportunamente la vana ed irrealizzabile ambizione di rincorrere e controllare la correttezza delle informazioni rintracciabili nella grande rete o nei portali informativi, portandola ad essere, essa stessa, fornitrice di informazione di qualità. Questo tipo di informazione sarebbe allora fruibile, divulgabile e “spendibile” anche su larga scala. La tecnologia ci viene incontro. Abbiamo gli strumenti. Il lavoro è appena iniziato.

NON ESISTONO ORGANISMI CHE ABBIANO MANDATO DI “CERTIFICAZIONE” O VERIFICA DELL'INFORMAZIONE SANITARIA PRESENTE SULLA RETE. ESISTONO ORGANISMI NON GOVERNATIVI, CHE ESPRIMONO DEI REQUISITI IDEALI CUI DOVREBBE ISPIRARSI QUALSIASI SITO DI INFORMAZIONE IN TEMA DI SALUTE.



STEFANO BARTOLI
Chirurgia Vascolare
ASL Roma C.
TESORIERE ACOI

Dopo esattamente 10 anni dalla creazione del sito www.acoi.it, esperienza formativa entusiasmante, mai conclusa, l'occasione di questa presentazione mi

offre l'opportunità di alcune riflessioni da condividere. Ancor oggi è assolutamente vero il postulato dell'inevitabilità dell'uso delle nuove tecnologie ed anche che i vantaggi sono innegabili, ma le critiche o meglio l'atteggiamento non esclusivamente trionfalistico su Internet, risalente alla sua diffusione ^(1,2) deve rimanere vivo.

I problemi legati alla capacità di attenzione ai contenuti, che diminuisce con la crescita esponenziale degli stessi, e il problema della libertà e dell'onestà di espressione su un mezzo idealmente "non gestito", hanno da sempre rappresentato i "rischi potenziali" dell'uso dello "strumento", anche in considerazione che le statistiche, 10 anni or sono come oggi, ci dicono che il pubblico aumenta costantemente, che il numero di pagine che consultiamo per sessione è sempre elevatissimo, ma il tempo di permanenza sulla singola pagina resta molto limitato, almeno in termini statistici. Nonostante queste considerazioni ci sono Governi che si sono e si stanno impegnando in una alfabetizzazione informatica diffusa, coscienti anche del fatto che i cercatori di informazioni specie di carattere sanitario (health seeker), aumentano in modo progressivo e indubbiamente non trovano le risposte adeguate o non hanno gli strumenti culturali per una tutela dell'offerta informativa on-line, rischiando di ampliare la platea dei cybercondriaci.

È vero che esistono alcuni codici internazionalmente riconosciuti ed alcune regole di buon senso, che dovrebbero tutelare il "cercatore", come facilmente possiamo leggere su <http://www.hon.ch>, ma l'esperienza di tutti è quella di cercare e trovare tantissimo, spesso falsamente o temporaneamente gratis, forse utile, ma non certo garantito nei contenuti, nell'aggiornamento e nelle modalità di presentazione. Quanto di esperienza comune viene ancor meglio enfatizzato da indagini demoscopiche che ci mostrano come pochi sono i contenuti che vengono ritenuti validi e utili dai medici e come ancora oggi l'uso anche solo come strumento per facilitare la comunicazione con il paziente potenziale o effettivo sia del tutto esperienza aneddotica e/o sperimentale. In questa situazione, le considerazioni, non proprio recenti, di Stefano Rodotà, che invita alla "... attenzione alle convergenze tra estremismo di mercato e ingenuità cyberlibertiane ... in ambienti fortemente connotati da interessi economici, ed Internet lo è in maniera sempre più massiccia, può sopravvivere solo una libertà "armata", sorretta da robusti presidi legislativi, non affidata alla pura spontaneità dei comportamenti" restano valide e allora la necessità di regole o regolatori si fa pressante.

Ma anche se siamo "oppressi" dai mezzi informatici o in-

formatizzati, che ci permettono, non sempre facilmente, di fare moltissime cose, di rimanere in contatto costantemente, forse di lavorare 24 ore su 24, studi ancora validi ⁽³⁾ presentano i costi dell'ignoranza informatica che ancor oggi pervade l'ambito sanitario nazionale pur se siamo coscienti che nella società dell'informazione la capacità di usare appropriatamente le tecnologie informatiche è ormai una condizione necessaria, che l'informazione è diventata in molti settori una risorsa produttiva determinante, come le materie prime per le imprese di trasformazione e che l'IT ha favorito la crescita della domanda di informazioni da parte degli utenti provocando un aumento della complessità dei sistemi informativi automatizzati. Però ancor oggi circa il 26% del personale ospedaliero e delle ASL impiega l'ICT senza una solida preparazione e percentuali ben superiori indicano degli utilizzi assolutamente marginali rispetto alle potenzialità degli "strumenti". La spesa informatica nel settore della sanità italiana ammonta ad oltre 600 milioni di euro l'anno pari allo 0,59% della spesa sanitaria pubblica e privata, mentre in altri paesi europei il livello della spesa informatica ammonta al 2% della spesa sanitaria. Quindi è stimabile che il ritorno annuale della formazione, in termini di benefici complessivi (aumento di produttività più riduzione del costo dell'ignoranza), si aggirerebbe sui 2 miliardi di euro, allora l'alternativa a buttar via tonnellate di hardware e videotermini e tornare alla carta, può essere rappresentato da un gigantesco piano di alfabetizzazione informatica per 1.300.000 addetti tra sanità pubblica e privata, che dovrebbe vedere coinvolte le Società Scientifiche.

Ed ecco che da queste considerazioni e coscienti che: la gente generalmente si entusiasma alle potenzialità dell'e-salute; il personale sanitario deve essere sensibilizzato ai potenziali benefici di informatica e telemedicina; oggi il problema principale non è l'IT ma una cultura di uso adeguata; Internet sta riducendo le barriere per l'utilizzo di un sistema di gestione delle informazioni cliniche "comune"; lo scopo dell'utilizzo dell'IT è sempre il beneficio del paziente, non i bisogni delle organizzazioni; il paziente deve sempre essere al centro di ogni considerazione; osservando la giungla di soggetti proponenti l'informazione sanitaria, le modalità non sempre espresse e le finalità non sempre condivisibili delle così dette pagelle sulla salute che compaiono su qualsiasi mezzo di informazione, ma che dalla rete sono sempre rintracciabili e spesso decontestualizzate è necessario che noi operatori sanitari una volta superato il "delirio di onnipotenza" e coscienti che i risultati scientifici non sono sempre corretti, e soprattutto non sono mai certi, completi e definitivi, ma solo probabili e provvisori, impariamo

ANCOR OGGI È ASSOLUTAMENTE VERO IL POSTULATO DELL'INEVITABILITÀ DELL'USO DELLE NUOVE TECNOLOGIE ED ANCHE CHE I VANTAGGI SONO INNEGABILI

a comunicare. Ecco che il ruolo di una società scientifica come l'ACOI si fa controllore di eventuali esaltazioni acritiche e trionfalistiche dei veri, ma anche presunti progressi della medicina, nella coscienza che la pubblicizzazione dei risultati ha ricadute formidabili sulle scelte dei cittadini, determina importanti flussi di attrazione o di fuga da chirurghi e da ospedali, con immediate ripercussioni sui volumi di attività. Lo Statuto dell'ACOI all'art. 2 recita "... Scopi dell'Associazione sono la valorizzazione dell'attività chirurgica negli Ospedali Italiani e la difesa degli interessi morali, culturali, normativi ed economici della categoria", pertanto esiste un ruolo per definire percorsi formativi, costituire commissioni di verifica e tutela dell'informazione diffusa, strutturare partenariati tecnico scientifici capaci di esprimere le migliori potenzialità.

Bibliografia

1. E. Pulcini. *Dopo Internet*. Ed. Castelveccchi, 1999
2. M. Castells. *Galassia Internet*. Ed. Feltrinelli, 2001
3. *L'ignoranza informatica, il costo nella sanità, Rapporto AICA SDA Bocconi*, ed. McGraw Hill, 2004



EUGENIO SANTORO
Laboratorio di Informatica Medica,
Dipartimento di Epidemiologia,
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri" di Milano

La rete Internet è sempre più impiegata dai medici per il loro aggiornamento professionale. Una recente indagine indica nell'80% la percentuale dei medici ospedalieri che usa la rete per reperire informazioni utili al loro aggiornamento e alla loro professione. Per fare ciò, accanto agli strumenti offerti dal web tradizionale, i medici stanno iniziando a usare sempre di più gli strumenti del web 2.0. Appartengono a questa categoria i blog, i social network, i wiki, e in generale tutti quegli strumenti che permettono a chiunque di condividere informazioni e collaborare per creare nuova conoscenza ⁽¹⁾.

Sono infatti molte le "communities" sorte in questi mesi

SONO INFATTI MOLTE LE "COMMUNITIES" SORTE IN QUESTI MESI TRA I MEDICI PER DISCUTERE CASI CLINICI, RICERCARE CONSIGLI PER EFFETTUARE UNA DIAGNOSI, DISCUTERE TRA "PARI"

tra i medici per discutere casi clinici, ricercare consigli per effettuare una diagnosi, discutere tra "pari" di trattamenti farmacologici e dispositivi medici, condividere le conoscenze, documentarsi sulla letteratura scientifica. La caratteristica principale di questi "ambienti" è che i contenuti non sono "calati" dall'alto (come vorrebbe il modello di pubblicazione sul web fino ad oggi utilizzato), ma sono creati direttamente dagli utenti che risultano così essere al tempo stesso produttori e fruitori dell'informazione circolante. E' su queste basi che sono nati social network rivolti specificatamente ai medici come per esempio Sermo e Medscape Physician Connect (ciascuno dei quali negli Stati Uniti conta oltre 100.000 medici iscritti), oppure come Doc2Doc, il social network lanciato all'inizio del 2009 dal British Medical Journal.

Si tratta di social network che forniscono strumenti di

ECCO CHE IL RUOLO DI UNA SOCIETÀ SCIENTIFICA COME L'ACOI SI FA CONTROLLORE DI EVENTUALI ESALTAZIONI ACRITICHE E TRIONFALISTICHE DEI VERI, MA ANCHE PRESUNTI PROGRESSI DELLA MEDICINA

profilazione, comunicazione, aggregazione, condivisione e partecipazione tipici dei social network generalisti come Facebook o YouTube (per esempio ciascun iscritto può inserire un proprio "post" o commento, oppure valutare gli interventi altrui attraverso un sistema "rating"), ma che, rispetto a questi ultimi, applicano una più rigida politica di riservatezza e di protezione dei dati/informazioni scambiate tra gli utenti. La chirurgia è stata una delle prime aree mediche nelle quali, fin dal 2006, tali strumenti sono stati adottati con successo. Lo testimonia l'esperienza dell'International Journal of Surgery, una rivista nata nel 2004 che, facendo proprio il motto "transforming an International audience into a global community", è stata una delle prime, insieme a riviste mediche più blasonate come il New England Journal of Medicine e il British Medical Journal, ad adottare strumenti tipici del web 2.0 come i feed RSS, i podcast e i blog con l'obiettivo di creare una comunità di lettori/utenti attivi nel discutere, valutare e commentare gli articoli pubblicati e i casi clinici illustrati nei filmati da essi stessi caricati ⁽²⁾.

Oppure quella di Wikisurgery (una iniziativa portata avanti dallo stesso International Journal of Surgery) che, sfruttando la tecnologia dei wiki (la stessa che è alla base di Wikipedia), ha permesso di creare una enciclopedia collaborativa contenente (a oggi) oltre 14.000 articoli, molti dei quali corredati da filmati chirurgici spesso memorizzati su YouTube ⁽³⁾.

Ma è soprattutto il social network MEDTING a fornire gli spunti per un nuovo modello di aggiornamento e di formazione del chirurgo. Con quasi 36.000 tra immagini e filmati caricati direttamente dai medici della "community" (nota

anche come "YouTube per i medici", grazie anche al modo di operare che ricorda da vicino il famoso portale di video), gli iscritti possono sottoporre casi clinici, richiedere una seconda opinione e archiviare immagini e video clinici che possono essere organizzati, commentati, valutati e condivisi. L'impiego di sistemi di catalogazione che si basano su dizionari standard di termini medici (come per esempio il dizionario SNOMED CT) consente, peraltro, di fruire di un sistema di traduzione delle parole chiave associate ai casi clinici, alle immagini e ai video che si adatta automaticamente alla lingua selezione dall'utente per visualizzare il sito web e di un sistema di collegamenti verso database clinici (per esempio PubMed) che usano lo stesso sistema di catalogazione al fine di reperire automaticamente infor-

mazioni più specifiche sugli argomenti associati ai termini del dizionario.

Bibliografia

1. E. Santoro. "Web 2.0 e Medicina: come social network, podcast, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità." Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2009. <http://www.pensiero.it/ecomm/pc/viewPrd.asp?idproduct=349>
2. Agha R. *Introducing the IJS.com: transforming an international audience into a global community.* *Int J Surg* 2006;4:137-9.
3. Agha R. *Introducing Wikisurgery.com: the blueprint for a surgical architecture of participation.* *Int J Surg* 2006;4:140-3

La Cappella Sistina ed il suo affresco sulla volta: si starebbe ore a guardarlo e riguardarlo... così come si sarebbe stati ore a sentire i quattro protagonisti dell'incontro parlare e cercarsi/confrontarsi. Peccato l'ora tarda! Un'occasione che non poteva però andare perduta... ed allora quell'incontro di dita sulla Rete merita – anche se in

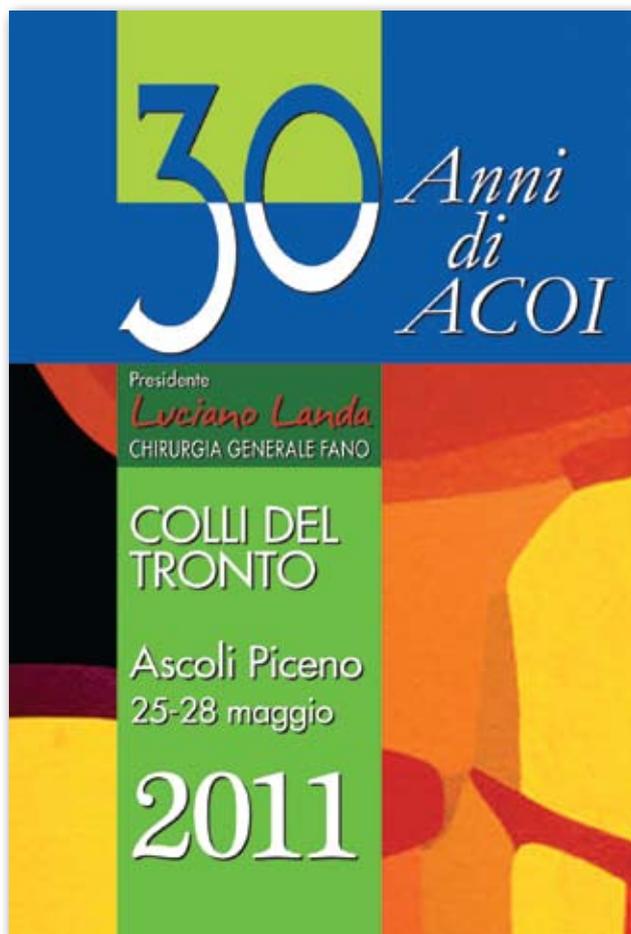
un ritardo mediatico ingiustificato (ma siamo gli uomini del dito della Cappella Sistina: imperfetti anche se fatti ad immagini del perfetto... ma che sappiamo fare cose se non perfette sicuramente di una bellezza unica proprio come gli affreschi della Cappella Sistina!) di essere affrescato e ricordato in una testata come quella di ACOInews!



25-28 maggio 2011 - Colli del Tronto - Ascoli piceno

30° Congresso Nazionale ACOI

di Luciano Landa



Carissimi Colleghi e Amici,
nel 2011 si svolgerà il Congresso Nazionale che celebrerà i 30 anni dell'ACOI.

Come nella vita di un uomo questo traguardo rappresenta spesso un'occasione di riflessione e di bilanci, così per la nostra associazione il Congresso che si svolgerà il prossimo anno, per la prima volta nelle Marche, rappresenterà non solo un momento di forte aggregazione culturale e professionale, ma anche il momento per tracciare il consuntivo di un'attività pluridecennale e soprattutto per progettare il futuro. **"30 anni di ACOI: perché la tradizione continui... guardando al futuro"**: perché dall'esperienza di vita dei chirurghi che prima hanno fondato poi condotto l'associazione fino ad oggi, dalle loro abilità tecnica, clinica e scientifica, ampiamente riconosciute anche a livello internazionale, si è affermata una società di persone che possono voltarsi indietro con orgoglio a considerare il cammino percorso e guardare con fiducia alla strada che essi stessi contribuiranno a tracciare. **Tradizione e futuro**, due parole che appaiono opposte tra loro ma che invece ben descrivono ciò che l'ACOI rappresenta nel panorama chirurgico in Italia e all'estero.

L'evoluzione tecnica e tecnologica, che consente oggi di affrontare problematiche chirurgiche un tempo impensabili, non potrebbero esistere senza l'impegno, la ricerca e la sperimentazione degli anni passati, così come il chirurgo di domani non potrà affermarsi senza la determinazione e la dedizione che, forte della tradizione, saprà mostrare il chirurgo di oggi. Perché allora non cominciare con una sessione video che riproponga i filmati divenuti ormai classici nella storia della nostra chirurgia, sia perché hanno proposto una tecnica originale ora universalmente riconosciuta, sia perché presentati da coloro che rappresentano un punto di riferimento nella realtà ospedaliera e nella didattica delle scuole ACOI.

Ma questo congresso non vorrà essere solo una vetrina di eminenti colleghi anzi, cercherà quanto più possibile di **porre a confronto l'esperienza con l'entusiasmo e l'inventiva dei giovani**, in modo da poter affrontare insieme temi di grande interesse come il Morbo di Crohn chirurgico e il trattamento laparoscopico delle occlusioni digiuno-ileali, a cui verranno dedicate due consensus conference. Un proficuo confronto mi auguro scaturisca anche dai **gruppi di lavoro interdisciplinari** che affronteranno l'argomento pancreas e che coinvolgeranno, insieme ai chirurghi, anche radiologi, endoscopisti ed ecografisti.

Diverse saranno le **sessioni congiunte con altre società scientifiche**, al fine di codificare un linguaggio il più possibile comune, che consenta di affrontare al meglio le problematiche

che portano ad intersecarsi le diverse competenze. Questa la ragione per cui verranno trattate insieme alla ISSE le lesioni iatrogene in corso di endoscopia, con la SICOB i temi della chirurgia bariatrica e verranno coinvolti i ginecologi della AOGOI nella discussione inerente il trattamento del ca ovarico oltre il terzo stadio. Non mancheranno naturalmente i temi più classici quali il ca esofageo, il ca gastrico e il tumore del colon-retto, che verranno però affrontati sempre nell'ottica di una integrazione multidisciplinare e a fronte delle più moderne tecnologie.

Ampio spazio sarà dato anche alla chirurgia senologica, con



l'approfondimento di temi quanto mai attuali, come la IORT, l'oncoplastica e l'impiego delle cellule staminali. Il trauma ha da sempre rappresentato una delle più importanti "sfide" per il chirurgo, è per questo che è necessario un aggiornamento continuo ed un confronto sulle situazioni spesso particolari che possono presentarsi. Il Congresso offrirà lo spazio per definire strategie e tecniche nell'affrontare i traumi duodenopancreatici, epatici e splenici, cercando di dare una risposta alle domande più frequenti: come definire una corretta diagnosi? Quando centralizzare il paziente? Come effettuare un intervento conservativo?

La chirurgia di parete ha raggiunto negli ultimi anni livelli di qualità altissimi soprattutto grazie all'impiego di materiali all'avanguardia e all'applicazione della tecnica laparoscopica. Dai nuovi interventi sono scaturite però anche nuove problematiche che è importante saper affrontare: da questa necessità nascono le sessioni riservate ai reinterventi dopo laparoaloplastica e al problema della possibilità di migrazione dei plugs dopo interventi per ernia inguinale.

Temi meno usuali ma comunque non meno importanti verranno approfonditi nelle sessioni dedicate ai sarcomi dei tessuti molli, alle neoplasie del duodeno e all'addome ostile: coinvolgendo i massimi esperti dei diversi settori, potremo tracciare un percorso univoco di trattamento di patologie non frequenti. I tempi correnti ci obbligano ad interessarci anche ad argomenti non strettamente clinici, sia per prendere sempre più coscienza del ruolo che rivestiamo non solo in sala

30 ANNI DI ACOI: PERCHÉ LA TRADIZIONE CONTINUI... GUARDANDO AL FUTURO

operatoria ma anche come dirigenti delle aziende sanitarie, sia perché quella dei chirurghi sembra essere divenuta una categoria da difendere dai continui "attacchi" dei media.

Discuteremo allora di **rischio clinico e di gestione degli**



eventi avversi, di comunicazione medico-paziente, di formazione chirurgica, di procedure concorsuali.

Il lungo elenco di argomenti, capace di coinvolgere per interesse e competenze chirurghi provenienti da ogni realtà del panorama italiano, comprende inoltre la chirurgia tiroidea e paratiroidale, il melanoma, la chirurgia mininvasiva laparoscopica e robotica, con l'approfondimento delle ultime innovazioni introdotte nella pratica operatoria (SILS e NOTES), la chirurgia proctologica, le ferite difficili, così comuni ma spesso così sconosciute e naturalmente sessioni dedicate alle chirurgie specialistiche (vascolare, toracica e pediatrica) e agli infermieri di sala operatoria.

Lo scenario che accoglierà questo evento è sicuramente degno dell'importanza dell'anniversario che celebriamo: l'Hotel e Centro Congressi Casale, immerso in un incantevole contesto collinare a Colli del Tronto in provincia di Ascoli Piceno, rappresenta un luogo che unisce il silenzio e l'atmosfera piacevole della campagna marchigiana alla più sofisticata tecnologia di cui sono dotate le sale destinate ai lavori congressuali.

I piccoli borghi medievali e le città d'arte che si susseguono senza soluzione di continuità in questa terra, rappresenteranno un'ulteriore attrattiva che, insieme alla cornice rappresentata dalla riviera delle palme di San Benedetto del Tronto, renderanno la partecipazione al congresso anche un motivo in più per conoscere le Marche, regione dolce e bellissima!

Arrivederci allora al 2011!

CONGRESSO NAZIONALE ACOI 2011

MAIN TOPICS

- **VIDEOCHIRURGIA CLASSICI DAL PASSATO**
perché la tradizione continui guardando al futuro

CONSENSUS CONFERENCE

(a cura della Commissione ACOI GIOVANI)

- **TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DELLE OCCLUSIONI DIGIUNO-ILEALI**

CONSENSUS CONFERENCE

(a cura della Commissione ACOI LINEE GUIDA)

- **MORBO DI CROHN**

- **MEDICINA E LEGALITA'**

- **UPDATE IN CHIRURGIA ROBOTICA**

- **TUMORI ENDOCRINI DEL PANCREAS**
Dalla diagnosi al trattamento

- **TRATTAMENTO DEL MONCONE PANCREATICO DOPO DCP**
Prevenzione delle complicanze

- **FISTOLA PANCREATICA DOPO DCP E DOPO RESEZIONE CORPO-CAUDALE**
Quando, se e come rioperare.

- **IMAGING DEL PAZIENTE OPERATO: RESEZIONE PANCREATICA**
Gruppi di lavoro interdisciplinari integrati Radiologi, Endoscopisti, Ecografisti, Chirurghi

- **NEOPLASIE DEL DUODENO**

- **TRAUMI DUODENO PANCREATICI**

- **DIAGNOSTICA DELLE LESIONI CLINICHE E INFRACLINICHE DELLA MAMMELLA**

- **ONCOPLASTICA MAMMARIA**

- **IORT IN CHIRURGIA SENOLOGICA**

- **CELLULE STAMINALI IN CHIRURGIA SENOLOGICA**

- **IL CHIRURGO DI FRONTE AL TRAUMA EPATICO**

- **TUMORI DELL'ILO EPATICO**

- **REINTERVENTI DOPO LAPAROALLOPLASTICA**

SESSIONE CONGIUNTA CON ISSE

- **LESIONI- IATROGENE IN CORSO DI ENDOSCOPIA**

- **SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI**

- **15 ANNI DOPO LA PROPOSTA DI LONGO**
Emorroidectomia versus emorroidopessi

- **FISTOLE PERIANALI COMPLESSE**
Diagnostica e trattamento

- **FERITE DIFFICILI**
Istruzioni per l'uso

- *SESSIONE CONGIUNTA CON SICADS*
DAY SURGERY e DRG:
Possibilità evolutive

- **FOCUS SU CA GASTRICO**

SESSIONE CONGIUNTA CON CLUB UEC

- **INNOVAZIONI NELLA CHIRURGIA TIROIDEA E PARATIROIDEA**
Dalla MIVAT - P alla robotica e dal ricovero ordinario alla day surgery

- **IL SISTEMA DI RECLUTAMENTO DEI DIRIGENTI NEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO**
Procedure concorsuali - progressioni di carriera, certificazione dei professionisti

- **CANCRO DELL'ESOFAGO (cervicale - toracico)**
chirurgia open, chirurgia mininvasiva, chirurgia robotica, trattamenti integrati

- **CHIRURGIA MININVASIVA: Cosa fanno gli "altri"?**
neurochirurghi, ORL, vascolari, ortopedici, veterinari

- **MELANOMA**

- **L'ADDOME OSTILE**

- **CA DEL RETTO**

· *CHEMIOIPERTERMIA*

· *OTTIMIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO MULTIMODALE*

· *IMAGING: RISONANZA MAGNETICA*

· *RADIO-CHEMIO NEOADIUVANTE: CHI NE HA VERAMENTE BISOGNO?*

· *LA MIGLIORE "TECNICA" OPERATORIA*

- **NUOVE TECNOLOGIE**
Sils e Notes

SESSIONE CONGIUNTA CON AOGOI

- **CANCRO DELL'OVAIO**
Oltre il terzo stadio

- **USO MULTIMEDIALE AVANZATO NELLE PRESENTAZIONI DI POWER POINT**

- **SOPRAVVIVERANNO LA FORMAZIONE E LA FIGURA DEL CHIRURGO GENERALE NEI NUOVI CONTESTI?**

SEDUTA CONGIUNTA CON SICOB

- **CHIRURGIA BARIATRICA**

- **ECOGRAFIA CHIRURGICA E BED-SIDE**
L'ecografo come il fonendoscopio?

- **"HO BISOGNO DI PARLARLE"**

La comunicazione dell'errore in chirurgia al paziente e alla famiglia

- **CHIRURGIA CONSERVATIVA DELLA MILZA NEL TRAUMA**

- **ERNIE**

Ma dove vanno i nostri plugs?

- **GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI**

- **IL DRG E LA "CHIRURGIA TECNOLOGICA"**
Chirurghi, industria, politica, cittadini

- **DIFFERENZE TRA IL MODELLO AMERICANO DOPO LA RIFORMA SANITARIA DI OBAMA ED IL MODELLO EUROPEO**

- **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**
a che punto siamo nel nostro paese

- **CHIRURGIE SPECIALISTICHE:**
CHIRURGIA PEDIATRICA
CHIRURGIA PLASTICA
CHIRURGIA TORACICA

- **SESSIONE INFERMIERISTICA**

Ricordo di Mauro Rossi

Conobbi Mauro quando fummo eletti nel consiglio della SIC. Conoscevo la sua fama di chirurgo ma non avevo mai avuto occasione di frequentarlo.

L'intesa tra persone spesso nasce da uno sguardo capace di trasmettere i pensieri e di lasciarli leggere a chi voglia guardarvi dentro. Per due anni ogni consiglio e prima e dopo di esso ogni viaggio in treno da e fino a Roma, si trasformò in un'occasione umana straordinaria. Tanti hanno ricordato la sua simpatia, la sua allegria, il suo (e ben ne avrebbe avuto al contrario ragione) non prendersi troppo sul serio; aveva il dono raro di essere consapevolmente umile per il grande rispetto che portava alla nostra professione. In quelle tante ore trascorse sugli Eurostar tra Roma e Firenze parlammo di tutto con un'intesa pressoché perfetta forse perché nata spontanea dal caso. Come ogni chirurgo che si rispetti, molto di lavoro ma non solo di questo. Discorremmo spesso io, più anziano, di figli e nipoti. Lui, più giovane, di figli e di progetti futuri.

Fu in quei momenti che conobbi l'Uomo di sensibilità profonda, di sentimenti forti e genuini, d'intelligenza finissima. Conobbi il suo cuore vedendolo commuoversi nel leggere una lettera a me indirizzata da uno dei miei figli e nel parlarmi dei suoi. Mi aveva confidato a suo modo i timori per la malattia quando ne venne operato. Non lasciò trasparire, né avrei mai potuto immaginare, ciò che ne è seguito.

Lo avevo visto l'ultima volta ad ottobre a Rimini e mi era parso il solito Mauro. Ho accolto la notizia della sua scomparsa con lo sgomento con cui si perde un Amico; lo rimpiango come una persona cui non era possibile non donare simpatia e concedere la propria fiducia. Spero che anche lui mi considerasse un Amico.

Domenico Garcea

Ciao Direttore!

È per me molto difficile scegliere fra le tante cose che vorrei dire sul conto del Dr. Rossi che per gli ultimi 11 anni è stato "il mio capo". Fra le varie parole che mi sono venute alla mente per definire chi è stato per me il Dr. Rossi quella che ritengo più indicata è quella di Mentore cioè di colui che, con più esperienza, guida e protegge quello con meno esperienza al fine di consentire a quest'ultimo di progredire e maturare. Ho conosciuto il Dr. Rossi a Padova nel 1992 mentre come specializzando frequentavo il reparto del Prof. Ancona dove Lui era il primo aiuto.

Già allora mi aveva affascinato per il fatto che, pur essendo un'autorità, non disdegnava certo di trattare tutti con simpatia e franchezza. Quando divenne Primario a Pisa mi chiese se, come specializzando, volevo andare con lui, ma in quella occasione gli risposi di no per le incertezze sulla mia possibile successiva sistemazione che, con molta chiarezza,

mi fece presente. Mi suggerì comunque di approfondire la mia conoscenza ed esperienza nella tracheobroncoscopia diagnostica e così feci. L'anno successivo le cose cambiarono e non appena ebbi un incarico lo richiamai per sapere se l'invito era sempre valido; lui rispose di sì e mi invitò a Pisa per parlarne a quattr'occhi; rimasi abbastanza traumatizzato dalla sede del reparto, dove per accedere alla sala operatoria c'era una tettoia di plastica da cui gocciolava l'acqua; lo studio del Dr. Rossi era in una stanza praticamente senza finestre con due scrivanie o meglio due



banchi uno per Lui ed uno per la segretaria. Nonostante ciò il suo modo di essere non era mutato e la solita franchezza e simpatia trasparivano intatte. Dopo pochi mesi, quando mi trasferii finalmente a Pisa, fui non poco sorpreso nel constatare che la tettoia aveva fatto posto ad una zona filtro per la sala operatoria, il vecchio studio era diventato lo spogliatoio degli infermieri ed il Dr. Rossi si era trasferito al primo piano dove era stata ricavata una segreteria con stanza riunioni ed un bello studio per Lui. Questi erano solo i preamboli della grande caparbietà ed intraprendenza che lo caratterizzavano.

Dopo un solo anno il reparto era divenuto Centro Regionale di Riferimento per la Diagnosi e la Terapia delle Malattie dell'Esophago; di lì a poco sarebbero iniziati i Corsi Residenziali di Chirurgia dell'Esophago da cui si passò in poco tempo alla nascita, sotto la Sua direzione, della Scuola speciale A.C.O.I. di Chirurgia dell'Esophago. Sempre attento alle sfide della tecnologia fu il primo in Italia ed uno dei primi al mondo ad eseguire una faringo-

laringo-esofagectomia mini-invasiva. La sua professionalità era apprezzata in tutto il mondo chirurgico italiano sia ospedaliero che universitario e tale apprezzamento lo ha portato a ricoprire ruoli di prestigio in seno alle società chirurgiche nazionali e ad essere sempre ricercato e consultato per consigli e pareri.

Nonostante tutte queste attività che vanno ad aggiungersi a quelle che lui riteneva le più importanti ovvero l'assistenza ai malati e l'attività operatoria, era sempre disponibile per le persone che si affacciavano alla sua porta, forse anche troppo, tanto che la sua segretaria brontolava per questo continuo andirivieni. Non che fosse un agnellino: molti si ricordano le sue sfuriate, ma alla fine il sereno tornava grazie anche ad un sorriso, una battuta o a una pacca sulla spalla da parte sua. Con noi medici e con gli infermieri è riuscito a creare un bellissimo gruppo anche attraverso occasioni di incontro al di fuori dell'attività lavorativa (memorabili le gare di torte, le partite di calcetto, le cene di Natale). Pur essendo un leader carismatico

è stato capace di consentire a tutti noi di sviluppare e valorizzare la propria professionalità spronandoci a fare, ad andare a corsi e congressi, sempre disponibile a consigliarci e ad aiutarci.

Anche la sua malattia è stata fonte di insegnamento per il modo discreto e dignitoso con cui l'ha vissuta, con la battuta sempre pronta e con il sorriso che compariva prima o poi durante ogni visita. Penso che la più grande testimonianza del suo valore come medico e come persona venga dalle moltissime telefonate, lettere e telegrammi che da quando è andato "nella stanza accanto" continuiamo a ricevere da parte di colleghi, amici ma soprattutto di pazienti.

Tutto quello che ho sin qui riportato e la voglia di prendere esempio da lui è il motivo per cui considero il Dr. Rossi il mio Mentore ed anche il motivo per cui avverto così tanto la sua mancanza anche se sono sicuro che prima o poi sentirò dirmi di nuovo "dai tosi che el soe magna le ore".

Stefano Santi

Come sono finito a Pisa

Era il 1998 ed io facevo fatica a sfogare il mio ardore chirurgico e le mie ambizioni in quel di Piacenza. Mio Padre, ex

Primario Chirurgo, su consiglio del Prof. Peracchia, mi disse che c'era a Pisa un giovane primario, molto in gamba, che si stava costruendo una nuova equipe e di provare ad andare a sentire che aria

tirava. Non mi promise niente ma accese in me la speranza e per i successivi 2 anni ogni 3/4 mesi lo andavo a trovare per sapere se c'erano evoluzioni. Mia moglie ricevette una telefonata nel 2000 ed io subito lo richiamai. "Se vuoi c'è un posto per te".

Era per me un momento difficile perché avevo 2 gemelli di 1 anno, avevano appena diagnosticato e operato mio padre della malattia per la quale da lì a un anno sarebbe morto e non avevo alcun riferimento a Pisa. Ma in meno di 3 mesi ero già là operativo. Era la mia occasione. Ma quali sono le cose che mi rimarranno dentro di lui? Ecco le più importanti e particolari:

- L'ho sempre chiamato "Capo", perché era quello che sentivo ed era quello che gli riconoscevo. I gradi non te li assegna nessuno ma si guadagnano sul campo.
- Esistono i bravi chirurghi e poi i fuoriclasse, Lui faceva parte di questi ultimi perché aveva mani e testa e questo generava in me una sana "invidia del talento". Non ti stancavi mai ad aiutarlo.

- Sia in laparoscopia che in laparotomia, nelle dissezioni più indaginose o quando facevi fatica a trovare il piano giusto e lo chiamavi per un aiuto, lui, trovato il piano giusto, con estrema facilità ed



in pochi secondi (facendoti arrabbiare perché io dicevo sempre “se la stessa manovra l’avevi fatta io avrei aperto tutto”) risolveva il problema. In laparotomia lo chiamavo “Deo adiuvante” e risolveva tutto.

- “Tieni saldo”, “ascolta bene” ...l’uso che faceva del rafforzativo ti faceva capire che non era un uomo di tante parole per cui dovevi far tesoro di quello che diceva.

- Nei momenti di difficoltà si rifugiava in sala operatoria e diceva “facciamo il mestiere”. Era chirurgo fino all’osso.

- Odiavo quando mi faceva un appunto in reparto o in sala operatoria, perché aveva quasi sempre ragione.

- Anche dopo ore di intervento aveva una cura del particolare mostruosa. I drenaggi, la chiusura, la cute e addirittura il modo di medicare... se non si fidava rimaneva lui sino al cerotto.

- Il grandissimo rispetto per i pazienti che erano anche clienti, nel senso che dovevi dimostrargli che avevano fatto bene a scegliere di venirsi a fare operare da noi. In questo aveva una visione manageriale avanti negli anni.

- L’atteggiamento verso le complicità. Psicologicamente la complicità non era ammissibile. Dovevamo andare a cercare la causa in qualche fattore esterno.

Questa era una sua forza derivata dalla

sicurezza acquisita di fare tutto nel migliore dei modi.

- L’applicazione della meritocrazia. Lui diceva sempre che assegnava le sale operatorie a chi aveva più pazienti in lista di attesa. L’appeal sui pazienti e le potenzialità di reclutamento erano le sue forme di giudizio.

- La visione. Lui vedeva il futuro per i superspecialisti chirurgici. E così ha orientato la nostra crescita. Tante volte abbiamo discusso e ci siamo confrontati su questo, perché ti dà tanto ma ti toglie anche tanto.

Personalmente, penso che questa scelta sia stata per me (alla luce del mio carattere e delle mie caratteristiche) una scelta vincente. Sicuramente nel presente, poi vedremo nel futuro.

- L’attenzione alla tua serenità. Quante volte mi diceva (in maniera critica) che non mi vedeva sereno e contento e questo non gli piaceva. Era un messaggio per dirmi “chiedimi di parlarne” perché dovevo essere io a chiederglielo.

Ci si chiariva sempre su tutto, o almeno su tutto quello che riguardava esclusivamente noi, più difficilmente su quello in cui erano coinvolti anche altri. In queste chiacchierate spesso mi spronava a porre grande attenzione anche alle richieste ed ai segnali della famiglia. Di questo lo

ringrazio perché non è un lato comune a molti capi.

- Sotto al baffo c’era sempre un sorriso pronto a esplodere. Appena arrivato c’era da organizzare la festa di fine anno. Proposi musica di accompagnamento e regalini a tema.

Tutti si vergognavano e dubitavano sull’apprezzamento del Dott. Rossi. Fini verso le 2 di notte con il capo che guidava karaoke e trenini. Un grande!

- Permettetemi un aneddoto stupido, ma da colonproctologo ho poi capito negli anni la sua valenza. I ragazzi che lo conoscevano da più di me mi dicevano sempre di non sottoporli problemi o di non contraddirli di mattina prima che fosse andato in bagno.

Ho sbagliato un po’ di volte e poi ho capito. Ho ottenuto molto di più!

Tanti altri sarebbero i ricordi ma in questo momento purtroppo è ancora più forte la rabbia per un destino che non ci ha permesso di completare il nostro progetto professionale e umano. In questo momento non so ancora bene quale sarà il mio futuro ma, se anche raggiungerò qualcosa, sarà comunque diverso da come sarebbe stato raggiungerlo insieme dopo tanti anni di sacrifici e di soddisfazioni. Ciao Capo.

Gabriele Naldini

Quella mattina in reparto

si respirava aria diversa. Arrivava in servizio il nuovo Direttore. Era l’ormai lontano 1997.

Una bella mattina di settembre, ancora calda, con l’agosto appena trascorso.

Si percepiva la sensazione dell’attesa per il nuovo, una sorta di trepidazione mista ad ansia per ciò che inevitabilmente sarebbe cambiato.

Iniziò così, con una riunione attorno al tavolo di un’aula universitaria, una pianta in bella mostra fatta arrivare per l’occasione, la nuova avventura con il dottor Mauro Rossi.

Quella stessa aula che negli anni successivi avrebbe visto in tante occasioni la sua brillante eloquenza, sapienza e saggezza esprimersi al meglio, nella volontà di trasferire le sue conoscenze a tutti noi e a coloro che hanno avuto l’onore di essere ospitati al suo tavolo operatorio e nel suo reparto per partecipare del suo modo di lavorare.

Noi tutti restavamo ammirati, investiti



dal piacere di osservare i movimenti decisi, mai frettolosi ma rapidi e sapienti delle sue mani, strumento insostituibile di lavoro.

Nei momenti di calma, durante tempi operatori routinari, usava raccontare fatti recenti o passati, estranei alla professione o strettamente legati ad essa: di come, per esempio, era approdato alla Chirurgia, dopo una iniziale carriera da architetto, conclusasi dopo breve tempo.

Altre volte raccontava una barzelletta, spesso in dialetto, lingua a lui molto cara, che entrava elegantemente a sovrastare gli altri idiomi presenti nella sala operatoria. Contò più di una volta le Regioni rappresentate dai vari dialetti: una mezza Italia era spesso presente nella sua sala operatoria.

A Lui che arrivava da Padova, fucina per secoli di "grandi Dottori", fu assegnato a Pisa un reparto chirurgico che aveva visto negli anni avvicinarsi diversi Direttori, l'ultimo dei quali era andato in pensione poco meno di quattro anni prima. L'edificio che ospitava il reparto era

una costruzione antica, antecedente alla fabbrica del Duomo e della Torre, nata come deposito di strumenti e materiali usati per la stessa fabbrica, trasformata nei secoli in stalle, poi lazzaretto, ricovero per poveri e disadattati, accoglienza per religiosi e pellegrini, infine incluso nei primi anni dell'800, all'interno degli "Spedali Riuniti di Santa Chiara di Pisa", risultava un edificio poco curato, inadatto ad ospitare le grandi potenzialità e capacità dell'uomo e del chirurgo chiamato ad operare al suo interno.

Ma non si perse d'animo: riportando a galla le sue aspirazioni e il suo pur breve trascorso da "architetto", cominciò a progettare i cambiamenti urgenti da apportare e diede inizio immediatamente ai lavori di ammodernamento dell'edificio per adattarlo alle esigenze di un moderno sistema di assistenza. Nei mesi successivi si aggirava spesso fra le stanze e i corridoi con metro e matita appuntando e misurando.

Poco prima del Natale di quell'anno, quasi tutto era stato fatto.

Cominciò finalmente a pieno ritmo il suo lavoro in sala operatoria, dove è rimasto sempre presente, per i successivi dodici anni.

A coloro che hanno avuto il grande onore di assisterlo, osservarlo, accompagnarlo in questi anni, ha trasmesso una grande eredità fatta di tanti piccoli gesti, di "trucchi del mestiere", di esperienza antica e di moderna scienza, tutto a disposizione di chi volesse apprendere l'Arte della Chirurgia.

Sono tornato alcuni giorni fa in quella sala operatoria, oramai vuota dopo il trasferimento nel nuovo ospedale; nel silenzio mi è parso di sentire riecheggiare le parole che ogni volta, nell'atto iniziale di incidere col bisturi, era solito ripetere: "...e via che andiamo..".

Biagio Solito

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Milano S.p.A. - Divisione Aesculap - Via Vincenzo da Seregno, 14 - 20161 Milano - Tel. (02) 66218 1 Fax servizio clienti (02) 66243 350
e.mail: info.bbitalia@bbraun.com - servizio.clienti@bbraun.com - web: www.bbBraun.com

Considerazioni sulla manovra economica del 31 maggio 2010

di **Carmine Gigli**

Presidente Nazionale FESMED

La manovra economica che il Governo ha attuato attraverso il D.L. 31 maggio 2010, n.78, contrariamente a quanto è stato sostenuto dal Ministro dell'Economia, arreca un grave danno al Servizio Sanitario Nazionale e colpisce con disparità ingiustificata le retribuzioni dei medici dipendenti, penalizzando quelli a reddito più basso. Il dimezzamento del numero di contratti di lavoro a tempo determinato, insieme alla drastica riduzione delle assunzioni a tempo indeterminato, porterà ad un drammatico impoverimento delle dotazioni organiche dei reparti ospedalieri. In molti casi, si verranno a creare le condizioni per non poter assolvere i compiti istituzionali, in condizioni di sicurezza, esponendo i medici ed il personale sanitario al rischio di commettere degli errori ed i pazienti al pericolo di restare vittime di tali errori. L'eventuale chiusura dei reparti i cui organici dovessero risultare insufficienti, andrebbe ad allungare ancor più le liste d'attesa ed in alcuni casi, a privare o quantomeno, a ridurre sensibilmente la possibilità di accedere ai LEA, essendo noto a tutti che in questo momento le strutture territoriali non sono pronte a dare risposte equivalenti a quelle dell'Ospedale. Il mancato rinnovo dei contratti a tempo determinato, oltre ad impoverire le dotazioni organiche, con le conseguenze di cui ho detto, danneggerà in maniera irreparabile la formazione dei giovani medici ed in particolare quelli delle specialità chirurgiche, il cui apprendistato richiede tempi particolarmente lunghi e non può comunque attuarsi al di fuori di un reparto operatorio. La già nota carenza di specialisti chirurgici, conseguente alla disaffezione da questa branca, a causa dell'elevato numero di contenzioni di cui soffrono molte specialità chirurgiche, dovrà registrare la perdita del posto di lavoro dei giovani chirurghi che erano stati assunti a tempo determinato, con l'interruzione della loro formazione e conseguente danno per tutta la comunità, oltre che per gli stessi colleghi, frustrati nelle loro aspettative professionali e di guadagno. Le decurtazioni stipendiali, insieme alla prospettiva di non poter percepire alcun aumento contrattuale nei prossimi anni, sommate anche al danno che deriverà dalla rateizzazione del trattamento di fine rapporto, indurranno molti medici a richiedere il pensionamento entro il 2010, facendo precipitare il precario equilibrio su cui si regge il S.S.N. e rendendo di irrimandabile attualità le problematiche che ho illustrato.

In questo quadro, che prevede un grande impegno da parte di chi resta in servizio, il Governo, invece di incentivare i medici che continueranno a lavorare, ha varato una manovra attraverso la quale le retribuzioni dei medici vengono colpite attraverso due modalità distinte. Direttamente, con il prelie-

vo forzoso dai redditi di importo superiore ai 90.000 euro (stipendi mensili superiori a 3.500 euro) e indirettamente, attraverso il blocco di ogni aumento di stipendio, compresi quelli previsti contrattualmente in conseguenza di una valutazione positiva dopo 5 e 15 anni di rapporto esclusivo. In tal modo, si andrà ad alterare la stessa struttura del trattamento economico previsto dai contratti di lavoro e si inciderà in maniera iniqua sugli stipendi dei dirigenti medici. Iniqua perché la retribuzione, escluso il trattamento accessorio, verrà penalizzata in maniera molto diversa a seconda del rapporto di lavoro, dell'incarico attribuito e dell'anzianità di servizio, come si può facilmente comprendere da questa serie di esempi.

Dirigente a rapporto esclusivo con incarico di struttura complessa; responsabile di dipartimento: dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, i trattamenti economici complessivi sono ridotti del 5 per cento per la parte eccedente l'importo di 90.000 euro e del 10 per cento per la parte eccedente 150.000 euro (Es.: dirigente con retribuzione complessiva annua di 120.000 euro). Costo della manovra: -1.500 euro/anno; -1,25% del trattamento economico fondamentale.

Dirigenti a rapporto esclusivo con incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000, che raggiungono i 15 anni di anzianità a rapporto di lavoro esclusivo: dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, dopo aver superata la verifica, non ricevono l'aumento previsto per l'indennità di esclusività di rapporto superiore a 15 anni. Costo della manovra: -3.689,59 euro/anno; -5,53% del trattamento economico fondamentale.

Dirigenti a rapporto esclusivo con anzianità < 5 anni, che raggiungono i 5 anni di anzianità: dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, dopo aver superata la verifica, non ricevono l'aumento previsto per il passaggio a dirigente con incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000. Costo della manovra: -12.470 euro/anno; -23,01% del trattamento economico fondamentale.

Dirigenti a rapporto esclusivo con incarico di struttura semplice o incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000. Costo della manovra: 0 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale.

Dirigenti a rapporto non esclusivo con incarico con incarico di struttura complessa, semplice e lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000.

Costo della manovra: 0 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale

Dirigenti a rapporto tempo definito ad esaurimento con incarico con incarico di struttura complessa, semplice e lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000.

Costo della manovra: 0 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale

Leggendo queste cifre è inevitabile chiedersi se si può considerare equo un provvedimento che incide sulle retribuzioni con delle percentuali che variano dallo 0% sino al 23%, del trattamento fondamentale.

Non dobbiamo dimenticare che, nella maggior parte dei casi, la perdita economica interessa dei dirigenti medici che operano nello stesso reparto, anche se con incarichi differenziati.

Sarà inevitabile che detti colleghi si sentano vittime di un'inspiegabile ingiustizia, perché colpisce maggiormente i dirigenti a rapporto di lavoro esclusivo con l'azienda e con i redditi più bassi. Se il Ministro dell'economia vuole che si possa credere alla sua parola quando parla di principi etici e solidaristici, posti alla base delle scelte economiche, è indispensabile che ponga dei correttivi alla manovra economica del Governo, affinché non si realizzino questi effetti che la manovra produrrà a danno dei cittadini e dei dirigenti medici con i redditi più bassi.

SANZIONI DISCIPLINARI

CENSURA SCRITTA FINO ALLA MULTA DA 200 A 500 EURO

Inosservanza:

- leggi, CCNL, direttive, disposizioni, assenze malattia, presenza in servizio, divieto di fumo, prevenz.infortuni
- Condotta scorretta
- Alterchi
- Negligenza (cartelle cliniche,referti)
- Mancata comunicazione rinvio giudizio
- Mancata astensione regali e utilità

SOSPENSIONE DAL SERVIZIO

Con privazione retribuzione fino a un massimo di 15 gg.

- mancata collaborazione,dichiarazioni false o reticenti a procedimento disciplinare

Con privazione retribuzione fino a un massimo di 3 mesi e senza retrib.risultato per 6 mesi

- mancato esercizio o decadenza azione disciplinare (omissione,ritardo s.c., valutazioni infondate)

Con privazione retribuzione da 3 gg. fino a un massimo di 3 mesi

- condanna della PA al risarcimento del danno da violazione del dirigente di norme ccnl, legislative,regolamentari, comportamentali

Con privazione retribuzione da 3 gg. fino a un massimo di 6 mesi

- Recidiva nel biennio o particolare gravità
- Minacce,ingiurie,calunnie,diffamazioni
- Alterchi con vie di fatto
- Manifestazioni offensive contro Azienda o terzi
- Tolleranza di irregolarità di servizio,atti di disciplina, contegno scorretto,abusi
- Assenza ingiustificata dal servizio o arbitrario abbandono
- Occultamento fatti e circostanze di illecito uso,manomissione,

distrazione o sottrazione somme o beni

- Mancato rispetto norme ALPI
- Omissione vigilanza,operatività e continuità assistenza
- Negligenza – omissione cartelle cliniche e referti
- Inosservanza obbligo certificazione malattia
- Comportamento negligente con danno aziendale o di terzi
- Comportamenti aggressivi,ostili e denigratori di dirigenti e dipendenti o molestie

LICENZIAMENTO CON PREAVVISO

- Assenza ingiustificata > 3 gg in biennio o di 7 gg in ultimi 10 anni
- Mancata ripresa servizio nei termini disposti
- Ingiustificato rifiuto del trasferimento per esigenze di servizio
- Recidiva plurima
- Mancato rispetto leggi, CCNL, regolamento ALPI

LICENZIAMENTO SENZA PREAVVISO

- Falsa attestazione marcatempo
- Certificazione medica falsa dell'assenza + RISARCIMENTO
- falsità documentale o dichiarative per assunzioni o Frogressioni
- Reiterazione sul lavoro di condotte aggressive o moleste o minacciose o ingiuriose o lesive onore e dignità altrui
- Condanna penale definitiva con interdizione pubblici uffici
- Gravi fatti illeciti di rilevanza penale
- Condanna anche non passata in giudicato (peculato – gravi delitti in servizio)
- Recidiva plurima atti o comportamenti aggressivi,ostili, denigratori,violenza morale,persecuzione psicologica, molestie

Ciascuno dei contraenti può recedere dal contratto prima della scadenza del termine, se il contratto è a tempo determinato, o senza preavviso, se il contratto è a tempo indeterminato, qualora si verifichi una causa che non consenta la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto.

licenziamento per giusta causa art. 2119 cc

ACOI giovani RASSEGNA STAMPA

di **Francesco Feroci, Elisa Lenzi e Gianluigi Luridiana**

Commissione ACOI Giovani

LA COLOGRAFIA TOMOGRAFICA COMPUTERIZZATA NELLA DIAGNOSI DI CANCRO DEL COLON-RETTO

Computed tomographic colonography in the diagnosis of colorectal cancer. M. Sabanli, A. Balasingam, W. Bailey, T. Eglinton, P. Hider and F. A. Frizelle. British Journal of Surgery 2010; 97: 1291-1294

I recenti progressi della tomografia computerizzata (TC) e della tecnologia hanno portato ad un rapido aumento dell'uso della colografia tomografica computerizzata (CTC) come alternativa alla colonoscopia e al clisma opaco per lo studio dei pazienti con sintomi riferibili a patologie del colon-retto.

I vantaggi della CTC includono un basso rischio di perforazione rispetto alla colonoscopia, un minimo disagio, l'assenza di necessità di una sedazione o di un ricovero. Lo scopo di questo studio è quello di valutare la sensibilità della CTC nella diagnosi del cancro del colon-retto e di confrontare questi risultati con quel-

li ottenuti in precedenza nelle valutazioni con clisma opaco e colonoscopia. Sono stati selezionati per lo studio 3.888 pazienti sottoposti a CTC in un periodo di 56 mesi (dal 1 gennaio 2004 all'1 settembre 2008) e sono stati individuati tutti i casi di cancro coloretale registrati nella banca dati del National Cancer Registry dall'1 gennaio 2004 all'1 dicembre 2008.

I pazienti affetti da cancro del colon-retto registrati sono stati 131, mentre una diagnosi di sospetto di cancro del colon-retto era stata posta in 123 pazienti che avevano eseguito la CTC.

Uno dei pazienti con tumore miscono-

sciuto alla CTC è stato escluso dallo studio (adenocarcinoma dell'appendice), rimanendo così 7 (5,3 %) i tumori non diagnosticati.

La localizzazione dei tumori non diagnosticati è stata rilevata dal referto dell'intervento chirurgico per consentire una revisione retrospettiva delle CTC da parte di due radiologi esperti, al fine di determinare perché questi tumori non siano stati diagnosticati. Le cause di errata diagnosi sono state divise in cause tecniche (fallimento della procedura CTC a causa di una insufficiente distensione del colon, l'acquisizione dei dati non ottimale, scarsa preparazione intestinale) e in errori diagnostici (lesione non identificata o erroneamente diagnosticata come lesione benigna). Le lesioni non diagnosticate si trovavano in 4 casi nel cieco, una nel colon ascendente, una nel colon trasverso e una nel giunto



rettosigmoideo.

In cinque pazienti la causa è stata attribuita alle limitazioni tecniche della CTC e in 2 casi si è trattato invece di un errore del radiologo.

Tra i sette pazienti falsi negativi solo 4 non erano stati inviati ad effettuare ulteriori approfondimenti diagnostici quindi le lesioni non diagnosticate dopo CTC sono state considerate 4 (3,1%).

Gli autori concludono che la sensibilità della CTC per il cancro del colon-retto è del 95% (intervallo di confidenza 89-98), quindi migliore di quella del clisma opaco a doppio contrasto (92%) e della colonscopia (94%).

Questo studio suggerisce che la CTC ha un ruolo primario nell'indagine dei sintomi del colon-retto, in particolare negli anziani e nei pazienti con co-morbilità

che possono ostacolare la colonscopia. I risultati possono inoltre essere migliorati attraverso l'utilizzo di hardware e software moderni, audit continui per individuare situazioni dubbie, in cui si raccomandano ulteriori indagini, l'uso di un mezzo di contrasto di consistenza simile alle feci e un processo di accreditamento per i radiologi che garantisca una sufficiente esperienza con tal metodica.

INFLUENZA DELLA RADIOCHEMIOTERAPIA PREOPERATORIA NEL TUMORE DEL RETTO SUL NUMERO DI LINFONODI REPERTATI

Influence of preoperative chemoradiotherapy on the number of lymph nodes retrieved in rectal cancer. Ha YH, Jeong SY, Lim SB et al Annals of Surgery: August 2010 - Volume 252 - Issue 2 - pp 336-340

L'obiettivo dello studio era quello di valutare il rapporto della radiochemioterapia preoperatoria con il numero di linfonodi repertati dall'anatomopatologo all'esame del pezzo operatorio negli interventi con intento curativo per il cancro del retto. Le attuali linee guida ritengono una resezione del retto oncologicamente

appropriata quando possono essere valutati almeno 12-14 linfonodi. Il numero di linfonodi esaminati dipende da però da numerosi fattori. Il trattamento radiochemioterapico preoperatorio (50,4 Gy frazionati e chemioterapia concomitante) è stato effettuato su 615 pazienti con cancro del retto local-

mente avanzato (T3 o T4 clinici).

Sono stati messi in relazione il numero dei linfonodi repertati, i dati demografici dei pazienti del gruppo di studio (età, sesso, indice di massa corporea [BMI]), il tipo di trattamento (il chirurgo, il risparmio dello sfintere anale, la radiochemioterapia preoperatoria) e le variabili tumore-correlate (localizzazione, stadio, istologia).

È stato quindi confrontato il numero medio di linfonodi ottenuto nei pazienti trattati con radio-chemioterapia preoperatoria e in quelli non trattati preoperatoriamente. L'analisi univariata ha dimostrato che l'età, il BMI, la radiochemioterapia preoperatoria, la localizzazione e lo stadio sono correlati in maniera statisticamente significativa al numero di linfonodi repertati, mentre l'analisi multivariata ha rilevato che l'età, il BMI, la radiochemioterapia preoperatoria e lo stadio sono fattori indipendenti che influenzano il numero di linfonodi repertati.

Il numero medio di linfonodi, corretto per età, BMI e stadio, era significativamente più basso nei pazienti trattati con radiochemioterapia preoperatoria rispetto a quelli operati senza radiochemioterapia preoperatoria (14,5 vs 21,5, $P < 0,001$). Il tasso di riduzione nel gruppo sottoposto a radiochemioterapia preoperatoria è stato del 32,6% (7/21.5).

Nei pazienti sottoposti a radiochemioterapia preoperatoria l'età avanzata ($p < 0,001$) ed un alto BMI ($p = 0,037$) sono stati associati alla riduzione del numero di linfonodi repertati.

Gli autori concludono che la radiochemioterapia preoperatoria diminuisce notevolmente il numero di linfonodi repertati all'esame istologico di circa il 33% rispetto ai pazienti non trattati, pertanto consigliano di adeguare il numero di linfonodi repertati per considerare un intervento oncologicamente corretto per i casi trattati con radiochemioterapia preoperatoria.





IL TIMING DELLA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA DOPO ECRP CON SFINTEROTOMIA: UNO STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE DI 308 PAZIENTI

Timing of elective laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy: a prospective observational study of 308 patients. Bostanci EB, Ercan M, Ozer I, Teke Z, Parlak E, Akoglu M. Langenbecks Arch Surg. 2010 Aug;395(6):661-6. Epub 2010 Jun 6.

Quale sia il timing più appropriato per eseguire la colecistectomia laparoscopica dopo una ERCP è un argomento da tempo dibattuto. In considerazione anche di lavori precedenti che evidenziano come la colecistectomia laparoscopica eseguita successivamente ad una ERCP sia gravata da un più alto tasso di conversione in tecnica open, gli autori si pongono l'obiettivo di valutare se le variazioni di questo intervallo temporale possano influire sulla frequenza di conversione e di complicanze.

Lo studio, retrospettivo, ha preso in esame 308 pazienti sottoposti ad ERCP a cui è seguita la colecistectomia laparoscopica. In base al tempo intercorso tra l'esecuzione delle due procedure, i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi: intervallo breve (due giorni o meno), intervallo medio (3-42 giorni) e intervallo lungo (da 43 giorni in poi).

I pazienti sono stati poi classificati sulla base dell'estrazione o meno, durante la ERCP, di calcoli.

Un'ulteriore suddivisione in due gruppi è stata condotta in relazione al numero di ERCP eseguite, se singola o multiple. Si è quindi proceduto al confronto tra i gruppi in termini di complicanze e di percentuale di conversione.

Tra le complicanze sono state considerate tutte quelle riconducibili all'intervento chirurgico, sia intraoperatorie (emorragia, lesione della via biliare principale, rottura della colecisti) che postoperatorie (emorragia, infezione della ferita, dolore addominale associato o meno a febbre, fistola biliare, problematiche cardiache). Considerati i 308 pazienti, in 43 casi (14%) si è resa necessaria la conversione dell'intervento in tecnica open.

Non è stata evidenziata una correlazione significativa tra l'appartenenza ad uno

dei tre gruppi classificati per intervallo temporale e la frequenza di conversione, come del resto non è stata evidenziata una differenza significativa tra i pazienti in cui era stata eseguita l'estrazione di calcoli contestualmente alla sfinterotomia endoscopica ed i restanti casi. La presenza di aderenze interessanti la colecisti, definite con uno score da 1 a 4, è risultata sovrapponibile nei tre gruppi.

Al contrario è stato dimostrato un maggior tasso di conversione ($p=0.026$) in quei pazienti che erano stati sottoposti ad ERCP multiple (18) rispetto a quelli che avevano eseguito una procedura singola (290).

Ed appare quest'ultimo l'unico dato certo emerso dallo studio.

Considerando poi che l'estrazione di calcoli non si è dimostrata un elemento significativo, lo studio suggerisce che sia l'ERCP stessa come procedura a rappresentare un fattore di rischio per la conversione della colecistectomia in tecnica open.

Mentre per quanto riguarda l'intervallo temporale, nonostante la discreta casistica e nonostante l'intento iniziale, lo studio non ha evidenziato un timing più favorevole degli altri per l'esecuzione della colecistectomia laparoscopica.

LINFECTOMIA ESTESA VS CHIRURGIA CONVENZIONALE PER CANCRO DEL RETTO: UNA META-ANALISI

Extended lymphadenectomy versus conventional surgery for rectal cancer: a meta-analysis. Georgiou P, Tan E, Gouvas N et al. Lancet Oncol 2009; 10:1053-62

Le metastasi dei linfonodi pelvici laterali sono presenti nel 10-25% dei pazienti con carcinoma del retto e la loro presenza è associata ad un tasso maggiore di recidive locali e ad una minore sopravvivenza. Questa metanalisi include studi pubblicati tra il 1984 ed il 2009 e compara la linfectomia estesa (LE) vs la resezione del retto standard (RS) con l'obiettivo di valutare il ruolo della LE nel tumore del retto. Sono stati inclusi 20 studi, di cui uno randomizzato, 3 prospettivi non randomizzati e 14

studi caso controllo retrospettivi, per un totale di 5502 pazienti.

La LE è stata eseguita in 2577 pazienti mentre la RS in 2925. Come endpoints sono stati considerati il decorso postoperatorio, la sopravvivenza a 5 anni ed il tasso di recidive locali.

La durata dell'intervento è stata significativamente maggiore per il gruppo delle LE (differenza di 76.7 minuti), in cui è stata registrata anche una maggiore perdita di sangue (differenza 536.5 ml).

Non vi è stata differenza tra i due gruppi per quanto riguarda la mortalità e la morbilità perioperatorie.

Le disfunzioni urinarie e sessuali nel maschio sono risultate più frequenti dopo LE (odds ratio [OR]: 3.70, $p = 0.0012$).

Non è stata registrata differenza significativa a cinque anni né in termini di overall survival (OR 1.09, $p = 0.62$), né in termini di sopravvivenza libera da malattia (OR 1.23, $p = 0.41$), né per quanto riguarda le recidive locali (OR 0.83, $p = 0.23$) o a distanza (OR 0.93, $p = 0.60$). Gli autori concludono che la LE non sembra garantire alcun beneficio di sopravvivenza ma è associata ad un tasso maggiore di disfunzioni urinarie e sessuali.



NEOPLASIE CISTICHE PANCREATICHE: IL RUOLO DELLA MORFOLOGIA DELLA CISTI E DELL'ANALISI DEL FLUIDO INTRACISTICO NEL MANAGEMENT TERAPEUTICO

Pancreatic cystic neoplasm: the role of cyst morphology, cyst fluid analysis, and expectant management. Leung KK, Ross WA, Evans D, et al. Ann Surg Oncol 2009;16:2818-24

Circa il 10-15% delle cisti pancreatiche risulta sede di neoplasia.

La diagnosi è spesso difficile ma grazie ai moderni sistemi di imaging ed alla analisi del fluido intracistico l'accuratezza è migliorata.

Questo studio retrospettivo include 79 pazienti che sono stati sottoposti ad eco-endoscopia (EUS) e ad aspirazione con ago sottile (FNA) del liquido intracistico.

Le caratteristiche della parete cistica sono state valutate con la Tomografia computerizzata, la Risonanza Magnetica o EUS. Di questi 79 pazienti, 29 avevano

cisti benigne mentre 50 erano maligne o considerate potenzialmente tali.

Alcune caratteristiche morfologiche, come lo spessore della parete o le vegetazioni intracistiche, sono state considerate fattori di rischio per la degenerazione maligna. Il dosaggio intracistico dei markers ha mostrato che il CEA era mediamente di 1.0 ng/ml per le cisti benigne vs 471.1 ng/ml per quelle maligne o potenzialmente tali ($p < 0.01$), mentre né la misurazione intracistica del CA19.9 né il dosaggio sierico dei suddetti markers (CEA, CA19.9) si sono rivelati efficaci nella diagnosi ($p = 0.2$). Inoltre la viscosità del

fluido intracistico nelle lesioni maligne o potenzialmente tali è risultata di gran lunga superiore rispetto alle cisti benigne ($p < 0.01$).

Dei 50 pazienti con cisti maligne o potenzialmente tali, 19 sono stati operati entro i 4-6 mesi, 12 non sono stati operati per comorbilità o per tumore giudicato non resecabile e 19 sono stati sottoposti a semplice sorveglianza.

In quest'ultimo gruppo, due pazienti sono stati operati a 13 e 30 mesi di distanza per cambiamenti morfologici delle cisti.

Tra i 29 pazienti con cisti benigne, 6 sono stati operati per sintomatologia compressiva senza trasformazione maligna.

Gli autori concludono che una parete spessa della cisti, vegetazioni intracistiche e significativi incrementi della viscosità e del CEA nel fluido intracistico, sono fattori predittivi di malignità della cisti.



La comunicazione in chirurgia: un'arte?

di Domitilla Foghetti

Se davvero la comunicazione può essere considerata un'arte, la maggior parte di noi potrebbe mettersi l'animo in pace, dopo aver confessato a se stesso di non essere nato né Raffaello né Picasso in questo campo.

Avremmo quindi trovato una giustificazione più che valida per rifuggire da ogni contatto con il paziente, a meno che non sia sotto anestesia, che non vada al di là della lettura della grafica o degli esami ematici.

In realtà, anche se sicuramente ci saranno alcuni di noi più votati alle relazioni interpersonali, più capaci o forse solo meglio disposti ad intrattenersi con i pazienti, nessuno può arrogarsi il diritto di esimersi dall'impegno della comunicazione. La stanchezza, la fretta, l'orario di ricevimento per i pazienti ed i familiari appeso fuori dallo studio (dalle 8.00 alle 8.30!), confuso spesso con quello per i rappresentanti, rendono quello che dovrebbe essere il momento più delicato e più prezioso del nostro lavoro, una formalità obbligatoria confinata ai ritagli di tempo. E se ci trovassimo in prima persona a dover subire una notizia che cambierà per sempre il nostro concetto di "vita" o di

"benessere"? Se fossimo noi seduti su un letto d'ospedale in attesa di un responso, di una decisione o semplicemente di una parola di conforto? Quanto desidereremmo parlare con calma e tranquillità in uno studio confortevole e non in una stanza a quattro letti, con i campanelli che suonano, gli operatori sanitari che riordinano, le telefonate che interrompono continuamente la conversazione? Quanto vorremmo riflettere sulle domande da porre, magari delicate e difficili da formulare, senza doverle condividere con i compagni di stanza o senza doverle gridare dietro ad un camice che spesso rapidamente prende la via della porta? Ma sì, forse è davvero un'arte la comunicazione, se tutto ciò sembra così scontato eppure così alieno alle nostre realtà ospedaliere. E l'arte è probabilmente quanto di più lontano possiamo immaginare, se pensiamo alla malattia. Allora facciamo un passo indietro. Abbiamo preso una decisione importante: diventare chirurghi. Direi quasi "essere chirurghi" perché questo lavoro, se così possiamo definirlo, connota talmente la nostra vita, da permearla in ogni momento ed in ogni situazione. Perché la chirurgia? Per la storica e innegabile sensazione

di onnipotenza che ne deriva?

Per la fisica capacità di estirpare la malattia? Per la possibilità di scoperta e ammirazione della perfezione della macchina umana? O perché ci consente di curare delle persone? Cosa mettiamo al centro della nostra giornata, la sala operatoria o il paziente? Questa forse è l'unica domanda che dovremmo davvero porci.

Certo sarebbe impossibile e autodistruttivo vivere empaticamente ogni storia, ogni realtà, ogni decorso, ma immedesimarci più spesso in chi ci sta di fronte, entrare qualche volta anche noi in quel "pigiamma", sicuramente non può farci male. Ripartiamo quindi dal paziente.

Fa sorridere la frase spesso ripetuta soprattutto dai soggetti più anziani: "Dottore, come sto oggi"? Quasi non contasse più la reale sensazione fisica, surclassata da un'attestazione





Michael Balint

NON ESISTE UNA FORMULA IDEALE PER L'INTERAZIONE MEDICO-PAZIENTE, MA CI SONO ALCUNE RIFLESSIONI E ALCUNI PRINCIPI GUIDA CHE CI CONSENTIREBBERO DI MIGLIORARE IL NOSTRO COMPORTAMENTO E SOPRATTUTTO DI COMPRENDERE LO STATO D'ANIMO ALTRUI

di miglioramento, da un giudizio esterno che ha il potere di farli "sentire meglio". Non esiste una formula ideale per l'interazione medico-paziente, ma ci sono alcune riflessioni e alcuni principi guida che ci consentirebbero di migliorare il nostro comportamento e soprattutto di comprendere lo stato d'animo altrui. Se l'assenza di comunicazione è forse la principale carenza che viene imputata ai medici, dobbiamo essere consapevoli anche dei rischi di fraintendimento che comporta una comunicazione frettolosa o distratta.

La comunicazione è ormai un aspetto fondamentale dell'attività medica e naturalmente non solo nei confronti del paziente, ma anche dei colleghi, dei familiari e dei collaboratori. Ai fini di una relazione proficua non è possibile utilizzare modalità istintive

o dettate solo dalla propria organizzazione di personalità. La comunicazione si può quindi trasformare da arte in scienza e come tale può essere studiata e appresa da tutti.

Già negli anni '50 Michael Balint affrontava in maniera sistematica le problematiche relazionali della comunicazione tra medico e paziente, dando vita a gruppi di formazione che a tutt'oggi discutono l'argomento.

Alla base delle sue teorie si trova il concetto di partecipazione attiva del paziente, resa possibile solo da un'adeguata informazione da parte del medico. Qui trovano fondamento anche la consapevolezza di malattia, l'accettazione e la compliance alle terapie in seguito ad un vero e non solo cartaceo, "consenso informato".

i 10 NON della comunicazione al paziente chirurgico:

- 1** Non cominciare un discorso se non ci sarà il tempo di portarlo a termine;
- 2** Non comunicare diagnosi e non richiedere il consenso nella stanza di degenza, in presenza di altri pazienti;
- 3** Non consentire interruzioni alla conversazione (telefonate, colleghi, infermieri...);
- 4** Non restare in piedi accanto al paziente seduto o allettato, mettersi sullo stesso piano per evitare atteggiamenti che incutano soggezione;
- 5** Non utilizzare una terminologia troppo tecnica;
- 6** Non evitare lo sguardo del paziente e favorire anche il contatto fisico (dal contatto con le mani o dall'appoggiare una mano sulla spalla, deriva un senso di complicità e fiducia);
- 7** Non tralasciare di descrivere eventuali possibilità diagnostiche o terapeutiche alternative;
- 8** Non tralasciare parole di conforto ed incoraggiamento;
- 9** Non terminare il colloquio senza accertarsi che il paziente abbia ben compreso il nostro messaggio;
- 10** Non mettere fretta alle decisioni del paziente, prevedere eventualmente un secondo colloquio a breve termine.

MICHAEL BALINT

(Budapest 1896 – Bristol 1970)
psicoanalista ungherese

Uno dei motivi della sua celebrità è l'invenzione di una specifica tecnica di formazione, poi denominata "Gruppo Balint", attraverso la quale si proponeva di migliorare le capacità dei medici di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico.

Balint e sua moglie, per oltre 5 anni, lavorarono con gruppi composti da 8-10 medici, basandosi su due ipotesi principali:

- il medico è il farmaco principale del paziente,
- nel rapporto tra paziente e medico si possono produrre sofferenze ed irritazioni inutili.

Secondo Balint, un incontro tra colleghi durante la propria attività, poteva favorire sia un momento di condivisione dell'esperienza, sia un sostegno psicologico reciproco.

Gli operatori socio sanitari (medici, infermieri, educatori), specialmente i medici, fanno riferimento, nell'espletamento della loro professione, ad un modello tradizionalmente basato sull'esame obiettivo di un paziente che raramente viene coinvolto in una collaborazione attiva sia nel momento diagnostico che in quello terapeutico.

Questa modalità, mutuata dalla preparazione universitaria e indispensabile in situazioni di emergenza, specie chirurgica, va integrata con l'attenzione alla dimensione relazionale.

Il contenuto fondamentale della formazione si può sin-

tezzare nell'aiutare il medico a diventare consapevole dell'interazione affettiva esistente tra lui e il paziente, per giungere alla comprensione globale dello stesso, comprendendone anche le eventuali difficoltà emotive presentate attraverso i sintomi fisici.

L'essenza di questa formazione non si troverà nei libri, per quanto eccellenti e pratici. Va acquisita sul terreno.

La ricerca, nata e sviluppata dai presupposti e dalle conoscenze della psicologia analitica, ha preso corpo a sé stante approfondendo lo studio clinico dell'interazione tra chi è portatore di una qualsivoglia sofferenza e chi è deputato a prestare aiuto.

La formazione mediante la tecnica dei "Gruppi Balint" consiste nel frequentare attivamente un gruppo composto da 8/12 medici e condotto da uno psicoanalista. In ogni sessione di lavoro viene presentata, da uno dei medici partecipanti, una situazione clinica della quale il medico stesso sia stato protagonista con il suo paziente. Dopo il racconto del medico, ciascuno dei partecipanti esprime al gruppo ciò che a suo parere ha avuto luogo, a livello relazionale, fra il medico e il suo paziente. Gli echi dei gruppi Balint si fecero sentire, specialmente tra gli anni '60 e '80 in buona parte d'Europa. Sono state fondate associazioni nazionali, raccolte entro una federazione, l'International Balint Federation. L'AMIGB (Associazione Medica Italiana Gruppi Balint), tuttora attiva in Italia, è stata sin da principio fra le quattro associazioni nazionali che hanno dato luogo al primo nucleo dell'IBF, ormai giunto a contare più di quindici associazioni nazionali federate.

MICROFRANCE®
Medtronic



nuova Johann
bipolare



Distributore Esclusivo per l'Italia
Centro Assistenza Tecnica

S.C.S. International srl.
Viale Pio VII 50 - 16148 Genova
Tel. 010.399.3698 - Fax 010.382.357
info@scsisola.com - www.scsisola.com



AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

The most versatile and complete family
of circular stapling products designed
to improve clinical performance.

Easily. Without compromise.



contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]

