

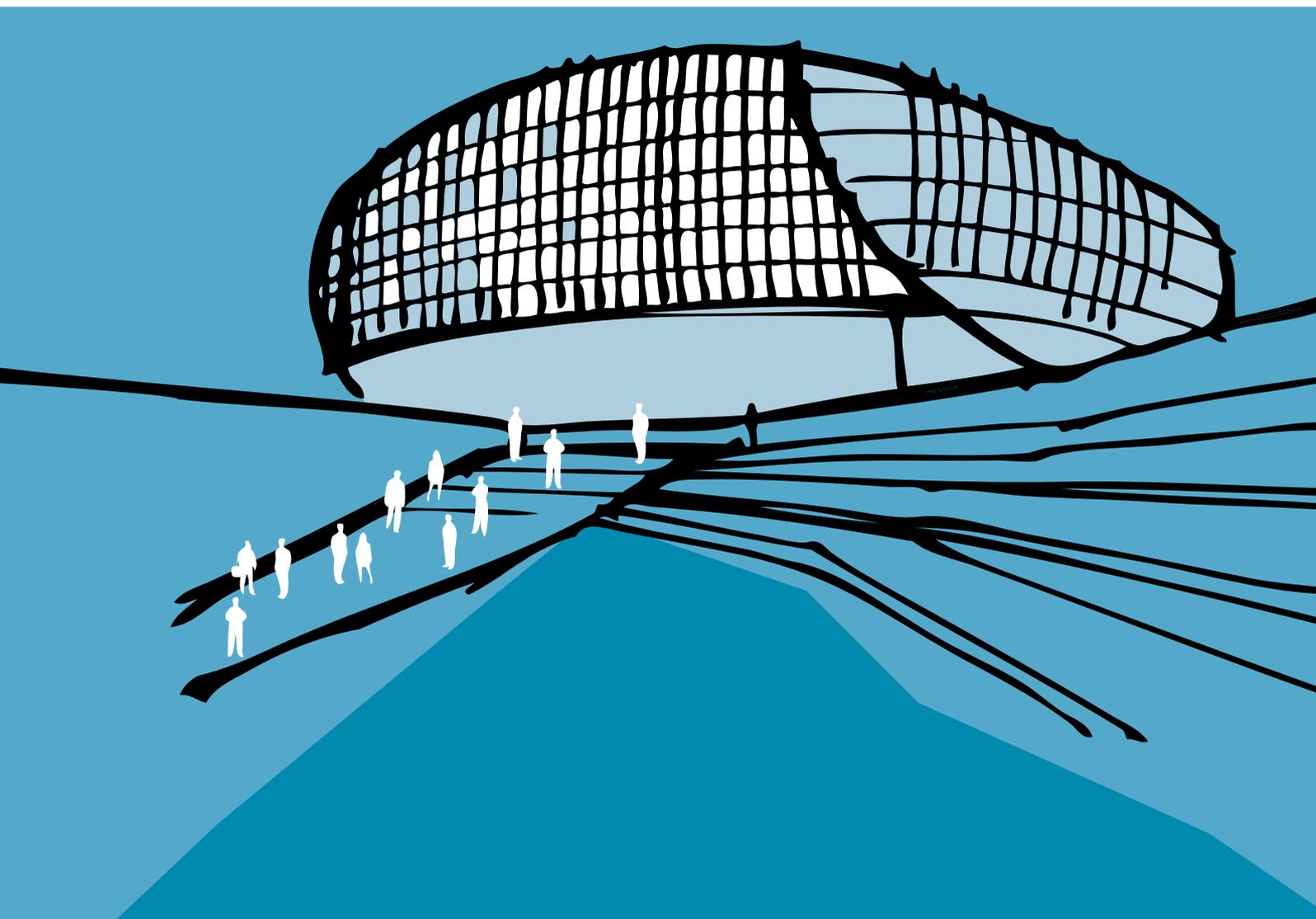


accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



n. 26 - APRILE-GIUGNO 2012



**Il nuovo Consiglio
Direttivo SIC**
I CANDIDATI

Il fine vita
DISCUTIAMONE

Roma
23-27 settembre 2012

Auditorium
Parco della Musica

**Unità e valore
della chirurgia italiana**

1° CONGRESSO NAZIONALE



n. 26 aprile-giugno 2012
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani
Supplemento n. 2 a:
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 4 - 2011

Direttore responsabile
Claudio Modiano

Direttore Editoriale
Rodolfo Vincenti
rodolfovincenti@hotmail.com

Vice-Direttore Editoriale
Domitilla Foghetti
domitilla.foghetti@gmail.com

Segretario di redazione
Vito Pende
pende@libero.it

Redazione
Valeria Maglione
valeriamaglione@ospedale.al.it

Gianluigi Luridiana
gluridiana@gmail.com

Domenico Capizzi
domenicocapizzi@hotmail.it

Antonia Rizzuto
antoniarizzuto@libero.it

Francesco Feroci
fferoci@yahoo.it

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Luigi Presenti

Past-President
Rodolfo Vincenti

Presidente Onorario
Gianluigi Melotti

Vicepresidenti
Mauro Longoni - Diego Piazza

Consiglieri
Ferdinando Agresta - Paolo De Paolis
Pierluigi Marini - Tommaso Pellegrino
Micaela Piccoli

Segretario
Stefano Bartoli

Tesoriere
Gianbattista Catalini

Segretari Vicari
Luca Bottero - Vincenzo Bottino
Francesco Nardacchione - 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 1 agosto 2012

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

www.acoi.it

03
L'Editoriale
di Luigi Presenti

04
ACOInews, il futuro
di Rodolfo Vincenti

05-09
Parliamo di fine vita
Intervista a Paolo Cornaglia Ferraris
di Rodolfo Vincenti

Le altre autorevoli voci
La complessità
della pratica clinica
con pazienti inguaribili
di don Vittoradolfo Tambone

Il "fine vita"
e il principio di autonomia
di Massimo Reichlin

Le Dichiarazioni Anticipate
di Trattamento (DAT)
di Ignazio Marino

10
La conciliazione in sanità
Intervista a Giulio Corsini - 2° parte
di Vito Pende

12
**22° Congresso
di Videochirurgia**
di Gianluigi Luridiana

13
**Il Congresso
dei Chirurghi Italiani**
di Rodolfo Vincenti

14
Un sogno che diventa realtà
Unità e valore della Chirurgia Italiana
di Micaela Piccoli

16
**Il nuovo
Consiglio Direttivo SIC**
I candidati

21
**Quando la qualità viene
premiata**
Ambiti riconoscimenti!
di Rodolfo Vincenti

22
**Nascono videoteca.acoi.it
e acoi.tv**
di Graziano Pernazza

23
**Laparoscopic approach
to acute abdomen**
Recensione Consensus
di Vincenzo Bottino

24
**La nuova disciplina FESMED
per i conflitti con le aziende**
di Carmine Gigli

25
**Nuovi obblighi in tema
di polizze professionali,
ECM e compensi**
di Carmine Gigli

26
Il Presidente è donna!
Intervista a Giovanna Iola, nominata
Presidente dell'Associazione Campana
Giovani Chirurghi
A cura della Redazione

28
Rassegna stampa
A cura di Gianluigi Luridiana, Elisa Lenzi,
Alessia Garzi, Andrea Vannucchi

30
In ricordo di...
Lamberto Boffi
di Eugenio Santoro
Gian Cesare Bressan
di Mario Giordani

31
**Web 2.0 e Social Media
in medicina**
di Eugenio Santoro

Negli ultimi mesi gli interventi sulla nostra Sanità sono stati intensi e il dibattito che si è aperto ha coinvolto politici di ogni estrazione, sindacati, associazioni professionali, società scientifiche. Andiamo in ordine. Dopo molti anni di elaborazione, il disegno di legge sul governo clinico è stato licenziato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. Il testo contiene alcuni elementi di novità che sono stati apprezzati dal mondo medico, ma fortemente avversati dalle Regioni. Il principio di autonomia e responsabilità, che rappresenta la linea guida principale della professione medica, l'individuazione di una terna di candidati per le nomine a direttore

“ **LA NOSTRA SPERANZA È CHE, ANCHE NELLA FORMA DI DECRETO LEGGE, POSSANO ESSERE EMANATE MISURE NORMATIVE CHE REGOLAMENTINO ASPETTI FONDAMENTALI DELLA NOSTRA SANITÀ**

di struttura complessa, il ruolo del collegio di direzione all'interno delle strutture sanitarie, sono interventi che possono cambiare in maniera sostanziale i rapporti tra classe medica e classe politica. L'opposizione delle regioni a questi principi rappresenta certamente un tentativo di ostacolare un cambiamento auspicato da tutta la classe medica e che nel disegno di legge prendeva in qualche modo una forma. La situazione politica generale non fa prevedere nel prossimo futuro una rapida conversione di questo decreto legge in legge dello Stato. Resta il fatto che i provvedimenti legislativi sulla Sanità debbano necessariamente

accompagnare ogni provvedimento di taglio alla spesa. L'attesa per il decreto del Ministro Balduzzi, nonché l'attesa per la stesura del Patto per la salute, che, ad oggi (22 luglio), sono ancora allo stato di indiscrezioni e parziali, sotterranee anticipazioni, rende ancora più aleatoria l'idea che questo Governo stia intervenendo sulla Sanità in maniera organica e che i provvedimenti non si limitino ad una semplice riduzione della spesa, che porterà a inevitabili conseguenze sull'erogazione dei servizi. La nostra speranza è che, anche nella forma di decreto legge, possano essere emanate misure normative che regolamentino aspetti fondamentali della nostra sanità, come il contenzioso medico-legale, il quadro nazionale sulle assicurazioni, la libera professione intramoenia, la responsabilità del medico correlata alla politica sanitaria, temi su cui è imprescindibile la collaborazione con la classe medica al fine di trovare soluzioni programmatiche nell'ambito di una crisi che sembra senza sbocchi. Anche le società scientifiche, che rappresentano la parte più consapevole del mondo professionale, dovranno affiancare le organizzazioni sindacali dei medici nell'elaborazione di piani e di programmi finalizzati al rinnovamento della Sanità nazionale e continuare a svolgere un ruolo propositivo come hanno fatto in questi ultimi mesi. Al di là delle reazioni emotive che può suscitare la lettura del testo del decreto sulla “spending review”, al di là delle posizioni ideologiche di cui abbiamo letto in queste ultime settimane e al di là delle apocalittiche dichiarazioni sulla fine del sistema sanitario pubblico, ritengo doveroso fare alcune considerazioni. L'intervento sulla Sanità è pesante: la riduzione drastica dei posti letto dal 4.2 al 3.7 per mille abitanti, la conseguente cancellazione di strutture ospedaliere con il pensionamento forzoso o la mobilità di personale, la riduzione della



quota di spesa per dispositivi medici al 4.8%, dall'attuale 7%, la riduzione del ricorso a prestazioni private in convenzione, sono provvedimenti che inevitabilmente porteranno ad una contrazione dei servizi per i cittadini. È singolare che il Ministro Balduzzi, nella sua intervista alla Stampa, e poi il Ministro dell'Economia Grilli, dichiarino esattamente il contrario. È irresponsabile in questo momento annunciare ai cittadini che tutto si ridurrà ad una “razionalizzazione” della spesa. L'esperienza ci insegna che un sistema sanitario ad altissimi costi fissi non può riformarsi in quattro o cinque mesi senza intervenire pesantemente su ciò che concerne la qualità delle prestazioni, la sicurezza delle cure, l'accessibilità e l'equità.

Abbiamo sotto gli occhi esempi di Regioni che, avendo da tempo affrontato un tentativo di riorganizzazione del sistema regionale, realizzato senza il contributo delle categorie professionali, hanno sostanzialmente fallito. Siamo tutti consapevoli che, come tanti altri settori, la Sanità debba partecipare al risanamento finanziario del Paese, ma i sacrifici ci saranno e saranno per i cittadini, destinatari primi dei servizi erogati. Gli operatori sanitari non possono essere lasciati soli ad affrontare le inevitabili rimostranze dei pazienti. **Chiediamo con forza sempre maggiore di essere coinvolti a tutti i livelli nelle decisioni che riguardano il sistema di cui siamo i massimi protagonisti.**

ACOInews, il futuro

di Rodolfo Vincenti

Ho ripreso da quest'anno, con molto piacere e entusiasmo, la direzione di ACOInews. Il magazine vuole essere la Voce di ACOI ed ha l'ambizione di essere diffuso nella tiratura massima possibile raggiungendo tutti gli shateholders della Sanità: non solo i nostri soci, ma anche le Amministrazioni Aziendali, gli Assessorati alla Sanità, le Commissioni Parlamentari e, in più, tutti i colleghi chirurghi d'Italia. Esso conterrà non solo ampi resoconti delle attività della nostra associazione, ma anche dibattiti su tematiche generali riguardanti la Salute e il mondo della Chirurgia, con il coinvolgimento di prestigiose figure

di livello nazionale. Per ottenere ciò si dovrà in parte modificare la nostra attuale organizzazione, mantenendo i costi di esercizio non solo invariati, ma addirittura ridotti di circa il 30%. Il CD sta valutando l'ipotesi (che vedo con estremo interesse), di abbandonare la partnership con Ospedali d'Italia – Chirurgia che sembra avere un appeal molto scarso associato a costo elevato. Ciò potrebbe avvenire soprattutto per la recente iniziativa della Videoteca ACOI in quanto il lavoro realizzato da TiGi Congress al Congresso di Conegliano ha portato i suoi frutti. Abbiamo la quasi totalità dei filmati proiettati in sede congressuale registrati e commentati.

Abstract Open Solution sta realizzando un sistema per l'upload dei filmati in massa e per la loro indicizzazione. Uno schema che si potrà replicare anche nelle prossime eventuali edizioni del congresso di videochirurgia. In tal modo i soci ACOI continueranno ad usufruire di un qualificato servizio con a disposizione un maggior numero di filmati rispetto a quelli presenti finora sui cd di Ospedali d'Italia – Chirurgia. Il progetto porterà ad una tiratura di 20.000 copie che, per un foglio di Associazione, risulterebbero essere un grande successo. Spero che il progetto possa andare in porto con l'impegno di tutti.



Parliamo del fine vita

Intervista a Paolo Cornaglia Ferraris

di Rodolfo Vincenti

Paolo Cornaglia Ferraris è stato dirigente all'Ospedale Gaslini di Genova per vent'anni e ha lavorato per tre anni nella ricerca farmacologica in USA. Autore di numerosi saggi sulla Sanità italiana, ha fondato nel 2000 la ONLUS Camici & Pigiami e aperto nel 2003 un ambulatorio gratuito per bambini clandestini nei vicoli della vecchia Genova. Da anni è editorialista del quotidiano La Repubblica per il quale cura la rubrica "Camici e Pigiami" nell'inserto Salute. Attualmente è Direttore Scientifico della Fondazione "Tender to Nave Italia" ONLUS, dedicata alla qualità di vita delle persone con disagio fisico, psichico, familiare o sociale. In occasione della recente pubblicazione del suo ultimo libro "Accanimento di Stato" abbiamo voluto porgli alcune domande.

Il suo nuovo saggio "Accanimento di Stato" ha un sottotitolo espressivo e dirompente: "Perché in Italia oggi è difficile perfino morire". Una vera e propria denuncia. Quali sono le motivazioni che l'hanno indotta a inserirlo?

Proviamo a ragionare su storie concrete: Mario è un figlio unico, ha un lavoro precario, assiste i due genitori ultrasessantenni, uno dei quali malato terminale (vive cioè i suoi ultimi 90 giorni di vita). Come lo aiuta il nostro SSN?

Col 118 e il Pronto soccorso. Una risposta a quei bisogni non solo inadeguata, ma addirittura demenziale, anche solo dal punto di vista dello spreco di risorse. Ma non basta! Vista la legge passata alla Camera, il SSN obbligherà anche i medici ad alimentare e idratare quel paziente, seppure avesse chiaramente manifestato volontà contraria. Mi pare che basti a motivare non solo me, ma tutti i colleghi, a far sentire forte la nostra voce, ciascuno come e dove sia possibile.

Sono ormai anni che la legge che dovrebbe regolamentare la dichiarazione



anticipata di volontà giace nel complesso iter parlamentare (approvata alla Camera, ma non ancora al Senato). Tra le numerose critiche c'è quella che non rispetti la volontà del malato e forse nemmeno la dignità dell'uomo.

Lei cosa ne pensa?

Sia chiaro: il rispetto della dignità non è al centro del sistema e con la nuova legge alla dignità della persona malata si da una pedata finale.

Sino ad oggi, infatti, i medici decidono di testa propria e ascoltano poco pazienti e familiari. Solo negli Hospice si comincia, finalmente, a ribaltare questa realtà che è prima di tutto culturale. I medici degli hospice stanno imparando a cedere parte del proprio potere e ad ascoltare più a lungo e con maggiore pazienza chi vive emozioni forti e non può essere bollato come nevrotico o ansioso.

La volontà di pazienti e familiari è per i medici ospedalieri un "sine cura" nella realtà del ricovero. Non parlo solo di desiderio da condannato a morte di

fumare l'ultima sigaretta o mangiare le vongole, parlo del diritto di non dover assumere medicine poco efficaci, subire fastidi per controlli inutili, affrontare solitudini estreme per rispettare orari e turni ospedalieri.

Nella esperienza del chirurgo, frequentemente si incontrano malati per i quali nulla più si può intendere di terapeutico e che di fatto, pur avendo la necessità di cure alla persona,

**SINO AD OGGI,
INFATTI, I MEDICI
DECIDONO DI TESTA
PROPRIA E ASCOLTANO
POCO PAZIENTI
E FAMILIARI**

queste vengono “abbandonate” alle cure parentali. Possono gli hospice accogliere e accudire i malati terminali e, se sì, qual è la situazione in Italia?

In Italia la situazione è discreta grazie ad un numero di hospice adeguato. Non è adeguata però la formazione del personale e il sistema di prevenzione del burn out, ma soprattutto gli hospice non funzionano insieme alla rete territoriale dei servizi, a cominciare dal medico di medicina generale. Anche i chirurghi ospedalieri devono imparare il significato di scelte chirurgiche che alleviano sintomi e migliorano la qualità della vita. Lo stato di “terminale” non giustifica atteggiamenti chirurgici alla Ponzio Pilato. Chi non guarisce va curato al meglio sempre e chi cura siamo noi, un gruppo articolato fatto da medici, infermieri, parenti, amici. A ciascuno il proprio ruolo perché oggi l'ultimo letto tocca a lui, ma domani a noi. Solo in rete tra hospice, ospedali e territorio, ma anche in condominio e in parrocchia o nella moschea, si costruisce la risposta civile al problema di un'Italia di vecchi, badanti extra comunitarie e tanta gente senza lavoro o con lavoro precario.

L'accusa che viene posta alla medicina è quella di curare la malattia e, quando ciò non è più possibile, di non prendersi cura del malato. Che cosa intende per “accanimento terapeutico” e perché lo definisce “di Stato”?

Senza pensare necessariamente agli estremi, guardiamo cosa succede nei reparti ospedalieri dove si muore di più. Battaglie perse sono combattute con farmaci inutili ed esami che non servono a nulla. Si sprecano tempo e denaro a vantaggio dei DRG, negando al malato il tempo per vivere giornate migliori. Perché?

Certo, i primi a chiedere di sopravvivere sono i pazienti, chiedono l'impossibile e si accontentano dell'improbabile, ma se fosse chiarito loro che possono avere alternative alla chemioterapia di terza linea, per esempio, avrebbero capacità di discernimento maggiore. Invece noi



“ L'ACCANIMENTO È DI STATO PERCHÉ LO STATO OBBLIGHERÀ NOI MEDICI A PRESCRIVERE IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE ANCHE QUANDO IL PAZIENTE NON VUOLE

medici alimentiamo speranze irrealistiche per non affrontare un tabù che si chiama “morte naturale”, che continuiamo a vivere come fallimento del nostro operato. Non è così.

La morte naturale esisterà sempre e dobbiamo affrontarla secondo scienza e coscienza col miglior sollievo di sintomi e situazioni peggiori.

L'Accanimento è di Stato perché lo Stato obbligherà noi medici a prescrivere idratazione e alimentazione anche quando il paziente non vuole. Chi non lo farà

andrà sotto processo e rischierà un'imputazione per omicidio volontario. Grottesco!

Ci faranno diventare colleghi di camorristi e mafiosi con lupara. Questa è la legge votata alla Camera con gli emendamenti Binetti e Giovanardi. Per inserirli hanno usato un artificio: affermando che non si tratta di terapie mediche, l'obbligo di legge non è contrario al rispetto dei diritti umani. Ci facciamo ridere dietro!

Che cosa pensa si debba fare per garantire una “umana” assistenza terminale?

Organizzarsi soprattutto tra domicilio e hospice, con l'aiuto di servizi ospedalieri quando necessario, muovendosi all'interno di reti solidali e professionali. È l'unica risposta possibile.

Mi chiedo se sia possibile (e giusto) regolamentare per legge l'azione del medico in situazioni che, quasi per definizione, non sono ripetibili e compatibili con una univocità di comportamenti?

Non è giusto. Il medico curante che sa fare il proprio dovere non ha bisogno di regole imposte da parlamentari tra i quali si sono manifestati molti esempi di qualificazione modesta e moralità discutibile, ma di rispondere al proprio codice etico. Sappiamo noi e la nostra coscienza di medici curanti se, quando e quanto scegliere tra farmaci, liquidi, alimenti. Sappiamo interpretare le disposizioni anticipate del

paziente e rispettarne volontà e dignità.

Non decidiamo da soli e ascoltiamo sempre il nostro paziente, curando la relazione con lui e i suoi familiari.

La cura è prima di tutto relazione. Asimmetrica, certo, perché noi medici abbiamo il potere maggiore e sempre lo avremo, ma proprio per questa consapevolezza dobbiamo cederne una parte quando assistiamo chi non guarisce.

Anche se pretendesse di curarsi col siero di capra o il veleno di scorpione. Idiozie ovviamente, ma non lo sono anche i portafortuna ed altri amuleti?

LE ALTRE AUTOREVOLI VOCI

La complessità della pratica clinica con pazienti inguaribili

di don Vittoradolfo Tambone

Direttore Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST) - Università Campus Biomedico di Roma

La situazione attuale di aumento della attesa di vita, grazie anche al miglioramento di interventi salva-vita soprattutto in ambito cardiovascolare, vuol dire d'altra parte una sopravvivenza necessariamente gravata da malattie cronic-degenerative e da disabilità di diversa natura fino alla demenza in tutte le sue fasi. Questo quadro, che fa paura, nel mondo occidentale è definito la cosiddetta "Sindrome di Titone": come nel famoso mito, ciò che sembrava essere un dono di Zeus, l'immortalità, si è di fatto rivelato come crudele maledizione ad invecchiare sempre di più, così l'efficacia della medicina sembra comportare un infinito decadere e invecchiare. Davanti a questa realtà però, probabilmente, la via giusta da seguire non è il rifiuto dei progressi medico/scientifici e di una maggiore sopravvivenza, ma un ulteriore sforzo per affrontare questa nuova configurazione a diversi livelli senza disperare di essere in grado di migliorare la qualità di vita di tutti fino a morte naturale.

Per brevità presento di seguito schematicamente gli ambiti di intervento che, a mio avviso, sono prioritari per assistere i pazienti che presentano patologie inguaribili con gravi disabilità.

Medicina palliativa e gestione di quadri complessi: in questo campo non si tratta più, ormai da tempo, di prospettive o di progetti da sperimentare. L'esperienza maturata in Europa e in Stati Uniti è vasta e condivisa. In Italia il modello di riferimento a mio avviso deve essere quello attuato dalla Associazione Antea e dalla Associazione Romanini: la combinazione di assistenza domiciliare con periodi di degenza in Hospice e interventi mirati in strutture ospedaliere adeguate, controlla in modo efficace buona parte della sofferenza del paziente grave e, cosa particolarmente

importante, previene la "sindrome da crollo familiare". Su questa linea, anche se in ambiti assistenziali di diversa natura, sarà necessario arrivare a linee-guida sempre più efficaci per il trattamento dei sintomi refrattari fino alla sedazione intermittente o terminale. Nel futuro mi sembra che potranno avere molta importanza le cure palliative "qualitative" non tan-

to mirate a restaurare una funzione, quanto a ristabilire aspetti esistenziali personali importanti che possano dare al paziente la possibilità di continuare a vivere una vita non ridotta alla dimensione vegetativa. Per fare un esempio di cui abbiamo visto l'efficacia, rendere possibile ad un docente universitario il continuare a tenere le sue lezioni.

Lavorare secondo evidenze senza



emotivismi facilmente strumentalizzabili: la medicina ha una sua metodologia che, pur nella lecita differenziazione, deve assicurare, per restare medicina, osservazioni adeguate, controllo delle ipotesi, decisioni fondate sulle migliori evidenze disponibili e un costante follow-up. Così da una parte l'accanimento terapeutico appare chiaramente come una posizione incomprensibile e non giustificabile (fare un intervento inutile su un paziente, a mio modo di vedere, può essere dovuto a: negligenza professionale, corruzione, disturbi mentali, strategia difensiva), dall'altra dare la morte non può chiaramente essere considerato un atto scientifico, poiché non abbiamo conoscenza sperimentale/empirica di come sia lo stato di morte e, pertanto, di fatto non sappiamo cosa stiamo facendo ne quali saranno le conseguenze, non potremo pertanto controllare la nostra ipotesi ne tanto meno fare un qualunque follow-up: si tratta di un atto di fede nel fatto che la morte sia meglio della

vita in quel caso concreto. È necessario invece affrontare le situazioni secondo la razionalità scientifica basandoci sulle evidenze disponibili o, nel caso non ci siano, cercando di produrne.

L'esperienza di Owen per quanto riguarda la coscienza residua in pazienti in SVP, è un esempio di questo modo di agire e apre la via giusta di ricerca scientifica in campi assistenziali che, ovviamente, nulla riceveranno da coloro che pensano che la strategia migliore sia rinunciare.

Medicina e dipendenze: le dipendenze da sostanze o da comportamenti a rischio sono, epidemiologicamente, causa di patologie gravi come l'ictus, l'infarto, il cancro, l'AIDS, il diabete ecc... Forse nel dibattito è necessario dare più spazio alla Medicina Sociale affinché sappia indicare strategie di prevenzione e cura ma, allo stesso tempo, bisogna avere il coraggio di indicare senza ambiguità e paure i comportamenti che sono a rischio ad ogni livello e in primo luogo: gioco d'azzardo,

uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcool e comportamenti sessuali a rischio. La dipendenza, di qualunque natura, disumanizza perché impedisce di vivere pienamente in libertà anche se, paradossalmente, combatterla appare come una limitazione della libertà, come un atteggiamento proibizionista inutile. Anche per questo si tratta di un intervento che richiederà una previa formazione antropologica che sappia dare elementi di valutazione riguardo l'essenza dell'umano, la felicità e la libertà.

Per concludere potrei dire che nessun uomo è da buttare e che la medicina scientifica esiste per aiutare tutti, senza discriminazione neanche di stato di salute.

La ricerca ha fatto molti passi in avanti in campi che per alcuni erano troppo difficili o troppo onerosi, questo si ripete oggi e penso che la risposta debba essere una rinnovata fiducia nella medicina e nella ricerca con ottimismo razionale e lavoro ben fatto.

Il “fine vita” e il principio di autonomia

di Massimo Reichlin

Professore Associato di Filosofia Morale - Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

Per ragioni culturali complesse – che non è qui possibile analizzare – la tradizione medica italiana è incline ad una certa insistenza terapeutica nelle fasi finali della malattia; si tende cioè a trattare i pazienti, anche con mezzi invasivi o gravidi di potenziali sofferenze, finché si può sperare un qualche ipotetico beneficio e forse talvolta anche quando tale speranza non è più ragionevole. La bioetica degli ultimi decenni ha insistito con forza, e a mio avviso correttamente, perché questa tendenza venisse controbilanciata dalla sottolineatura dell'importanza della libera scelta del paziente: il cosiddetto “principio di autonomia” obbliga i curanti a coinvolgere il paziente nel processo decisionale e vieta loro di imporgli trattamenti ai quali non intende consentire. L'equilibrio tra

il tradizionale dovere di beneficenza e il principio di autonomia può essere raggiunto nel quadro di una relazione

“**LA BIOETICA DEGLI ULTIMI DECENNI HA INSISTITO CON FORZA, E A MIO AVVISO CORRETTAMENTE, PERCHÉ QUESTA TENDENZA VENISSE CONTROBILANCIATA DALLA SOTTOLINEATURA DELL'IMPORTANZA DELLA LIBERA SCELTA DEL PAZIENTE**”

fiduciosa, veritiera e paritaria tra medico e paziente, la quale abbia come obiettivo il raggiungimento di decisioni informate, ponderate e soprattutto condivise.

Questo ideale etico della relazione terapeutica non può più essere perseguito nel momento in cui il paziente diviene privo delle capacità di comprendere le informazioni sulla propria condizione clinica e incapace di decidere in proposito; il ricorso alle “dichiarazioni anticipate di trattamento” (DAT) dovrebbe essere inteso a sostenere la relazione terapeutica e a ricercare decisioni “condivise” anche in queste situazioni. Pertanto, sebbene i complessi problemi posti dalle situazioni di fine vita non possano certamente essere risolti soltanto da una legge sulle DAT, il pervenire ad una definizione giuridica sicura di questo

strumento mi pare un'iniziativa utile e per certi aspetti necessaria.

Per quanto riguarda il testo come finora è stato presentato, due sembrano i problemi principali che esso pone. In primo luogo, il fatto che le DAT non avrebbero comunque alcuna vera coerenza, potendo il medico discostarsene; in secondo luogo, il fatto che si vieti esplicitamente di richiedere la sospensione della nutrizione e idratazione artificiali (NIA). Per quanto concerne il primo punto, è indubbio che il non aver sancito il carattere vincolante delle DAT rischi di rendere irrilevante la sua compilazione; tuttavia, mi pare che questo problema possa essere ritenuto meno grave se si considerano le DAT non in chiave "difensiva" rispetto ad un preteso "potere medico", ma come sostegno e prolungamento della relazione terapeutica. La situazione ideale, a mio giudizio, è quella in cui le DAT non vengono compilate in una condizione di piena salute e senza il sostegno di un medico, ma quando l'individuo malato già può ipotizzare il decorso futuro della malattia e decidere, assieme al suo curante, una programmazione anticipata delle cure. Se le DAT vengono concepite in questo modo, è difficile che si presentino conflitti tra quanto in esse previsto e quanto il medico ritiene in coscienza di dover fare.

A questo discorso si può obiettare che, in caso di eventi traumatici o improvvisi che determinino la perdita irreversibile della capacità di decidere, pare necessario aver compilato preventivamente una dichiarazione sui futuri trattamenti e quindi averlo fatto in una condizione di ignoranza rispetto alla futura patologia; ed è proprio in questi casi che si può ipotizzare la scelta di rinunciare anche a trattamenti di minimo impegno, come la NIA. A questo proposito, va detto che l'autorevolezza delle dichiarazioni non può non risultare proporzionale al grado di informazione posseduto dal soggetto sulla patologia che potrà eventualmente contrarre, sulla sua prognosi e sulle possibilità terapeutiche effettivamente disponibili: quanto più la dichiarazione sarà riferita a generiche condizioni di incoscienza, tanto meno potrà vantare una consistente autorità. Da questo punto di vista, il caso dello stato vegetativo (SV) è però emblematico. Si tratta di una condizione in cui, almeno dopo che siano trascorsi 12 mesi dall'evento traumatico senza che siano intervenuti eventi che possano suggerire un'eventuale ripresa, si determina una perdita della coscienza irreversibile e nella quale la sopravvivenza del paziente è legata al semplice utilizzo dei presidi per la NIA. Lo stato vegetativo sembra perciò costi-

tuire una situazione sufficientemente ben delimitata, nella quale sembra possibile esprimere un parere circostanziato (in un senso o nell'altro), a proposito di uno specifico trattamento medico; naturalmente, qui ancor più che in altri casi, è cruciale che l'individuo esprima tale parere dopo aver ricevuto un'adeguata ed esauriente informazione in merito, ma non si vede perché la scelta di rinunciare, in condizioni di certezza diagnostica, ad un simile trattamento, non dovrebbe essere accettata. Non è al centro, infatti, la decisione di porre termine intenzionalmente alla vita del paziente, ma il rispetto della sua volontà in ordine al prolungamento della sua vita attraverso mezzi artificiali. D'altro canto, l'affermazione del disegno di legge secondo cui la NIA sarebbe un trattamento sempre dovuto in quanto finalizzato ad alleviare le sofferenze in fase terminale è falsa, sia per riferimento allo SV sia per riferimento ad altre situazioni terminali, ad esempio di tipo oncologico.

In conclusione, al di là di altre meno rilevanti obiezioni che potrebbero essere avanzate nei confronti di alcune formulazioni del testo, la limitazione dei trattamenti sui quali è possibile esprimere un dissenso mi pare costituire il limite principale della proposta attualmente in discussione.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)

di Ignazio Marino

Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, membro della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica nella XVI Legislatura.

A mio avviso, una legge sul testamento biologico non si deve occupare di regolamentare o condizionare l'azione del medico, ma di garantire a ogni persona il diritto di scegliere le terapie a cui vuole sottoporsi e quelle che invece preferisce rifiutare. Occorre chiedersi se sia giusto utilizzare ogni terapia, anche quando è evidente che non serve più o, addirittura, può servire solo a prolungare una agonia. Io credo che una legge che rispetti la vita debba rispettare le scelte e la libertà

delle persone. Basterebbe a questo scopo un solo articolo che, ad esempio, a proposito di nutrizione e idratazione artificiale, preveda che queste terapie debbano sempre essere garantite a chi non le abbia esplicitamente rifiutate nelle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Penso che su questo terreno sia possibile costruire una convergenza ampia tra sensibilità differenti e che un risultato di questa natura sarebbe una vittoria per il Paese.



La conciliazione in Sanità

Intervista a Giulio Corsini - 2ª parte

di Vito Pende



Qual è lo “stato dell’arte” della mediazione in generale e nel settore sanitario in particolare? È vero che l’istituto stenta a decollare?

Effettivamente i dati più recenti forniti dal Ministero della Giustizia in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario in Corte di Cassazione, fotografano una situazione che non accenna ancora a sbloccarsi. L’analisi dei dati aggiornati a novembre 2011, mostra che a livello generale sono circa 5.000 i procedimenti che si sono conclusi con un accordo tra le parti su un totale però di 51.921 procedimenti iscritti (fonte Sole 24 Ore 28.01.2012). Un numero che si ottiene tenendo presente che quelli definiti sono stati 32.685, con una pendenza finale di 19.978. Ma di quelli definiti solo il 30,6% si è concluso con l’accordo delle parti, mentre in tutti gli altri casi (quasi il 70%), una delle parti non è neppure comparsa, preferendo rimanere contumace. È stato comunque rilevato che nel 52% dei casi in cui le parti si presentano davanti ad un organismo di conciliazione, un’intesa si trova. Risultato, appunto, circa 5.000 accordi.

Per quanto riguarda i casi di *malpractice* medica, questi rappresentano l’8% dei casi oggetto di mediazione. I procedimenti iscritti sono stati 3.806, quelli definiti 2.373 e quelli pendenti 1.524. D’altronde lo stesso primo presidente della Cassazione, Ernesto Lupo, nella sua relazione per l’inaugurazione del nuovo anno giudiziario ha ricordato come “dalle relazioni trasmesse dai presidenti delle corti di appello risulta, pur con l’avvertenza di una valutazione basata su dati iniziali e non consolidati, la constatazione, allo stato, di una scarsa incidenza delle procedure di mediazione sulla deflazione del contenzioso civile; Crediamo che si possa, realisticamente, formulare un giudizio più positivo in relazione all’incremento rilevato nel secondo periodo di rilevamento statistico”.

Ad ogni buon conto, sempre da dati ricavati da il quotidiano Il Sole 24 Ore (04.02.2012) sul piano del contenzioso civile si deve segnalare una incoraggiante controtendenza.

Citando dati provenienti dal Ministero della Giustizia, l’importante quotidiano economico, mostra come da una rilevazione effettuata in 43 tribunali, nell’ambito nelle materie oggetto della mediazione, è stato segnalato un calo del 30% delle cause iscritte al ruolo del contenzioso civile. Un risultato che sebbene ritenuto al di sotto delle aspettative viene considerato comunque significativo, in quanto evidenzia la possibilità che l’istituto della mediazione possa effettivamente raggiungere l’obiettivo di una deflazione quantomeno minima del contenzioso civile.

Inoltre, sempre da statistiche del Ministero della Giustizia, si apprende che la maggior parte delle procedure di mediazione si conclude in un tempo nettamente inferiore rispetto al limite stabilito per legge.

Quali sono, secondo Lei, gli aspetti più critici della mediazione civile in particolare nel settore sanitario?

Il dibattito sulla questione è molto variegato e diverse sono le critiche che da più parti si sono sollevate contro l’istituto della mediazione e non può essere questa la sede per affrontarle tutte.

Non vi è dubbio comunque che il fatto che al Mediatore non sia richiesta una specifica formazione professionale nel settore e, a dire il vero, neanche in campo giuridico, suscita moltissime perplessità, se non veri e propri dubbi di costituzionalità della normativa in oggetto.

Se è infatti vero che il ruolo del Mediatore deve limitarsi ad agevolare una conclusione amichevole della controversia insorta tra le parti, è pur vero che questi, per svolgere la sua funzione efficacemente, non può prescindere da una buona conoscenza della materia

nell’ambito della quale è sorta la contesa. Il tutto evidentemente al fine di poter meglio valutare quali siano gli elementi su cui le parti fondano le loro rispettive, distanti ed opposte pretese e quali potrebbero essere gli esiti processuali della vertenza.

Questo aspetto assume ancora più rilievo nel settore della *malpractice* medica, macrosistema all’interno del quale esistono tanti microsistemi quante sono le diverse specializzazioni. Ne deriva quindi che a seconda del tipo di specializzazione, sotto il profilo giuridico, differisce ad esempio il criterio di accertamento del nesso causale tra la condotta tenuta dal medico ed il danno lamentato e così, sotto il profilo della “tecnicità” medica da applicarsi cambia il tipo di rischio professionale. È stato infatti affermato che sarebbe più corretto parlare di “responsabilità mediche” piuttosto che di “responsabilità medica”.

Scendiamo nel concreto con qualche esempio:

Come noto l’art. 2236 c.c. disciplina una limitazione di responsabilità del prestatore d’opera (tra cui il medico), circoscrivendola ai soli casi di dolo o colpa grave, qualora ci si trovi di fronte a problemi tecnici di “speciale difficoltà”. E’ evidente quindi che lo stabilire se si sia di fronte ad un intervento di speciale difficoltà può cambiare di gran lunga i termini della contesa portata dinanzi al mediatore e quindi le valutazioni che quest’ultimo dovrà effettuare al fine di agevolare l’avvicinamento delle distanti pretese avanzate dalle parti. Si pensi ad esempio ai casi in cui il Mediatore è richiesto di predisporre una proposta conciliativa.

Come sarà valutato da un Mediatore non esperto in *ars medica* un caso di dissectomia di una doppia ernia cervicale? Oppure un intervento di polipectomia endoscopica? Di “speciale difficoltà” o no? E così, sempre in relazione all’art. 2236 c.c., ove il caso portato dinanzi al media-

tore sia facilmente riferibile ad un intervento di “speciale difficoltà”, valutare se dagli elementi probatori prodotti dalle parti, si possa configurare una condotta connotata da dolo o colpa grave del sanitario cambia di gran lunga i termini della contesa e quindi di riflesso il modo di agire finalizzato alla conciliazione. Ove infatti vi fossero elementi per escludere il dolo o la colpa grave del sanitario, quest'ultimo, in un eventuale giudizio civile, andrebbe almeno teoricamente esente da ogni responsabilità.

È quindi evidente che il mediatore, a mio parere, non potrà prescindere da una siffatta valutazione nel formulare, ad esempio, una proposta conciliativa che sebbene non debba tendere al “giudizio”, si ponga comunque come obiettivo quello di trovare un punto d'incontro tra due posizioni opposte basandosi su elementi concreti.

È evidente che nella maggior parte dei casi sarà necessario il parere di un esperto la cui nomina però non può, contrariamente a quanto accade nei tribunali, essere imposta dal mediatore. Per esempio nel Regolamento dell'Organismo di Mediazione Forense di Roma è previsto che la nomina dell'esperto sia subordinata all'impegno di almeno una delle parti di assumerne il pagamento dei relativi onorari e che quest'ultimi debbano concordarsi direttamente tra l'esperto e la/le parte/i oppure, su richiesta, liquidati dall'organismo di mediazione. Il mancato accordo sul punto comporterà l'impossibilità per il mediatore di svolgere la sua funzione e quindi l'estinzione della procedura.

Inoltre, anche ove venisse nominato un esperto, sarà sempre necessario un certo grado di preparazione da parte del mediatore sia per valutare gli esiti della perizia medico-legale sia per apprezzarne gli effetti sul piano giuridico. Ecco quindi come si ripropone comunque il problema della “specifica” professionalità del mediatore.

Sotto altro profilo la mediazione, ovviamente nei casi in cui non si concluda positivamente, corre il rischio di essere considerata come un inutile aggravio di costi. Si pensi ai casi in cui, per la complessità della vertenza, sia necessario nominare un esperto iscritto nell'albo dei consulenti e periti del Tribunale. Circostanza altamente probabile in materia di responsabilità medica come abbiamo

visto. In tal caso le spese di mediazione comprendono solamente l'onorario del mediatore mentre l'onorario dell'esperto deve essere pagato a parte.

Facciamo un esempio: sulla base del Regolamento dell'Organismo di Mediazione Forense di Roma ipotizziamo una vertenza di valore pari ad € 49.000 in cui sia stato nominato un esperto e la parte istante sia assistita da un legale. Ove le parti aderiscano alla procedura di conciliazione ma non addivengano alla definizione della controversia la parte istante, che per dare inizio alla procedura di mediazione non ha versato alcuna somma a titolo di contributo unificato, diritti di copia/bolli o di qualsivoglia genere, avrà comunque affrontato le seguenti spese: € 40.00 per avvio procedura, € 300.00 per spese di mediazione, in totale € 340 oltre agli onorari per il proprio legale e gli onorari dell'esperto (secondo gli accordi assunti con quest'ultimo o la liquidazione disposta dall'organismo di mediazione). La parte istante potrà recuperare, nei limiti di € 250.00, parte delle somme versate come credito d'imposta.

Fallito il tentativo di mediazione la parte istante che vorrà adire l'autorità giudiziaria dovrà versare il c.d. contributo unificato per iniziare la causa. Nell'esempio riportato il contributo sarà pari a € 450.00, oltre all'imposta di bollo (€ 8.00) e, ovviamente, agli onorari del proprio avvocato, senza dimenticare i successivi costi cui si dovrà andare incontro (si pensi alla nomina per esempio di un proprio perito di parte o l'eventuale versamento di somme a titolo di anticipo della CTU eventualmente disposta dal Giudice, ecc.).

Ora si tenga presente che nei casi di *malpractice* sanitaria i valori delle controversie sono nella maggior parte dei casi nettamente superiori e quindi superiori potrebbero essere i costi di mediazione.

È vero che da più parti si sostiene che la normativa in materia di mediazione non sia aderente ai precetti costituzionali?

Si è vero ci sono stati diversi giudici che hanno chiesto che la Corte Costituzionale si pronunciasse in materia.

Tra questi si può segnalare il Tar Lazio che ha deciso di rimettere gli atti alla Corte Costituzionale in particolare sotto

il profilo dell'“eccesso di delega”. In parole povere secondo il citato Tribunale amministrativo, il Governo, in sede di legiferazione delegata, non avrebbe rispettato i limiti imposti dalla legge delega (legge 69/2010) laddove quest'ultima richiedeva che “nell'esercizio della delega” il Governo si attenesse ai seguenti “criteri direttivi”: ... “prevedere che la mediazione sia svolta da organismi professionali ed indipendenti” laddove al contrario nel decreto legislativo (28/2010) si prevede che la mediazione possa essere svolta da organismi “che diano garanzia di serietà ed efficienza”.

E così laddove la legge delega, contrariamente a quanto poi stabilito dal Governo con il D.lgs 28/2010, non sembra aver imposto come obbligatorio il previo esperimento della mediazione per adire il Giudice Ordinario per alcune materie. Pertanto, il Tar Lazio, con ordinanza pubblicata il 12 aprile 2011, ha così statuito:

2) dichiara rilevante e non manifestamente infondata, in relazione agli artt. 24 e 77 della Costituzione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 5 del d. lgs. n. 28 del 2010, comma 1, primo periodo (che introduce a carico di chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa alle controversie nelle materie espressamente elencate l'obbligo del previo esperimento del procedimento di mediazione), secondo periodo (che prevede che l'esperimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale), terzo periodo (che dispone che l'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto o rilevata d'ufficio dal giudice);

3) dichiara rilevante e non manifestamente infondata, in relazione agli artt. 24 e 77 della Costituzione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 16 del d. lgs. n. 28 del 2010, comma 1, laddove dispone che abilitati a costituire organismi deputati, su istanza della parte interessata, a gestire il procedimento di mediazione sono gli enti pubblici e privati, che diano garanzie di serietà ed efficienza.

La decisione della Corte Costituzionale è attesa nei prossimi mesi.



22° Congresso di Videochirurgia

di Gianluigi Luridiana

Partecipazione, confronto, innovazione, giovani. Sono queste le parole chiave con cui si potrebbero riassumere contenuti e risultati del 22° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia, tenutosi a Castelvoturno (CE) dal 7 al 9 giugno, nella cornice dell'Holiday Inn Resort.

Un congresso di videochirurgia un po' "particolare", quello tenutosi in terra campana: sia per la collocazione temporale, solitamente appannaggio del congresso nazionale, sia per il fatto che la mancanza di quest'ultimo, sostituito per quest'anno dal congresso unitario della chirurgia italiana, ha fatto sì che questo evento ne facesse un po' le veci, per alcuni aspetti. Si è infatti tenuta in questa occasione, tra l'altro, l'assemblea annuale dei soci che ha approvato all'unanimità il bilancio consuntivo e quello preventivo.

Quasi 1000 iscritti, 33 sessioni video, 14 sessioni di video-poster: numeri importanti, che testimoniano il successo del congresso, ma allo stesso tempo numeri assolutamente non scontati, considerate le ovvie difficoltà nell'organizzare un evento di tale portata in questi tempi. Per tale motivo un grande plauso va a Feliciano Crovella e a coloro che lo hanno affiancato nell'organizzare in maniera egregia questo meeting.

530 video ricevuti: basterebbe tale dato per dare un'idea di quanto la comunità chirurgica italiana abbia vissuto questa occasione con la voglia di partecipare

attivamente, condividendo il proprio lavoro con i colleghi e mettendo a disposizione di tutti le proprie esperienze in sala operatoria. Confrontarsi, mostrando con legittimo orgoglio i propri progressi e senza vergogna le proprie complicanze: questo dovrebbe essere il tema dominante di un congresso di videochirurgia e questo è quello che si è visto a Castelvoturno.

Mai come in questo caso la parola innovazione ha trovato il suo giusto contesto: un'intera sessione è stata dedicata alla presentazione di filmati realizzati in 3D, inclusa la trasmissione in diretta di un intervento di riparazione laparoscopica di laparocole realizzato da Roberto Petri presso l'Ospedale di Udine, ripreso con tecnica tridimensionale.

L'avanguardia tecnologica vantata dall'Italia in campo chirurgico rischia oggi di essere messa a repentaglio, in epoca di spending review, ma la qualità e la sicurezza, come affermato dal presidente Luigi Presenti, possono essere garantite solo in un percorso di innovazione e progresso tecnologico. Se un film o una partita di calcio meritano di essere viste in 3D dal proprio spettatore in poltrona, ancor di più un campo chirurgico merita di essere visto il più nitidamente possibile dal chirurgo che vi opera. I costi che l'innovazione tecnologica comporta possono essere abbattuti principalmente con l'adozione su larga scala dei nuovi sistemi.

Di certo straordinaria è stata la partecipazione degli under 40, circa 400. Giovani che non si aggirano più intimo-

riti e spaesati per le sale ma che sono parte attiva della vita associativa e degli eventi congressuali. Numerosi infatti i giovani chirurghi che hanno presentato filmati, come considerevole è stata la loro presenza tra moderatori e invitati alla discussione. Senza dimenticare poi le diverse sessioni organizzate dagli under 40. Come quella sull'adesiolisi laparoscopica, a cura di ACOI Giovani: le linee guida prodotte dal lavoro del gruppo sono state oggetto di pubblicazione in riviste scientifiche ad alto impact factor e sono state recepite dall'Istituto Superiore di Sanità che le ha pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida. Ricca di spunti è stata la sessione sullo stato dell'arte della formazione chirurgica in Italia, realizzata in collaborazione con FederSpecializzandi, che ha messo in evidenza, tra l'altro, gli aspetti positivi che hanno caratterizzato alcune esperienze formative all'estero.

Per finire poi con la sessione di filmati riguardanti interventi chirurgici condotti come primo operatore dagli stessi giovani relatori, patrocinata dalla Associazione Campana Giovani Chirurghi, unitamente alle altre associazioni regionali nate più recentemente, quella laziale, sarda e calabrese. Un aspetto, quello dei giovani, su cui l'ACOI ha investito con forza in questi ultimi anni e che nessun'altra società scientifica italiana può probabilmente vantare nella stessa misura.

Appuntamento a Roma a settembre quindi, consapevoli ed orgogliosi del patrimonio con cui l'ACOI si presenterà al 1° Congresso Nazionale Unitario della Chirurgia Italiana.





Roma
23-27 settembre 2012

AUDITORIUM
Parco della Musica

**Unità e valore
della chirurgia italiana**

1° CONGRESSO NAZIONALE



Presidenti del Congresso **Vincenzo Blandamura - Adriano Redler**

Il Congresso dei Chirurghi Italiani

di Rodolfo Vincenti

Siamo quasi giunti alla meta! Gli uomini, le circostanze e, perché no, la crisi mondiale, hanno contribuito a realizzare un evento per il quale, per il mondo della Chirurgia italiana, la definizione di "storico" appare limitativa.

Inizialmente sospettoso e niente affatto convinto, fui successivamente stimolato dall'impresa, tanto che nel mio editoriale di ACOI News (settembre 2010) mi schierai a favore di un evento congressuale nazionale congiunto di ACOI e SIC.

Mi piace riportare alcune frasi estrapolate dal mio intervento:

"L'ACOI è espressione rappresentativa del mondo dei chirurghi ospedalieri, ma non ha la presunzione di rappresentare l'intero panorama medico, né quello chirurgico. È naturale quindi pensare alla necessità, proprio per far meglio valere il proprio ruolo in rappresentanza dei chirurghi, di individuare obiettivi comuni per i quali fare comuni battaglie.

Abbiamo quindi valutato l'opportunità di dare, una tantum ed in modo deciso, un segnale di forte coesione, pur nella diversità.

In un contesto nel quale siamo accusati ingiustamente (a nessuno sfugge che il numero di eventi scientifici "di Società" è ben poca cosa rispetto alla pletora di eventi altrimenti caratterizzati!) di organizzare un numero eccessivo di convegni scien-

LA CITTÀ DI ROMA E LA CHIRURGIA ITALIANA VEDRANNO, NEL 2012, UNA STRAORDINARIA MANIFESTAZIONE SCIENTIFICA UNITARIA DEI CHIRURGI ITALIANI

tifici, dopo numerosi incontri sul tema avuti con i componenti del Direttivo della SIC (universitari ed ospedalieri), abbiamo ipotizzato di organizzare, ma con chiare condizioni da noi poste, ripeto, per quanto ci riguarda, una tantum, un, anzi il "Congresso dei Chirurghi Italiani" o, se si preferisce, il "Congresso della Chirurgia Italiana".

Senza possibili identificazioni con quella o l'altra Società, senza continuità di luogo o di tempo con eventi nazionali societari precedenti. I CD delle due Società hanno all'unanimità, nelle rispettive sedi, espresso parere favorevole a tale ipotesi, comunicata ed approvata in Assemblea Ordinaria di ACOI con l'auspicio che venga approvata durante la prossima riunione dell'analoga istituzione in SIC.

In tal modo la città di Roma e la Chirurgia italiana vedrà, nel 2012, una straordinaria manifestazione scientifica unitaria dei Chirurghi Italiani con presidenze

e organizzazione bipartisan."

Ma le idee buone... crescono! Gianluigi Melotti ed altri misero sul tavolo la possibilità di coinvolgere tutte le Società scientifiche chirurgiche nello straordinario progetto.

Entusiasmi, sospetti, riluttanze, sostegni indiscriminati... e finalmente il risultato: 19 Società hanno aderito al progetto, affiancate dalla Fondazione Chirurgo e Cittadino e dal Gruppo Medicina e Legalità (idee ed intraprese partorite da ACOI!) per il 1° Congresso Nazionale "Unità e Valore della Chirurgia Italiana", presidenti Vincenzo Blandamura e Adriano Redler.

Credo che a tutti sia chiaro quanto complessa sia stata la costruzione e delicata l'impostazione scientifica. Micaela Piccoli ha coordinato la commissione relativa ed è quindi logico dare a lei la parola.



Un sogno che diventa realtà

Unità e Valore della Chirurgia Italiana

1° Congresso Nazionale

di Micaela Piccoli

È dell'11 Luglio 2011 la prima riunione che vede seduti attorno ad un unico tavolo i rappresentanti delle Società Scientifiche convocate a dare la loro adesione al Congresso della Chirurgia Unita 2012. Non si sa ancora quale nome dare al Congresso, quali e quante società parteciperanno e con quali modalità. L'atmosfera è un po' tesa; ognuno è pronto a difendere il proprio spazio. La curiosità, però, ha la meglio ed il sogno viene improvvisamente srotolato sul tavolo! Una sede prestigiosa: l'Auditorium della Musica a Roma. La data è fissata: 23-27 Settembre 2012. Poco più di un anno risulta subito un tempo molto ristretto per un progetto così ambizioso. Si dividono quasi subito due tavoli, in ciascuno dei quali rimane un rappresentante delle varie Società: uno della commissione tecnica (CT) ed uno della commissione scientifica (CS). Io, in qualità di rappresentante sia ACOI che SICE, mi ritrovo nel tavolo scientifico insieme ai colleghi rappresentanti delle altre Società, non tutti presenti all'inizio ma subentrati in itinere, durante il corso dei lavori della commissione, mano a mano che il numero delle Società

aderenti aumenta.

Mi pregio di elencarli tutti perché è grazie ai loro sforzi, oltre ovviamente alla collaborazione di tutti i coinvolti, che si è potuto realizzare un programma scientifico, a mio avviso, tra i più belli degli ultimi anni!

Ovviamente, vi parlerò solo del lavoro del tavolo scientifico a cui ho partecipato, ricordando che il tavolo tecnico ha dovuto affrontare problematiche organizzative anche molto più complesse (budget, modalità di iscrizione, quote societarie, spazi congressuali, segreterie, cerimonia inaugurale, etc). Lo schema iniziale dei lavori del tavolo scientifico è stato molto lineare; già al termine della prima riunione si era proceduto alla:

- Elaborazione di una Consensus Conference le cui attività sono partite in parallelo con un ulteriore gruppo di lavoro
- Elaborazione dei main topics.

La cosa importante, subito compresa ed approvata da tutti e che ha dato

il vero valore aggiunto a questo programma, è stata la scelta di temi il più possibile trasversali che vedessero il contemporaneo impegno di più società nelle medesime sessioni. Non dei mini congressi all'interno di un unico grande "calderone", ma tante società pronte a confrontarsi su temi il più possibile comuni.

Il 12 Settembre 2011, durante la seconda riunione, la maggior parte dei topics era stata approvata e si procedeva ad una simulazione di distribuzione all'interno degli spazi congressuali. Il 10 Novembre 2011 si passava ad una equa distribuzione delle sessioni tra le varie società che se ne rendevano capofila per la loro realizzazione. Tempi serrati che hanno visto la creazione di un internet-forum di lavoro che ho avuto l'onore e l'onore di coordinare, in modo tale che tutta la commissione (come una vera e propria comunità virtuale) fosse informata praticamente on-line di tutti gli aggiornamenti.

Quando il lavoro viene condiviso con trasparenza, quando lo spazio risulta adeguato per tutti, ma soprattutto quando viene condivisa la meta, molte incomprensioni, difficoltà e veri e propri ostacoli vengono superati.

È stato un tavolo di lavoro piacevole e proficuo; il tono della voce non si è mai alzato oltre quello di una discussione amichevole. Ho avuto modo, inoltre, di riscoprire dal punto di vista umano oltre che professionale delle persone di estremo valore.

A Dicembre 2011 la maggior parte delle sessioni era stata impostata. Da qui la definizione dei dettagli, il coinvolgimento di una faculty numerosa, etc, etc.

Ora il programma preliminare è sul sito del Congresso, fruibile da tutti!

Un ringraziamento particolare a Grazia Millan (segreteria ACOI) e Serenella Cocci (segreteria SIC), per la loro grande esperienza nell'organizzazione



congressuale messa al servizio di questo monumentale evento.
Ho iniziato questa avventura dapprima titubante, poi preoccupata, quindi terrorizzata e alla fine, anche se non ancora proprio tranquilla, soddisfatta e soprattutto carica di entusiasmo.
Ho imparato molto da questa che ritengo

una vera e propria lezione di vita: lavorare rispettando la dignità, il ruolo, le esigenze di ognuno non può altro che ripagare con un grande risultato.
O, come dice Richard Bach "più desidero che qualcosa sia fatto, meno lo chiamo lavoro"! L'unica speranza è che questo evento non produca solo una piccola

onda circolare come quella prodotta da un sassolino lanciato nel mare da un sognatore all'ora tramonto; tutto questo sforzo comune, allora, avrebbe avuto davvero poco senso! Spero, invece, in una vera e propria onda gigante che ogni "surfista" aspetterà di cavalcare tutte le estati sulla riva del mare.

Comitato Tecnico e Scientifico

Vincenzo Blandamura e Adriano Redler, Presidenti del Congresso



ACOI
Associazione
Chirurghi Ospedalieri
Italiani

CT: Luigi Presenti,
Pierluigi Marini, Stefano Bartoli
CS: Micaela Piccoli



ACS
American College
of Surgeons
Italian Chapter

CT: Dalila Patrizia Greco
CS: Antonio Di Cataldo



CLUB UEC
Associazione delle Unità
di Endocrinochirurgia
Italiana

CT e CS: Giorgio De Toma



CUDS
Club delle Unità
Day Surgery

CT e CS: Giorgio Celli,
Salvatore Massa



CRSA
Clinical Robotic
Surgery Association
Italian Chapter

CT e CS: Paolo Pietro Bianchi



SICUT
Società Italiana
di Chirurgia d'Urgenza
e del Trauma

CT: Franco Stagnitti
CS: Piero Chirletti



SIEC
Società Italiana
di Endocrinochirurgia

CT: Antonio Catania
CS: Giancarlo Torre



Fondazione
**Chirurgo
e Cittadino**

CT e CS: Rodolfo Vincenti



Gruppo di studio
**Medicina
e Legalità**

CT e CS: Jacques Megevand



ISHAWs
Italian Society of
Hernia and Abdominal
Wall Surgery

CT e CS: Paolo Negro,
Pier Luigi Ipponi



ISSE
Società Italiana
Endoscopia
di Area Chirurgica

CT: Erminio Capezzuto
CS: Fausto Fiocca,
Lorenzo Norberto



SIC
Società Italiana
di Chirurgia

CT e CS: Gianluigi Melotti,
Enrico De Antoni,
Giorgio De Toma, Luciano Landa



SIFIPAC
Società Italiana
di Fisiopatologia
Chirurgica

CT e CS: Mauro Frego



SIPAD
Società Italiana
di Patologia Apparato
Digerente

CT e CS: Carlo de Werra



SICADS
Società Italiana
di Chirurgia Ambulatoriale
e Day Surgery

CT e CS: Marsilio Francucci,
Adelmo Gubitosi



SICCR
Società Italiana
di Chirurgia
Colo-Rettale

CT: Claudio Mattana
CS: Filippo La Torre



SICE
Società Italiana
di Chirurgia Endoscopica
e Nuove Tecnologie

CT: Alessandro M. Paganini
CS: Micaela Piccoli



SICOB
Società Italiana
di Chirurgia dell'Obesità
e Malattie Metaboliche

CT e CS: Nicola Basso



SICOP
Società Italiana
di Chirurgia
nell'Ospedalità Privata

CT: Massimiliano Mungo
CS: Roberto Rea



SIUCP
Società Italiana
Unitaria
ColonProctologia

CT: Giuseppe Spinoglio
CS: Angelo Stuto



SPIGC
Società Italiana
Polispecialistica
Giovani Chirurghi

CT: Domenico Parmeggiani
CS: Angela De Palma



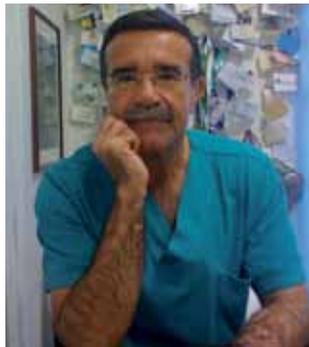
Il nuovo Consiglio Direttivo SIC

I candidati

Come da pluriennale tradizione, ACOInews pubblica i curricula dei colleghi candidati per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia. Le candidature espresse dal mondo ospedaliero ed universitario risultano di grande impatto e coerenti con gli impegni e le problematiche che il Presidente eletto e i Consiglieri si troveranno a dover affrontare, specie in questo momento storico che vede la nostra categoria al centro di attacchi reiterati e concentrici.

FRANCESCO CORCIONE

Candidato Presidente



Sono nato nel 1952, ho conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università Federico II di Napoli nel 1976, quindi le specializzazioni in Chirurgia Generale nel 1981 e in Chirurgia Endocrina nel 1984. Dal 1998 sono Direttore dell'UOC di Chirurgia Generale presso l'AORN Monaldi di Napoli dove, negli ultimi tre anni, ho eseguito circa 2000 interventi come primo operatore, tra cui 120 interventi di chirurgia robotica. Dal 2001 sono docente presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università Federico II e di Cardiocirurgia e Chirurgia Generale della Seconda Università di Napoli. Dal 2008 sono Direttore della Scuola SIC di Chirurgia Laparoscopica Avanzata; sono inoltre docente presso l'Istituto Internazionale EITS/IRCAD di Strasburgo, diretto da Jacques Marescaux, l'Istituto Internazionale EITS/IRCAD di Barretos, Brasile, diretto da Jacques Marescaux, l'EICS di Amburgo, la Scuola di Chirurgia Laparoscopica ACOI diretta Gianluigi Melotti. Ho partecipato, durante la mia attività, a numerosi stages e corsi di perfezionamento, tra cui la Clinique Chirurgicale di Reims in qualità di "attachè étranger retribué" (1981-82), il Corso di Perfezionamento in Laparoscopia Diagnostica presso il Prof. Dagnini (1985 Padova), il Corso di Perfezionamento in Chirurgia Parietale ad Amiens (Prof. Stoppa) 1987, lo Stage di Chirurgia Laparoscopica a Lione (Prof. Ph. Mouret), lo Stage di Chirurgia Laparoscopica a Digione (Prof. G. Begin) 1992, il Corso teorico-pratico di chirurgia robotica con esercitazione su cadavere presso l'Università di Bruxelles 2002, lo Stage di chirurgia robotica monotrocar

su cadavere presso il centro Europeo di Chirurgia dell'Università di Parigi (2012). Nel 2004 mi è stato conferito il premio internazionale Sebetia-ter per la Chirurgia e nel 2006 il premio Leonardo Da Vinci per la Scienza e la Tecnologia.

Sono stato Vicepresidente SICE (Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie) 2000-2003, Consigliere SICADS (Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery) 1998-2002, Presidente EHS (European Hernia Society) 1998-2001, Consigliere ACOI 2002-2005, Socio Fondatore LAPCLUB. Attualmente ricopro la carica di Presidente SICE (2009-2012), sono Accademico Corrispondente della Accademia Romana di Chirurgia, Membro d'onore della Società Rumena di Chirurgia, socio SIC, ACOI, EHS (European Hernia Society), AFC (Association Française de Chirurgie), SCFL (Société Française de Chirurgie Laparoscopique), SICADS (Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery).

Ho partecipato in qualità di relatore e moderatore a numerosi Congressi in Italia e all'estero (250) e in numerose occasioni ho eseguito anche interventi in diretta, prevalentemente per via laparoscopica.

Ho organizzato a Napoli, negli ultimi 15 anni, 22 Congressi di interesse internazionale, tra cui il Congresso Europeo dell'EHS (nel 1997).

Sono autore di 275 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali (Coelio-Chirurgie, Surgical Laparoscopy and Endoscopy, EuroSurgery, Hepatobiliarygastroenterology, Hernia, AJS, MITAT).

Appartengo al comitato Scientifico delle riviste "Le journal de coelio-chirurgie", "Hernia", "Videosurgery", "Ospedali d'Italia Chirurgia".

Ho partecipato alla stesura di numerosi testi didattici (Zannini, UTET; Mazzeo, PICCIN; Battocchio, UTET; Corcione – Chirurgia Videoassistita – Ed. De Nicola; Web-Surgery – Marescaux).

Sono autore del libro "New procedures in open hernia surgery" – edito dalla Springer-Verlag e di due testi atlante di chirurgia laparoscopica editi dalla Gnocchi.

GIANFRANCO AMICUCCI

Candidato Consigliere

Sono nato a Tagliacozzo (AQ) nel 1948. Dopo essermi laureato in Medicina presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" nel 1972, mi sono specializzato in Chirurgia Generale nel 1977 e in Chirurgia Toracica nel 1982, presso l'Università di Roma. Sono stato interno presso la Cattedra di Semeiotica Chirurgica I (Direttore Prof. S.Stipa) negli ultimi 3 anni del corso di laurea, Medico interno presso la Cattedra di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica (sede di Teramo) dal 1974 al 1975 e presso la Cattedra di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dell'Istituto Universitario di Medicina e Chirurgia di L'Aquila dal 1975 al 1977, dirette dal Prof. Manlio Carboni. In seguito ho ricoperto il ruolo di Assistente Ospedaliero presso la Clinica Chirurgica Università degli Studi di L'Aquila dal 1977 e di Aiuto Ospedaliero presso la Clinica Chirurgica Università di L'Aquila dal 1980. Ho conseguito l'idoneità nazionale a Primario di Chirurgia Generale e di Chirurgia Toracica nel 1985. Sono stato nominato Professore di Ruolo, in Chirurgia Generale presso l'Università di L'Aquila dal 1987, Professore Associato di Chirurgia di Pronto Soccorso, presso la stessa facoltà dal 1988, Professore Associato di Semeiotica e Metodologia Clinica Chirurgica dal 1990.

Sono stato Direttore della Divisione di Semeiotica e Metodologia Clinica Chirurgica presso l'Ospedale G. Mazzini di Teramo dal 1992, Direttore della Scuola Diretta a Fini Speciali per Strumentisti di Sala Operatoria presso l'Università di L'Aquila dal 1991, Responsabile Clinico della Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia



Chirurgica dal 1992 al 2000, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Chirurgica dal 1999 ad oggi, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale e della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva per l'anno 2004-2005.

Sono Coordinatore dei Direttori delle Scuole di Specializzazione dal 2004. Sono stato Presidente dell'ACRA (Associazione Chirurghi Regione Abruzzo) per l'anno 2005.

Dal 1976 ad oggi ho ricevuto incarichi di insegnamento presso le seguenti Scuole di Specializzazione: Chirurgia Apparato Digerente ed Endoscopia Chirurgica, Pediatria, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Maxillo Facciale, Urologia, Medicina del Lavoro. Sono Professore di I fascia di Chirurgia Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di L'Aquila dal 2000.

Sono stato Direttore della Divisione di Chirurgia Geriatrica Universitaria presso l'Ospedale S. Salvatore di L'Aquila dal 2001 al 2004.

Dal 2004 sono Direttore della Chirurgia Generale Universitaria e da 2008 Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche.

Sono autore di più di 400 pubblicazioni, gran parte delle quali edite su riviste internazionali di grande rilievo scientifico e frutto della collaborazione con prestigiose istituzioni estere (Leatherhead Research Association, Great Britain, National Cancer Institute di Tokio) e prestigiosi colleghi stranieri (Prof. K.R. Aigner, Università di Giessen, Germany, Prof. E.T. Krammets, New Orleans University, USA, Prof. F.O. Stephans, University of Sidney, Australia, Prof. J.Z. Patt, Houston University, USA). Con l'avvento della chirurgia laparoscopica, tra i primi ho iniziato ricerche in tale settore e attraverso gli anni ho messo a punto importanti protocolli terapeutici nel trattamento laparoscopico del cancro colo-rettale ed ho confrontato la linfotomia chirurgica "a cielo aperto" vs quella laparoscopica. In tale linea di ricerca numerose pubblicazioni e filmati scientifici testimoniano il lavoro svolto.

MAURIZIO DE PALMA

Candidato Consigliere

Sono nato a Napoli nel 1953, laureato nel 1978, specializzato in Chirurgia dell'Apparato Digerente nel 1983 e in Chirurgia d'Urgenza nel 1988.

Assistente di Chirurgia dal 1980, sono diventato Aiuto nel 1991 e Direttore della UOC di Chirurgia Generale nel 2003, presso l'Ospedale Cardarelli di Napoli.

Nel corso degli anni mi sono stati affidati gli incarichi di Responsabile del Settore di Chirurgia del Collo nel 1997, Coordinatore Chirurgo per l'AORN Cardarelli nell'ambito del Progetto Regionale di Day Surgery nel 1998 e di Responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Patologia del Collo nel 2001.

Dal novembre 2010 dirigo il Dipartimento Chirurgico Polispecialistico dell'AORN Cardarelli.

Dal 1985 al 2009 ho ricoperto l'incarico di Direttore Responsabile della Rivista Quaderni di Medicina e Chirurgia.

Sono autore di numerosi lavori scientifici e di alcuni capitoli di testi specialistici.

Sono stato Presidente del Congresso Nazionale delle Unità di Endocrino Chirurgia italiane nel 2005 e nel 2011.



Per quanto riguarda l'attività didattica, sono stato titolare dell'insegnamento di Chirurgia Generale del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" dal 2006 al 2009, responsabile di un Centro di Training e di Insegnamento della Scuola Speciale ACOI di Endocrinochirurgia dal 2006, docente e responsabile di un Centro di riferimento della Scuola della Società Italiana di Chirurgia di Endocrinochirurgia dal 2008.

Dal 2006 partecipo alla rete formativa della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale della Seconda Università di Napoli.

Sono stato componente del Tavolo Tecnico per la realizzazione di una Rete Assistenziale Regionale per l'Assistenza al Paziente con Patologia Tiroidea costituito per Decreto dell'Assessore alla Sanità della Regione Campania nel 2006.

Dal 2000 al 2011 ho ricoperto, nell'ambito del Club delle UEC, gli incarichi di Delegato per le Attività Scientifiche, Componente del Consiglio Direttivo, Componente del Collegio dei Probi Viri e, dal giugno 2011, quello di Vice Presidente Vicario.

Sono stato Socio Fondatore della Società Italiana Testa-Collo, delegato Regionale ACOI per l'attività sindacale fino al 2002, componente del Consiglio Direttivo della Società Napoletana di Chirurgia per il biennio 2005-2006, componente del Consiglio Direttivo dal 2008 ad oggi della Società Italiana di Endocrino-Chirurgia.

Ho connotato la mia attività e quella della UOC che dirigo, approfondendo alcuni settori della chirurgia in ambito endocrino, esofago-gastrico e bariatrico, perseguendo la migliore organizzazione per una gestione multidisciplinare del paziente e valorizzando gli approcci mini invasivi.

NATALE DI MARTINO

Candidato Consigliere

Sono Professore Ordinario di Chirurgia Generale e Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli Studi di Napoli.

Svolgo inoltre l'attività di Docente presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale e la Scuola di



Specializzazione in Chirurgia Digestiva ed Endoscopia Digestiva Chirurgica della Seconda Università degli Studi di Napoli. Attualmente ricopro l'incarico di Direttore dell'Unità Operativa Complessa 8° Chirurgia Generale e Gastroenterologica dell'A.O.U. Seconda Università degli Studi di Napoli. Sono Segretario Generale del Collegio Italiano dei Chirurghi, Presidente della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia e Vice Presidente della Società Napoletana di Chirurgia. Sono inoltre Socio ordinario di diverse Società Scientifiche, nazionali ed internazionali. Ho ricevuto i Premi "Award for the best scientific papers" della Society of Laparoendoscopic Surgeons (Boston 2009) e "Award for the best scientific papers" della Society of Laparoendoscopic Surgeons (New York 2010). La mia attività scientifica è rappresentata da oltre 400 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.

DONATO NITTI

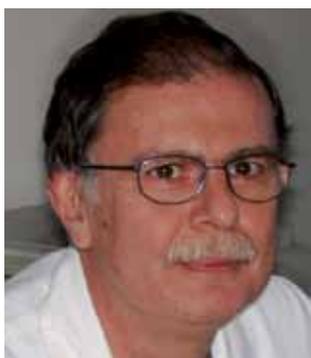
Candidato Consigliere

Sono nato a Matera nel 1947, mi sono laureato nel 1971 ed ho conseguito le Specializzazioni in Chirurgia Generale nel 1976, in Chirurgia Oncologica nel 1979 e in Chirurgia Toracica nel 1982. Dal 1972 al 1977 sono stato frequentatore, contrattista e ricercatore presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Padova, nel 1978 ho frequentato l'Institute Jules Bordet di Bruxelles. Dal 1979 al 1984 e dal 1985 al 1987 ho ricoperto il ruolo di ricercatore e aiuto presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Padova. Nel 1984 sono stato Visiting Surgeon presso il Roswell Park Memorial Institute di Buffalo e presso il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York (USA).

Dal 1987 al 1999 sono stato Professore Associato di Chirurgia Generale presso l'Università di Padova e dal 2000 Professore Ordinario.

Dal 2004 sono Direttore della Clinica Chirurgica II, sezione del Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche, dal 2006 Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, indirizzo Chirurgia d'Urgenza, dal 2008 Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche dell'Università di Padova.

Appartengo alle seguenti società scientifiche: American Society of Clinical Oncology (ASCO), Society of Surgical Oncology (SSO), European Society of Surgical Oncology (ESSO), EORTC Gastrointestinal Tract Cancer Cooperative Group (EORTC GITCCG), Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae, Metastasis Research Society (MRS), Association Francaise de Chirurgie, Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO), Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Per quanto riguarda l'attività didattica sono stato titolare dell'insegnamento di Chirurgia Oncologica dal 1988 al 1996 e dal 1996 dell'insegnamento di Chirurgia Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova; dal 1982 anche di corsi presso le Scuole di Specializzazione in



Chirurgia Generale e Oncologia. Ho sviluppato attività di ricerca nell'ambito del trattamento chirurgico delle patologie dell'apparato digerente, fegato e pancreas, della chirurgia oncologica dei tumori solidi e della terapia adiuvante multimodale in corso di studi clinici controllati (fase II-III).

Sono coordinatore di Gruppi di Ricerca nazionali e internazionali e autore o co-autore di 456 pubblicazioni, capitoli di libri e monografie.

Sono stato nominato nel 1980 coordinatore nazionale del Gruppo di Studio Gastro-Intestinale dell'Organizzazione Europea per le Ricerche sulle Terapie sul Cancro (EORTC). Dal 1982 al 1992 sono stato consigliere regionale per il Veneto dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM).

Dal 1983 sono segretario della Lega Italiana Lotta contro i tumori sezione di Padova.

Dal 1989, in qualità di componente del Comitato Tecnico Scientifico del Centro Oncologico Regionale (COR) con sede in Padova, successivamente denominato IOV (Istituto Oncologico Veneto), collaboro alle attività Istituzionali ed alla organizzazione di Simposi Scientifici.

Dal 1991 al 1997 sono stato segretario della Società Triveneta di Chirurgia, dal 1993 al 2006 Tesoriere del GITCCG dell'EORTC e dal 1993 al 1997 ho fatto parte del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Oncologica. Dal 2000 sono coordinatore dell'Osservatorio per le Scuole di Specialità di Area Sanitaria dell'Università degli Studi di Padova.

Sono stato eletto per i trienni 1998-2001 e 2001-2004 rappresentante della Macroarea 4 (Medicina e Psicologia) nel Senato Accademico dell'Università di Padova.

Nel 2004 ho fatto parte della commissione CNR MIUR (Progetto strategico Oncologia), istituita per la definizione delle "Basi metodologiche per la definizione di linee-guida in ambito clinico per i tumori del colon-retto".

Nel 2006 ho collaborato alla definizione delle linee guida di trattamento delle neoplasie dello stomaco per l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Sono stato nominato, con decreto del Ministro della Salute, componente della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria per il triennio 2007-2010. Dal 2009 sono componente dell'executive board della Società Europea di Chirurgia Oncologica (ESSO) e dell'Editorial Board delle riviste Journal of Clinical Oncology (JCO) e European Journal of Surgical Oncology (EJSO).

DOMENICO RUSSELLO

Candidato Consigliere

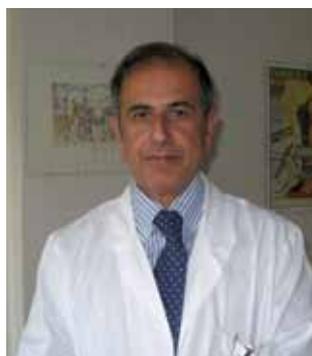
Nato a Catania nel 1951, mi sono laureato nel 1975 e specializzato in Chirurgia Generale nel 1980, presso l'Università di Catania. Ho conseguito l'idoneità a Primario di Chirurgia Generale nel 1986.

Ho svolto l'attività di Ricercatore presso l'Istituto di I° Clinica Chirurgica dell'Università di Catania dal 1980 al 1993. Sono diventato Professore Associato di Chirurgia Generale nel 1993 e nel 2002 Professore Ordinario di Chirurgia Generale dell'Università di Catania.

Sono stato titolare dell'insegnamento di Fisiopatologia Chirurgica, Chirurgia Generale, Fisiopatologia, Semeiotica e Metodologia Clinica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, nonché di insegnamenti presso il corso di Laurea per Dietista, corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, diverse Scuole di Specializzazione dell'Università di Catania e numerosi corsi di formazione. Ho frequentato per lunghi soggiorni di studio diversi centri di eccellenza chirurgici italiani ed esteri e collaborato a numerosi progetti di ricerca.

Sono componente della Commissione per i rapporti convenzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania dal 1997 ad oggi, commissione di cui sono stato anche Presidente.

Sono componente del collegio dei docenti del Dottorato di ricerca in "Fisiopatologia pre e postoperatoria in chirurgia d'elezione e d'urgenza"; ho ricoperto inoltre i seguenti incarichi: Vicedirettore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopica



Digestiva (2007-08), Direttore del Master "Chirurgia mininvasiva e nuove tecnologie avanzate" della Scuola Superiore per la Formazione di Eccellenza dell'Università degli Studi di Catania (2000-01), Direttore del Master Internazionale di Il Livello in "Mininvasive surgery and new technologies", (dal 2006 al 2010), responsabile di un assegno di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania dal titolo "Le citochine proinfiammatorie nella valutazione precoce della diagnosi e della prognosi della Pancreatite acuta".

Sono componente del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Trapianti d'organo e Tecnologie Avanzate dell'Università di Catania e Presidente della Commissione Didattica della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale. Sono stato componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie e del Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Studio Pancreas.

Sono componente del board della Mediterranean & Middle Endoscopic Surgery Association.

Sono stato relatore in numerosi congressi nazionali ed internazionali, promotore dell'organizzazione di numerosi seminari e corsi di aggiornamento, autore di 230 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, di 7 monografie e 5 capitoli su libri. Sono socio della Società Italiana di Chirurgia, della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica, della Società Siciliana di Chirurgia e dell'Associazione Italiana Studio Pancreas.

Dal 1997 al 2006 sono stato responsabile di U.S. dipartimentale di "Chirurgia epatobiliare e mininvasiva" presso l'Azienda Cannizzaro di Catania. Dal 2006 al 2011 sono stato Direttore dell'UOC di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania.

Dal 2012 dirigo l'UOC di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania.

ALFIO SAGGIO

Candidato Consigliere

Sono nato a Catania nel 1951 ed ho conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Catania nel 1976. Mi sono quindi specializzato, sempre presso l'Università di Catania, in Chirurgia Generale (1982), in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva (1987) e in Chirurgia Toracica (1992). Nel 1992 ho conseguito, presso l'Università di Pisa, il diploma di perfezionamento in Chirurgia Laparoscopica.

Nel 1986 ho conseguito l'idoneità nazionale a Primario di Chirurgia Generale e, nel 1989, a Primario di Chirurgia Toracica. Nel 1984 sono stato "postgraduate visitor" presso il St. Mark's Hospital di Londra, dove sono ritornato per soggiorni di frequenza nel 1985, nel 1987 e nel 1990.

Dal 1979 sono stato assistente nella Divisione di Chirurgia Toracica e dal 1992 aiuto nella Divisione di Chirurgia Generale presso l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania, dove 2001, sono stato titolare del Modulo Dipartimentale di "Chirurgia Mini-invasiva e in



ricovero breve" nell'ambito del Dipartimento di Chirurgia e Oncologia. Dal 2002 sono Direttore dell'UOC di Chirurgia Generale del presidio ospedaliero di Giarre (CT), nell'ambito dell'ASP di Catania, e dal 2008 ricopro anche la carica di Direttore dell'UOC di Chirurgia Generale dell'ospedale di Acireale (CT). Dal 2011 sono referente per la Qualità del Dipartimento di Chirurgia dell'ASP di Catania.

Sono stato relatore a numerosi congressi nazionali e regionali, è coautore di 5 monografie e di oltre 100 pubblicazioni scientifiche su molteplici argomenti di chirurgia.

Sono stato vicepresidente della Società Siciliana di Chirurgia (2008-2010), consigliere dell'Ordine dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di Catania (1992-2008), socio fondatore del Club Chirurgico Etneo, nonché coordinatore regionale per la Sicilia Orientale dell'ACOI (2006-2011). Dal 2010 l'U.O.C. di Chirurgia da me diretta è convenzionata con la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Catania.

In qualità di fondatore ho partecipato alla costituzione della Fondazione "Chirurgo e Cittadino" (2010).

Ho organizzato e co-presieduto il Congresso regionale ACOI-Sicilia Orientale (Acireale, 2004) nonché, insieme a Diego Piazza, il XX Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia (Acireale, 2010) e le 10 edizioni del Forum di Chirurgia Mini-invasiva (Catania, 1998-2012).

SILVIO TESTA

Candidato Consigliere

Sono nato ad Alessandria nel 1953 e mi sono laureato nel 1978 presso l'Università degli Studi di Pavia.

Ho conseguito la specializzazione in Chirurgia Generale nel 1983 presso l'Università degli Studi di Pavia e in Chirurgia Toracica nel 1986 presso l'Università degli Studi di Torino.

Ho conseguito nel 1987 l'idoneità a primario in Chirurgia Toracica e nel 1989 a primario in Chirurgia Generale.

Assolti gli obblighi del servizio militare con la qualifica di SottoTenente Medico assistente del reparto di Chirurgia dell'Ospedale Militare di Alessandria, ho iniziato la carriera ospedaliera nel 1980, ricoprendo il ruolo di Assistente presso la II° Divisione di Chirurgia dell'Ospedale Civile di Alessandria diretta da Manlio Tomassini.

Nel 1987 ho assunto il ruolo di Aiuto e successivamente di Dirigente di



ROBERTO DINO VILLANI

Candidato Consigliere

Nato a Milano nel 1954, mi sono laureato in Medicina e Chirurgia nel 1980 presso l'Università degli Studi di Pavia ed ho conseguito la specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1985,

in Microchirurgia e Chirurgia Sperimentale nel 1989 e in Chirurgia Generale nel 1994. Ho prestato servizio presso la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Melzo in qualità di Assistente Chirurgo nel 1981; dal 1981 al 1987 ho prestato servizio presso la 1° Divisione di Chirurgia Generale dell'Ente Ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Dal 1987 al 2008 ho prestato servizio presso la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale Generale di Zona "San Giuseppe - dei Padri Fatebenefratelli" di Milano, prima in qualità di aiuto e quindi di Dirigente Medico di 1° livello. Presso lo stesso Ospedale, dal 1996, sono stato Responsabile del Modulo organizzativo/funzionale di "Riabilitazione dell'Incontinenza - Rieducazione del Pavimento Pelvico" ed in seguito Dirigente di Primo Livello dell'Unità Semplice di "Chirurgia Colo Retto Anale".

Dal 2008 sono Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Proctologica e Riabilitazione del Pavimento Pelvico presso il Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo.

Sono stato tutor della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Milano negli Anni Accademici dal 1997/98 al 2007/2008 svolgendo regolarmente lezioni presso la scuola stessa.

Dal 2005 al 2008 sono stato Tutor dell'Università degli Studi di Milano del



1° livello presso la Divisione di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico dell'AON "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, la cui direzione è stata nel frattempo assunta da Giuseppe Spinoglio. Dal 1995 al 1998 sono stato responsabile del modulo di "Terapia semi-intensiva post-operatoria". Dal 1998 al 2009 ho ricoperto il ruolo di Dirigente di 1° livello presso la stessa Divisione con l'incarico di "Direzione di struttura ad articolazione interna: Sala Operatoria". La stretta collaborazione con Giuseppe Spinoglio mi ha permesso di partecipare attivamente prima allo sviluppo della Chirurgia Laparoscopica Avanzata e successivamente ai primi passi della chirurgia Robotica che oggi caratterizzano la scuola alessandrina, come universalmente riconosciuto.

Sono coautore di 126 tra pubblicazioni scientifiche e videoproduzioni. Per l'esperienza acquisita in chirurgia laparoscopica avanzata sono stato docente ed operatore della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Laparoscopica (2004-2005) e dei Corsi dell'European Surgical Institute (Amburgo 2002-2004-2005). Sono socio SIC dal 1985, Socio ACOI dal 1998 e Socio SIUCP dal 2011. Dal 2009 sono Direttore della SC di Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli dove proseguo l'attività di Chirurgia Laparoscopica avanzata che è stata introdotta e sviluppata nella nuova sede.

tirocinio pratico valutativo previsto per l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo. Dal 1998 sono stato Segretario Nazionale dell'Associazione Italiana delle Unità di Colonproctologia (UCP Club) e dal giugno 2002, in seguito alla fusione di UCP Club con la SICP (Società Italiana di Colonproctologia), Segretario Nazionale della SIUCP (Società Italiana Unitaria di Colonproctologia).

Sono stato Presidente della Società Italiana Unitaria di Coloproctologia (SIUCP) per il biennio 2005/2007 e attualmente sono membro del Consiglio dei Garanti della stessa società.

Dal 2004 al 2008 sono stato Coordinatore Regionale per la Lombardia della SICOP (Società Italiana Chirurghi Ospedalità Privata).

Nel triennio 2006/2008 sono stato membro della Commissione Nazionale Rapporti Istituzionali dell'ACOI.

Sono membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery (SICADS) per il triennio 2011/2014.

Ho fatto parte del Comitato Scientifico della Rivista Internazionale "Proctological and Perineal Diseases", organo ufficiale di The International Pelvic Floor Dysfunction Society. Sono autore di 62 lavori editi a stampa.

Sono stato relatore di 130 comunicazioni a congressi nazionali ed internazionali e di 141 relazioni a congressi e corsi d'aggiornamento nazionali ed internazionali. Ho organizzato, come segreteria organizzativa o Presidente, 58 congressi/corsi d'aggiornamento nazionali/internazionali in particolare di argomento coloproctologico. Tra questi 2° World Congress of Coloproctology (Roma 2005), la III edizione (Roma 2009) di cui sono stato Co-Chairman e la IV (Roma 2011) di cui sono stato membro della Segreteria Scientifica.

Organizzo inoltre annualmente un congresso nazionale di Colonproctologia che vede radunati oltre 500 esperti di cui quest'anno si è svolta la 16° edizione. Sono Direttore Responsabile della Rivista Scientifica UCP NEWS, organo ufficiale della Società Italiana Unitaria di Coloproctologia.

Quando la qualità viene premiata

Ambiti riconoscimenti!

di Rodolfo Vincenti

Il giorno 3 luglio, presso la sala capitolare del Senato della Repubblica, la Fondazione Chirurgo e Cittadino ONLUS (FCC) e l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani hanno ricevuto l'ambito riconoscimento di "Eccellenza" - AWARDS 2012 - dell'ITALIAN PUBLIC AFFAIRS ASSOCIATION, rispettivamente nella categoria "Università, Fondazioni e Centri Studio" e nella categoria "Associazioni scientifiche". I progetti premiati sono stati scelti da una giuria presieduta dal senatore Antonio Tomassini e composta da rappresentanti del Parlamento, del mondo accademico universitario, dell'impresa, dei consumatori, dei giornalisti e delle istituzioni nazionali ed internazionali che operano nel settore delle relazioni istituzionali. A consegnare i premi è stato lo stesso senatore Tomassini, presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato.

Il presidente di FCC, Vincenzo Stancanelli, ha ritirato l'attestato di premiazione per il progetto "La Settimana dell'Ascolto" realizzato nell'anno 2011: presso gli ambulatori di 240 Unità Operative di Chirurgia distribuite su tutto il territorio nazionale, sono stati distribuiti agli utenti questionari indaganti la qualità dell'assistenza sanitaria in ambiente chirurgico, richiedendo ai cittadini anche di esporre le proprie proposte per una migliore qualità di vita. L'analisi statistica degli oltre 3000 questionari compilati, ha rivelato dati di estremo interesse che saranno la base sia per ulteriori ricerche sia per azioni dirette a limare in meglio le disarmonie del sistema, soprattutto quelle riguardanti la comunicazione ed i principi di umanizzazione dell'assistenza. I risultati della survey che ho coordinato, in veste di co-fondatore di FCC, saranno comunicati alle Istituzioni sanitarie e ai media attraverso un convegno dedicato al tema della comunicazione in chirurgia (www.chirurgocittadino.it).

Il Presidente ACOI Luigi Presen-



ti ha ritirato l'attestato di premiazione per il "Progetto Qualità e Sicurezza del Percorso Chirurgico - dalla formazione sul campo all'implementazione delle Best Practices (BP) nelle proprie strutture".

Il progetto, fortemente voluto e coordinato da Enrico Pernazza durante gli ultimi 3 anni, ha come obiettivo quello di diffondere la cultura della Qualità e della Sicurezza attraverso l'individuazione condivisa e la successiva applicazione di BP. Il gruppo di studio e di lavoro, composto dalle dirigenze sanitarie e chirurgiche di circa di 50 aziende ospedaliere, ha elaborato 85 azioni "di sicurezza" attraverso i 16 steps che compongono tutto il percorso del paziente in chirurgia, dal ricovero alla dimissione.

La ricerca ha evidenziato una discreta



diffusione di BP affiancata però ad una evidente mancanza di coinvolgimento attivo del malato nelle misure di sicurezza testate (www.acoi.it).

La contemporaneità dei riconoscimenti per azioni e progetti riguardanti il "benessere" e la "sicurezza" del cittadino (tematiche supportate negli anni recenti dall'ACOI con costanza ed impegno), credo che possa rappresentare, con chiarezza ed in modo definitivo, come l'azione che la nostra poliedrica associazione svolge a tutto campo (dalla formazione e tutela del chirurgo ai rapporti col

cittadino), non solo sia conosciuta ed apprezzata dalle Istituzioni, ma rappresenti un "eccellenza" nell'ambito delle iniziative sociali. Un grazie personale a tutti coloro che hanno creduto e credono nei Progetti di Qualità.

Nascono videoteca.acoi.it e acoi.tv

di Graziano Pernazza

La multimedialità e l'interattività irrompono nel mondo ACOI.web. La chirurgia in video, motore della formazione ACOI e strumento privilegiato per la condivisione delle esperienze, si fregia del marchio ACOI e si mette al servizio dei soci.

La videoteca nasce dall'idea di raccogliere e mettere a disposizione dei chirurghi ACOI i filmati prodotti dall'attività istituzionale e congressuale della videochirurgia, ma con uno sguardo aperto a contributi filmati "snelli" che abbiano una particolare valenza didattica o illustrativa.

Il canale tv via internet, invece, si propone di rendere viva e partecipata la videochirurgia, realizzando con strumenti semplici, ma estremamente efficaci, la trasmissione in diretta, in formato streaming, di un intervento chirurgico, di una sessione congressuale, di un evento sociale, rendendo possibile, per i soci registrati sul portale ACOI e connessi contemporaneamente, una ampia possibilità di interazione con i protagonisti ed il resto del "pubblico". Videoteca.acoi.it è in effetti un contenitore, una mediateca tematica.

I filmati, che devono essere conformi alle regole della video-chirurgia (presenti sul sito), vengono suddivisi in categorie, ricercabili attraverso parole chiave e risultano corredati da una descrizione sintetica del contenuto.

Gli utenti possono esprimere il loro gradimento per un filmato piuttosto che un altro e questo meccanismo ne determina la "popolarità", mettendo in posizione privilegiata, in una ipotetica classifica di "migliori", i video più graditi. Sono quindi gli stessi utenti, i visitatori, i soci ACOI a determinare i video più interessanti.

Acoi.tv nasce invece con l'intento



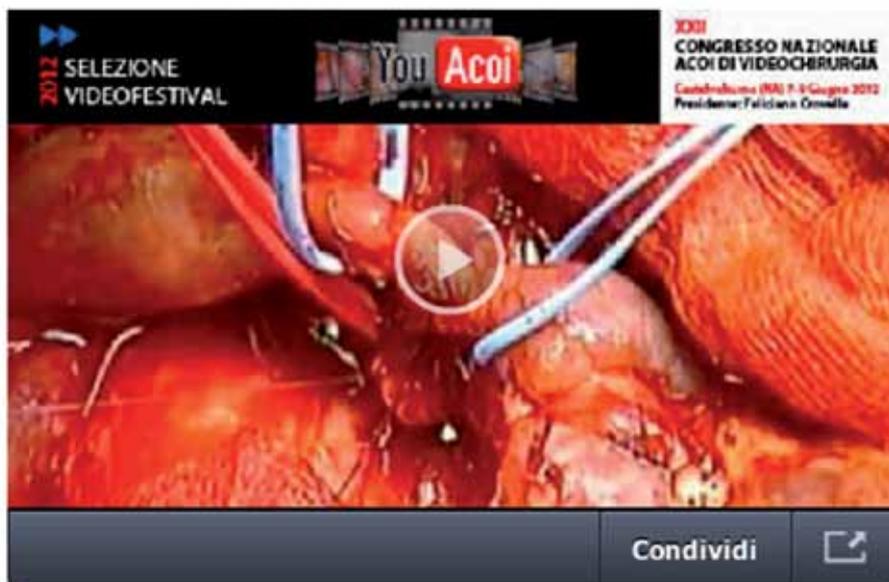
di offrire ai soci ACOI un catalogo di eventi calendarizzati, una serie di appuntamenti, che potranno consistere nella trasmissione di interventi chirurgici, sessioni congressuali, corsi... con la possibilità di intervenire ed interagire a distanza, attraverso un semplice sistema di chat.

Ma questo non è tutto. Alle parole chiave "video" e "interattività" se ne aggiungono altre due: "disponibilità", perché le trasmissioni acoi.tv potranno essere

disponibili anche "in differita", in qualsiasi momento, poche ore dopo la loro trasmissione live, quindi "on-demand", con la stessa qualità audio e video della diretta, e "mobilità" in quanto la ricerca, semplice e veloce, e la visione dei video, chiara e fluida, sarà sempre possibile anche su dispositivi mobili. Del resto il traffico da smartphone e tablet è aumentato vertiginosamente negli ultimi mesi e allora tutti i filmati presenti in videoteca, i live streaming di acoi.tv e i video on-demand, saranno fruibili da dispositivi Windows, MacOS, iOS e Android.

I servizi saranno riservati ai soci ACOI, in regola con le quote associative e regolarmente registrati sul portale ACOI.

IN PRIMO PIANO



Pancreasectomia totale spleen preserving in blocco con porzione di vena porta e ricostruzione con graft di vena grande safena.

0 Commenti 7 Like 292 Vista

Laparoscopic approach to acute abdomen

Recensione Consensus

di Vincenzo Bottino

Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES).

Agresta F, Ansaloni L, Baiocchi GL, Bergamini C, Campanile FC, Carlucci M, Cocorullo G, Corradi A, Franzato B, Lupo M, Mandalà V, Mirabella A, Pernazza G, Piccoli M, Staudacher C, Vettoretto N, Zago M, Lettieri E, Levati A, Pietrini D, Scaglione M, De Masi S, De Placido G, Francucci M, Rasi M, Fingerhut A, Uranüs S, Garattini S.

SurgEndosc 2012 Jun 27. [Epub ahead of print]

“...As doctor and surgeons our mission is to treat patients to the best of our knowledge and expertise. The exponential knowledge eruption and the nearly daily skill-related technology advances in minimal invasive surgery make it more than ever mandatory that we, surgeons and doctors, humbly examine, analyze and objectively audit our own practice...we have to recognise and discard our acquired biases, and base our diagnostic procedures and surgical therapy on “hard” evidence...” (Fingerhut A. “Do we need consensus conferences?” *SurgEndosc* 2002; 16:1149-1450)

Potrà sembrare strano, nel recensire un articolo scientifico, iniziare citando un editoriale. Ma questo editoriale contiene in sé tutti gli elementi essenziali che riguardano anche e soprattutto la laparoscopia e il suo evolversi in “laparoscopia sempre più avanzata”. È indubbio che la laparoscopia rappresenti una rivoluzione nel mondo della chirurgia ed ogni rivoluzione scientifica e culturale porta con sé un fascino che attira inesorabilmente chi ne viene a contatto.

Si è partiti infatti da una rivoluzione nel trattamento di patologie importanti, ma benigne (una per tutte la coledocistite), giungendo ad applicare questa tecnica sempre più frequentemente anche a patologie neoplastiche, soprattutto colo-rettale, fino ad interessare il vasto e nebuloso campo delle urgenze addominali. E qui l'entusiasmo di molti si è

scontrato e si scontra tuttora con le perplessità di tanti! La maggiore paura dei dubbiosi è relativa alla possibilità di un ricorso non controllato scientificamente ad un approccio laparoscopico, anche se ormai i dati della letteratura non solo sottolineano il valore diagnostico di questa metodica, ma soprattutto quello terapeutico, tanto da poter far quasi dire (e scrivere) che tutti i pazienti con addome acuto potrebbero beneficiare di una laparoscopia!

Da qui la necessità di confrontarsi e di parlare una stessa lingua, nel secolo della globalizzazione, di darsi delle direttive e di fissare dei paletti a cui tutti far riferimento. Non dei rigidi protocolli, che sviscerano e sminuiscono la capacità professionale dei singoli - senza considerare poi tutte quelle realtà esterne che direttamente ed indirettamente influiscono proprio sul nostro comportamento professionale - ma quasi dei suggerimenti basati su dati della letteratura scientifica, frutto di diverse esperienze professionali già testate e confermate.

Tutto questo ha portato e spinto i chirurghi a controllare il loro entusiasmo, a confrontarsi, a stabilire delle regole per le varie applicazioni della laparoscopia, a verificare i dati della loro esperienza ma, soprattutto, a lavorare insieme. Ed il tempo, anche se non ancora in maniera univoca e definitiva, sta sicuramente premiando questa “politica”. Già nel 2006 la EAES con il testo “Laparoscopia per le urgenze addominali” (Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi

R, et al: “Laparoscopy for abdominal Emergencies. Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery”. *Surg Endosc* 20: 14-29), aveva posto una pietra miliare proprio nel valutare e validare l'approccio laparoscopico nelle urgenze addominali. Ma sono trascorsi già sei anni, un tempo lungo, pieno di novità e nuove validazioni e sconfessioni. Ed ecco allora le nostre linee guida.

Per qualcuno potrebbe sembrare che siano solo un semplice update di quelle “storiche” dell'EAES. Ma non è proprio così.

Il Piano Nazionale Italiano delle Linee Guida prevede che, oltre diciamo agli attori principali dell'evento - in questo caso i chirurghi - vi sia la partecipazione in qualità di attenti e perché no, di attivi osservatori/uditori, di tutte quelle figure che in qualche modo possano essere interessate e coinvolte direttamente. Questa Consensus è la prima in cui tutte le figure interessate direttamente hanno dato il loro personale contributo, aggiungendo quindi il valore della correttezza metodologica a quella scientifica.

“These guidelines have been developed to help surgeons with their decisions in the very difficult situation of emergency surgery”.

Termina così la parte chirurgica di questa Consensus (è notevole anche l'addendum dei colleghi anestesisti che rendono ancora più completo il lavoro svolto), che non necessita di alcun commento.

La nuova disciplina FESMED per i conflitti con le aziende

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

La crisi che ha investito il Servizio Sanitario ha acuito i conflitti fra le Aziende sanitarie e ospedaliere ed i propri dipendenti. Ritardi nei pagamenti di voci retributive e mancato riconoscimento di emolumenti, contrattualmente dovuti, vengono registrati in maniera molto più frequente rispetto al passato. Il blocco dei contratti di lavoro e il susseguirsi di leggi finanziarie hanno creato incertezza nel diritto del lavoro, delle retribuzioni e della previdenza. Il crescente numero dei contenziosi che ne è scaturito ha indotto le compagnie assicurative ad abbandonare il ramo della tutela giudiziaria in materia di diritto del lavoro. Di conseguenza, i dirigenti medici si rivolgono con maggior frequenza al sindacato, chiedendo di essere tutelati nei conflitti con le rispettive Aziende del SSN. La FESMED, per fronteggiare l'aumen-

tata richiesta di assistenza sindacale, ha deciso di gestire i contenziosi ricercandone, in prima istanza, la risoluzione attraverso la trattativa sindacale aziendale e l'utilizzo degli istituti contrattuali e solo in caso di mancato successo, attraverso la via giudiziaria.

Per supportare i propri Delegati aziendali nella trattativa con le rispettive Aziende, la FESMED ha istituito il "Servizio di consulenza nazionale sugli istituti contrattuali", composto da tre esperti, al quale i delegati aziendali si possono rivolgere per essere aiutati ad individuare la norma contrattuale o legislativa che è stata disattesa e della quale si deve richiedere l'applicazione ma anche per ottenere un parere sulla corretta interpretazione della normativa vigente.

Qualora non si dovesse riuscire a trovare una soluzione attraverso la trattati-

va sindacale aziendale, la questione verrà sottoposta dagli stessi esperti al "Riferimento nazionale per le problematiche di interesse giudiziario", dove tre componenti del Consiglio direttivo FESMED decideranno se è opportuno intraprendere un'azione giudiziaria e, in relazione all'interesse che la questione riveste per il sindacato, la porranno totalmente o in parte a carico della FESMED, affidandola ad uno studio legale fra quelli convenzionati con la FESMED stessa.

Si tratta di un'organizzazione agile che consentirà di rispondere al maggior numero di richieste di assistenza da parte dei colleghi e, sulla base dell'esperienza dei nostri esperti, eviterà di portare avanti dei contenziosi che non hanno basi solide per poter essere sostenuti con successo.

3 PASSI PER IL RISPETTO DEI DIRITTI

1. Gli associati che necessitano di assistenza sindacale per trovare soluzione alle controversie insorte con l'Azienda di appartenenza o con altre Aziende del SSN, si rivolgono al Delegato aziendale FESMED o, in sua assenza, al Fiduciario regionale, per illustrare il problema e fornirgli tutte le informazioni utili all'inquadramento della questione.
2. Il Delegato aziendale o il Fiduciario regionale dopo aver esaminato la questione che gli viene sottoposta dall'associato, apre la trattativa con l'Azienda direttamente o dopo essersi consultato con i componenti del "Servizio di consulenza nazionale sugli istituti contrattuali".
3. I casi che non trovano soluzione attraverso la trattativa sindacale aziendale vengono inoltrati al "Riferimento nazionale per le problematiche di interesse giudiziario", il quale decide se è opportuno intraprendere un'azione giudiziaria. In tal caso, affida la causa ad uno studio legale convenzionato con la FESMED e stabilisce se gli oneri finanziari della causa debbano essere assunti in toto o in parte dalla FESMED.

Nuovi obblighi in tema di polizze professionali, ECM e compensi

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il D.L. 138/2011 dello scorso agosto ha avviato la riforma delle professioni, prevedendo l'eliminazione di numerosi vincoli e imponendo ai professionisti di garantire la qualità del servizio prestato alla propria clientela, anche attraverso una polizza che garantisca il risarcimento degli eventuali danni derivanti da inadempienze o negligenze. Per questo motivo, l'art. 3, c. 5, lett. e), del decreto ha stabilito che: *“il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale”*. Non solo, ma il professionista deve anche: *“rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale”*. Per garantire questo nuovo obbligo viene stabilito che gli ordinamenti professionali debbano essere riformati in tal senso entro 12 mesi, dal 13 agosto 2011. Tale data è stata ribadita anche dal “decreto Monti”, n. 214/2011.

La finalità della norma è quella di liberalizzare il mercato e nello stesso tempo, di tutelare tutti i cittadini che si rivolgono ad un professionista. È inevitabile che una simile norma non possa prevedere degli obblighi differenziati per le varie categorie professionali e per i diversi rapporti di lavoro. Nel mercato con meno vincoli che si verrà a creare, il legislatore ha voluto tutelare tutti i cittadini per eventuali perdite patrimoniali, involontariamente cagionate loro da errori od omissioni dei professionisti, obbligando quest'ultimi a stipulare una polizza per la responsabilità professionale. In quest'ottica, l'obbligazione del medico dipendente non può che essere limitata al danno ingiusto, quello che si ha in

conseguenza di una “colpa grave” e che impone al medico dipendente di risarcire personalmente il danneggiato. Negli altri casi sarà l'Azienda sanitaria che dovrà rispondere ai pazienti insoddisfatti delle cure. Quindi, il medico dipendente per ottemperare a quanto richiede la legge è sufficiente che abbia stipulato una polizza che lo tuteli per gli eventi danni addebitabili a sua “colpa grave”. Le modalità attraverso le quali questa informazione dovrà essere portata a conoscenza dei pazienti potranno essere concordate in sede locale, qualora non venissero emanate delle disposizioni dall'Ordine professionale, entro il 13 agosto 2012, oppure delle circolari esplicative nazionali. È opportuno osservare che la legge impone l'obbligo della polizza esclusivamente per i professionisti e nulla stabilisce per gli enti che erogano prestazioni professionali attraverso propri dipendenti o professionisti convenzionati. Di conseguenza, le Aziende sanitarie non sono obbligate da questa legge a stipulare una polizza ma, questo non indica che non siano tenute a risarcire i cittadini danneggiati, nei casi nei quali non si ravvisi la “colpa grave”.

Educazione Continua in Medicina

Il medesimo articolo 3, del decreto 138/2011, stabilisce l'obbligo per il professionista di *“seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM)”*.

In pratica, il mancato raggiungimento dei n.50 crediti attualmente previsti per ogni anno, determinerà un illecito

disciplinare e come tale, sarà sanzionato sulla base di quanto stabilirà l'ordinamento professionale, sempre entro la data del 13 agosto 2012.

Compensi

Per quanto riguarda i compensi professionali, oltre all'abrogazione delle tariffe regolamentate a livello dell'Ordine professionale, la nuova norma stabilisce che il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momento del conferimento dell'incarico professionale (DL 1/2012, art. 9). Secondo questa disposizione, il professionista deve rendere noto previamente al cliente la misura del compenso, anche in forma scritta se da questi richiesta. Come per le norme illustrate in precedenza, anche in questo caso l'inottemperanza di quanto disposto costituisce illecito disciplinare, sanzionabile sulla base di quanto stabilirà l'ordinamento professionale, entro la data del 13 agosto 2012. È chiaro che i provvedimenti sulla pattuizione dei compensi riguardano senza eccezioni tutte le professioni. Tuttavia, gli obblighi di informativa del medico del Ssn in regime di libera professione intramoenia dovranno necessariamente fare riferimento alle tariffe concordate a livello di ASL per la libera professione, le quali non sembrerebbe che vengano abrogate dalla legge. Si tratterà di concordare a livello aziendale le modalità attraverso le quali informare il paziente sulla tariffa della prestazione medica che è stata richiesta e che la stessa è soggetta ad una regolamentazione tariffaria concordata con la ASL. Ovviamente, questa chiave di lettura delle nuove norme potrebbe essere soggetta a rivisitazioni nel caso dovessero intervenire delle circolari interpretative ministeriali.



Il Presidente è donna!

Intervista a Giovanna Ioia, nominata Presidente dell'Associazione Campana Giovani Chirurghi

A cura della Redazione

Giovanna Ioia è dal 12 Aprile scorso il Presidente dell'ACGC. È la prima volta che una donna rivestire un simile ruolo. Ci racconti come è cominciata quest'avventura?

Il mio rapporto con l'associazione nasce a cavallo tra il 2006 e il 2007. Accompagnai una mia collega ad una riunione del consiglio direttivo che si svolgeva alla Camera dei Deputati a Roma, in quanto promossa dal collega ed amico Luigi Ricciardelli (allora presidente dell'ACGC) insieme a Tommaso Pellegrino, che all'epoca era deputato e agli altri soci storici, Vincenzo Bottino e

Alberto Menduni De' Rossi.

Fui colpita dallo spirito di amicizia che univa tutti e dalla piena libertà, per chiunque lo volesse, di proporre eventi ed iniziative.

Subito mi furono illustrate tutte le attività in cui era impegnata l'associazione dei "giovani chirurghi campani", in modo particolare le numerose iniziative già organizzate per promuovere la cultura scientifica e la formazione dei giovani.

Mi proposi per organizzare un evento a Villa dei Fiori di Acerra, dove all'epoca lavoravo in pronto soccorso. Ebbi immediatamente l'appoggio di Luigi

Ricciardelli, così come era solito fare con chiunque si proponesse in prima persona. All'inizio fu molto difficile per me, ero all'esordio della mia professione di chirurgo (non che ora sia navigata...), non conoscevo nessuno e non avevo mai organizzato un congresso, ma fu un gran successo scientifico e di partecipazione che ebbi l'occasione di ripetere l'anno successivo.

Da queste prime esperienze a Presidente. Un rapido percorso:

All'epoca io ero una semplice associata, solo in seguito entrai a far parte del comi-

tato polispecialistico e successivamente divenni consigliere.

A settembre del 2011, essendo in scadenza il consiglio direttivo, in modo del tutto inaspettato, mi fu comunicato che il mio nome era stato fatto come prossima candidata alla presidenza, dato il fattivo impegno profuso negli anni precedenti e la convinzione che fosse necessario nominare un presidente che unisse la ACGC dei soci fondatori a quella dei giovani, tutti under 35, che si affacciano al mondo della chirurgia.

Una donna come Presidente di una società di chirurgia, quali possono essere le motivazioni?

Forse perchè in accordo con quanto sta succedendo un po' in tutte le classi dirigenziali, è stata avvertita la necessità di un cambiamento generazionale, di affidare maggiore spazio alle nuove leve, in grado di mettere in campo energie e risorse nuove e ben venga una maggiore partecipazione anche del sesso femminile.

Forse in chirurgia questo traguardo è ancora più significativo, essendo la professione del chirurgo, ancora fino a qualche anno fa, considerata appannaggio dei soli uomini. Ormai così non è più. Le donne che scelgono la Facoltà di Medicina sono sempre più numerose, così come quelle che si iscrivono a specializzazioni chirurgiche. Non vorrei perdermi in retoriche osservazioni ma sono sicura di non esser smentita se affermo che il patos e la dedizione con i quali affrontiamo il nostro lavoro, spesso garanzia di risultato, possono essere di gran lunga superiori a quelli dei colleghi uomini.

Quali sono state all'epoca le tue sensazioni?

È inutile dire quanto la nomina ricevuta mi abbia lusingata, anche se non nego che all'inizio ero anche un po' spaventata, perché pienamente consapevole dell'eredità ricevuta, essendo l'ACGC ormai una realtà consolidata e conosciuta in ambito scientifico e politico nel mondo chirurgico anche a livello nazionale.

Oggi posso dire di essere serena perché posso condividere le mie preoccupazioni con il gruppo di amici e colleghi che è al mio fianco nel nuovo consiglio direttivo, gruppo che trova la sua forza nell'impegno a crescere insieme profes-

sionalmente, come Pierino Di Silverio (ex presidente di Federspecializzandi, attuale consigliere dell'ordine dei medici di Napoli e Vice Presidente ACGC), Francesco Stanzone (Segretario Generale), Stefano Capasso (Tesoriere) e i consiglieri Arianna Mottola, Antonella Palazzo, Luigi Barra, Domenico De Vito, Raffaele d'Avino. Ci accomunano sicuramente l'entusiasmo e la voglia di fare, di impegnarsi, di realizzare eventi scientifici e la passione e la dedizione per il nostro lavoro.

Siamo partiti immediatamente con la costituzione del comitato polispecialistico con responsabile Alfredo Fucito ed del comitato di segreteria, in una affollatissima riunione allargata (nuovo CD, vecchi soci ma anche giovani neospecialisti, specializzandi e studenti di medicina aspiranti chirurghi).

Finita la fase costitutiva, inizia ora la parte organizzativa e propositiva.

Quali sono oggi i tuoi programmi?

Mi piacerebbe cominciare con "chi siamo, cosa vogliamo e dove andiamo...", non solo perché è la frase con cui Luigi Ricciardelli ha iniziato i suoi due articoli, quello apparso sul primo numero del notiziario dell'ACGC e quello pubblicato all'indomani della sua nomina a presidente di "ACOI Giovani", (e quindi perché sicuramente porta bene), ma anche perché questa frase racchiude in sé la voglia di proporsi, di mettersi in gioco, di continuare questo percorso formativo insieme. Molti sono i progetti già in cantiere: primo tra tutti l'organizzazione del nostro decennale che si terrà a il 30 novembre prossimo.

Nell'ambito del panorama nazionale sono poi in programma congressi con sessioni interamente organizzate da noi giovani, incontri monotelatici riguardanti diversi argomenti. Tra questi si è già svolto il Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia a Castelvoturno (7-9 giugno 2012), presidente Feliciano Crovella nell'ambito del quale è stata realizzata un'intera sessione organizzata dall'ACGC e dalle altre associazioni di giovani chirurghi presenti in Lazio, Sardegna e Calabria, che prevedeva la presentazione di video tutti realizzati da chirurghi under 40.

Ancora molti altri progetti sono in fase di organizzazione:

- **Ottobre 2012:** una giornata monotema-

tica sull'ernia inguinale, organizzata in collaborazione con la Scuola Medica Salernitana, coordinatori Gerardo Sarno (delegato per Salerno) e Vincenzo Consalvo (studente al VI anno di medicina).

- **Dicembre 2012:** congresso organizzato presso la Fondazione Pascale di Napoli dalla Società Italiana di Chirurgia Oncologica sulle neoplasie del colon-retto (SICO), coordinatore Eleonora Cardone (comitato polispecialistico).
- **Gennaio 2013:** giornata monotelatica con interventi in diretta di ernioplastica inguinale, interamente eseguiti dagli specializzandi, in collaborazione con l'AO San Giovanni Bosco di Napoli, coordinatori Piero Atelli (comitato polispecialistico) e Angelo Sorge (dirigente medico AO San Giovanni Bosco).
- **Aprile 2013:** giornata sullo stato dell'arte e prevenzione del cancro al seno a Sassano (SA), coordinatore Tommaso Pellegrino.
- **Aprile 2013:** il meeting "Insieme per donare la vita" in collaborazione con l'AIDO Campania per la sensibilizzazione e la divulgazione della cultura alla donazione degli organi.
- **Maggio 2013:** XXVI Congresso Nazionale di Flebologia a Caserta, coordinatore Luigi Goffredi (delegato per Caserta).

Inoltre, essendo la formazione scientifica e pratica uno dei punti saldi dei nostri obiettivi, per la prima volta l'associazione campana dei giovani chirurghi si propone di realizzare uno studio multicentrico di "valutazione dei risultati a breve e lungo termine dopo emicolectomia destra per adenocarcinoma" con la coordinazione scientifica di Marco Milone e Maddalena Leongito (comitato polispecialistico).

Altro grande impegno è quello di istituire un gruppo di redazione che si occupi del notiziario on-line, del sito web e del gruppo facebook, con la coordinazione di Gabriele De Sena e la collaborazione di Benedetto Neola.

Queste sono solo alcune delle proposte che in questi giorni ho raccolto dai tutti i soci.

Spero di poterne raccogliere e realizzare ancora tante a testimonianza che l'entusiasmo e la voglia di fare fanno sì che le menti dei giovani siano, come diceva Plutarco, "non un vaso da riempire ma legna da ardere", ...e noi il nostro fuoco cercheremo di tenerlo alto e vivo!



RASSEGNA STAMPA

A cura di Gianluigi Luridiana, Elisa Lenzi, Alessia Garzi, Andrea Vannucchi

PREOPERATIVE SHORT-COURSE RADIOTHERAPY WITH DELAYED SURGERY IN PRIMARY RECTAL CANCER

*Pettersson D, Holm T, Iversen H, Blomqvist L, Glimelius B, Martling A
Br J Surg 2012*

Gli approcci standard per il trattamento pre-operatorio del cancro del retto localmente avanzato sono rappresentati dalla Radioterapia Short-Course (SRT) seguita da chirurgia immediata e dalla Chemioradioterapia Long-Course (CRT) seguita da intervento ritardato di alcune settimane. Una terza opzione terapeutica, descritta per pazienti con tumore del retto localmente avanzato non idonei alla CRT, è rappresentata dalla SRT associata

ad intervento chirurgico ritardato di 4-8 settimane (SRT-delay). Lo scopo di questo studio retrospettivo è quello di valutare la tossicità precoce, la risposta alla radioterapia (RT) e i risultati a breve termine del protocollo SRT-delay.

Sono stati inseriti in un registro prospettico tutti i pazienti con diagnosi di cancro del retto che, nella regione di Stoccolma, hanno eseguito l'intervento chirurgico resettivo sul tumore primitivo dopo almeno

4 settimane dalla SRT, nel periodo compreso tra gennaio 2002 e dicembre 2008. Lo studio include, quindi, non solo pazienti con lesioni localmente avanzate non candidati alla CRT, ma anche pazienti giovani, in assenza di malattia avanzata o di gravi comorbidità.

Sono stati arruolati 112 pazienti, con un follow-up medio di 38 mesi (range 2-97). La presenza di lesione primaria non resecabile e la presenza di comorbidità sono state le ragioni principali per le quali è stata seguito il protocollo SRT-delay. Gravi effetti tossici radio-indotti



si sono manifestati in 6 pazienti (5,4%), con sintomi predominanti rappresentati da dolore addominale e diarrea. Il tempo medio tra il termine della SRT e l'intervento chirurgico è stato di 7 settimane (range 4-17). Il confronto tra la stadiazione clinica pre-operatoria e la stadiazione patologica ha dimostrato un significativo downstaging in riferimento allo stadio tumorale (44,9 versus 63,6% Stadio 0-2; $P < 0,001$), al parametro T (11,9 versus 29,4% T0-T2; $P < 0,001$) ed al coinvolgimento linfonodale (45,8 versus 63,6% N0; $P = 0,014$). In 9 pazienti (8%) si è verificata una risposta completa al trattamento, mentre in 13 (11,6%) c'è stata progressione di malattia. Il 38,4% dei pazienti ha sviluppato complicanze post-operatorie, soprattutto infezioni della ferita chirurgica. La mortalità post-operatoria è stata del 2,7%. In 36 (71%) delle resezioni del retto eseguite è stata confezionata una

stomia di protezione. La conclusione è stata quindi che la SRT-delay è fattibile ed accettabile in termini di eventi avversi precoci radio-indotti ed è efficace nell'indurre un significativo downstaging di malattia.

COMMENTO

Il protocollo si propone come alternativa agli approcci pre-operatori standard anche in pazienti giovani, con stadi iniziali di malattia e in assenza di comorbidità. L'eterogeneità dei pazienti e il disegno retrospettivo sono i punti deboli dello studio nel quale, inoltre, il numero di leakages anastomotici potrebbe essere falsato dall'alto numero di stomie di protezione eseguite. Gli effetti negativi a lungo termine della RT ed il confronto in termini di risultati a breve e lungo termine con i protocolli standard, sono alcuni degli endpoint del trial Stoccolma III, attualmente in corso e condotto dagli stessi autori di questo articolo.

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER: PREOPERATIVE RADIOCHEMOTHERAPY VERSUS SURGERY ALONE

Denost Q, Laurent C, Paumet T, Quintane L, Martenot M, Rullier E
Surg Endosc 2012

Lo studio si inserisce nel lungo dibattito riguardante gli eventuali vantaggi del trattamento video-laparoscopico del cancro del retto rispetto alla tecnica open, affrontando un particolare aspetto poco studiato finora: il ruolo dell'approccio laparoscopico nei casi sottoposti a radio-chemioterapia neoadiuvante. Lo studio si propone infatti di valutare l'impatto della radioterapia preoperatoria sulla fattibilità e sui risultati della resezione del retto per via laparoscopica con preservazione dello sfintere.

Sono stati inclusi nello studio 422 pazienti sottoposti, tra il 1999 ed il 2010, a resezione del retto laparoscopica conservativa, dei quali 292 sottoposti a radioterapia preoperatoria (45 Gy nel corso di 5 settimane) e 130 avviati direttamente alla chirurgia. Il primo gruppo, secondo

le linee guida francesi, comprende pazienti con neoplasia del retto medio e basso in stadio T3, T4 o N+; il secondo gruppo include pazienti con tumori localizzati nel retto alto più qualche caso (dal 2006 in poi) di localizzazione medio-rettale con margine circonfenziale libero alla risonanza magnetica.

I due gruppi appaiono sovrapponibili in termini di sesso, età, BMI e ASA score. Lo studio non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi in termini di mortalità, tasso di conversione in laparotomia, morbidità complessiva, complicanze chirurgiche e deiscenze anastomotiche. Sono stati peraltro individuati come fattori prognostici sfavorevoli in termini di complicanze chirurgiche il sesso maschile e la presenza di metastasi sincrone, mentre sembrano incrementare la frequenza

di conversione fattori quali obesità, stadio del tumore, tipo di anastomosi e, anche in questo caso, il sesso maschile.

Gli autori concludono pertanto che la radioterapia preoperatoria non ha un impatto significativo sulla fattibilità e sulle complicanze a breve termine della resezione conservativa del retto laparoscopica effettuata per cancro.

COMMENTO

Diversi studi precedenti hanno mostrato chiaramente l'influenza dell'irradiazione preoperatoria per cancro del retto in termini di mortalità peroperatoria, infezioni, tempo di guarigione perineale, oltre alla fibrosi reattiva che rende più difficile la dissezione e l'individuazione delle strutture anatomiche. Alcune di queste complicanze appaiono ridotte dall'utilizzo della tecnica laparoscopica, mentre appare sorprendente che la fibrosi, l'ischemia e l'assottigliamento della parete rettale, conseguenti alla radioterapia e presenti anche in ambito laparoscopico, non abbiano influito sui risultati finali.

in ricordo di...

Lamberto Boffi

Con la morte di Lamberto Boffi, avvenuta nella sua Firenze lo scorso 30 marzo, scompare una figura storica della chirurgia italiana del XX secolo. Era stato il quarto Presidente dell'ACOI, dal 1990 al 1993, eletto all'unanimità. Aveva organizzato nel 1984 il III° Congresso Nazionale della neonata Associazione ed era anche stato, nel 1988-89, Vicepresidente della Società Italiana di Chirurgia, anni in cui la chirurgia ospedaliera aveva inteso far valere la propria voce in campo scientifico ed organizzativo.

Era un chirurgo di grande scuola ospedaliera: aveva raccolto a Firenze il testimone di Tommaso Greco e di Carlo Massimo con i quali si era formato. Nel 1976 aveva assunto il Primariato nell'Ospedale di Careggi sviluppando la chirurgia oncologica ed i trapianti di rene ed aveva sempre continuato a fare scuola formando non poca parte della generazione dei chirurghi che

ha guidato ed oggi guida la chirurgia negli Ospedali di Firenze, della Toscana e non solo.

Da Presidente ACOI avviò e sviluppò gli studi multicentrici e dette vita all'ACOI Neve oggi diventato Congresso ACOI di Videochirurgia e nel 1991 alla Scuola Nazionale Ospedaliera di Chirurgia che per parecchi anni accolse chirurghi giovani e meno giovani per una formazione sul campo. A lui si deve anche il Logo grafico che dal 1984 rappresenta ed identifica l'Associazione.

Fu un grande Maestro di chirurgia e di vita.

Era un uomo affabile, sincero, cordiale, autorevole anche duro se necessario, ma sempre presente e disponibile. Per tutti nell'ACOI fu in quell'epoca un riferimento ineludibile, certo, affidabile come lo fu nel suo grande Ospedale per i suoi tanti allievi, per i suoi molti, moltissimi malati e per l'Ordine dei Medici di Firenze di cui fu Consigliere.

Pur tra tanti impegni rimase sempre molto presente per la sua famiglia, per la sua carissima Mary, per il

suo amatissimo Bernardo e legato alla sua campagna sulle colline dove si ritirò a concludere i suoi giorni, al mare ed alla sua barca, al vento che la spingeva nei giorni di riposo e di libertà vera.

Per me, per noi di quella generazione che credemmo nella chirurgia Ospedaliera Italiana, che creammo l'ACOI per dare a quella grande Scuola la dovuta dignità nazionale ed internazionale, Lamberto Boffi oltre che un maestro ed un capo, fu un vero amico. E con quello spirito di grande amicizia e di inestinguibile solidarietà ed affetto oggi né piangiamo la scomparsa, interpreti del sentimento di tutta la chirurgia Italiana.

di Eugenio Santoro

presidente ACOI dal 1993 al 1996

Gian Cesare Bressan

Rodolfo Vincenti, al quale dobbiamo tanto dell'attuale sviluppo dell'ACOI e dell'invidiabile vivacità del "bollettino", mi ha invitato a ricordare il grande amico Gian Cesare Bressan, già valoroso primario di chirurgia generale dell'ospedale romano "S. Giovanni".

Bressan, con de Nunno, Manfredi e me, raggiungeva uno studio notarile per attribuire finalmente profilo legale a quel desiderio, più volte risultato irrealizzabile (wishful thinking), di fondare una associazione per i chirurghi ospedalieri italiani.

Quel giorno, come ricordo nella raccolta di memorie "Da Placozoo a Riformatore", Roma era immersa nel felice melange di luce e tepore autunnali che riesce a realizzare nella città un bioma unico al mondo. Bressan interpretava quel clima come un buon auspicio, ma non nascondeva che l'iniziativa poteva essere destinata a scuotere il mondo della Chirurgia nazionale e forse a degenerare in una sorta di "insiemitudine", preda idonea di cerchiobottisti e carrieristi, assistiti purtroppo dal montante delirio di un Paese preda di tranelli politici, economici, giudiziari. Ascoltai e condivisi le notazioni di Bressan (era nato nel 1927 a Cittadella, in provincia di Padova), che avevo preso a stimare vedendolo all'opera durante il suo assistentato presso il III Padiglione del Policlinico Umberto I (primario Matronola).

All'epoca raggiungevo il giovane Bressan in sala operatoria quando partecipava a quelle fasciose urgenze notturne che gli ambienti universitari come il mio, vedevano di rado. Era già un ottimo esecutore di quelle risorse di tecnica e di anatomia chirurgica che si ottengono solo vivendo a lungo in sala incisoria. È in quella sede che spesso mi superava sia come manualità che per frequenza di accessi al tavolo settorio, abile a farsi amici i "monatti" dell'anatomia patologica che, segretamente, ci ospitavano nelle ore antelucane.

I nostri erano i tempi nei quali la carriera negli ospedali si esprimeva con i concorsi per esami pratici, in sala incisoria ed orali. Bressan supera quello per il ruolo di aiuto chirurgo degli Ospedali riuniti di Roma e passa al S. Giovanni, dove raggiunge il ruolo di primario e la fama di grande chirurgo addominale, conducendo una vita disciplinata, basata su lavoro e ricerca e comunque volutamente sempre sottotono per la cosiddetta società civile e i mass media. Partecipa, con affascinanti locuzioni e travolgenti risultati personali e di scuola, alla vita della Scuola Romana di Medicina sostenuta dagli Ospedali Riuniti. Ci incontravamo talora lungo l'Appia, al distributore di benzina, dacché la percorrevamo quotidianamente, ma in senso inverso: lui discendeva dai Castelli Romani, da Albano dove abitava, quando io risalivo per recarmi al S. Giuseppe di Marino. È proprio in quelle occasioni che spesso presi a stimolarlo a formulare il proposito di giungere ad

emancipare il chirurgo ospedaliero con la creazione di una associazione, finché lui stesso si tradusse in attivo fautore di quella che sarà poi definita ACOI e diverrà così uno di quelli che Lamberto Boffi, con bello spirito, ha chiamato "i Padri fondatori". Il primo Consiglio Direttivo, eletto il 25 novembre 1980, era composto da Raul de Nunno, presidente, Carlo Carlon e Dante Manfredi, vicepresidenti, Alessandro Ambrosini, Celestino Mairano, Gian Cesare Bressan e Mario Giordani, consiglieri e operò fino al I Congresso Nazionale ACOI che si svolse a Milano dove Bressan si dimise dal direttivo e dalla stessa associazione, senza proporre giustificazioni ufficiali e lasciandoci nel dubbio che potesse aver intravisto il ripetersi di quei riti e delle decisioni già invalse nella Società scientifica italiana di chirurgia, allora più rappresentativa, che "i Padri fondatori" condannavano da sempre.

di Mario Giordani

Professore emerito di Chirurgia,
co-fondatore di ACOI

I LIBRI DA LEGGERE



WEB 2.0 E SOCIAL MEDIA IN MEDICINA

di Eugenio Santoro *

Il Pensiero Scientifico Editore

Si stima che su Google il 5% di tutte le ricerche riguarda la salute. Un'indagine condotta negli Stati Uniti e pubblicata all'inizio del 2011, dimostra come Internet sia la prima fonte di informazione per i cittadini americani, il 59% dei quali cerca informazioni sanitarie online. Simile è il trend in Italia, dove la percentuale di utenti che ricerca informazioni relative a patologie, trattamenti, procedure mediche, ma anche a operatori e strutture sanitarie, è stimata intorno al 30%.

Anche l'utilizzo degli strumenti collaborativi del web 2.0 è sempre più frequente per reperire tali informazioni. Una recente indagine, anch'essa condotta negli Stati Uniti, ha infatti stimato in circa il 44% la percentuale dei cittadini americani che usa strumenti di social media e social network per cercare le informazioni che riguardano la propria salute, con una certa predisposizione nei confronti dei social network generalisti (in testa Facebook, Twitter) e delle online communities rivolte specificatamente ai pazienti

Questi dati trovano ulteriore conferma in un altro recente studio che indica nel 60% la percentuale degli utenti di Internet che ricercano informazioni mediche attraverso applicazioni del web 2.0 come forum online, social network, blog, sistemi di recensione di medici, di ospedali e di altre strutture sanitarie. Lo stesso studio dimostra anche un'altra cosa importante: le persone che ricercano in rete informazioni sulla propria salute sono più abituate a usare strumenti di web 2.0 e social media (in qualunque campo, non necessariamente legato alla salute) rispetto a quegli utenti di Internet che non vanno alla ricerca di queste informazioni. Come a dire che chi soffre (o pensa di soffrire) di una malattia, in generale è più propenso rispetto a chi non soffre (o non pensa di soffrire) a socializzare con gli altri (anche se virtualmente), a cercare un confronto, a condividere stati d'animo e preoccupazioni, a comunicare.

Tra le principali ragioni che spingono i cittadini a usare gli strumenti collaborativi (targetati web 2.0) anziché quelli tradizionali (ancorati al web 1.0) ci sono la volontà di conoscere le esperienze di pazienti che soffrono dei medesimi disturbi e il desiderio di sapere cosa altri pazienti/cittadini dicono di un certo trattamento o di un dato farmaco. Un segno forse del fatto che, a volte, il passaparola e il confronto tra chi ha gli stessi problemi può essere un mezzo più veloce per arrivare al proprio obiettivo rispetto alla consultazione di un web sanitario. L'aspetto forse più interessante emerso da queste indagini è che a fare uso di blog, social network e altri strumenti partecipativi disponibili in rete siano i malati cronici e quelli colpiti da malattie rare, più propensi rispetto agli altri a stabilire relazioni con coloro che soffrono della stessa patologia. Anche i medici hanno iniziato a impiegare più assiduamente gli strumenti del web 2.0. Negli Stati Uniti, l'Istituto Manhattan Research, in un report del 2010, ha stimato che oltre il 65% dei medici legge contenuti web 2.0 provenienti da blog, chat, online forum e social network, mentre oltre il 20% contribuisce regolarmente a crearne di nuovi.

Merito del continuo fiorire, in questi ultimi anni, di iniziative volte ad usare gli strumenti del web 2.0 e dei social media per vari scopi, tra i quali quello dell'aggiornamento professionale, della condivisione di conoscenze mediche, della condivisione di dati clinici, fino alla lotta a stili di vita non salutari e alla prevenzione delle malattie che essi possono generare.

Frequentando i portali sanitari chiunque si sarà accorto della loro trasformazione: feed RSS, podcast, strumenti di social bookmark e strumenti di social media (tra cui Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube e il recente Google+) trovano sempre più spazio, anche se il più delle volte nascosti da anonimi simboli.

Iniziano poi ad affermarsi anche in Italia social network dedicati nei quali i medici appartenenti a una stessa community possono scambiarsi informazioni sui casi clinici, cercare consigli

per effettuare una diagnosi e condividere le proprie conoscenze, ai quali si contrappongono social network di pazienti e cittadini pronti a sfruttare le potenzialità del mezzo per creare una massa critica, condividere le proprie storie, giudicare medici e strutture sanitarie e gestire/condividere i propri dati sanitari.

Canali aperti su Facebook e Twitter (che da soli possono contare su oltre 800 milioni di utenti) si candidano inoltre a trasformare la comunicazione medico-scientifica e la stessa relazione medico-paziente.

E poi ancora blog e strumenti di social media come Facebook, Twitter e YouTube vengono sempre più spesso usati da organi istituzionali, associazioni di pazienti e di volontariato e anche società scientifiche, per lanciare campagne di sensibilizzazione su specifici argomenti sanitari o per promuovere la salute dei cittadini. Lo stesso Ministero della Salute, in un corposo dossier pubblicato alla fine del 2010 e contenente le linee guida per la comunicazione online, suggerisce a tutte le strutture sanitarie che operano in Italia il loro impiego per realizzare un'attività di comunicazione più efficace in tema di tutela e promozione della salute e per stabilire con i cittadini relazioni più coinvolgenti. Ce n'è abbastanza per chiedersi che ruolo potranno avere questi strumenti in Italia, e come sfruttarne le potenzialità per migliorare la comunicazione, la formazione e l'assistenza in sanità.

A questi e a tanti altri argomenti è dedicata la seconda edizione del volume "Web 2.0 e social media in medicina" (Il Pensiero Scientifico Editore) in uscita in questi giorni a quasi tre anni dalla precedente edizione.

(*) *Responsabile del laboratorio di informatica medica, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano.*



UNA NUOVA IDEA DI SCIENZA

relazione e condivisione

La scienza chirurgica si rende disponibile ad ascoltare, a raccogliere opinioni, pareri, critiche, malesseri e a concordare una nuova idea di chirurgia e di chirurgo.

Di fatto si apre ad una relazione di segno nuovo, accettando di mettere a confronto la propria autonomia scientifica con le nuove prerogative ed "esigenze" del malato.

Per il chirurgo la relazione è un diverso modo di essere medico, per il malato è un modo diverso di essere paziente.

www.chirurgocittadino.it